

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

CARLA NEVES MARSON

**PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE
DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EM RELAÇÃO ÀS
PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE E USUÁRIOS DE DROGAS**

**VITÓRIA
2025**

CARLA NEVES MARSON

**PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE
DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EM RELAÇÃO ÀS
PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE E USUÁRIOS DE DROGAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Política e Gestão em Saúde.

Linha de Pesquisa: Avaliação em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Marluce Mechelli de Siqueira

Coorientador: Prof. Dr. Marcos Vinicius Ferreira dos Santos

VITÓRIA

2025

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

M373p MARSON, CARLA NEVES, 1974-
PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EM RELAÇÃO ÀS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE E USUÁRIOS DE DROGAS / CARLA NEVES MARSON. - 2025.
125 p. : il.

Orientadora: Marluce Mechelli de Siqueira.
Coorientador: Marcos Vinicius Ferreira dos Santos.
Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Profissionais saúde. 2. Prisioneiros. 3. Cuidado de saúde. 4. Uso de drogas. 5. Abuso de drogas. I. Siqueira, Marluce Mechelli de. II. Santos, Marcos Vinicius Ferreira dos. III. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. IV. Título.

CDU: 614



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO
DE MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

ÀS QUINZE HORAS DO DIA PRIMEIRO DE AGOSTO DE DOIS MIL E VINTE E CINCO, TEVE INÍCIO A DEFESA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA. A DISSERTAÇÃO, INTITULADA “PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EM RELAÇÃO ÀS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE E USUÁRIOS DE DROGAS”, FOI DEFENDIDA PELA ALUNA **CARLA NEVES MARSON**, REGULARMENTE MATRICULADA NO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA – NÍVEL MESTRADO - CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO. A BANCA EXAMINADORA FOI COMPOSTA PELOS SEGUINTE MEMBROS: PROF^a. DR^a. MARLUCE MECHELLI DE SIQUEIRA (PRESIDENTE E ORIENTADORA), PROF. DR. MARCOS VINICIUS FERREIRA DOS SANTOS (COORDENADOR), PROF. DR. PABLO ORNELAS ROSA (MEMBRO EXTERNO – UVV), PROF^a. DR^a. MARIA ELIZABETH BARROS E BARROS (MEMBRO INTERNO - UFES), PROF^a. DR^a. ALINA MOURATO ELEOTÉRIO (SUPLENTE EXTERNO – UFOB) E PROF^a. DR^a. RITA DE CÁSSIA DUARTE LIMA (SUPLENTE INTERNO - UFES). A DISSERTAÇÃO FOI APRESENTADA DE FORMA PRESENCIAL E EM SALA VIRTUAL. APÓS A APRESENTAÇÃO, A ALUNA FOI ARGUIDA E A BANCA CONFERIU A DISSERTAÇÃO A MENÇÃO APROVADA E A BANCA EXAMINADORA ELABOROU O SEGUINTE PARECER:

O TEMA É RELEVANTE PARA A ÁREA SAÚDE COLETIVA. OS OBJETIVOS SÃO CLAROS E CONSOLIDAM-SE POR MEIO DA METODOLOGIA PROPOSTA, PERMITINDO ASSIM O ALCANCE DOS RESULTADOS PROPOSTOS E APRESENTADOS PARA AVALIAÇÃO SOB A FORMA DE ARTIGOS 1 (SUBMETIDO A SAÚDE EM DEBATE) E 2 (A SER SUBMETIDO C&SC). A MESTRANDA DEMONSTROU DOMÍNIO TEÓRICO SOBRE O TEMA E ACATOU AS SUGESTÕES APRESENTADAS PELA BANCA EXAMINADORA TANTO PARA A DISSERTAÇÃO COMO PARA OS ARTIGOS. E, A BANCA RECOMENDOU QUE OS RESULTADOS SEJAM APRESENTADOS AO HUCAM, ESPECIALMENTE, AOS SETORES ENVOLVIDOS NA REFERIDA INVESTIGAÇÃO, BEM COMO À SEJUS-ES.

NA FORMA REGULAMENTAR, ESTA ATA FOI LAVRADA E VAI ASSINADA PELOS MEMBROS DA BANCA EXAMINADORA E PELA ALUNA.

BANCA EXAMINADORA:

Documento assinado digitalmente
MARLUCE MECHELLI DE SIQUEIRA
Data: 09/08/2025 06:21:22-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

PROF^a. DR^a. MARLUCE MECHELLI DE SIQUEIRA
ORIENTADORA

Documento assinado digitalmente
MARCOS VINICIUS FERREIRA DOS SANTOS
Data: 06/08/2025 17:53:48-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

PROF. DR. MARCOS VINICIUS FERREIRA DOS SANTOS
COORDENADOR

Documento assinado digitalmente
PABLO ORNELAS ROSA
Data: 06/08/2025 17:41:27-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

PROF. DR. PABLO ORNELAS ROSA
(MEMBRO EXTERNO – UVV)

Documento assinado digitalmente
MARIA ELIZABETH BARROS DE BARROS
Data: 05/08/2025 11:22:43-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

PROF^a. DR^a. MARIA ELIZABETH
(MEMBRO INTERNO - UFES)

Documento assinado digitalmente
CARLA NEVES MARSON
Data: 07/08/2025 09:45:20-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

CARLA NEVES MARSON

AGRADECIMENTOS

Realizar um mestrado sempre foi um sonho e hoje celebro essa conquista! Sinto-me realizada pela trajetória construída, pelas experiências vivenciadas e pela superação dos desafios e dificuldades nesse processo. O percurso foi árduo, intenso e gratificante, que permitiu ampliar o meu olhar e fomentar ainda mais a curiosidade e o desejo pelo conhecimento e pela pesquisa.

Sou grata a *Deus*, pela vida com saúde, energia e por me impulsionar na realização dos meus desejos.

Aos meus *pais* pelo exemplo de amor, dedicação e incentivo constantes, pela aposta na educação como possibilidade de transformação e desenvolvimento pessoal.

Aos *meus irmãos, Bianca e Marcos*, por estarem por perto, torcendo e acreditando no meu potencial. Sei que posso contar sempre com vocês.

À minha *filha Clarisse*, pelo amor incondicional, que me impulsiona a querer ser cada dia melhor.

À querida prof^a. *Marluce, minha orientadora*, exemplo de dedicação e generosidade. Obrigada por ter me conduzido nesse percurso de mãos dadas, pela confiança e incentivo ao crescimento acadêmico e pessoal.

Ao prof. *Marcos Vinicius, coorientador*, pela oportunidade de trocas tão ricas e potentes, como no estágio em docência, na organização do Ciclo de Debates e no projeto de extensão conjunto Educação em Saúde. Gratidão pela forma atenciosa, afetuosa e muito educada que sempre me tratou.

Aos professores *Fabíola Leal, Pablo Ornelas e Melissa Oliveira*, pela honra de terem participado da minha banca examinadora do exame de qualificação e de defesa da dissertação (*Prof. Pablo*). Vocês são referência para mim, não só na área acadêmica, mas principalmente, como pessoas sensíveis, generosas e incríveis, que admiro muito!

Às professoras *Beth Barros, Alina Mourato e Rita Lima*, pelo privilégio de compartilharem a vasta experiência e conhecimento na banca da defesa da dissertação de mestrado, de forma tão atenciosa e cuidadosa. Vocês são mulheres potentes, admiráveis, nas quais me inspiro.

Ao grupo de pesquisa *Centro de Estudos e Pesquisas em álcool e drogas e interconexões (CEPADi)* pelo acolhimento caloroso, pela oportunidade ímpar de aprendizado e trocas em grupo. Agradeço em especial, aos parceiros de pesquisa *Lucas*, pelo suporte e auxílio indispensáveis ao longo do processo de pesquisa; ao prof. *Rubens*, pelo incentivo para ingressar no Mestrado, me apresentando à prof. Marluce; à *Karla*, pela generosidade e disponibilidade sempre em prol do coletivo; à *Henriqueta e à Caroline*, pela escuta afetuosa e pela acolhida nos momentos de angústias e incertezas. Vocês foram fundamentais nesse percurso!

Aos amigos que o Mestrado me proporcionou: *Luis Felipe, Maria Amália, Sávia, Bárbara, Adriana, Thamires e Raphael*, que tornaram essa jornada mais leve e divertida, pela parceria, jovialidade, generosidade e autenticidade de cada um e pela oportunidade incrível de vivenciar momentos tão especiais. Nossa amizade segue pra vida!

Aos profissionais do Hospital Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM) pela disponibilidade e interesse em participar da pesquisa e por me permitirem compartilhar do dia a dia do trabalho.

Aos *mestres* que conheci ao longo do meu trabalho na Secretaria de Estado da Justiça do Espírito Santo (SEJUS), agradeço, em nome das amigas amadas e lindas, *Quésia e Mônica* — pessoas que o universo aproximou de mim, que aprendi a admirar e que me ensinaram que *“pessoas são mais importantes que coisas”*. Vocês sempre me incentivaram e apoiaram a trilhar o caminho do conhecimento e a não me conformar com a realidade. Compartilhamos juntas o desafio incessante de buscar formas mais humanas e dignas de atuação com as pessoas privadas de liberdade e usuários de drogas.

Eterna gratidão!

Carla Neves Marson

*"Tempo virá.
Uma vacina preventiva de erros e violência se fará.
As prisões se transformarão em escolas e oficinas.
E os homens, imunizados contra o crime,
contarão às crianças do futuro,
estórias absurdas de prisões, celas, altos muros,
de um tempo superado."
(Cora Coralina)*

MARSON, Carla Neves. **Percepção dos Profissionais de Saúde de um Hospital Universitário em Relação às Pessoas Privadas de Liberdade e Usuários de Drogas**. Dissertação [Mestrado]. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória. 2025

RESUMO

Introdução: O acesso e a atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade é uma questão delicada, devido às condições estruturais precárias dos estabelecimentos penais, e complexo, por abranger diversos atores e especificidades do cárcere. Analisar esta temática significa compreender o contexto de desigualdade e vulnerabilidade dessa população e como políticas públicas afetam estas pessoas. Em relação aos usuários de drogas, nos últimos anos temos vivenciado vários movimentos de avanços e retrocessos relacionados à Política Nacional sobre drogas. Dessa forma, ainda há desafios no cuidado às pessoas que usam substâncias psicoativas, que vai além da saúde e assistência social, envolvendo também justiça e segurança pública, áreas que exercem forte influência sobre as práticas de cuidado adotadas atualmente. **Objetivo:** Compreender a percepção dos profissionais de saúde que atuam em um hospital universitário a respeito da pessoa privada de liberdade e o usuário de álcool e outras drogas, analisando fatores facilitadores e dificultadores na oferta de cuidados a essas pessoas. **Metodologia:** Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com dezoito profissionais de saúde, de ambos os sexos e especialidades variadas de um hospital universitário, nos serviços ambulatoriais, cirúrgico e maternidade. As entrevistas foram gravadas, transcritas e organizadas de acordo com a análise de conteúdo de Bardin. Utilizou-se o referencial teórico da vulnerabilidade em saúde e direitos humanos que analisa as dimensões individuais, sociais e pragmáticas e o quanto e como os governos regulamentam e efetivam esses direitos. **Resultados:** As relações no processo saúde-doença-cuidado, embora consolidadas na rede de serviços e nas rotinas de trabalho, ainda são sensíveis às condições estruturais da instituição e às especificidades dos sujeitos. Estigmas e discriminação comparecem, como marcadores sociais da diferença, de gênero, raça, classe social e suas intersecções associadas ao adoecimento. Os profissionais assumem limitações no trabalho, como despreparo profissional, falta de conhecimento específico e manejo do paciente. Para melhorias apontam atuação multidisciplinar, articulação com a rede de serviços e capacitação da equipe. **Conclusão:** Apesar dos avanços nos cuidados às pessoas privadas de liberdade e às pessoas com uso de drogas, as ações em saúde devem trabalhar para reduzir as vulnerabilidades, sem deixar de lado o combate às desigualdades sociais e a proteção dos direitos humanos. Faz-se necessário superar as barreiras institucionais, pessoais, a abordagem biológica na relação saúde-doença e incluir a participação social para consolidar uma perspectiva que promova e potencialize a autonomia dos sujeitos e ampliem sua capacidade de viver com dignidade.

Palavras-chave: Profissionais de saúde. Pessoa privada de liberdade. Acesso à saúde. Sistema prisional. Drogas

MARSON, Carla Neves. **Perception of health professionals at a university hospital in relation to people deprived of freedom and drug users.** Master's dissertation at Postgraduate Program in Collective Health. Federal University of Espírito Santo (UFES). Vitória-ES, Brazil, 2025

ABSTRACT

Introduction: Access to health care for people deprived of freedom is a delicate issue, due to the precarious structural conditions of prisons, and a complex one, as it encompasses various actors and the specificities of incarceration. Analyzing this issue means understanding the context of inequality and vulnerability of this population and how public policies affect these people. In relation to drug users, in recent years we have experienced various movements of progress and setbacks related to the National Policy on Drugs. Thus, there are still challenges in caring for people who use psychoactive substances, which goes beyond health and social assistance, also involving justice and public security, areas that have a strong influence on the care practices currently adopted. **Objective:** To understand the perception of health professionals working in a university hospital regarding people deprived of freedom and users of alcohol and other drugs, analyzing factors that facilitate and hinder the provision of care to these people. **Methodology:** This is an exploratory, descriptive study with a qualitative approach. Semi-structured interviews were carried out with eighteen health professionals of both sexes and various specialties at a university hospital, in the outpatient, surgical and maternity services. The interviews were recorded, transcribed and organized according to Bardin's content analysis. We used the theoretical framework of vulnerability in health and human rights, which analyzes the individual, social and pragmatic dimensions and how much and how governments regulate and enforce these rights. **Results:** Relationships in the health-disease-care process, although consolidated in the service network and work routines, are still sensitive to the structural conditions of the institution and the specificities of the subjects. Stigmas and discrimination appear as social markers of difference, gender, race, social class and their intersections associated with illness. The professionals assume that there are limitations in their work, such as professional unpreparedness, lack of specific knowledge and patient management. For improvements, they point to multidisciplinary action, coordination with the service network and team training. **Conclusion:** Despite the progress made in caring for people deprived of freedom and people who use drugs, health actions must work to reduce vulnerabilities, without neglecting the fight against social inequalities and the protection of human rights. It is necessary to overcome institutional and personal barriers, the biological approach in the health-disease relationship and include social participation in order to consolidate a perspective that promotes and enhances the autonomy of individuals and expands their capacity to live with dignity.

Keywords: Health professionals. People deprived of freedom. Access to health care. Prison system. Drugs

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CIB - Comissão Intergestores Bipartite
CSN - Companhia Siderúrgica Nacional
DEPEN - Departamento Penitenciário Nacional
DSS - Determinantes Sociais em Saúde
SEJUS - Secretaria de Estado da Justiça do Espírito Santo
SISNAD - Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
EBES - Estado de Bem-estar Social
ESP - Equipes de Saúde Prisional
HUCAM - Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes
IESP – Instituto de Excelência em Saúde Pública
INVISA - Instituto Vida e Saúde
LEP - Lei de Execução Penal
OMS - Organização Mundial da Saúde
OSS - Organizações Sociais da Saúde
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
PNAISP - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
PNSSP - Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP),
PPI - Programação Pactuada Integrada
PPL - Pessoa privada de liberdade
SISDEPEN - Sistema Nacional de Informações Penais
SENAPPEN - Secretaria Nacional de Polícias Penais
RD - Redução de Danos
RAS - Rede de Atenção à Saúde
SPA - Substância Psicoativa
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNODC - Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime
V&DH - Vulnerabilidade em Saúde e Direitos Humanos

SUMÁRIO

TRAJETÓRIA DA AUTORA	11
1 INTRODUÇÃO	14
1.1 SELETIVIDADE PENAL, RACISMO E DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE	17
1.2 A PRIVAÇÃO DE LIBERDADE E O ACESSO À SAÚDE CÁRCERE	22
1.3 VULNERABILIDADE E A QUESTÃO DAS DROGAS.....	29
2 RELEVÂNCIA	40
3 OBJETIVOS	43
3.1 GERAL	43
3.2 ESPECÍFICOS	43
4 METODOLOGIA	44
4.1 ACULTURAÇÃO AO CAMPO	45
4.2 ANÁLISE	47
4.3 REFERENCIAL TEÓRICO	48
5 RESULTADOS	54
5.1 ARTIGO 1.....	54
5.2 ARTIGO 2.....	75
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
REFERÊNCIAS	98
APÊNDICES	108
ANEXOS	115

TRAJETÓRIA DA AUTORA

Desde que me graduei em Psicologia, em 1997, pela Universidade Federal do Espírito Santo, passei por várias transformações na minha vida e na profissão. Após pouco tempo de formada, em um dos encontros que a vida nos proporciona, conheci uma Psicóloga que atuava em uma Consultoria fora do estado. E como sempre gostei de desbravar outros horizontes e caminhos, aceitei o desafio e em junho de 1998, fui trabalhar em Jundiaí, uma cidade industrial no interior de São Paulo, numa consultoria que realizava processos de recrutamento e seleção para indústrias da região.

Nesse trabalho, atuei na seleção e administração de pessoal de uma empresa alemã, que executava uma obra de usina termoeletrica, dentro do espaço da Companhia Siderúrgica Nacional (CSN), na cidade de Volta Redonda, sul do estado do RJ. O inglês fluente foi fator decisivo nessa oportunidade, já que os gerentes alemães não falavam português. Como recém-formada, esse trabalho foi de grande aprendizado, crescimento pessoal e profissional. Depois de alguns anos, surgiram outros desafios, em outras obras que essa empresa alemã executava, como a recente tecnologia à época de cabeamento de rede, nas cidades serranas do Rio de Janeiro e litoral santista.

Após quatro anos e meio nessa Consultoria de RH, fui novamente impulsionada a conhecer outros lugares, desta vez no exterior, onde já havia tido uma experiência na adolescência, por meio de um intercâmbio.

Dessa vez, o destino foi Portugal, nosso país irmão, onde tive experiência em outras áreas, não diretamente relacionadas à Psicologia, mas afetas aos serviços de hotelaria e turismo. Essa vivência foi bastante rica para meu crescimento pessoal, realizando um sonho de residir e trabalhar para além dos limites do meu país natal.

Quando retornei ao Brasil, em 2006, após quase uma década fora do ES, novos desafios se apresentavam, principalmente, o de retomar à minha área profissional de escolha, a Psicologia.

Foi quando, em 2007, fui selecionada para atuar na Secretaria de Estado da Justiça (SEJUS), que administra o sistema prisional capixaba. Não tinha ideia de que um Psicólogo fazia numa unidade prisional, nem sabia onde elas se localizavam. Constituí o primeiro grupo de Psicólogos a atuar no sistema prisional capixaba e fomos construindo nosso fazer coletivamente nesse universo tão complexo, difícil e esquecido.

Assim como tudo o que me proponho a fazer, mergulhei de cabeça nessa nova área da Psicologia Jurídica, que não estudei na graduação, mas que descobri ser muito potente e necessária para a compreensão do fenômeno do encarceramento em nosso país e para fundamentar o meu trabalho, no atendimento e acompanhamento aos sujeitos privados de liberdade. Construimos as diretrizes norteadoras do trabalho do Psicólogo no sistema prisional, aprendi a trabalhar em equipe multiprofissional, vivenciei as contradições de uma atuação voltada aos direitos humanos numa população excluída e refém do poder punitivo do estado, participei de várias capacitações e eventos dentro e fora do estado. Essa articulação entre o Direito e a Psicologia carrega muitas outras questões e exige conhecimentos diversos, da Sociologia, da Saúde, da História, do Serviço Social, dentre outros.

Nessa trajetória, me identifiquei com esse fazer social, a descoberta de um mundo desconhecido, tão distante e diferente do fazer psi, historicamente relacionado às elites e afastado do real contexto social. Do salto alto, para o sapato baixo, confortável, já que a distância, não só física, que separa a cidade das prisões requer disposição, engajamento e muita vontade.

E lá se vão quase 18 anos de Secretaria de Estado da Justiça. Após 10 anos de trabalho como Psicóloga de referência, trabalhando diretamente com a população privada de liberdade, homens e mulheres, realizei concurso público para Inspetora Penitenciária, pela ausência de concurso para a área técnica na SEJUS e por acreditar que posso continuar contribuindo com projetos e ações de “reintegração social”, que tentam reverter à lógica do poder punitivo, em prol da emancipação dos sujeitos e de um sistema menos violador. Enquanto Inspetora Penitenciária, desde 2017, nomenclatura que recentemente mudou para Policial Penal, acompanhando um movimento nacional de regulamentação da carreira, atuei na inserção

profissional de egressos da prisão, desafio que me despertou a produzir e publicar um relato de experiência, que apresentei em alguns eventos científicos, aproximando-me novamente da academia. Trabalhei também com os sujeitos monitorados eletronicamente com tornozeleiras eletrônicas, setor em que a política de desencarceramento é o norte, propondo alternativas ao encarceramento, nos desafiando a construir novos modos de responsabilização dos sujeitos, numa perspectiva de inclusão e reparação ao invés da punição.

Assim, no exercício profissional nesse contexto, senti necessidade de ampliar o meu conhecimento e retornar à academia, realizando um sonho deixado de lado por tanto tempo. Motiva-me a compreensão das inúmeras variáveis que estão presentes na questão do crime, violência e punição dos sujeitos sociais; a relação complexa entre a política nacional de drogas e as prisões por tráfico de drogas, o estigma e preconceito que acomete tanto as pessoas privadas de liberdade quanto as que consomem as chamadas “drogas ilícitas”.

Foi quando, em 2022, ingressei no grupo de pesquisa CEPAD(i)Pics do programa de pós-graduação em Saúde Coletiva e logo após, no mestrado. Esse movimento me possibilitou aproximar da temática de álcool, drogas e saúde mental, participar e organizar seminários de pesquisa relacionados à temática, escrever dois capítulos de livros que reforçam que o estudo e a pesquisa acadêmica são fundamentais para direcionar a minha prática, ampliando o entendimento e possibilitando criar formas potentes e mais justas de ser, estar e atuar em nossa sociedade tão desumana e desigual.

1 INTRODUÇÃO

Um dos assuntos mais controversos e carregados de desafios na atualidade diz respeito à situação das pessoas privadas de liberdade (PPL). Sob a custódia do Estado, essas pessoas habitam prisões em que a superlotação, a má qualidade das vagas existentes, o déficit no mínimo essencial para a garantia da integridade física são a realidade, além da permanência por mais tempo no cárcere do que o previsto na condenação, configurando um quadro que mina quaisquer possibilidades de ressocialização e de garantia da segurança pública (Fórum Brasileiro de Segurança Pública - FBSP, 2024).

A falta de condições estruturais que permeia a realidade do sistema prisional brasileiro, compromete a garantia de condições adequadas para o cumprimento das penas privativas de liberdade. O alto índice de doenças transmissíveis, especialmente o HIV, a tuberculose, as hepatites e as doenças dermatológicas, representam um risco constante tanto para as PPL quanto para os funcionários dos presídios e os familiares que regularmente fazem visitas às prisões (Nascimento; Bandeira, 2018; Rosseto et al., 2022).

Em 2023, a população carcerária do Brasil ultrapassou 850 mil pessoas, de acordo com dados da 18ª edição do Anuário Brasileiro de Segurança Pública (FBSP, 2024). Segundo o levantamento, são 852.010 pessoas no sistema prisional. Do total de presos, 643.128 foram condenados, o que equivale a 75,5%, enquanto 208.882 (24,5%) estão presos provisoriamente, aguardando julgamento. Ou seja: a cada quatro pessoas presas, uma não foi julgada e teve pena definida pela Justiça brasileira.

Mesmo com redução da quantidade de pessoas presas provisoriamente nos últimos anos, os números indicam que a prisão ainda não é aplicada como medida cautelar excepcional, com o uso prioritário de outras medidas alternativas ao cárcere, consoante determina a legislação brasileira (Brasil, 2024).

Além disso, 43,1% da população prisional do país é formada por jovens de até 29 anos; 68,2% são compostos por pessoas pardas ou pretas, e 75% da mesma

população tem baixo grau de escolaridade, não tendo acessado, ainda, o ensino médio. Os dados mostram que a população prisional não é multicultural, sendo o encarceramento uma engrenagem profunda de manutenção das desigualdades existentes na sociedade brasileira (Bartos, 2023).

A taxa de ocupação no sistema prisional brasileiro é de 130%, com um déficit de 214.819 vagas (FBSP, 2024). Assim, o gargalo das condições físicas precárias segue firme, dificultando a ressocialização e abrindo margem para as organizações criminosas. A superlotação, somada às condições insalubres, com boa parte das celas sem ventilação e entrada de luz adequadas, torna os presídios espaços propícios para a disseminação de doenças (Bartos, 2023).

A realidade do sistema prisional capixaba não é muito diferente do panorama nacional. De acordo com o último levantamento do Sistema Nacional de Informações Penais - SISDEPEN, (jul. a dez. 2024), da Secretaria Nacional de Polícias Penais (SENAPPEN), que reúne os dados do sistema prisional brasileiro, o Espírito Santo conta com 24.117 presos custodiados nas unidades prisionais, com um déficit de 8.669 vagas. Desse total, 95,77% são do sexo masculino e 4,23% são do sexo feminino, 44% têm idade entre 18 e 29 anos e mais de 75% se autodeclaram pretos ou pardos. (Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2025).

Além disso, há uma divisão relacionada às pessoas submetidas ao cárcere no Brasil em 3 partes muito próximas: 1/3 crimes praticados com violência ou grave ameaça, 1/3 crimes sem violência ou grave ameaça e 1/3 relacionados ao tráfico de drogas (Conselho Nacional de Justiça - CNJ, 2021).

A prisão, como uma das instituições de controle social da sociedade, afirma princípios que a justificam como sendo uma das mais modernas formas de conter a criminalidade do capitalismo, baseados na ressocialização. Tem como orientador desse processo de reabilitação social o falacioso método de controle baseado na Vigilância e na Punição aos corpos¹. Como nos aponta Foucault (2001), a instituição

¹ Em *Vigiar e Punir*, Michel Foucault apresenta uma longa pesquisa que demonstra que, nas sociedades anteriores ao capitalismo, há uma substituição das formas de punições públicas para uma forma privada de exercício, baseado em austeras estruturas panópticas de preparar o indivíduo, como uma forma justa e humana de reparação de erros contra a sociedade praticados pelos indivíduos

prisional, desde o seu nascimento, mostra-se incapaz de alcançar as finalidades as quais se propõe, negando os atributos ressocializadores que os vanguardistas apontavam no seu início. Especialmente, ao afastar os sujeitos criminosos das relações com a família, com a comunidade, contribui para a criação de estigma como seres desmerecedores de dignidade e respeito (De Souza, 2020).

Nesse sentido, as pesquisas construídas a partir dessa realidade, deram visibilidade à falta de condição das prisões, promovendo um canal de análises críticas relevantes, permitindo denúncias sérias sobre a ineficácia da Lei de Execução Penal – LEP (Brasil, 1984) e a estrutura carcerária do Brasil, que em muito dificulta as pretensões dos Estados na condução da missão de ressocializar (De Souza, 2020). De acordo com Adorno (1998):

Por maior o desprezo de parte substantiva da sociedade brasileira para com as condições de vida e mesmo o destino do preso, ninguém pode se revelar indiferente diante do cenário oferecido pelas prisões: às mais precárias condições de habitabilidade e à falta de serviços de apoio, assistência e educação vêm se associar uma violência desmedida e incontrolável, grave obstáculo a qualquer proposta de reinserção social de quem quer que tenha algum dia, em momento qualquer, transgredido as normas jurídicas desta sociedade e, por conseguinte, sido punido pela Justiça pública (Adorno, 1998, p. 18).

Estando longe dos olhos, é como se o sistema prisional se tratasse de um mundo à parte. O interesse produzido na sociedade se volta para o sensacionalismo, que beira o entretenimento, quando há notícias de alguma fuga com requintes cinematográficos ou a prisão envolvendo personalidades públicas. O ocaso segue como a marca, na maior parte do tempo (FBSP, 2024).

Ainda que os fins não sejam atingidos, os meios parecem justificados, ou seja, não há um movimento de desconforto coletivo com o que acontece nas prisões brasileiras. Longe disso. Importa pouco se a tutela penal, em exercício na privação de liberdade imposta pela sanção jurídica, resolve o conflito social. A censura moral que poderia se impor frente a essa desproporcional relação passa distante, mesmo porque a punição já está naturalizada no imaginário social (Borges, 2019).

1.1 SELETIVIDADE PENAL, RACISMO E DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE

O índice de aprisionamento no Brasil tem se mantido alto ao longo dos anos, o que é agravado pela seletividade penal, que alcança as populações negras e mais atingidas pela desigualdade social e racial. A seletividade penal ou seleção criminalizante, refere-se a compreensão de que o processo seletivo de criminalização se desenvolve em duas etapas: a criminalização primária e a criminalização secundária (Cappellari, 2018).

A criminalização primária situa-se no campo da elaboração de normas. De acordo com Zaffaroni et al. (2013, s/p), “É o ato e o efeito de sancionar uma lei penal material que incrimina ou permite a punição de certas pessoas”. Isso significa que o poder legislativo, onde são elaboradas as leis e suas respectivas penas, dá início a seleção do sistema penal de acordo com o que interessa aos que criam as leis ou aos interesses daqueles pelos quais buscam apoio político (Faisting, Cordazzo, 2019).

Já o processo de criminalização secundária, conceituado por Zaffaroni et al. (2013), como “a ação punitiva exercida sobre pessoas concretas”, após o processo legislativo que tipificou certas condutas como crimes (criminalização primária) é marcadamente seletivo no país (CNJ, 2021).

O fenômeno da seletividade penal, nesse sentido, manifesta-se quando os órgãos responsáveis pela persecução realizam constrangimentos e seleções apenas para determinados perfis da sociedade, gerando desigualdades de tratamento no campo da segurança pública e da justiça criminal. O sistema penal brasileiro, por meio de suas formas de controle social, promove a seleção de seus crimes e dos indivíduos. Percebe-se que o processo penal, em sua materialidade, torna-se um meio eficaz de criminalização das classes menos favorecidas (Sinhoretto, 2014; Tourinho et al., 2016).

Esse processo de criminalização não tem apenas uma causa, não transcorre somente pela lei, mas também por imagens, por meio da linguagem, por problemas econômicos e sociais. A criminalização, tanto a primária, quando a secundária, apresenta uma pluralidade de causas.

Dessa forma, essa seletividade penal comparece na maior parte da população em cumprimento de pena privativa de liberdade no país, que é formada por pessoas negras, de baixa renda e com baixíssima ou sem qualquer escolaridade. Realidade que não é alterada durante o cumprimento da pena, uma vez que as atividades de educação e trabalho intramuros absorvem um contingente mínimo de pessoas presas (SISDEPEN, 2024).

Nesse sentido, trajetórias que eventualmente acabam em práticas consideradas ilícitas são marcadas pela desigualdade social e pela fragilização no acesso a políticas públicas e direitos sociais. Também são frequentes os contextos de expulsão escolar, a necessidade de acolhimento, acompanhamento e cuidados em razão do uso abusivo de álcool e de outras drogas e experiências de violência que muitas vezes marcam as experiências dessas pessoas (CNJ, 2025).

Borges (2019), aborda de forma bastante aprofundada a relação entre racismo e sistema prisional. Ela destaca que o encarceramento em massa, especialmente no Brasil, afeta de maneira desproporcional a população negra, evidenciando um racismo estrutural presente nas políticas de segurança e justiça. A autora discute como o sistema prisional contribui para a manutenção de desigualdades raciais, reforçando estereótipos e marginalizando ainda mais os grupos racializados. Analisa também as causas e consequências desse fenômeno, mostrando que o encarceramento em massa não é apenas uma questão de segurança, mas também de desigualdade racial e social.

A elite no Brasil consolidou-se explorando o trabalho escravo, o que deu origem a uma cultura racista profundamente arraigada em nossa sociedade e, além disso, nas instituições que formam o próprio aparato do Estado brasileiro. Por essa razão, é possível reconhecer não apenas a presença do racismo estrutural, mas também do racismo institucional no país (Lima, 2020).

Nesse sentido, as sequelas do regime escravagista são ainda bastante perceptíveis em nossa realidade: a pobreza, a violência e a discriminação que afetam os negros são um reflexo direto de um país que institucionalizou o preconceito contra esse grupo, deixando-o à margem da sociedade (Lima, 2020).

O racismo estrutural é entendido como um sistema que organiza e sustenta desigualdades raciais por meio das instituições sociais, políticas, econômicas e culturais. De acordo com Silvio Almeida (2019), o racismo não se manifesta apenas por meio de atos isolados de discriminação, mas sim, por estruturas que reproduzem e normalizam a desigualdade racial, tais como a política de justiça e segurança pública no Brasil. *"O racismo estrutural é o modo como a sociedade se organiza a partir da raça, mantendo privilégios e opressões de forma sistêmica"* (Almeida, 2019).

Essa compreensão, portanto, rompe com a ideia de racismo apenas como comportamento individual ou preconceito interpessoal, colocando ênfase nas relações institucionais e históricas que moldam as desigualdades raciais.

No entanto, as desigualdades raciais no sistema prisional têm causas profundas e complexas. Elas estão relacionadas a fatores históricos, sociais e econômicos que afetam principalmente as populações negras e pardas, levando a uma maior vulnerabilidade dessas pessoas ao encarceramento, refletindo o racismo estrutural presente na sociedade, que impacta desde o acesso à educação até as oportunidades de emprego (Borges, 2019).

Quanto às consequências desse fenômeno, a autora explica que, o sistema prisional acaba reforçando o ciclo de exclusão social, marginalizando ainda mais as populações racializadas. Além disso, a desigualdade racial no sistema prisional contribui para a perpetuação do racismo e da desigualdade social, dificultando a inclusão dessas pessoas na sociedade após o cumprimento da pena. É um ciclo que precisa ser enfrentado com políticas públicas e ações que promovam a equidade racial (Borges, 2019).

Dessa forma, é preciso encarar a centralidade do racismo no curso do Sistema de Justiça Criminal e da Segurança Pública, isso porque o racismo institucional, como estrutura de reprodução da desigualdade de grupos racialmente subjugados, opera na manifestação, na manutenção e na reprodução da organização do Estado, suas instituições e políticas públicas. Os estabelecimentos prisionais, como parte do ciclo penal, também são espaços de reprodução do racismo em múltiplas dimensões, dos procedimentos cotidianos à violência física (CNJ, 2025).

Além disso, a concepção brasileira de que há no país uma democracia racial torna mais difícil a averiguação e constatação do racismo, principalmente nas ações individuais.

O mito da democracia racial surgiu no Brasil, a partir da década de 1920 (Lewgoy, 2006), consolidando-se no imaginário social nas décadas seguintes, baseando-se na ideia de que o racismo havia acabado após a abolição da escravatura. Essa crença na democracia racial, ao menos como ideal de igualdade e de respeito, propõe a harmonização da relação entre raças. No entanto, ela serviu para ocultar e silenciar a presença do racismo na sociedade, fazendo com que se propagasse no Brasil uma das formas mais perversas de racismo: o racismo velado mascarado pelo status liberal e democrático (Munanga, 2000).

Cabe aqui mencionar um modelo diferente de se pensar a responsabilização criminal, conhecido como Abolicionismo Penal, que vem ganhando força nas últimas décadas. A expressão “abolicionismo penal”, inspirada na luta histórica contra a escravidão e a pena capital, refere-se à proposta mais extrema de destituição do sistema de justiça criminal e da própria lógica de punição. Segundo Pavarini (1987), o abolicionismo radical reúne metas específicas, como a extinção das prisões e dos hospitais psiquiátricos (abolicionismo institucional), além da significativa diminuição da atuação penal (minimalismo penal) (Badaró, 2018).

Passetti destaca que “O abolicionismo vai além da simples extinção do direito penal ou da prisão contemporânea”, pois “questiona a forma de sociabilidade autoritária que estrutura e permeia o Ocidente como uma pedagogia da punição, na qual, sob distintas formas históricas, atribui-se a uma autoridade superior o controle sobre o outro” (Passetti, 2012, p.16).

Dessa forma, essa vertente busca propor uma nova forma de pensar e de agir, representando uma perspectiva tanto teórica como prática de “superar modelos, classificações e pressupostos tradicionais, ainda que sem apresentar evidências conclusivas dessas novas concepções nem explicitar de forma completa suas próprias ferramentas teóricas e metodológicas” (Scheerer, 1989, p. 15-34).

Assim, embora não represente uma ruptura revolucionária no desenvolvimento científico, tampouco anuncie o fim de uma ciência e o nascimento de outra

inteiramente distinta, o abolicionismo constitui um novo paradigma, com potencial para gerar instabilidade ao questionar crenças quase incontestáveis na relação entre culpa e punição (Badaró, 2018).

No contexto do sistema prisional atual, ao entender como a população privada de liberdade acessa os serviços de saúde, é fundamental levar em consideração o contexto de desigualdade e vulnerabilidade que essas pessoas enfrentam no dia a dia. Isso ajuda a criar estratégias mais justas e eficazes para garantir que todos tenham o cuidado necessário, superando as dificuldades que enfrentam (Bartos, 2023).

Dessa forma, a promoção e cuidado em saúde às pessoas privadas de liberdade implicam, necessariamente, considerarmos os determinantes sociais em saúde (DSS) para essa população e o trabalho de forma intersetorial, isto é, em rede, para que se consiga abordar as causas da vulnerabilidade de forma mais ampla e eficaz.

Significa considerar que pessoas que enfrentam pobreza, falta de oportunidades, discriminação ou exclusão social serão selecionadas pelo Estado punitivo a serem encarceradas. Além disso, a falta de acesso a educação e a serviços de saúde pode dificultar a reintegração social após a prisão, criando um ciclo difícil de quebrar. Nesse contexto, ao considerar a influência de aspectos subjetivos, relacionais, comunitários, políticos, econômicos e sociais, tem-se uma perspectiva ampliada da saúde (Ribeiro, K. G. et al., 2018), a qual extravasa o enfoque biológico e dá luz às iniquidades de saúde.

Nesse contexto, o entendimento dos DSS e da importância da promoção da saúde mostra que o setor da saúde, sozinho, não é capaz abarcar todos os aspectos que influenciam e determinam a saúde dos indivíduos (Bartos, 2023).

A intersetorialidade na saúde, ou seja, a colaboração entre diferentes setores e áreas de atuação, como educação, assistência social, habitação, entre outros, contribui para reduzir a vulnerabilidade, oferecendo suporte multidisciplinar e fortalecendo a rede de proteção social. Atuando de forma intersetorial, para enfrentar esses desafios de forma integrada, se fortalece a ideia de promoção da saúde, dando ênfase à necessidade de políticas que visem diminuir as

desigualdades sociais e tratando de aspectos relevantes para a prevenção, o tratamento e a reabilitação dos indivíduos e da comunidade (Bartos, 2023).

1.2 A PRIVAÇÃO DE LIBERDADE E O ACESSO À SAÚDE NO CÁRCERE

O acesso à saúde por parte das pessoas privadas de liberdade é um tema delicado, principalmente se considerarmos a precariedade das condições estruturais dos estabelecimentos penais, e complexo, por abranger diversos atores e especificidades que o cárcere traz consigo. Adentrar nesta temática significa compreender o contexto de desigualdade e vulnerabilidade no qual esta população está inserida e como as políticas públicas afetam estas pessoas (Bartos, 2023).

Pesquisa recente de Rocha et al. (2024) identificou que há uma escassez de produção científica nacional acerca dos Determinantes Sociais em Saúde da população carcerária. A maior parte dos artigos disponíveis tende a ter um perfil mais jurisprudencial, ou seja, voltados para análises de decisões judiciais e aspectos legais, em vez de estudos acadêmicos aprofundados sobre a situação de cárcere. Na área da saúde, a maior parte dos estudos disponíveis focam na epidemiologia de doenças infecciosas, como o trabalho de Araújo et al. (2017), e de doenças crônicas, como o de Ferreira et al. (2019). Além disso, muitos desses trabalhos também abordam intervenções de controle e a eficácia de tratamentos para essas condições na população. Dessa forma, percebe-se uma visão ainda muito afetada pelo modelo biomédico enraizado na saúde brasileira (Pinheiro et al., 2015).

No Brasil, a experiência de encarceramento influencia diretamente a saúde dos indivíduos. A exposição ao estresse durante o cárcere está relacionada ao adoecimento físico e psicológico, sendo agravada por fatores como conflitos internos, isolamento, disputa de poder, adaptação à nova rotina ou sentenças longas (Rocha et al., 2024). Além disso, a relação entre o preso e os agentes, bem como a perda do apoio social, também contribuem para esse impacto na saúde. Conflitos internos, isolamento, disputa de poder, adaptação à nova rotina ou sentenças longas, até mesmo a relação entre o preso e agente e perda do apoio social (Frois et al., 2019; Ariza; Arbodela, 2020).

O Anuário Brasileiro de Segurança Pública (FBSP, 2024) compilou que o cenário de óbitos no sistema prisional, de 2022 para 2023 apresentou incremento - de 2.453 mortes, sendo registrado em 2023, 3.091 óbitos, o que representa um aumento de 23,1% na taxa de mortalidade. As lacunas nos registros de óbitos, que levam a variações negativas em muitas unidades da federação (UFs), ocorrem em um contexto de evidente superlotação, condições precárias de habitabilidade e acesso limitado à saúde e à alimentação. Diante dessa notória violação de direitos fundamentais, não é possível se fechar os olhos para esse quadro, como se fosse de menos importância.

Foucault (1999) já havia teorizado sobre o biopoder, uma forma de governo tipicamente moderna que age gerando vida para alguns e morte para outros. É possível que a formulação de Mbembe (2018) sobre a necropolítica seja mais adequada para a nossa realidade, por se tratar de um poder soberano que não só produz a morte como necessita da construção contínua de inimigos sobre os quais apenas o extermínio é aceitável, operando em uma lógica de guerra e de terror (Nascimento; Bandeira, 2018).

Necropolítica é o conceito que Mbembe (2018) usa para explicar como o poder se manifesta na forma de decidir quem vive e quem morre, especialmente em contextos onde o racismo, a violência e a desigualdade estrutural são usados como ferramentas de dominação. Para esse autor, este poder se manifesta por meio da criação de espaços onde certos grupos são sistematicamente expostos à morte lenta, tanto por abandono social quanto por repressão violenta — em contextos como periferias urbanas, prisões ou zonas de conflito.

Nesse sentido, o sistema prisional brasileiro pode ser lido como um dispositivo necropolítico que produz a morte em vida, por meio de suas características como superlotação, violência, tortura e condições subumanas, às pessoas negras e pobres, negando-lhe direitos, cidadania ou dignidade (Mbembe, 2018).

Um dos problemas fundamentais para a efetivação de políticas públicas voltadas à saúde das PPL é a superação das dificuldades impostas pela própria condição de confinamento, que prejudica o acesso às ações e serviços de saúde de forma integral e legítima. Nesse sentido, as publicações das Portarias Interministeriais

(Saúde e Justiça) nº 668/2002 (já revogada) e nº 1.777/2003, que instituíram o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), vigente de 2002 a 2013 e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), em 2014, por sua vez, deram corpo e sinalizaram para o cumprimento das premissas fundamentais do SUS: Universalidade, Integralidade e equidade (Brasil, 2014).

A PNAISP nasceu da avaliação dos dez anos de aplicação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), constituindo-se de uma política que buscava garantir o princípio do acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde das pessoas privadas de liberdade. As normas de operacionalização dessa política no SUS estão instituídas pelo Anexo XVIII da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que disciplina os tipos de equipes de saúde prisional e os profissionais que compõem essas equipes (Brasil, 2017).

Trata-se de uma política de saúde pública implementada com o objetivo de garantir e promover a saúde integral da população carcerária, motivo pelo qual deve haver investimento para que a PNAISP seja efetivada (CNJ, 2025). A atuação nessa política implica considerar todas as premissas da política de atendimento de prevenção, bem como os recortes específicos para as diferentes populações que se encontram em privação de liberdade, tais como mulheres, idosos, população LGBTQIAP+. A complexidade do sistema prisional demanda também o cumprimento das diretrizes da atenção básica em saúde, como a de eliminar doenças socialmente determinadas dos estabelecimentos prisionais; atenção aos grupos minoritários e impulsionar a efetivação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário com especial atenção a pessoas vulnerabilizadas (CNJ, 2025).

Assim, a saúde para as PPL assume uma dimensão coletiva, cujo reconhecimento como direito fundamental está ligado à sua conexão com uma rede de atendimentos. Viabilizar os princípios do SUS em um cenário de insuficiência de recursos financeiros para esse sistema (Funcia, 2019), requer que as Equipes da Atenção Básica prisionais (EABp) sejam implementadas em paralelo com o reconhecimento das vulnerabilidades e necessidades reais das pessoas encarceradas e das

desigualdades das quais elas se originam. Além disso, é fundamental a corresponsabilização entre os equipamentos da saúde, do sistema prisional e de justiça criminal, a fim de criar estratégias viáveis para reduzir os danos causados pelo cárcere e de fato implementar ações em direção ao cuidado integral à saúde da população privada de liberdade.

A Secretaria Nacional de Políticas Penais (SENAPPEN) é o órgão executor da Política Penitenciária Nacional, que tem dentre suas atribuições um sistema de colaboração com os estados com referência à implementação de serviços penais. A SENAPPEN foi estruturada, no início de 2023, a partir da transformação do antigo Departamento Penitenciário Nacional (Depen) (MJSP, 2023).

Entre esses serviços, está previsto o direito à saúde da pessoa privada de liberdade. A base legal da PNAISP é a Constituição Federal de 1988, através da regulamentação do SUS (Lei nº 8.080, de 1990) e da Lei de Execução Penal (LEP), Lei nº 7.210, de 1984 (BRASIL, 2004). De acordo com o PNSSP, art. 1º, § 2º, inciso V:

A implantação de ações para a prevenção de tuberculose, hanseníase, diabetes, hipertensão, hepatites, DST/AIDS e dos agravos psicossociais decorrentes do confinamento, bem como a distribuição de preservativos e insumos para a redução de danos associados ao uso de drogas (BRASIL, 2004, p.1, grifo do autor).

Segundo Brasil (2004), o art. 5º do PNSSP tratava de:

Ações de promoção da saúde e de atenção no nível básico relativas à saúde bucal, saúde da mulher, doenças sexualmente transmissíveis/Aids, saúde mental, hepatites, tuberculose, hipertensão, diabetes, hanseníase, bem como a assistência farmacêutica, básica, imunizações e coleta de exames laboratoriais (Brasil, 2004, p. 2).

As disposições desse artigo englobavam ações de atenção à saúde das PPL, em decorrência da utilização de álcool e demais tipos de drogas, o que foi substituído pela Política Nacional de Atenção às Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), promovida pelos Ministérios da Saúde e da Justiça e Segurança Pública, em 2014, como uma atualização do PNSSP, através da Portaria Interministerial nº 1, cujas diretrizes são indicadas no Quadro 1 (Brasil, 2020).

Quadro 1 – Diretrizes do PNAISP

DIRETRIZ	DESCRIÇÃO
I	Promoção da cidadania e inclusão das pessoas privadas de liberdade por meio da articulação com os diversos setores de desenvolvimento social, como educação, trabalho e segurança.
II	Atenção integral resolutiva, contínua e de qualidade às necessidades de saúde da população privada de liberdade no sistema prisional, com ênfase em ações preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.
III	Controle e/ou redução dos agravos mais frequentes que acometem a população privada de liberdade no sistema prisional.
IV	Respeito à diversidade étnico-racial, às limitações e às necessidades físicas e mentais especiais, às condições econômico-sociais, às práticas e concepções culturais e religiosas, ao gênero, à orientação sexual e à identidade de gênero.
V	Intersetorialidade para a gestão integrada e racional e para a garantia do direito à saúde.

Fonte: Brasil (2020)

Dessa forma, a PNAISP tem como diretrizes a integralidade, a intersetorialidade, a descentralização, a hierarquização e a humanização, reconhecendo as unidades prisionais como as “portas de entrada” e o “ponto de atenção” da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (Barbosa et al., 2022).

As autoras destacam também que no âmbito prisional, as ações de saúde devem ser realizadas pelas Equipes de Atenção Básica prisionais (EABp), conforme dispõe o PNSSP, no item 6.1:

que a equipe mínima de assistência à saúde em cada unidade prisional é composta por “médico, enfermeiro, dentista, psicólogo, assistente social, auxiliar de enfermagem e atendente de consultório dentário, com jornada de 20 horas semanais, para atenção de até 500 pessoas presas” (Portaria Interministerial Nº 1.777, 2003).

Essa equipe pode ser acrescida de outro profissional de nível superior (fisioterapia, farmácia, terapia ocupacional ou nutrição) e/ou uma equipe de saúde mental. Nos casos em que a prisão não tenha uma EABp implantada no local, cabe à equipe de saúde da família responsável pelo território no qual se encontra a unidade prisional prestar assistência às PPL, redirecionando o paciente para os serviços de média e alta complexidade quando necessário, em consonância com o princípio da integralidade do SUS (Barbosa et al., 2022).

No sistema prisional capixaba, os serviços de saúde nas unidades prisionais são realizados por meio de empresas contratadas, as chamadas Organizações Sociais da Saúde (OSS), desde 2007, atendendo às diretrizes da PNAISP.

Recentemente, em janeiro de 2025, foi celebrado convênio com o Instituto de Excelência em Saúde Pública (IESP), que substituiu a organização anterior, INVISA, para a “gestão compartilhada” de serviços de saúde em todas as 37 (trinta e sete) unidades prisionais do estado, cujo contrato está atualmente ativo, estabelecendo, uma série de obrigações à empresa contratada (SEJUS, 2025):

A CONTRATADA atenderá com gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no âmbito da Atenção Primária para a população privada de liberdade em todos os Estabelecimentos Penais do Estado do Espírito Santo. (...) 1.1. Fornecer atendimento médico: Avaliação clínica, diagnóstico e tratamento de doenças, incluindo acompanhamento pré-natal. 1.2. Fornecer atendimento odontológico: Prevenção e tratamento de doenças bucais, incluindo exames, radiografias, obturações e extrações. 1.3. Fornecer Atendimento de enfermagem: Curativos, administração de medicamentos, monitoramento de sinais vitais e educação em saúde. 1.4. Fornecer assistência farmacêutica. 1.5. Fornecer atendimento de profissional de serviço social. 1.6. Fornecer atendimento profissional de Psicologia: Avaliação, acompanhamento e intervenção psicológica. 1.7. Vacinação: Executar campanhas de vacinação seguindo o calendário anual do Ministério da Saúde. 1.8. Exames laboratoriais: coleta e análise do material com fornecimento dos resultados de forma simples e ágil. 1.9. Palestras e ações educativas: Realizar palestras e ações educativas visando a promoção da saúde e prevenção de doenças. 1.10. As equipes de saúde são **compostas segundo as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Pessoa Privada de Liberdades – PNAISP, o quantitativo e perfil populacional, e a estrutura física dos estabelecimentos.** 1.11. Realizar testes rápidos e demais exames relacionados a agravos de importância à saúde, de acordo com protocolos de atendimento e a partir da necessidade identificada pela equipe de saúde ou pela Secretaria de Estado da Justiça. 1.12. Nos casos do primeiro atendimento de urgência e/ou emergência, garantir assistência inicial, conforme capacidade operacional da unidade, solicitando serviço de remoção imediato. (...) 1.14. Garantir serviço de estabilização, nos casos de pacientes críticos, na Unidade de Saúde do Sistema Penal – USSP, até transferência para o serviço hospitalar. 1.15. Assegurar o fornecimento dos medicamentos para o abastecimento do serviço nos atendimentos de ambulatorios, urgência e internações, garantindo que a dispensação obedeça a prescrição médica e a todos os protocolos terapêuticos estabelecidos (...) (SEJUS, 2025). **grifo nosso.**

O *site* da Secretaria de Estado da Justiça do Espírito Santo - SEJUS, órgão que administra as unidades prisionais do estado, especifica que:

A Gerência de Saúde do Sistema Penitenciário é formada pelos núcleos de Enfermagem, Farmácia e Nutrição, e tem como competência planejar, organizar, coordenar, supervisionar, controlar e avaliar as ações de promoção, prevenção e

assistência à saúde dos internos. Dessa forma, ela define as prioridades relativas ao atendimento médico, odontológico, ambulatorial, psicológico, psiquiátrico e social, além das atividades inerentes às divisões ambulatoriais, que compõem a sua estrutura. O Estado conta com equipes multidisciplinares de saúde que atuam nas unidades prisionais. São cerca de 300 profissionais entre médicos, enfermeiros, dentistas, assistentes sociais, psicólogos, entre outros, que trabalham no atendimento da atenção básica. Quando há necessidade de atendimento com especialistas os detentos são encaminhados à rede pública de saúde. (SEJUS, 2025).

E acrescenta:

O Espírito Santo é o Estado com maior cobertura de programa de saúde do sistema penitenciário brasileiro, com 88% das unidades com equipes de saúde. Dessa forma, essa cobertura permite que 94% dos atendimentos de saúde aos internos do sistema penitenciário do Espírito Santo sejam realizados nas dependências das unidades prisionais. Também é o único Estado do país a ter uma unidade de referência em tratamento de tuberculose para pessoas presas (SEJUS, 2025).

Pesquisa realizada por Freitas (2013) sobre o manejo de psicotrópicos no sistema prisional capixaba e a atuação do psicólogo na saúde prisional, identificou situação distinta à expressa no *site* da SEJUS. De acordo com a autora, a equipe multidisciplinar de saúde prisional tem muitas metas a cumprir, baseadas mais na quantidade de atendimentos, do que na qualidade. A autora ainda pontua que:

desenvolver a prevenção de agravos, conforme estabelecido pelo PNSSP e diante da imposição de confinamento, limitava determinados aspectos do trabalho. Indaguei-me se a promoção de saúde, através do protagonismo do sujeito, naquele local, diante daquela situação, seria algo possível (Freitas, 2013, p.19).

Nesse sentido, vemos que apesar das regulamentações existentes, a garantia do direito à saúde encontra sérios problemas para ser efetivada nas prisões do Brasil e ao redor do mundo. Nos países onde há grande desigualdade social, a oferta de serviços de saúde costuma ser prejudicada e não estar disponível para a maior parte da população. Com relação às PPL, a situação geral dos serviços de saúde é comprometida pelos aspectos corriqueiros à maioria das prisões, tais como: espaços insalubres e superlotados, poucos profissionais da segurança e da área técnica com relação ao número de PPL, dificuldade de locomoção das PPL para os hospitais disponíveis da comunidade, dentre outros fatores (Nascimento; Bandeira, 2018).

A Portaria do Ministério da Saúde nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 (Brasil, 2017), que regula a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), define atualizações nas orientações para a estruturação da Atenção Básica (AB) no âmbito

do SUS. Ela destaca como princípios a regionalização e a hierarquização dos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS), possibilitando o planejamento, a programação descentralizada e a implementação de ações setoriais e intersetoriais. Essas ações estratégicas visam à vigilância, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. Essa Portaria constitui um dos marcos legais importantes para a Saúde Prisional.

Um deles refere-se a especificação dos tipos de equipes, dos profissionais que as compõem, do financiamento e estabelece normas para cadastramento das equipes no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). Com o objetivo de possibilitar o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no SUS, a PNAISP prevê que os serviços de saúde neste sistema passem a ser ponto de atenção da RAS no SUS, qualificando também a AB no âmbito prisional, como porta de entrada do cuidado em saúde, promovendo a integração e a continuidade do atendimento de forma mais eficiente e humanizada (Secretaria de Estado da Saúde do ES, 2025).

Além disso, no paradoxo existente no ambiente prisional, nota-se que, na maioria das vezes, as ações de saúde penitenciária ficam a cargo do órgão estadual responsável pelo sistema penitenciário tanto a contratação de recursos humanos quanto a questão do financiamento, reservando-se às secretarias de saúde o papel de capacitadoras das equipes de saúde das unidades prisionais. A posição marginal das secretarias de saúde se reflete em uma predominância de ações voltadas para a manutenção da segurança e da ordem nas prisões, em detrimento de projetos de “reinserção social (Nascimento; Bandeira, 2018).

1.3 VULNERABILIDADE E A QUESTÃO DAS DROGAS

O consumo de substâncias psicoativas, geralmente referidas na linguagem comum como drogas, é um fenômeno antigo e duradouro na trajetória da humanidade. Exceto por comunidades que vivem em áreas totalmente desprovidas de vegetação, não existe um único grupo humano que não tenha tido contato com diferentes substâncias psicoativas ao longo de diferentes períodos e regiões. (Escohotado, 2002).

Embora o consumo de drogas faça parte da história da humanidade, de seu desenvolvimento histórico, econômico, cultural e social, o sentido do uso foi sofrendo alterações com o passar do tempo e os significados conferidos variam de acordo com o seu uso: desde o recreativo até o que causa dependência, considerado quando há danos físicos, psicológicos e sociais para o sujeito que faz o uso abusivo (Schenker, 2008).

Nery Filho (2012) chama a atenção para o fato de que os humanos usam drogas por serem humanos, trata-se de um fenômeno que envolve a dimensão individual, social e a substância em si. Cada sujeito fará uso de uma determinada droga, capaz de modificar os estados normais de consciência, diante de suas necessidades subjetivas e sociais. Para alguns, as drogas terão pequenos espaços em sua vida, outros encontrarão mais facilmente nas drogas a possibilidade de lidar com a exclusão e outras dificuldades (Filev, 2015).

Nesse sentido, Zinberg (1984) destaca que os efeitos produzidos por uma droga dependem de três fatores: a substância utilizada, com suas características farmacológicas; o sujeito que a consome, incluindo suas condições físicas, mentais e suas expectativas em relação ao uso; e o ambiente ou cultura onde a droga é utilizada, bem como o contexto social em que a pessoa está inserida. Dessa forma, as possibilidades de interações e resultados são diversas, e qualquer abordagem de cuidado e tratamento para pessoas que fazem uso de drogas em situação de vulnerabilidade deve considerar o indivíduo de forma integral, oferecendo respostas às suas múltiplas necessidades (São Paulo, 2024).

Além disso, muitas substâncias psicoativas podem causar efeitos tóxicos nos órgãos e tecidos do corpo, além de interferir nas funções regulatórias do organismo. Isso aumenta o risco de desenvolver diversas condições de saúde, como transtornos mentais, doenças não transmissíveis (como problemas gastrointestinais, cardiovasculares e cânceres). A dependência dessas substâncias agrava ainda mais os padrões e níveis de uso, intensificando os efeitos nocivos na saúde e no bem-estar geral, incluindo o funcionamento psicossocial da pessoa (WHO, 2024).

O uso de drogas constitui objeto de debate público e uma questão social que movimentou interesses múltiplos e diversas políticas, embora o seu reconhecimento como problema social tenha acontecido apenas recentemente (Fiore, 2004).

O âmbito das políticas relacionadas à temática das drogas é complexo, pelas diversas concepções teóricas existentes, bem como na dimensão das práticas. Esse campo é palco de constantes tensões e disputas no cenário internacional e no Brasil, em particular (Teixeira, et al., 2017).

De acordo com o Relatório Mundial sobre Drogas 2023, documento anual publicado pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), que contribui para nortear as políticas globais sobre drogas, a oferta de drogas ilícitas e as redes de tráfico estão agravando as crises globais convergentes e desafiando os serviços de saúde e as respostas de aplicação da lei. Globalmente, mais de 296 milhões de pessoas usaram drogas em 2021, um aumento de 23% em relação à década anterior. Enquanto isso, o número de pessoas que sofrem de transtornos associados ao uso de drogas subiu para 39,5 milhões, um aumento de 45% em 10 anos (UNODC, 2023).

O documento destaca ainda como as desigualdades sociais e econômicas impulsionam - e são impulsionadas por - desafios impostos pelas drogas; a degradação ambiental e as violações dos direitos humanos causadas pelas atividades econômicas relacionadas às drogas ilícitas; e a crescente prevalência de drogas sintéticas (UNODC, 2023).

Esse relatório aponta também que a lacuna no tratamento para transtornos associados ao uso de drogas permanece sendo grande. Em 2021, apenas uma em cada cinco pessoas recebeu tratamento por transtornos associados ao uso de drogas. Além disso, as variações no acesso ao tratamento em diferentes partes do mundo estão aumentando. A população jovem é a mais vulnerável ao uso de drogas, bem como a mais afetada pelos transtornos associados ao uso de drogas em várias partes do mundo (UNODC, 2023).

Apesar dos significativos avanços nas últimas duas décadas, persistem desafios complexos no campo do cuidado às pessoas que fazem uso de substâncias

psicoativas. De modo geral, o fenômeno do consumo de drogas na sociedade contemporânea transcende os limites do setor da saúde e da assistência social, envolvendo também dimensões relacionadas à justiça e à segurança pública. Essas esferas institucionais exercem forte influência sobre as práticas de cuidado atualmente adotadas (UNODC, 2023).

Ao abordar os paradigmas de atenção a essa população, deparamo-nos com modelos fundamentados em princípios distintos — muitas vezes antagônicos — no cenário brasileiro: a redução de danos sociais e à saúde (RD) e a abstinência como objetivo exclusivo. A abordagem da RD reconhece a possibilidade do uso de substâncias, buscando informar o usuário sobre os riscos envolvidos, a fim de minimizá-los ou preveni-los. Esse modelo valoriza o uso consciente e responsável, sendo compreendido como uma alternativa mais flexível diante da complexidade do processo de interrupção imediata do consumo. Ressalta-se que, nesse paradigma, a abstinência é considerada uma possibilidade, mas não uma condição obrigatória para que o cuidado seja efetivado (Marlatt *et al*, 2001; Fiore, 2012)

Em contrapartida, o modelo baseado na abstinência exclusiva fundamenta-se na premissa de que a eliminação total do uso de drogas é o objetivo final do cuidado. Nesse contexto, entende-se que o vínculo terapêutico só pode ser estabelecido a partir da cessação do uso da substância, configurando-se como uma estratégia de elevada exigência (Marlatt *et al*, 2001; Fiore, 2012).

Ambos os paradigmas foram construídos a partir de referenciais históricos e culturais distintos ao redor do mundo, o que explica suas diferenças conceituais e metodológicas no campo das políticas de cuidado.

A perspectiva de RD teve como experiência precursora a divulgação do Relatório *Rolleston*, em 1926, na Inglaterra, quando um grupo de médicos afirmava que a maneira mais adequada de tratar dependentes seria por meio de uma administração monitorada, de forma a aliviar os sintomas de abstinência (Brasil, 2003). A partir da década de 1960, programas de substituição da heroína por metadona já evidenciavam eficácia na estabilização da vida de indivíduos com dependência e ao longo das décadas seguintes, pela primeira vez, iniciativas de redução de danos passaram a oferecer a troca de seringas usadas por novas e esterilizadas, bem

como acesso à terapia, oportunidades de emprego e acolhimento para usuários de drogas injetáveis (Kleiman, Hawdon, 2011; Machado *et al.*, 2021).

No contexto brasileiro, a RD enquanto prática de saúde pública tem início em 1989, no município de Santos, em São Paulo — pioneiro na implementação de ações preventivas voltadas ao HIV/aids entre usuários de drogas injetáveis, com a criação do primeiro programa de troca de seringas da América do Sul (Petuco, 2019; Machado *et al.* 2021). Posteriormente, essa abordagem foi expandida, passando a ser reconhecida como uma ética do cuidado, uma estratégia com implicações clínicas e políticas, bem como uma diretriz metodológica no trabalho com pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas. (Brasil, 2003; Adamy; Silva, 2017).

Essa iniciativa fomentou o debate sobre as estratégias de como atuar melhor no problema da dependência de drogas de outra forma que não fosse a repressão e/ou a abstinência, como únicas opções (Passos, 2011). A partir de 2003, a RD foi oficialmente incorporada como eixo central da política do Ministério da Saúde voltada à atenção a usuários de álcool e outras drogas (Brasil, 2003).

Em relação ao processo de tratamento do usuário de álcool e outras drogas, Lima (2019) reforça a necessidade de que este ocorra no sentido da garantia de autonomia, dignidade e integralidade. Tal perspectiva corresponde à proposta da RD, vigente no Brasil até o ano de 2019. Atualmente, a política sobre drogas no Brasil vem sendo construída na lógica da abstinência, conforme exposto na Nota Técnica Nº 11/2019, que esclarece sobre a Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas (Brasil, 2019). Entretanto, há ainda um motriz que busca garantir o direito e protagonismo do usuário (Borges; Schneider 2020).

Análise realizada por Oliveira *et al* (2021) identificou que as políticas públicas sobre drogas demonstram o conflito histórico entre os paradigmas proibicionista e antiproibicionista, na área da justiça ou segurança, e entre os modelos asilar – representados pelas comunidades terapêuticas e centros de internamento de longa permanência – e psicossocial – baseado na rede territorial –, na área da saúde.

Henrique Carneiro (2018) analisa a origem do proibicionismo às drogas como um fenômeno histórico, político e cultural, e não meramente científico ou médico. Segundo o autor, a proibição de determinadas substâncias psicoativas está profundamente ligada a projetos de controle social, racial, moral e econômico.

O proibicionismo moderno começa a se consolidar no final do século XIX e início do século XX, impulsionado por políticas conservadoras nos Estados Unidos e em países europeus, em especial durante a mobilização para a Primeira Guerra Mundial. Nessa época, substâncias como o ópio, a cocaína e a maconha passam a ser associadas a comportamentos desviantes, à criminalidade e a grupos sociais marginalizados — como imigrantes, negros, pobres e povos colonizados (Carneiro, 2018).

Dessa forma, podemos perceber o grave e significativo efeito da criminalização das drogas, como o aumento do encarceramento e do controle estatal por meio da política de combate às drogas, controle este que se dá de forma seletiva, alcançando de forma mais intensa uma população vulnerável que não tem meios e condições de resistir ao punitivismo estatal (Taxi; Lima Filho, 2017).

Corroborando com esse entendimento, a política proibicionista relacionada as drogas no Brasil reforça a seletividade penal. As explicações utilizadas por esta política em relação ao consumo de drogas remontam a um modelo moral e ao modelo de doença (Lermen, Dartora e Capra-Ramos 2014).

As autoras salientam que, no modelo moral, o uso de substâncias se configura como uma prática delituosa, em que o usuário passa a ser identificado como criminoso. Dessa forma, a medida de enfrentamento e as consequências orientadas por essa perspectiva são o encarceramento, a aplicação de medidas de segurança ou transação penal, criminalizando a conduta do usuário.

Já o modelo de doença, acrescentam Lermen, Dartora e Capra-Ramos (2014), como o próprio nome indica, entende o consumo e a dependência como um estado patológico. As intervenções baseadas neste modelo são orientadas ao tratamento e à reabilitação. No Brasil, a partir dos anos de 1970, a legislação nacional passou a ser influenciada pela medicina, que forneceu embasamento científico para justificar e

legitimar o controle do uso de drogas, apontando a internação em estabelecimentos hospitalares dos "infratores viciados" como uma alternativa de intervenção (Alves, 2009).

Assim sendo, ambos os modelos admitem a eliminação total do consumo e a abstinência como exclusiva meta do tratamento (Alves, 2009). A ideia de tratamento sustentada por ideologias de abstinência total supõe que somente a partir desta o usuário de drogas, entendido como desviante das regras sociais, pode ser aceito socialmente pelo seu ato, em uma espécie de ajustamento e "purificação" (Moraes, 2008).

É devido a esta conotação moral associada ao consumo de drogas que a recaída é revestida por um sentimento de vergonha por aqueles que lutam contra o uso, visto que supostamente fracassaram diante da obrigação de se manterem abstinentes. Nesse sentido, a lógica da abstinência é, antes de tudo, imposta pela sociedade em função de seu moralismo, mais do que propriamente sustentada por uma escolha do sujeito (Lermen, Dartora E Capra-Ramos 2014).

Nesse sentido, a RD, que congrega teorias e práticas, é considerada possível facilitadora de diálogo entre os setores envolvidos na problemática do uso prejudicial de drogas, quais sejam, saúde, justiça e segurança pública e assistência social (Teixeira, et al., 2017).

Os estudos que avaliam as práticas de cuidado aos usuários de drogas nos serviços de saúde brasileiros, tanto na atenção primária quanto na saúde mental, ainda se baseiam no modelo proibicionista. Essas práticas são pautadas em condutas estigmatizantes e moralizantes, além de apresentarem conhecimento insuficiente sobre a complexidade do tema das drogas (Malvezzi, Nascimento, 2018; Carvalho, Dimenstein, 2017).

Segundo dados do escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), uma em cada cinco pessoas encarceradas usa drogas. A proporção é quatro vezes maior do que o registrado no restante da população mundial (Nações Unidas Brasil, 2022).

Essas instituições também calculam que 22% das pessoas encarceradas estão privadas de liberdade por terem cometido crimes relacionados ao porte de drogas para uso pessoal (Nações Unidas Brasil, 2022).

De acordo com Ayres *et al*, ao conceituar a vulnerabilidade em saúde (2012):

Existem três componentes interligados entre si que configuram as situações de vulnerabilidade dos sujeitos. O componente individual da vulnerabilidade está associado à qualidade das informações e à capacidade dos sujeitos de elaborá-las e incorporá-las aos seus repertórios cotidianos. Já os componentes sociais da vulnerabilidade dizem respeito à obtenção das informações, às condições de metabolizá-las e ao poder de colocá-las em prática. O acesso às informações não depende apenas do indivíduo, mas também dos meios de comunicação, de educação, dentre outros que devem estar disponíveis ao sujeito. Por fim, o componente programático (ou institucional) faz a ponte entre os componentes individual e social e diz respeito aos programas estatais de prevenção e cuidado. Este componente está vinculado à qualidade das políticas públicas e como elas impactam o grau de vulnerabilidade dos sujeitos (Ayres *et al*, 2012).

Apoiar e incentivar a RD foi uma das diretrizes na elaboração da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, em 2003, que determinou que as diversas estratégias para retardar, reduzir os danos e superar o consumo não concorrem entre si, mas se complementam. Esta política passou a mostrar o Ministério da Saúde compromissado e responsável no enfrentamento dos problemas que se referem ao consumo de álcool e as demais drogas, pois ampliou o conceito do uso e do abuso das drogas como cenário dos problemas sociais, indicando um questionamento da proibição e da lógica de reprimir e punir. No âmbito desta questão, a proposta é alterar os padrões de assistência, assegurando a melhora do acesso aos serviços que podem atender cada cidadão. Assim, a proposição da política do ministério foi a de implantar uma rede de assistência de modo integral, no SUS, que se torna responsável em garantir o acesso à atenção especializada, antes a cargo da rede privada e não-governamental (Brasil, 2003).

Nesse sentido, em relação a assistência e ao cuidado aos usuários de drogas, nos últimos anos temos vivenciado vários movimentos de avanços e retrocessos relacionados à Política Nacional sobre drogas.

Em junho de 2019, foi promulgada a Lei nº 13.840, a chamada nova Lei de Drogas, que criou o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) e traz,

em seu art. 1º:

Esta Lei altera a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para tratar do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), definir as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e tratar do financiamento das políticas sobre drogas e dá outras providências (Brasil, 2019).

O SISNAD está responsável por fazer a coordenação das medidas referentes à prevenção da utilização de psicoativos, ao atendimento à saúde dos usuários e no tocante à repressão ao tráfico. O texto aprovado traz o reforço para as instituições que recebem voluntariamente os dependentes químicos para tratamento, as chamadas comunidades terapêuticas e viabiliza a internação involuntária, que pode ser feita mesmo contra a vontade do sujeito em questão (Brasil, 2019).

Além disso, esta nova lei que regula a relação das pessoas e do sistema estatal com as drogas adota posição contrária à legalização das drogas. Dessa forma, as estratégias de tratamento terão como objetivo que o paciente fique e permaneça abstinente, livre das drogas. Para lograr esse objetivo, diferentes estratégias de ação podem ser utilizadas, tais como promoção de abstinência, suporte social, promoção da saúde e redução de riscos sociais e à saúde (Brasil, 2019).

A estratégia de RD foi progressivamente incorporada à legislação brasileira sobre drogas, de modo que, nas duas últimas décadas, as políticas de saúde reconheceram a histórica lacuna assistencial prestada aos usuários de álcool e de outras drogas. Nesse sentido, a partir da aprovação da Lei Federal nº 10.216/2001 (Brasil, 2001), que legitimou o movimento da reforma psiquiátrica na área da saúde mental, os usuários de drogas foram efetivamente aceitos como de responsabilidade da saúde pública, mais especificamente, da saúde mental (Machado; Boarini, 2013).

No entanto, a abordagem da RD, que não foi incorporada pela Lei nº 13.840/ 2019, a mais recente política brasileira sobre drogas, parte do pressuposto de que, se não existe uma sociedade livre de drogas, é plausível lançar mão de estratégias para utilizá-las com o máximo de segurança possível, reconhecendo as diferentes possibilidades de uso - do recreacional, ocasional, frequente ao pesado - e, conseqüentemente, os distintos efeitos: benéficos, neutros ou prejudiciais (Feffermann; Figueiredo, 2006).

Esta abordagem requer a substituição da perspectiva da prevenção para o da educação de crianças e adolescentes. Com base no princípio de que o consumo de drogas resulta de uma relação entre o sujeito, a droga e o ambiente, torna-se imprescindível a educação para a autonomia, para a proteção de si e da comunidade (Acselrad; 2005).

Com a mudança do governo federal em 2023, uma nova política brasileira sobre drogas vem sendo construída pela Secretaria Nacional sobre Drogas (Senad) desde então, com base em três principais áreas: desenvolvimento alternativo sustentável; prevenção ampliada; e redução de danos atrelada ao acesso a direitos e à perspectiva de justiça social.

Essa política, portanto, está em processo de reformulação, com a elaboração do novo Plano Nacional de Políticas sobre Drogas (PLANAD), em substituição do PLANAD que está vigente para o período 2022-2027 e foi aprovado pela Resolução do Conselho Nacional Sobre Drogas (CONAD) nº 08/2022. O Plano busca ações de redução da oferta, cuidado e redução de danos, além de enfatizar a prevenção e a redução de danos atrelada ao acesso a direitos e à justiça social. A participação social parece apresentar um protagonismo, que prevê consultas públicas abertas a entidades, coletivos e movimentos sociais, visando garantir a construção de um plano que atenda às necessidades da população (MJSP, 2025).

Na rede de atenção à saúde da região metropolitana de Vitória, o Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (Hucam), vinculado à Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) e à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), configura-se como instituição estratégica no contexto da rede pública de saúde. Reconhecido como hospital de referência no estado do Espírito Santo, o Hucam presta assistência em média e alta complexidade, destacando-se em áreas como cirurgia geral e cardíaca, infectologia (com foco em HIV/Aids e tuberculose multirresistente), doenças renais e oncológicas, maternidade de alto risco, unidades de terapia intensiva neonatal e adulta, entre outros serviços especializados (UFES, 2022).

Nesse contexto, o hospital se insere na rede de serviços estadual para promover o acesso da população penitenciária aos demais níveis de atenção à saúde, através

das referências, que deverão estar incluídas na Programação Pactuada Integrada (PPI) estadual, mediante negociação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), de acordo com o Plano Nacional de Saúde no Sistema Prisional, elaborado em 2003 (Brasil, 2003). O Hucam se apresenta também como um dispositivo de cuidado em saúde mental, aí incluídos os sujeitos com comorbidades decorrentes do uso prejudicial de drogas.

Nesse sentido, esta pesquisa pretende discutir a percepção dos profissionais de saúde do Hucam em relação às pessoas privadas de liberdade e pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas, buscando responder aos seguintes questionamentos: Qual é a percepção dos profissionais de saúde do Hucam sobre as pessoas privadas de liberdade e usuários de drogas? De que forma essa percepção se reflete nas ações de assistência e cuidado dos profissionais a essas pessoas? Quais são os fatores facilitadores e dificultadores na oferta de cuidados às pessoas privadas de liberdade e aos usuários de álcool e outras drogas?

2 RELEVÂNCIA

Estudar a percepção de profissionais de saúde em relação à pessoa privada de liberdade e pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas mostra-se relevante por envolver aspectos como ética, qualidade do cuidado, direitos humanos e políticas públicas.

Profissionais de saúde são peças-chave para promover o acesso igualitário à saúde, conforme garantido por leis nacionais e tratados internacionais, como a Constituição Federal do Brasil (1988) e as Regras de Mandela da ONU (Brasil, 2016). Dessa forma, as suas percepções e atitudes podem influenciar diretamente a qualidade do atendimento oferecido. Ao se identificar lacunas ou dificuldades na percepção dos profissionais, é possível desenvolver ações educativas e de sensibilização para promover uma prática mais humana e qualificada. Isso também serve para reduzir o estresse, a sobrecarga e o burnout associados ao trabalho em contextos relacionados à segurança pública (Da Silva et al., 2020; Monteiro, 2023).

Considerando que o ambiente prisional evoca, no imaginário social, dilemas éticos únicos, como o equilíbrio entre o dever de cuidado e as questões de segurança, entender como os profissionais lidam com essas tensões pode contribuir na formação ética e no desenvolvimento de políticas institucionais mais justas.

Entendemos que a relevância dessa pesquisa eleva-se pelo fato de se buscar, por meio da abordagem qualitativa, ampliar a compreensão e refletir sobre cuidado em saúde de quem vive sob efeitos devastadores da exclusão e degradação social: pessoas com uso prejudicial de drogas e as pessoas em privação de liberdade, sob a perspectiva dos profissionais de saúde. Salientamos que as PPL são uma população segregada e específica, que, em dezembro de 2024, superava em 56% a capacidade de ocupação dos estabelecimentos de aprisionamento do Espírito Santo, um dos maiores déficits de vagas do Brasil (SISDEPEN, 2025).

Analisar o processo saúde-doença no contexto da privação de liberdade implica reconhecer que esse fenômeno assume contornos distintos em relação à população em liberdade. As condições do cárcere, aliadas às especificidades sociais e institucionais dos serviços que atendem pessoas privadas de liberdade, configuram

uma realidade complexa, marcada por vulnerabilidades, estigmas e desafios éticos. Há, portanto, uma diferença considerável na forma como se percebe e se vivencia o cuidado em saúde dentro e fora das prisões.

As singularidades do ambiente prisional exigem uma abordagem em saúde que reconheça fatores complexos, tais como a perda da autonomia na privação de liberdade, as tensões que decorrem dos relacionamentos interpessoais e institucionais, os significados das diferentes práticas para os diferentes grupos, dentre outras questões. Um dos grandes dificultadores à garantia do direito à saúde para os custodiados do sistema prisional é o não reconhecimento das PPL como sujeitos de direitos, legitimando o desrespeito à legislação que regula o sistema prisional, muitas vezes pautados pelo estigma, discriminação e influenciados pela mídia.

No Brasil, onde os serviços de saúde pública ainda não são ofertados de maneira plena e com qualidade para a população como um todo, a questão da saúde penitenciária tende a ser vista como menos importante, desnecessária ou mesmo ilegítima. O reconhecimento do modo como se dão as relações no âmbito do sistema prisional – ligadas ao contexto socioeconômico e cultural onde está inserido – cria as condições para que seja possível a elaboração de propostas de intervenção que atendam às demandas concretas da população ao qual se destina (Nascimento, Bandeira, 2018).

Conforme apontado, muitas pessoas privadas de liberdade são usuárias de substâncias psicoativas, dentre elas, álcool, tabaco e outras drogas. Nesse sentido, consideramos fundamental à implementação de projetos de pesquisa capazes de contribuir com a caracterização do cuidado produzido no município de Vitória-ES, em especial, no Hospital Universitário, reconhecido socialmente como centro de excelência em diversas especialidades médicas, atuando de forma articulada com o Sistema Único de Saúde (SUS), o que reforça sua relevância na formação de profissionais e na promoção da saúde pública (UFES, 2022).

Espera-se que o estudo possa influenciar no processo de trabalho na reflexão-ação-reflexão, e na construção coletiva de possibilidades de enfrentamento dos problemas e necessidades de saúde da população de Vitória-ES.

Na medida em que os serviços de atenção e cuidado em saúde envolvem a atuação em equipe, consideramos fundamental o diálogo e a troca de experiências para minimizar as situações de vulnerabilidade presentes na população em questão. As condições de vida desumanas das PPL salientam para a necessidade de focarmos nossa atuação na criação de estratégias de redução de danos por meio de intervenções contextualizadas e atentas às demandas, queixas e também às potências das PPL.

Dessa forma, os serviços de saúde nesse contexto devem se basear nos princípios do SUS, com equipes que ultrapassem o viés curativo e favoreçam a prevenção e a promoção em saúde, fortalecendo práticas de cuidado na perspectiva da redução de danos, buscando parceiros dentro e fora das prisões que ajudem a minimizar os efeitos perversos do encarceramento (Nascimento, Bandeira, 2018).

Na perspectiva dos direitos humanos, o cuidado em saúde refere-se a inclusão de ações pragmáticas na rotina de trabalho, tais como a garantia de atenção às comunidades vulnerabilizadas, não discriminação na forma como políticas e programas são conduzidos, atenção ao contexto legal e político no qual as ações são executadas, transparência na seleção das prioridades e, principalmente, responsabilização jurídica pelos resultados (Gruskin, Tarantola, 2012).

Nesse contexto, a pesquisa é necessária para compreender como as abordagens baseadas em direitos são implementadas para as PPL e os usuários de drogas, na percepção dos profissionais de saúde e se a saúde pública e os direitos humanos caminham juntos de maneira forte, poderosa e prática.

3 OBJETIVOS DA DISSERTAÇÃO

3.1 GERAL

- Compreender a percepção dos profissionais de saúde que atuam no Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes (HUCAM) a respeito da pessoa privada de liberdade e o usuário de álcool e outras drogas.

3.2 ESPECÍFICOS:

- Conhecer de que forma essa percepção se reflete nas ações de atenção e cuidado dos profissionais às pessoas privadas de liberdade e aos usuários de álcool e outras drogas;
- Analisar os fatores facilitadores e dificultadores na oferta de cuidados às pessoas privadas de liberdade e aos usuários de álcool e outras drogas.

4 METODOLOGIA

Esta pesquisa trata-se de um estudo de caráter exploratório e descritivo, realizado por meio de uma abordagem qualitativa de dados. A abordagem qualitativa foi empregada neste estudo, pois investiga as relações, as representações, as crenças, as percepções e as opiniões, consideradas como resultados provenientes das interpretações humanas que permitem desvelar inúmeros processos sociais ainda pouco explorados referentes a grupos particulares (Minayo, 2017).

A pesquisa exploratória é desenvolvida com o objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato, buscando-se conhecer melhor os fenômenos apontados, esclarecendo conceitos e levantando proposições Gil (2018). Classifica-se, também, como descritiva, na medida em que tem por objetivo descrever as características da situação-problema buscando o estabelecimento de relações entre variáveis.

Segundo Gil (2018), a entrevista é uma técnica que permite explorar opiniões, experiências e percepções de forma mais aprofundada, facilitando uma compreensão mais completa do assunto estudado, consistindo numa conversa direta entre o pesquisador e o entrevistado.

Quanto à condução das entrevistas qualitativas, o direcionamento foi estabelecido pelo entrevistador, mas também, em alguns momentos, pelo próprio entrevistado. Isso ocorre à medida que o participante começa a associar temas abertos ao tópico geral proposto pelo entrevistador, desenvolvendo-se de maneira natural e respeitando o objetivo de construir ideias de forma mais formuladas (Turato, 2013).

O cenário onde foi realizado o estudo reside no Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM), hospital universitário vinculado a Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória-ES, em alguns dos serviços de acompanhamento de pessoas privadas de liberdade. Dessa forma, na estrutura organizacional atual do HUCAM, abordamos as Unidade do Sistema Digestivo; Unidade da Mulher; Unidade de especialidades e Unidade de Cirurgia Geral. Mais em específico, o Programa de Atenção ao Alcoolista (PAA) e a Clínica Médica do 2º andar,

Ambulatório de Hepatite; Ambulatório de cirurgia geral, Enfermaria cirúrgica (2º andar); Ambulatório de Tuberculose; Ambulatório de Doenças Infectocontagiosas; Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia e Maternidade. Pessoas privadas de liberdade não foram participantes desse projeto, não necessitando assim da submissão ao Conselho Nacional de Pesquisa (CONEP).

4.1 ACULTURAÇÃO AO CAMPO

Antes da coleta de dados, a pesquisadora realizou visitas ao HUCAM, após autorização e ciência dos responsáveis pelos setores selecionados para se familiarizar com a dinâmica dos serviços, com os profissionais e com o ambiente institucional. Esse processo de familiarização, conhecido como aculturação ao campo, é fundamental para compreender a rotina do local, estabelecer vínculos e minimizar possíveis barreiras na coleta de dados (Turato, 2013). Essas visitas foram muito válidas para que a pesquisadora pudesse adaptar-se às atividades cotidianas dos serviços e organizar a logística da pesquisa.

Nos meses de outubro a dezembro de 2023 foram entrevistados 18 (dezoito) profissionais de saúde, envolvidos diretamente na produção do cuidado à pessoa em consumo prejudicial de álcool e outras drogas e às pessoas privadas de liberdade. A amostra foi determinada até atingir a saturação dos dados, ou seja, o ponto em que a coleta de dados adicionais não forneceu mais novas percepções ou informações, devido as respostas se repetirem. Foram incluídos profissionais de especialidades diversas, sendo quatro Médicos, oito Enfermeiros, dois Técnicos de Enfermagem, dois Fisioterapeutas, um Psicólogo e um Assistente Social, de ambos os sexos, sem limite de idade, com vínculo empregatício variado, atuantes no HUCAM há mais de seis meses, em alguns dos serviços de referência, listados acima, para atendimento às pessoas privadas de liberdade e às pessoas que realizam acompanhamento por uso de álcool, tabaco e outras drogas.

Foram excluídos os profissionais que apresentaram indisponibilidade em participar das entrevistas, seja por estarem de férias, licença médica e/ou outros afastamentos. Não houve recusa na assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de nenhum profissional convidado para a pesquisa.

A visita aos setores selecionados para a pesquisa foi realizada conforme cronograma de pesquisa, após ciência e consentimento dos responsáveis pelos setores do hospital, utilizando-se de um momento oportuno para a realização das entrevistas durante o horário de trabalho, no intervalo entre as 7:00 h e 21:00 h, o que incluiu também os profissionais do turno noturno. Os profissionais foram convidados pessoalmente, via contato direto, durante o expediente de trabalho, sendo agendado um horário com eles, buscando não prejudicar os atendimentos, de acordo com a resolução nº 580/2018, do CONEP, que estabelece, no art.5º: “*Os procedimentos de pesquisa não deverão interferir na rotina dos serviços de assistência a saúde, a não ser quando a finalidade do estudo o justificar, e for expressamente autorizado pelo dirigente da instituição*” (CONEP, 2018).

Os participantes receberam o TCLE antes das entrevistas, com informações detalhadas sobre o estudo, para a assinatura dos participantes, após esclarecimento e concordância. A participação na pesquisa foi voluntária e a confidencialidade das informações levantadas foi preservada. O roteiro de questões norteadoras se mostrou adequado, captando as informações centrais para a pesquisa e não necessitou de adaptações.

Antes da aplicação das entrevistas principais, foi realizada uma entrevista piloto com um(a) participante com perfil semelhante ao do público-alvo do estudo. O objetivo foi testar a clareza, a pertinência e a coerência das perguntas do roteiro semiestruturado. A partir dos resultados dessa entrevista, foram realizados ajustes pontuais nas questões, a fim de aprimorar a qualidade da coleta de dados.

As entrevistas foram realizadas individualmente, com uma média de 30 minutos, por meio de uma entrevista semiestruturada (Apêndices A e B), contendo questões abertas e fechadas relacionadas ao objeto de estudo, sendo respondidas oralmente, de forma dialogada, pontualmente gravadas e posteriormente transcritas com a autorização dos entrevistados.

As questões norteadoras foram elaboradas no intuito de explorar a realidade do cuidado prestado a populações socialmente vulneráveis, sob a ótica dos profissionais, permitindo que eles compartilhassem suas experiências e informações

de forma não direcionada. Assim, as falas tratam das percepções dos diferentes profissionais em relação às PPL e às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e drogas, da avaliação do cuidado prestado, dificuldades, satisfação e sugestões para a melhoria nesse processo saúde-doença-cuidado. Os depoimentos refletem também os sentimentos positivos e negativos associados às inter-relações estabelecidas, abordam o acolhimento realizado, as particularidades de cada área e de que forma as desigualdades sociais impactam as atividades de saúde.

Além disso, recorreu-se a um diário de campo para documentar as observações realizadas durante as entrevistas, que ocorreram em ambiente reservado, mais propício ao participante do estudo, assegurando a privacidade, em consultório ou enfermaria. As informações colhidas são confidenciais e mantidas em anonimato, por isso, ao longo do texto, a identificação dos participantes foi feita por um código constituído pela letra “P” e um número em ordem crescente, destacando a resposta de cada profissional (P1, P2, e assim por diante).

No campo da Saúde Coletiva situamos esta pesquisa na área de Política, Planejamento e Gestão em Saúde, que “[...] trata dos processos de produção de políticas (formulação), dos modos de organização das práticas (programação) e das formas de gestão (operacionalização) de planos, programas e projetos de ação” (Teixeira et al., 2006, p. 589).

4.2 ANÁLISE

A análise qualitativa foi conduzida manualmente, seguindo os preceitos de Bardin (2011), utilizando-se dentro desse referencial, a técnica de análise temática, por meio de desmembramento do texto transcrito em categorias, evidenciando os núcleos temáticos e sua frequência. A estrutura da técnica abrange as seguintes etapas, segundo Bardin (2011) e Minayo (2017):

Fase de pré-análise (pré-exploração ou leituras flutuantes do corpus das falas): Após seleção do material a ser analisado procede-se às leituras flutuantes, com o objetivo de apreender e organizar de forma não estruturada elementos relevantes para as próximas fases da análise. Assim, toma-se contato com os documentos a

serem analisados, inteira-se do contexto e permite-se fluir impressões e orientações. A seleção das unidades de análise (ou unidades de significados): Essa fase envolve uma tomada de decisão de extrema importância para o pesquisador. As unidades de análise constantemente abrangem palavras, sentenças, frases, parágrafos ou texto completo de entrevistas, diários ou livros. Para isso, um dos norteadores iniciais utilizados são os objetivos do trabalho.

O processo de categorização e subcategorização: O processo de categorização pode ser definido como uma operação de classificação de elementos que constituem um conjunto por diferenciação e, em seguida, por reagrupamento de acordo com o gênero. Dessa forma, através da análise desse processo, foram atendidos os objetivos do estudo e criados novos conhecimentos, propiciando uma visão diferenciada sobre o tema proposto.

Todos os preceitos éticos da pesquisa com seres humanos foram cumpridos, conforme diretrizes da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde. Esta pesquisa constitui-se de um subprojeto do projeto Atenção a usuários de álcool, tabaco e outras drogas: tecendo a rede do cuidar (ATOD), aprovado no CEP, CAAE: 06800219.8.0000.5071 sob Número do Parecer: 5.558.775 e obteve também a declaração de anuência da empresa que administra o hospital - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH.

4.3 REFERENCIAL TEÓRICO

No escopo desta pesquisa, utilizamos o referencial teórico da Vulnerabilidade em Saúde e Direitos Humanos (V&DH), difundido por Ayres e colaboradores (2006; 2012; 2014), considerando como categorias de análise, as dimensões individual, social e programática da vulnerabilidade. Para esse autor, essas dimensões são articuladas, interligadas e inseparáveis, cuja dinâmica deve ser compreendida em cada situação concreta em que os aspectos (inter)subjetivos, contextuais e programáticos se combinam, para que se possa pensar na prevenção e promoção da saúde de forma realista, pragmática e ética (Ayres, 2012).

O primeiro texto que difundiu o conceito de vulnerabilidade foi o renomado livro de Mann, Tarandola e Netter, intitulado *Aids no Mundo*. No volume II (Tarantola & Mann, 1996), ainda não publicado em português, os autores incorporaram a perspectiva dos direitos humanos para analisar indicadores sociais e de desenvolvimento, expandindo a métrica convencional de indicadores e resultados sociais relacionados à vulnerabilidade. No Brasil, as primeiras produções surgiram em 1999, por R. Barbosa e R. Parker e a partir daí, a produção segundo esse referencial, expandiu-se, marcando o modo brasileiro de conceber esse quadro teórico, que está relacionado ao contexto do SUS e a resposta brasileira a AIDS (Ayres et al, 2012).

A compreensão do sentido de V&DH tem por propósito alcançar efeitos maiores que apenas o conhecimento teórico. Baseia-se na intenção de entender os desafios e conflitos que se colocam diante das políticas públicas, sociais e de saúde, quando estas se comprometem a planejar e implementar ações de perspectivas preventivas, protetivas e proativas (Macedo et al, 2020).

A categoria vulnerabilidade aflorou em diferentes campos disciplinares, passando a ser bastante utilizada nos últimos anos, por órgãos internacionais e governamentais para a análise do processo saúde-doença e sua relação com as condições de vida das populações. Figueiredo e colaboradores (2017) apontam que a ideia de vulnerabilidade surgiu no campo jurídico como modo de reconhecer grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção e/ou garantia dos seus direitos de cidadania. Já para Monteiro (2011), essa categoria apareceu em um contexto de esgotamento da raiz analítica da pobreza enquanto restrita às questões econômicas e de renda (Dimenstein; Cirilo Neto, 2020).

Na América Latina, a abordagem analítica do conceito de vulnerabilidade social foi sistematizada pela primeira vez com os estudos realizados por Caroline Moser e sua equipe no Banco Mundial (Abramovay, 2002), a partir dos quais se observou que os riscos da mobilidade social descendente não são criados apenas em situações de pobreza abaixo da linha de miséria, mas que se estendem também a indivíduos que estejam, de alguma maneira, em situação de desvantagens ou debilidades de diversas ordens (o que denominou de “vulnerabilidade de ativos”). Desse modo, os modelos teóricos propostos para definição desse conceito foram sendo

gradativamente ampliados e estendidos ao contexto social em si. Nessa perspectiva, para Castel, “dois campos seriam fundamentais para determinar a condição de vulnerabilidade: o campo do trabalho e o das relações de proximidade” (IPEA, 2018, p.13).

Nesse último, os indivíduos poderiam apresentar inserções fortes (coesão na família e na comunidade, com alta taxa de proteção e segurança), fracas ou inexistentes (isolamento social). O autor denominou de “zona de vulnerabilidade” a condição intermediária, na qual haveria fragilização nas relações sociais e também no campo do trabalho (“riscos sociais”) (IPEA, 2018).

Em complemento, Carneiro e Veiga (2004) conceituam vulnerabilidade como a baixa capacidade material e social de pessoas e famílias para enfrentarem desafios decorrentes dos riscos criados não apenas pelo estilo de vida individual, mas também pelas condições do ambiente em que vivem. Como apontam as autoras, os riscos existem em maior medida em contextos não alcançados pela proteção social do Estado (baixa escolarização, condições precárias de saúde e alimentação, ambientes degradados), cujas condições refletem nas capacidades individuais de resistirem aos riscos (Carneiro e Veiga, 2004, apud Janczura, 2012). Oliveira argumenta que “atuações que produzem discriminação social também seriam responsáveis pela vulnerabilidade, uma vez que alguns grupos de indivíduos se tornaram vulneráveis em razão da ação de outros agentes sociais” (1995, p. 9). Ao lado dos relatórios oficiais do governo, também a literatura relata sobre as iniquidades sociais e preconceitos ainda arraigados na sociedade brasileira. Assim, importa buscar investigar e compreender os padrões de persecução penal existentes no país (Cunill-Grau, 2014).

No campo da saúde coletiva, o surgimento da epidemia do HIV/Aids na década de 1980 desencadeou um movimento, por parte de pesquisadores e profissionais da saúde, para repensar o conceito de risco e avançar nas discussões sobre vulnerabilidade (Bertolozzi et al., 2009). Dessa forma, as práticas de combate e cuidado restritas aos “grupos de risco”, focadas nos aspectos subjetivos individuais não foram capazes de responder adequadamente ao avanço do agravo, principalmente quando se tratava de populações socialmente desfavorecidas, mulheres, negros e as residentes em territórios pobres (Da Silva et al, 2014). Nesse

contexto da pandemia, a ideia de V&DH possibilitou a compreensão do processo saúde-doença em direção às dimensões macro e microestruturais. Nesse sentido, ampliou-se, consoante Ayres (2014), o espaço político dos atores sociais anteriormente estigmatizados e renovaram-se as práticas de saúde considerando os direitos humanos das populações.

Nesse sentido, é importante destacar que dados e pesquisas sobre discriminação, desigualdade, violência, exclusão e vulnerabilidade são essenciais para orientar ações governamentais e políticas de ações afirmativas. A produção de conhecimento e pesquisa desempenha um papel crucial não só na construção de uma agenda política, mas também na compreensão das necessidades e características específicas de determinados grupos, ajudando a criar estratégias mais eficazes e justas (Moutinho, Aguião & Neves, 2018).

Nesse entendimento, a V&DH se constitui como construção social, enquanto produto das transformações das sociedades, assumindo diferentes formas de acordo com os condicionantes históricos. Essas transformações acabam por desencadear fundamentais mudanças na esfera da vida privada, acentuando fragilidades e contradições (Monteiro, 2011).

Além disso, o enfoque da V&DH pressupõe a ampliação do processo saúde-doença, cujo foco sai da esfera da debilidade, considerando a ênfase nos aspectos de resistência e da capacidade criadora dos indivíduos de superação (Muñoz-Sánchez; Bertolozzi, 2007).

Nessa perspectiva, a exposição a agravos de saúde resulta de aspectos individuais e de contextos ou condições coletivas que produzem maior suscetibilidade aos agravos e morte e, simultaneamente, à possibilidade e aos recursos para o seu enfrentamento. Dessa forma, para a interpretação do processo saúde-doença, considera-se que o risco indica probabilidades e a vulnerabilidade é um indicador da iniquidade e da desigualdade social. A vulnerabilidade antecede ao risco e determina os diferentes riscos de se infectar, adoecer e morrer (Ayres, 1997).

Nesse entendimento, a vulnerabilidade tem como propósito, trazer os elementos abstratos associados aos processos de adoecimento para planos de elaboração teórica mais concreta e particularizada, em que os nexos e mediações entre esses processos sejam o objeto de conhecimento. Diferentemente dos estudos de risco, com visão focalizada no indivíduo, as investigações conduzidas no marco teórico da V&DH buscam a universalidade e não a reprodutibilidade ampliada de sua fenomenologia e inferência. Assim, esse conceito expressa os potenciais de adoecimento, de não adoecimento e de enfrentamento, relacionados a todo e cada indivíduo (Ayres et al., 2006).

O conceito de vulnerabilidade tem sido foco de debate na Saúde Coletiva no desafio desse campo de saber de propiciar tecnologias, dispositivos e instrumentos que apoiem a construção de práticas qualificadas, para responder às necessidades dos grupos sociais. Na produção do conhecimento, a aposta se dá na inovação e no desenvolvimento de instrumentos que auxiliem a leitura da realidade de vida, de saúde e das necessidades humanas, sustentando projetos de intervenção que produzam o impacto de atender os grupos sociais que mais carecem de apoio para conquistar autonomia para viver a vida com qualidade e a consecução do autocuidado, no cenário da equidade e da justiça social (Bertolozzi, 2009).

Dessa forma, a referência conceitual de V&DH se alinha em diversos aspectos com a Nova Promoção em Saúde – NPS, na medida em que ambos procuram compreender e realizar transformações desde uma perspectiva sociopolítica os processos e determinantes descritos nos modelos da História Natural das Doenças e Níveis de Prevenção. Esse conceito promove ainda um rearranjo dos momentos analíticos desse modelo (Ayres, 2012).

Para esse autor, no quadro da vulnerabilidade, considera-se cada pessoa como sujeito de direitos e examina-se o quanto e como os governos regulamentam, respeitam, protegem e efetivam os direitos consagrados de cidadania de cada local, assim como no contexto legal e político nacional. Nesse sentido, no Brasil, a responsabilidade e a ação dos governos nos programas públicos de saúde devem se constituir no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), dando ênfase às dimensões individuais, sociais e pragmáticas - políticas, serviços, ações de saúde -

de qualquer processo saúde-doença-cuidado que serão identificadas e inter-relacionadas pelos sujeitos que de alguma forma estão implicados nesse processo e buscam compreender o que ele significa (Ayres, 2012).

Assim sendo, além do interesse nos marcos normativos de um país, da compreensão de seus padrões culturais, das suas instituições e das estruturas, será importante apreender a dinâmica da vida cotidiana e de sua organização social. Dessa forma, além de abordar os traços gerais da desigualdade, será fundamental compreender o contexto das relações de gênero e raciais, de classe e de geração em cada cena da vida cotidiana, com olhar atento no modo como em cada local (município, comunidade, rede de relações), a desigualdade está sendo experimentada pelos brasileiros (Ayres, 2012).

Nessa perspectiva, segundo Ayres (2012), o conceito de V&DH implica o caráter multidisciplinar, uma vez que a complexidade do objeto saúde aliado às questões do estudo sobre o uso de drogas e as pessoas privadas de liberdade requerem diferentes embasamentos teórico-metodológicos.

Como categorias de análise, Ayres (2012) conceitua a dimensão individual considerando a intersubjetividade, ou seja, a pessoa em interação nas cenas cotidianas. A dimensão social analisa o cenário institucional, cultural e político, entendidos como os contextos de interação social, relações de gênero, étnico-raciais geracionais e inter-religiosas. Da mesma forma, compreende as definições locais de cidadania (contextos intersubjetivos para a realização de direitos e mobilização contra a discriminação). Por fim, a dimensão programática analisa as cenas e cenários programáticos, de interação entre os profissionais e usuários, assim como a realização dos princípios do SUS (controle social e governos locais).

5 RESULTADOS

Os resultados e discussão foram estruturados em dois artigos distintos, com a formatação de cada um adaptada conforme as diretrizes específicas das revistas às quais foram submetidos.

5.1 ARTIGO 1 - **Cuidado às pessoas privadas de liberdade: Percepções de profissionais de saúde de um hospital universitário***

Care for people deprived of freedom:
Perceptions of health professionals at a university hospital

Carla Neves Marson, Marcos Vinicius Ferreira dos Santos, Marluce Mechelli de Siqueira

RESUMO

O objetivo foi compreender a percepção dos profissionais de saúde de um Hospital Universitário em Vitória-ES em relação à pessoa privada de liberdade (PPL) e ao cuidado em saúde. Pesquisa exploratória, descritiva, abordagem qualitativa, abrangendo 18 profissionais. Utilizou-se o referencial teórico da vulnerabilidade em saúde e direitos humanos, analisando as dimensões individuais, sociais e programáticas na relação saúde-doença-cuidado. Os resultados destacam que as ações de cuidado, embora consolidadas na rede de serviços e rotinas de trabalho, ainda são sensíveis às condições estruturais da instituição e às especificidades dos sujeitos. Estigmas e discriminação comparecem, como marcadores sociais da diferença, de gênero, raça e classe social associadas ao adoecimento. Conclui-se que apesar dos avanços nos cuidados às PPL, as políticas de saúde devem trabalhar para reduzir as vulnerabilidades, capacitando os profissionais na proteção efetiva da vida dos grupos mais vulneráveis.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidado. Assistência em saúde. Profissionais de saúde. Pessoa privada de liberdade. Vulnerabilidade

* Submetido a revista *Saúde em Debate* em 13/07/2025 (ANEXO C)

ABSTRACT

The objective was to understand the perception of health professionals at a University Hospital in Vitória - ES, regarding people deprived of freedom (PDF) and health care. This is an exploratory, descriptive study with a qualitative approach, involving 18 health professionals. The theoretical framework of vulnerability in health and human rights was used, analyzing the individual, social, and programmatic dimensions in the health-disease-care relationship. The results highlight that care actions, although consolidated in the service network and work routines, are still sensitive to the structural conditions of the institution and the specificities of the subjects. Stigma and discrimination appear as social markers of difference in gender, race, and social class associated with illness. It is concluded that despite advances in care for people deprived of freedom, health policies must work to reduce vulnerabilities by training professionals to effectively protect the lives of the most vulnerable groups.

KEYWORDS: Care. Health professionals. Health assistance. People deprived of freedom. Vulnerability

INTRODUÇÃO

O acesso aos serviços de saúde pelas pessoas privadas de Liberdade (PPL) é uma questão sensível, especialmente ao se levar em conta as condições precárias das instalações penitenciárias. Além disso, é uma questão complexa, pois envolve múltiplos atores e particularidades relacionadas ao sistema prisional. Discutir esse tema implica entender o cenário de desigualdade e vulnerabilidade em que esses indivíduos vivem, bem como a influência das políticas públicas sobre a saúde dessas pessoas¹.

Um dos principais obstáculos para a implementação de políticas públicas voltadas à saúde das PPL é a superação das barreiras impostas pela própria condição de confinamento e pela organização dos ambientes penitenciários, focados em segurança, controle e contenção. Nesse sentido, profissionais de saúde são peças-chave para garantir o acesso igualitário à saúde e suas percepções e atitudes podem influenciar diretamente a qualidade do atendimento oferecido^{2,3,4,5}.

Além dos desafios que afetam o sistema prisional, os estudos mostram que há poucos profissionais de saúde dispostos a atuar junto a esse grupo, desde a formação, na qual a população prisional não costuma ser considerada nas discussões. Os profissionais relatam

sentir desconfiança ou intimidação para atendê-los, o que pode levar a maior dificuldade para realizar tal assistência à saúde^{5,6}.

Estudos sobre a percepção de profissionais de saúde em contextos de vulnerabilidade analisam populações expostas à violência, as estratégias adotadas no trabalho e os impactos na saúde mental dos trabalhadores.^{6,7,8} Pesquisas, em sua maioria internacionais, indicam que estigma, obstáculos no atendimento e saúde mental são os principais fatores que influenciam a atuação de profissionais de saúde no ambiente prisional^{9,10,5,11}.

Compreender a perspectiva dos profissionais de saúde valoriza a subjetividade e as referências técnicas, políticas, institucionais, sociais e culturais desses trabalhadores reconhecendo as lacunas e obstáculos na relação saúde-doença-cuidado¹².

A maior parte dos artigos disponíveis sobre saúde no sistema prisional estão voltados para análises de decisões judiciais e aspectos legais, epidemiologia de doenças infecciosas¹³, ou doenças crônicas¹⁴, com foco em intervenções de controle e a eficácia de tratamentos. Dessa forma, percebe-se uma visão ainda muito afetada pelo modelo biomédico enraizado na saúde brasileira^{15,16}.

No Brasil, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)¹⁷, publicada em 2014, fundamentou e reforçou a necessidade de cumprir os princípios essenciais do SUS: Universalidade, Integralidade e Equidade. Trata-se de uma política de saúde pública com o objetivo de promover a saúde integral da população carcerária. Desse modo, o Estado visa garantir o acesso às ações de prevenção, diagnóstico, redução de danos e o tratamento das principais doenças que atingem esta população¹⁷. Os atendimentos são feitos pelas Equipes de Atenção Básica prisionais (EABp) e por meio da regionalização e hierarquização na Rede de Atenção à Saúde (RAS), possibilitando a programação descentralizada e a implementação de ações setoriais e intersetoriais¹⁷.

O Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM) integra a RAS da Grande Vitória como referência estadual no tratamento de doenças infectocontagiosas e de alta complexidade, incluindo gravidez de alto risco. Também realiza atendimentos a pessoas encarceradas, majoritariamente custodiadas na região Metropolitana da capital (68,6%)¹⁸.

Como hospital universitário, o HUCAM contribui para a formação de profissionais de saúde,

para o desenvolvimento de pesquisas e serviços que promovem a interação entre a universidade e a comunidade, oferecendo cuidados de saúde especializados. Dessa forma, desempenha um papel central para promover o acesso da população penitenciária aos demais níveis de atenção à saúde, através dos serviços de referências¹⁷.

Diante da experiência de trabalho da pesquisadora no contexto prisional, foi possível identificar o distanciamento da efetivação das políticas públicas de assistência, como a social, jurídica e a de saúde, que impactam os sujeitos durante e após o encarceramento, bem como lacunas na produção científica acerca dessa temática. Tal fato direcionou o olhar no intuito de desvelar o cuidado prestado pelos profissionais de saúde da rede de referência.

Nesse contexto, esta pesquisa pretendeu discutir a percepção dos profissionais de um hospital universitário em relação às PPL, buscando responder aos seguintes questionamentos: Qual é a percepção dos profissionais de saúde do HUCAM sobre as pessoas privadas de liberdade? De que forma essa percepção se reflete nas ações de assistência e cuidado a essas pessoas? Quais são os fatores facilitadores e dificultadores na oferta de cuidados às pessoas privadas de liberdade?

MATERIAIS E MÉTODOS

Esta pesquisa exploratória, descritiva e de abordagem qualitativa foi conduzida com 18 (dezoito) profissionais, sendo oito enfermeiros, quatro médicos, dois fisioterapeutas, dois técnicos de enfermagem, um psicólogo e um assistente social, trabalhadores do HUCAM envolvidos na produção do cuidado às PPL. A investigação de abordagem qualitativa visa entender o indivíduo em sua particularidade¹⁹, fundamentando-se nos princípios de valorização da subjetividade, do simbólico e da intersubjetividade nas interações, além de reconhecer a conexão inseparável entre o pesquisador e os participantes do estudo, assim como entre a realidade e as percepções²⁰.

A amostra foi determinada até atingir a saturação dos dados. Foram incluídos profissionais de ambos os sexos, sem limite de idade, atuantes há mais de seis meses em serviços de referência a esse público, como: Programa de Atenção ao Alcoolista (PAA), Clínica Médica; Ambulatório de Hepatite; Ambulatório de Cirurgia Geral, Enfermaria Cirúrgica; Ambulatório de Tuberculose; Ambulatório de Doenças Infectocontagiosas; Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia e Maternidade. Foram excluídos os colaboradores que estavam de férias, licença

médica e/ou outros afastamentos. Este artigo contempla parte dos resultados de uma dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo.

A coleta de dados ocorreu de outubro a dezembro de 2023, por meio de entrevistas semiestruturadas conduzidas pela pesquisadora. O processo de aculturação ao cenário de pesquisa foi realizado para que a pesquisadora pudesse compreender a rotina do local e organizar a logística da pesquisa. A visita aos setores selecionados seguiu cronograma de pesquisa, após ciência e consentimento dos responsáveis, utilizando-se de um momento oportuno para a realização das entrevistas durante o horário de trabalho, no intervalo entre as 7:00 h e 21:00 h, incluindo também os profissionais do turno noturno. Os profissionais foram convidados pessoalmente, via contato direto, sendo agendado um horário, buscando não prejudicar os atendimentos. Após o convite, não houve recusa em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com informações detalhadas sobre o estudo. O roteiro de questões norteadoras se mostrou adequado, captando as informações centrais para a pesquisa e não necessitou de adaptações.

As entrevistas individuais, com duração média de 30 minutos, foram respondidas oralmente, de forma dialogada, gravadas e posteriormente transcritas integralmente. Elas ocorreram em ambiente reservado, mais propício ao participante do estudo, assegurando a privacidade. As informações colhidas são confidenciais e mantidas em anonimato. Ao longo do texto, a identificação dos participantes foi feita por um código constituído pela letra “P” e um número em ordem crescente (P1, P2, e assim por diante).

A análise de conteúdo foi conduzida manualmente, seguindo os preceitos de Bardin²¹, para examinar e interpretar o conteúdo dos discursos de forma sistemática e objetiva, em três etapas: pré-análise, exploração do material e interpretação dos resultados, inferência e interpretação. A análise temática foi estruturada, por meio de desmembramento do texto transcrito em categorias, definidas como “expressões ou palavras significativas que estruturam e organizam o conteúdo de uma fala”²¹. Esta pesquisa identificou cinco categorias com catorze subcategorias de análises (Quadro1).

Quadro 1 - Categorias temáticas e subcategorias resultantes da análise das entrevistas semiestruturadas com profissionais. Vitória-ES, 2025.

Categorias	Subcategorias
Percepções sobre o cuidado à pessoa privada de liberdade (PPL)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Semelhanças a outros atendimentos ◆ Diferenças a outros atendimentos
Percepções sobre a PPL	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Aspectos individuais ◆ Aspectos Sociais ◆ Aspectos políticos ◆ Questões de gênero
Percepções sobre pontos fortes no trabalho com a PPL	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Qualidade dos serviços do hospital ◆ Princípios do SUS ◆ Características da equipe
Percepções sobre fragilidades no trabalho com a PPL	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Estrutura do hospital ◆ Características do aprisionamento
Percepções para melhoria do cuidado às PPL	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Princípios do SUS ◆ Conhecimento sobre o público ◆ Aspectos de segurança

Fonte: A própria autora (2025).

Os aspectos éticos foram seguidos conforme a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde²², assegurando a confidencialidade dos participantes. O projeto foi aprovado pela Comissão de Ensino e Pesquisa do Hospital Cassiano Antônio de Moraes da Universidade Federal do Espírito Santo (HUCAM) da UFES, CAAE: 06800219.8.0000.5071, com a anuência da empresa que administra o hospital - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

A descrição dos resultados do estudo foi elaborada seguindo os passos recomendados pelos critérios Consolidados para Relatar uma Pesquisa Qualitativa (COREQ)²³, versão portuguesa.

Os dados foram analisados com base no referencial teórico da vulnerabilidade em saúde e dos direitos humanos (V&DH), considerando as dimensões individual, social e programática como categorias analíticas. Essas dimensões são interligadas e inseparáveis, exigindo uma

compreensão contextualizada de sua dinâmica para orientar ações de prevenção e promoção da saúde de maneira realista, pragmática e ética.²⁴

O conceito de vulnerabilidade social emerge na relação entre o indivíduo e a coletividade e indica condições sociais que são construídas com base em relações de poder²⁵, que podem impactar os direitos sociais, levando à fragilização da cidadania das pessoas^{24,25}. Na área de saúde coletiva, o conceito de vulnerabilidade vai além do preconceito na identificação de grupos de risco e na responsabilização individual, estando relacionado à garantia da cidadania de populações politicamente vulneráveis.²⁶

A V&DH busca compreender as bases sociais e as implicações éticas e políticas por trás dos comportamentos e circunstâncias relacionados ao processo saúde-doença-cuidado, visando transformar os processos e determinantes sociais associados às vulnerabilidades.²⁷

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As características do perfil sociodemográfico dos 18 profissionais de saúde participantes do estudo estão relatadas na tabela 1.

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico dos profissionais entrevistados, Vitória-ES, 2025.

Variáveis		
Sexo	n	%
Feminino	15	83,33
Masculino	3	16,67
Total	18	100,0
Faixa etária	n	
31 a 40 anos	6	33,33
41 a 50 anos	8	44,44
51 a 60 anos	3	16,67
61 ou mais	1	5,56
Total	18	100,0
Cor da pele		
Branca	9	
Parda	6	33,33
Preta	3	16,67
Total	18	100,0
Local de atuação	n	

Ambulatório de doenças infecto-contagiosas	4	22,22
Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia	2	11,11
Maternidade	4	22,22
Programa de Atenção ao Alcoolista (PAA)	3	16,67
Clínica Médica (2º e 4º andar)	3	16,67
Ambulatório de cirurgia geral	2	11,11
Total	18	100,0
Função	n	
Enfermeiro	8	44,44
Psicólogo	1	5,56
Médico	4	22,22
Assistente Social	1	5,56
Fisioterapia	2	11,11
Técnico em Enfermagem	2	11,11
Total	18	100,0
Tempo de atuação no HUCAM	n	%
Até 5 anos de trabalho	2	11,11
De 5 a 10 anos de trabalho	6	33,33
Acima de 10 anos	10	55,56
Total	18	100,0
Vinculação profissional	n	%
Estatutário (UFES)	8	44,44
CLT (EBSERH)	10	55,56
Total	18	100,0
Pós-graduação	n	%
Sim	15	83,33
Não	3	16,67
Total	18	100,00
Dedicação exclusiva		
Sim	16	66,67
Não	2	33,33
Total	18	100,0

Fonte: A própria autora (2025)

Percepções sobre o cuidado à pessoa privada de liberdade - um olhar sobre a diferença

A maioria dos participantes afirmou tratar as PPL como qualquer outro paciente, sem fazer distinções no cuidado em saúde, de acordo com as diretrizes do SUS, principalmente, a equidade. O atendimento, realizado por meio de agendamento, já está inserido na rotina de trabalho dos profissionais. No entanto, destacam diferenças, devido à presença do agente prisional, responsável pela escolta, e ao uso de algemas durante os atendimentos, como: *“tira a liberdade”*(P4), *“o atendimento é mais tumultuado por causa da escolta”*(P10) e *“causa constrangimento, tanto no paciente como para o profissional”*(P16).

Outro fator apontado diz respeito à prioridade de atendimento das PPL, para que permaneçam apenas o tempo necessário para a consulta. Em geral, os entrevistados relataram achar injusto esse protocolo, diante de outros pacientes que *“vem de longe e precisam esperar. Isso sempre me irritou”* (P11) e *“me incomoda a questão da prioridade no atendimento”* (P10).

Embora os trabalhadores mencionem segurança e controle, as falas indicam que tais diferenças de tratamento não deveriam existir, sugerindo que a priorização do atendimento é vista como um "benefício" para aqueles que, por estarem cumprindo pena, não "merecem" tal atenção. Isso sinaliza que a punição foi naturalizada socialmente. Não raro, os presos são considerados somente como indivíduos submetidos à ordem carcerária e, portanto, sua posição de paciente é negada pelos profissionais de saúde²⁸.

Considerando a dimensão individual da vulnerabilidade, a percepção dos profissionais entrevistados reconhece as PPL como sujeito-cidadão de direitos, usuários do SUS, estabelecendo inter-relações entre eles. Como profissionais que abraçaram o dever do cuidado, atuam para garantir a saúde como direito social, promovendo acesso universal e integral às ações de promoção, proteção e recuperação.

No entanto, as contradições emergem ao destacarem as “diferenças” desse sujeito social, que provoca no cuidado, *“uma relação mais tensa”* (P4) por questões como insegurança, medo e risco:

“Forneço a mesma assistência daquela para quem não é privado de liberdade. Mas sinto um pouco de risco” (P5) (grifo nosso).

“vejo a escolta como uma segurança prá mim enquanto funcionária”. (P12)

“Eu sinto medo de acontecer uma tentativa de resgate, dependendo do

histórico do paciente, que não sabemos qual é.” (P15)

Percebe-se que a variável “uso de algemas” comparece nas falas com sentidos opostos, o de promover sensação de segurança ou de risco. Ao mesmo tempo que atrapalham o atendimento, principalmente *“se o paciente está no leito e os movimentos ficam limitados”* (P11), *“causam constrangimento tanto no paciente como para a equipe”* (P16), alguns profissionais relataram sentir *“medo de um possível resgate, dependendo do histórico do paciente, que não sabemos”* (P15) e que *“as algemas resguardam a segurança da equipe”* (P8).

Essas percepções se assemelham ao que a literatura aponta: o uso de algemas e a presença de agentes penitenciários nos atendimentos geram medo e reforçam a percepção de risco por parte dos profissionais⁵. Além disso, a falta de diálogo e o tempo limitado de contato dificultam a superação do estigma, comprometendo o acesso à saúde, à educação e às ações de promoção da saúde das pessoas privadas de liberdade⁶.

O estigma refere-se a um atributo que diferencia e desvaloriza o indivíduo socialmente, gerando atitudes e comportamentos negativos com base em características percebidas⁷. Ele opera como um rótulo que transforma a pessoa em uma ameaça simbólica, resultando em uma identidade deteriorada socialmente. Trata-se da imposição de um padrão externo que define atributos, identidade social e relações com o meio. Assim, constrói-se uma identidade social virtual — uma imagem do outro que nem sempre corresponde à realidade — em contraste com a identidade social real, baseada em atributos efetivos que determinam seu pertencimento a determinados grupos²⁹.

Na dimensão da vulnerabilidade individual, o estigma está associado ao nível e à qualidade das informações disponíveis sobre as PPL, bem como à capacidade dos profissionais de compreendê-las, contextualizá-las em suas experiências e convertê-las em práticas efetivas de proteção.²⁶ Nesse contexto, o uso de algemas e a presença constante de agentes durante o atendimento tornam-se práticas rotineiras que reforçam o estigma, comprometem a autonomia dos sujeitos e ampliam os riscos à saúde. Tais práticas impactam os níveis de vulnerabilidade individual, social e programática. Isso evidencia que, apesar das políticas de saúde promoverem acesso universal, ainda faltam equidade e ausência de discriminação.

Percepções sobre a pessoa privada de liberdade - Entre o estigma e a vulnerabilidade

A visão dos profissionais de saúde sobre as PPL envolve aspectos individuais, sociais e políticos, considerando-as como pessoas estranhas, arredias e perigosas, o que dificulta o cuidado:

“Com a mulher, eu me sinto mais tranquila. Mas com o homem, que pode ser um bandido, um assassino ou um estuprador, eu fico mais temerosa” (P1)

“Pessoas que têm dificuldade de olhar nos olhos, têm mais dificuldade de falar o que sentem”. (P5)

“Pessoa com comportamento mais arredo, devido à presença do agente prisional. Queixam-se menos de situações emocionais.” (P6)

Nesse sentido, depreende-se dessas falas que as percepções são atravessadas pelas construções sociais e políticas de gênero, do que é culturalmente construído como feminino ou masculino, de acordo com os papéis sociais tradicionais, comportamentos que a sociedade espera de uma pessoa.²⁸

As percepções de cunho social questionam as condições socioeconômicas que produzem a desigualdade social e as relações que contribuem para reforçar processos de estigmatização e discriminação e aumentam as condições de vulnerabilidade desses sujeitos²³. Como se observa a seguir:

“pessoas que não tiveram oportunidade social.” (P3)

“pessoas que precisam ter oportunidade de educação, de trabalho, para saírem dessa vida.” (P4)

“Eles estão numa situação de vulnerabilidade, são tranquilos. Precisam de oportunidades” (P15)

“Me incomoda a exposição que a mídia dá, que expõe o paciente. Parece que a pessoa vira meio bicho de zoológico, todo mundo passa para ver se tem asa, se ele é roxo” (P17).

Identificamos também, a premissa de reconhecer as diferenças de cada sujeito sem promover a desigualdade e violação de direitos, demonstrando que os profissionais dialogam com algum conhecimento sobre a vida cotidiana desses usuários da saúde, sujeitos-cidadãos que abraçam valores diversos. Como nos exemplos abaixo:

“não julgo. Podem ter passado por tanta situação que nem consigo imaginar. O governo falhou com essas pessoas” (P1)

“poderiam estar com a saúde mais debilitada, mas não é a realidade que eu atendo(P8)”

Assim, os profissionais apontam fatores macrosociais que podem afetar a vulnerabilidade pessoal ao longo da vida. Além da privação de liberdade, ser encarcerado significa a negação de uma série de direitos e uma situação de aprofundamento de vulnerabilidades. Tanto a prisão quanto o período pós cárcere representam a exclusão social desses homens e mulheres negros e negras, que, devido ao estigma social, dificilmente conseguirão recuperar sua posição, já prejudicada pela opressão racial em todos os aspectos da vida, seja na cidadania ou na possibilidade de conquistá-la.³⁰

Outras percepções relacionam a pessoa presa ao aspecto legal e a criminalização, sinalizando o entendimento de que a responsabilidade pela prisão é atribuída apenas ao sujeito pelas situações em que se encontra, os “comportamentos de risco”, “as escolhas” que o levaram a situação de aprisionamento:

“Pessoa que cometeu algum ato ilegal, foi condenada pela lei. Deveria, após a prisão, sair com outra mentalidade, renovado, mas não é o que acontece” ... (P9)

“Uma pessoa como outra qualquer, mas que cometeu um delito”. (P10)

“Uma pessoa que precisa passar por esse processo” (P12)

Pode-se supor que essas narrativas traduzem visões idealizadas acerca do cárcere, compreendendo-o como um ambiente criado para oferecer condições que incentivem os sujeitos detidos a refletirem sobre os delitos praticados e reconsiderarem suas ações e trajetórias de vida, propondo-se a mudança³¹. A abordagem prisional, ao contrário, demonstra-se ineficaz na redução de comportamentos criminosos, sendo vista como um instrumento punitivo que intensifica a marginalização, a exclusão social e gera um aumento na violência³¹.

Destacam-se algumas falas que se relacionam ao contexto político, de reflexão da realidade e do *status quo*:

“Muitos não cometeram crime, apenas transportaram a droga, porque estavam desempregados e precisavam de dinheiro. Se fosse outra droga permitida, estaria tudo certo” (P2).

“Tenho pena, me solidarizo. A prisão é o pior modo de vida, me entristeço quando atendo esses pacientes.” (P13)

Essas afirmativas reforçam a importância da dimensão programática da vulnerabilidade, que avalia se os serviços de saúde, enquanto políticas públicas, realmente fortalecem os sujeitos diante de desafios como a desigualdade social. Através de ações preventivas, educativas e da implementação de programas como a PNAISP, busca-se criar respostas capazes de problematizar e superar as condições de vulnerabilidade desses sujeitos em seus contextos, promovendo uma atenção mais efetiva e inclusiva.²⁴

Percepções sobre a mulher privada de liberdade - Um recorte de gênero

Ressaltamos uma questão relacionada à percepção das profissionais dos setores de Ginecologia, Obstetrícia e Maternidade sobre o cuidado com mulheres PPL. Os discursos ressaltaram valores como respeito, proteção e garantia dos direitos da mulher no parto, enfatizando que sua condição específica exige ações de equidade e apoio diante da discriminação e do estigma.

O cuidado às gestantes em situação de prisão demanda uma atenção especial, haja vista a necessidade de acompanhamento periódico de pré-natal e prevenção de doenças, com o envolvimento não apenas do hospital, mas principalmente da unidade prisional. Das narrativas das profissionais se depreende que o cotidiano dos serviços nesse âmbito no HUCAM, felizmente, não segue a realidade nacional, de quase inexistência de consultas pré-natal, situação que gera medo nas gestantes por não terem tido informação do que poderia ocorrer durante o processo de “dar à luz”, num quadro de negligência e abandono³².

Desse modo, pode-se dizer que as profissionais desses setores buscam estabelecer vínculos profissional/paciente tão importantes para estreitar laços de confiança, sanar dúvidas e reduzir as intercorrências que possam surgir. Elas destacam que o tratamento humanizado e respeitoso também se estende às agentes responsáveis pela escolta das pacientes.

O fato de ser mulher em um contexto cultural e político caracterizado por desigualdades de gênero pode aumentar as condições de fragilidade, ajudando a moldar caminhos de adoecimento e resultados progressivamente desfavoráveis para esse grupo. Sob a análise da dimensão programática, a repressão resultante de relações desiguais de direitos compareceu nas falas das profissionais, ao perceberem a especificidade do papel de mãe e esposa, as

obrigações sem o suporte social adequado para preservar sua integridade como sujeitos de direitos³². Elas revelam formas cotidianas de cuidado e interação, abrindo novas perspectivas para usuários, profissionais e comunidades. Como nos trechos abaixo:

“Eu faço com que se sintam à vontade (as mulheres privadas de liberdade).” (P9)

“A (área da) maternidade não tem um lugar reservado para elas, falta privacidade, ainda mais com a presença do agente...” (P10)

“A mulher está tendo o momento dela, de ter/ parir o bebê. Merece toda a atenção e cuidado” (P18).

“Temos a preocupação quando essa mulher/mãe sair do hospital. Não sabemos por quanto tempo o bebê irá ficar com ela” (P14).

Percepções sobre o trabalho com pessoas privadas de liberdade - Pontos fortes

Os pontos fortes destacados do trabalho com as PPL incluem a qualidade dos serviços de saúde do hospital, o tratamento igualitário sem distinções, alinhado aos princípios do SUS de integralidade, equidade e universalidade, além de características próprias da equipe, como um cuidado humanizado, ético, respeitoso e dedicado às pessoas mais vulneráveis.

Profissionais apontam a redução de faltas em consultas, atribuída à melhoria nas escoltas, além da presença constante de um agente prisional e da continuidade do cuidado por meio de atendimentos regulares no hospital.

“Organização, tratamento completo, com profissionais de ponta.” (P4)

“A gente consegue um melhor retorno para os resultados dos exames, uma vez que as PPL vêm acompanhadas de alguém da equipe de saúde do presídio, que segue direitinho esse acompanhamento...” (P7)

“Tratar e conseguir dar alta para os pacientes, principalmente os com Hepatite C.” (P14)

“A equipe é esforçada para agilizar os exames, faz o que pode pelo paciente.” (P18).

Quatro componentes são considerados para a efetivação dos cuidados em saúde, na perspectiva da V&DH: a disponibilidade, a acessibilidade, a qualidade e a aceitabilidade dos serviços, que implica, além do respeito à ética de cuidados médicos, o respeito aos valores e a tradição cultural das pessoas. No caso em tela, os participantes da pesquisa incluem esses

componentes como forças do trabalho que exercem.

Percebe-se que as condições de trabalho e os recursos do hospital são valorizados, e a equipe se considera, em geral, preparada para atender ao público, sem apontar a necessidade de qualificação específica. Apesar de defenderem um atendimento igualitário e integral, os profissionais tendem a negligenciar barreiras como o preconceito e a exclusão, que dificultam vínculos mais próximos e um cuidado que ultrapasse o atendimento pontual. Para a V&DH, o diálogo contínuo — com reconhecimento de identidades e direitos — é fundamental para responder às demandas de uma população tão diversa³⁰.

Percepções sobre o cuidado com pessoas privadas de liberdade - Fragilidades

Foram citados os aspectos estruturais do hospital universitário, como a antiguidade das instalações, problemas de temperatura, falta de segurança e controle inadequado de acesso, além de espaço limitado para atendimentos e acompanhantes:

“Falta de infraestrutura, demanda mais alta do que a capacidade” (P5)

“Falta vigilância para preservar os funcionários, os pacientes e os alunos que prestam atendimento aqui. Exposição dos profissionais de saúde ao risco da falta de segurança” (P6)

“Tenho que realizar o atendimento no leito, o que é muito limitado, por falta de outro local mais adequado”. (P8)

“A infraestrutura do hospital, calor, sol da tarde, falta de ar-condicionado para dar melhor conforto e dignidade. “(P9)

O espaço físico abre brecha para que possa acontecer qualquer tipo de violência, resgate...(P12)

“Estrutura física do hospital e a falta de segurança. Para se entrar no hospital é a coisa mais fácil do mundo” (P13)

As características estruturais foram associadas ao fator insegurança, refletindo possíveis marcadores sociais de gênero relacionados às PPL. A literatura acadêmica também revela essa distinção: enquanto temas como maternidade, saúde mental e ISTs são vinculados ao feminino, questões de violência, criminalidade e drogas são majoritariamente associadas ao masculino.³³.

Os reflexos dessa questão na saúde realçam que as características da masculinidade, moldadas pelo nosso modelo socioeconômico, fazem com que o homem privado de liberdade seja considerado, de antemão, perigoso, por seus comportamentos de risco, como disputas, relações sociais, modos de habitar o território e estilo de vida e por isso, tende a negligenciar sua saúde física e mental³³.

O homem, associado ao estereótipo de força e invulnerabilidade, tende a negligenciar a própria saúde. Quando privado de liberdade, esse comportamento se intensifica, dificultando o cuidado e o autocuidado. Ao adoecerem em silêncio e demorarem a buscar ajuda, tornam-se ainda mais vulneráveis.¹¹

Além disso, fatores sociais afetam de forma mais intensa os homens presos, especialmente os negros, como dificuldades econômicas, maior vulnerabilidade a doenças e desafios na reintegração social — incluindo acesso a trabalho, educação e moradia. Embora tais problemas atinjam toda a população carcerária, os negros estão em maior risco, evidenciando a persistência da desigualdade racial nesse contexto.³³

Apesar das limitações estruturais, os profissionais afirmam atuar com qualidade e eficiência. Assim, a qualidade do processo e a participação ativa de todos como cidadãos de direitos é essencial para assegurar a qualidade dos serviços e a aceitação das ações de prevenção e cuidado.

Outros relatos referem-se às condições de aprisionamento, que acarretam:

“Falta de privacidade (presença dos agentes), enfermaria coletiva... (P5)

“demora no retorno do paciente, seja pela falta de transporte da penitenciária, seja por outras questões de logística.” (P10)

“Limitações no atendimento porque estão algemados no leito e poderia ser feito fora do hospital. Esta condição de estar preso, dificulta os atendimentos.” (P8)

“A exposição da PPL junto com outras pessoas, chama a atenção. A escola chama a atenção...” (P16)

As sugestões que envolvem espaços mais seguros para todos os que transitam pelo espaço do hospital são legítimas e importantes para uma melhor organização e controle desses espaços para todos e não apenas para o atendimento da PPL.

Novamente, comparecem percepções que refletem o estigma e discriminação às pessoas no cárcere, que se entrelaçam de forma a aumentar a marginalização e a exclusão social. Essa articulação acaba perpetuando um ciclo de vulnerabilidade¹¹.

Percepções sobre o processo de cuidado às pessoas privadas de liberdade – Melhorias

Os profissionais de saúde sugerem a criação de um espaço exclusivo para atendimento às PPL, assegurando segurança, privacidade e proteção tanto para pacientes quanto para a equipe. Destacaram a importância da continuidade e da qualidade do atendimento, valorizando a abordagem multidisciplinar alinhada às diretrizes do SUS, e ressaltaram a necessidade de conhecer melhor esses pacientes para proporcionar um cuidado mais integral.

Segundo a abordagem da V&DH, é essencial valorizar todos os envolvidos na produção de saúde, promovendo autonomia, protagonismo e responsabilidade compartilhada. As práticas devem fortalecer vínculos solidários, incentivar a participação coletiva e responder às necessidades sociais, coletivas e individuais, promovendo mudanças nos modelos de atenção e gestão, com foco em ambientes de trabalho saudáveis e melhores condições de cuidado²⁷

Corroborando a esses fatores, a formação profissional deve contribuir para a superação de conceitos do senso comum, promovendo o acesso universal e a equidade como direitos de cidadania, sem reproduzir privilégios ou preconceitos. É fundamental tratar as desigualdades com justiça, considerando as necessidades específicas, os níveis de vulnerabilidade, o risco à saúde e as diretrizes do SUS.

Trata-se de um compromisso ético-político que exige políticas específicas para reduzir desigualdades, promovendo uma atenção mais justa e eficaz. A vulnerabilidade em saúde depende de uma abordagem baseada nos direitos humanos, envolvendo todas as dimensões civis, políticos, econômicas, sociais e culturais.¹⁴

CONCLUSÕES

A exploração teórica, baseada na V&DH, possibilitou a compreensão das percepções dos profissionais de saúde em relação as PPL e como as vulnerabilidades se manifestam. O discurso corrente dos profissionais é que as PPL são cidadãos de direitos que devem ser respeitados com ética, dignidade e qualidade nos cuidados.

Constata-se que as percepções carregam estigmas, refletindo o preconceito presente na sociedade no cuidado profissional, que dificulta o acesso e a qualidade do atendimento às PPL. Embora a abordagem desse tema seja fundamental na formação acadêmica, muitos profissionais não o vivenciam durante a graduação. Assim, as práticas no processo saúde-doença-cuidado, apesar de consolidadas nas redes e rotinas, permanecem sensíveis às limitações estruturais das instituições e às particularidades desse grupo populacional.

Nesse contexto, o direito à saúde das PPL, sob a perspectiva dos direitos humanos, requer a politização e o fortalecimento do diálogo entre os atores envolvidos, integrando saberes técnicos, científicos e os valores das pessoas e comunidades em sua vida cotidiana. A vulnerabilidade é um conceito construído nas interações entre indivíduos e nos diversos contextos em que essas relações acontecem. Nesse sentido, a promoção da saúde e a produção da vida são elementos centrais nas reflexões sobre vulnerabilidade em saúde.

Esta pesquisa apresenta como limitação, o foco de análise apenas sob a perspectiva dos profissionais de saúde. Para enriquecer a análise sobre V&DH e a amplitude da pesquisa qualitativa, é importante que a realidade possa se desvelar por meio das diferentes perspectivas sobre os fenômenos. Recomenda-se, portanto, em estudos futuros, a escuta das PPL para compreender como percebem as vulnerabilidades e desigualdades que afetam suas relações com diferentes pessoas e em/sobre/com diferentes espaços.

Embora o debate sobre o acesso das PPL à saúde e aos direitos humanos tenha avançado, ainda são limitadas as ações que buscam a proteção efetiva dos grupos mais vulneráveis. Por isso, é fundamental considerar os determinantes sociais, psicossociais e estruturais do adoecimento no planejamento das políticas de saúde e nas práticas de cuidado. O objetivo é que os sujeitos mais vulnerabilizados e excluídos possam, de fato, atuar sobre os determinantes que impactam sua saúde e qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Bartos MSH. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional: uma reflexão sob a ótica da intersectorialidade. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2023 Apr;28(4):1131–8.
2. Victória M, Cristina K, de L. Relações sociais e determinantes da saúde: reflexões sobre a população encarcerada à luz de Betty Neuman. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 2024 Jan 1;34.

3. Medina, W. J. S.; RICO, R. H. M. Estándares nacionales e internacionales del tratamiento penitenciario y carcelario en Colombia. Un estudio del caso de la cárcel de Neiva (Huila). *Prolegómenos*, [S.L.], v. 22, n. 43, p. 79-92, 24 fev. 2020.
<http://dx.doi.org/10.18359/prole.3460>.
4. Silverman-Retana, O. *et al.* Prison environment and non-communicable chronic disease modifiable risk factors: length of incarceration trend analysis in Mexico city. *Journal of Epidemiology and Community Health*, [S.L.], v. 72, n. 4, p. 342-348, 24 jan. 2018. BMJ.
<http://dx.doi.org/10.1136/jech-2017-209843>.
5. Bantjes J, Swartz L, Niewoudt P. Human rights and mental health in post-apartheid South Africa: lessons from health care professionals working with suicidal inmates in the prison system. *BMC International Health and Human Rights*. 2017 Oct 12;17(1). Available from:
<https://bmcinthealthhumanrights.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12914-017-0136-0>
6. Muiruri PN, Brewer G, Khan R. “If It Wasn’t for Ethics, I Wouldn’t Go Near Him”: An Interpretative Phenomenological Analysis of Caring for Patient-Prisoners in Kenya. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. 2019 May 18;63(14):2440–52.
7. Goshin LS, Sissoko D R. G, Stringer KL, Sufrin C, Byrnes L. Stigma and US Nurses’ Intentions to Provide the Standard of Maternal Care to Incarcerated Women, 2017. *American Journal of Public Health*. 2020 Jan;110(S1): S93–9. Available from:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31967890/>
8. Bordignon M, Monteiro, MI. Violence in the workplace in Nursing: consequences overview. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(5):939-42. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-013>.
9. Benício LFS, Barros JPP. Estratégia Saúde da Família e violência urbana: abordagens e práticas sociais em questão. *Sanare (Sobral)*. 2017;16 Supl 1:S102-12.
10. Sidibe T, Golin C, Turner K, Fray N, Fogel C, Flynn P, et al. Provider Perspectives Regarding the Health Care Needs of a Key Population: HIV-infected Prisoners After Incarceration. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*. 2015 Sep;26(5):556–69. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4542020/>
11. Rossetto M, Alves CGR, Drechsler G, Kuerten LF, Souza RM de, Batista J d’Arc L. Olhar profissional no atendimento em saúde às pessoas privadas de liberdade: revisão integrativa. *Trabalho, Educação e Saúde [Internet]*. 2022;20. Available from:
<https://www.scielo.br/j/tes/a/FyxScNDx5Vxv6mT4fD8Mw3h/?format=pdf&lang=pt>
12. De Almeida TAC, UFMG. Escola de Enfermagem Programa de Pós-Graduação em Enfermagem “Prática de Gerentes na Atenção Primária: singularidades do atendimento à população em situação de vulnerabilidade” 2021. Available from:
https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/39426/4/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Final%20-%20Thiara%20Amanda%20C.%20Almeida%20-%20PDF%20A%20-%202010_02_2022.pdf
13. Schultz, Águida Luana Veriato; Dias, Míriam Thais Guterres; Dotta, Renata Maria. Mulheres privadas de liberdade no sistema prisional: interface entre saúde mental, serviços sociais e vulnerabilidade. *Textos & Contextos (Porto Alegre)*, v. 19, n. 2, p. e36887-e36887, 2020.
14. Evangelista de Araújo T. M, Mendes Pinheiro D, da Silva Souza AT. Hepatite C e riscos associados nas prisões: uma revisão integrativa. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*. 2017;9(4):939-945. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505754110007>
15. Ferreira MR, Bonfim RO, Siqueira TC, Andrade RL de P, Monroe AA, Villa TC, et al. Tuberculosis in prison and aspects associated with the diagnosis site. *The Journal of Infection in Developing Countries*. 2019 Nov 30;13(11):968–77.

16. Pinheiro MC, Lima J, Borges R, Gurgel E. Health profile of freedom-deprived men in the prison system. *Investigación y Educación en Enfermería*. 2015;33(2). Available from: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/23007>
17. Brasil. Ministério da Saúde; Ministério da Justiça. Portaria GM/MS nº 482, de 1º de abril de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). Brasília: Ministério da Saúde; 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html
18. Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP). SENAPPEN - Secretaria Nacional de Políticas Penais. Dados estatísticos do sistema penitenciário. Disponível em: <https://www.gov.br/senappen/pt-br/servicos/sisdepen>.
19. Moré CLOO. A “entrevista em profundidade” ou “semiestruturada”, no contexto da saúde Dilemas epistemológicos e desafios de sua construção e aplicação Ciai.org. 2015. Available from: <https://proceedings.ciai.org/index.php/ciai2015/article/view/158/154>
20. Minayo MC de S. Cientificidade, generalização e divulgação de estudos qualitativos. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017 Jan 1;22:16–7. Available from: <https://www.scielo.org/article/csc/2017.v22n1/16-17/en/>
21. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70;2016. Disponível em: <https://www.amazon.com.br/An%C3%A1lise-Conte%C3%BAdoLaurence-Bardin/dp/9724415066>.
22. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html
23. Souza VR dos S, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2021;34. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/sprbhNSRB86SB7gQsrNnH7n/>
24. Ayres JR, Paiva V, França Jr. I. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. In: Paiva V, Ayres JR, Buchalla CM, organizadores. *Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde*. Livro I: da doença à cidadania. Curitiba: Juruá; 2012.
25. Sevalho G. The concept of vulnerability and health education based on the theory laid out by Paulo Freire. *Interface*. (Botucatu). 2018; 22(64):177-88. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0822>
26. Ayres JR de CM, França Junior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003. https://materiais.ead.fiocruz.br/especializacao/gestao-em-saude/percurso/documents/Anexo2-O_Conceito_de_Vulnerabilidade.pdf
27. Ayres JRCM, Calazans GJ, Saletti HC Filho, França I Júnior. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos GWS, Bonfim JRA, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 375-417
28. Florêncio RS, Moreira TMM. Modelo de vulnerabilidade em saúde: esclarecimento conceitual na perspectiva do sujeito-social. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2021;34. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/j5R4zLdBMPzwyPjKqYRHsFz/>
29. Goffman E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Available from: <https://www.leme.uerj.br/wp-content/uploads/2018/04/goffman2c-e-estigma-notas-sobre-a-manipulac3a7c3a3o-da-identidade-deteriorada.pdf>
30. Borges J. *Encarceramento em massa*. São Paulo: Sueli Carneiro, Pólen, 2019.
31. Davis, A. (2018). *Estarão as prisões obsoletas?* Difel

32. Butler J. Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade. Rio De Janeiro: Civilização Brasileira; 2015.
33. Massoglia M, Remster B. Linkages Between Incarceration and Health. Public Health Reports. 2019 May;134(1):8S14S. Available from: .
<http://dx.doi.org/10.1177/0033354919826563>.

5.2 ARTIGO 2 – Percepções de profissionais de saúde de um hospital universitário em relação às pessoas usuárias de álcool e drogas*

*Será submetido à Revista Ciência & Saúde Coletiva

Perceptions of health professionals at a university hospital regarding people who use alcohol and drugs

Carla Neves Marson, Marcos Vinicius Ferreira dos Santos, Marluce Mechelli de Siqueira

Resumo

O objetivo foi conhecer e analisar a percepção dos profissionais de saúde de um Hospital Universitário em Vitória-ES, em relação às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, identificando potencialidades e fragilidades no cuidado. Estudo exploratório, descritivo e qualitativo, com realização de 18 entrevistas com profissionais de saúde de serviços de referência. Para análise temática, elegeu-se o referencial da vulnerabilidade em saúde e direitos humanos nas dimensões individual, social e programática para a compreensão dos processos saúde-doença-cuidado. Os resultados destacam que os profissionais reconhecem aspectos individuais, sociais e políticos que produzem as vulnerabilidades e impactam na relação de cuidado. Assumem limitações no trabalho, como despreparo profissional, falta de conhecimento específico e manejo do paciente. Para melhorias apontam atuação multidisciplinar, articulação com a rede de serviços e capacitação da equipe. Conclui-se que é necessário superar as barreiras institucionais, pessoais, a predominância da abordagem biológica e incluir a participação social para consolidar uma perspectiva mais abrangente, promovendo condições que potencializem a autonomia dos sujeitos e ampliem sua capacidade de viver com dignidade.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidado à Saúde; Profissionais de Saúde; Uso de drogas; Drogas; Vulnerabilidade

INTRODUÇÃO

As drogas são necessidades humanas, desde os primórdios das civilizações. Seu uso milenar em quase todas as culturas corresponde a necessidades médicas, religiosas e sociais. O álcool e quase todas as drogas são parte indispensável dos

ritos da sociabilidade, da cura, da devoção, do consolo e do prazer. Por isso as drogas foram divinizadas em inúmeras sociedades (Carneiro, 2018).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera como substâncias psicoativas (SPA) aquelas que, ao serem utilizadas, atuam sobre o cérebro, tendo a capacidade de alterar os processos de consciência, humor, percepção e raciocínio de cada pessoa. Conceitua dependência química como um transtorno mental caracterizado por uma série de sinais e sintomas resultantes do uso dessas substâncias, provocando diversas consequências (fisiológicas, sociais, psicológicas e políticas), prejudiciais e repercussões negativas na saúde, para a pessoa, sua família e a sociedade (OMS, 2006).

A relação que o sujeito estabelece com a substância é complexa e multidimensional, podendo envolver aspectos de busca por alívio, prazer, escape ou adaptação às dificuldades do cotidiano. Portanto, fatores sociais, econômicos, biológicos, psicológicos ou ambientais influenciam as pessoas a recorrer às substâncias (Paiva e Costa, 2017) e, do mesmo modo, estão relacionados à dependência química, gerando autoadministração repetida e conseqüente tolerância, abstinência e comportamento compulsivo de consumo (Zou et al., 2017).

Segundo o Relatório Mundial sobre Drogas 2023, divulgado pelo Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime (UNODC), as substâncias ilegais e as redes de tráfico estão intensificando as crises globais convergentes e desafiando os serviços de saúde e as ações de aplicação da lei. Em âmbito mundial, mais de 296 milhões de indivíduos utilizaram drogas em 2021, crescimento de 23% em comparação com a década anterior e estima-se que cerca de 39,5 milhões de pessoas sofram com transtornos associados ao uso de substâncias, um aumento de 45% em 10 anos, mas que apenas uma em cada sete receba tratamento (UNODC, 2023).

A última estimativa brasileira apontou que aproximadamente 4,9 milhões de brasileiros apresentaram grau de dependência elevado ou muito elevado de tabaco, 2,3 milhões de dependência de álcool, e 1,2 milhão de indivíduos apresentaram indicativos de dependência de outras substâncias (Bastos et al., 2017).

O termo uso problemático compreende o consumo de psicoativos associado a risco social ou sanitário ao usuário ou a terceiros (Fernandes, Carvalho, 2008). Tal definição extrapola, mas inclui definições mais biomédicas, como a dependência, e acolhe também padrões de uso que embora possam ser episódicos geram problemas sociais e de saúde

Nesse contexto, os desafios relacionados ao cuidado de pessoas que fazem uso nocivo de álcool e outras substâncias psicoativas ampliam-se quando direcionados a pessoas cujas condições são atravessadas por particularidades de ordem social, cultural e econômica. Essa complexidade impõe aos profissionais da saúde adversidades e sentimentos de impotência, barreiras institucionais e múltiplos entraves no cotidiano dos serviços (Saidel & Campos, 2020).

Estudos apontam que o uso de crack está associado à exclusão social. A classe social não determina quem consome drogas, mas a exposição midiática intensiva sobre o crack — predominantemente usado por indivíduos em situação de rua — provocou uma mudança drástica na percepção pública com frases alarmistas como “vicia na primeira tragada e mata em seis meses” (Souza et al., 2016; Borges; Santos, 2018). Esse discurso alimentou a construção social do usuário como uma pessoa mentalmente doente, desprovida de autonomia e moralmente censurável, contribuindo para sua exclusão social e a disseminação de ódio.

A desigualdade social também influencia o consumo de drogas sob múltiplas perspectivas. Os grupos vulneráveis, pessoas pobres e marginalizadas enfrentam maior risco de avançar do consumo ocasional para transtornos por uso de substâncias e agravos à saúde mental (Souza et al., 2016; Bastos et al., 2017; UNODC, 2023). Esses mesmos grupos são frequentemente enquadrados como criminosos, em vez de reconhecidos como usuários .

A relação entre vulnerabilidade e uso de drogas propõe olhar de forma completa para o sujeito e suas condições de vida, considerando o contexto em que ele vive, suas experiências, desafios e o ambiente ao seu redor (Rameh-de-Albuquerque et al., 2017).

No contexto brasileiro, o modelo de cuidado pautado pelas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, que possibilitaram novas estratégias de atenção aos usuários de drogas — com ênfase no território, na comunidade, na equidade, na integralidade e na perspectiva antimanicomial — constitui uma construção recente no cenário das políticas públicas (Brasil, 2002). Dessa forma, a rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas opera, via articulação da saúde mental no âmbito da atenção básica em saúde, tendo como porta de entrada as Unidades Básicas de Saúde e a Estratégia de Saúde da Família, gerando uma rede integrada, articulada e intersetorial (Brasil, 2004).

A literatura descreve a relação interpessoal entre profissionais de saúde e usuários de SPA baseada em três aspectos principais: Estigma; despreparo profissional e encontros e desencontros nas relações (Biancarelli, *et al.*, 2019; Maciel *et al.* 2020; Murney *et al.* 2020). O estigma é percebido pelos pacientes, usuários de SPA, como barreira de acesso aos serviços de saúde e dificulta a implementação de estratégias mais integradas e eficazes na relação de cuidado.

Nesse sentido, reconhecer as especificidades das pessoas que fazem uso de SPA permite identificar distintos modos de sofrimento e de existir, estabelecer vínculos com esses pacientes que favoreçam a produção de cuidados singularizados e operar a integralidade como um norte ético do trabalho (Cirilo Neto & Dimenstein, 2019).

Considerando esse contexto, e dada a centralidade que essa temática ocupa nas agendas de saúde pública, tanto no âmbito nacional quanto internacional, investigações centradas nos profissionais de saúde, protagonistas desse cuidado, revelam-se fundamentais para a implementação de estratégias efetivas de atenção e cuidado a pessoas com necessidades decorrentes do uso de substâncias.

Na rede de atenção à saúde (RAS) da Região Metropolitana de Vitória, ES, o Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM) configura-se como referência estadual no tratamento de doenças infectocontagiosas, bem como de condições crônicas que demandam acompanhamento contínuo, como diabetes, nefropatias e neoplasias. Além disso, presta atendimento especializado em casos de

alta complexidade, incluindo gravidez de alto risco e cuidados pós-operatórios. Entre os perfis atendidos, encontram-se também pessoas com comorbidades associadas ao uso nocivo de álcool e outras drogas, o que evidencia seu papel estratégico na atenção integral a essa população. Dessa forma, o HUCAM se apresenta também como um dispositivo de cuidado em saúde mental.

Enquanto hospital universitário, o HUCAM exerce um papel fundamental na formação de profissionais de saúde, no fomento à pesquisa científica e na oferta de serviços especializados que fortalecem a articulação entre a universidade e a comunidade. Por meio dessas ações, o hospital consolida-se como um importante agente na promoção do acesso qualificado aos diferentes níveis de atenção à saúde, incluindo populações em situação de maior vulnerabilidade, ao oferecer serviços de referência em diversos campos do cuidado.

Nesse sentido, este estudo tem como objetivo analisar a percepção dos trabalhadores da área da saúde do HUCAM sobre pessoas que fazem uso de drogas, procurando responder às seguintes questões: Qual é a percepção dos profissionais de saúde do Hucam sobre as pessoas usuários de drogas? De que forma essa percepção se reflete nas ações de assistência e cuidado dos profissionais a essas pessoas? Quais são os fatores que podem contribuir para melhorar a oferta de cuidados às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas?

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa a partir de entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde que atuam em um hospital universitário, em serviços de referência estadual.

Cenário do estudo

A pesquisa foi realizada no hospital universitário Cassiano Antonio de Moraes (HUCAM), da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), em Vitória-ES. Os setores selecionados foram o Programa de Atenção ao Alcoolista (PAA), Clínica Médica, Ambulatório de Hepatite; Ambulatório de cirurgia geral, Enfermaria cirúrgica;

Ambulatório de Tuberculose; Ambulatório de Doenças Infectocontagiosas; Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia e Maternidade.

A visita aos setores escolhidos para a pesquisa foi realizada após obter o consentimento dos responsáveis por esses setores no hospital. Os profissionais foram convidados de forma presencial, por meio de contato direto, sendo um horário agendado com eles para a realização das entrevistas, durante o expediente de trabalho, com o objetivo de não prejudicar os atendimentos. As entrevistas ocorreram entre as 7:00 h e 21:00 h, incluindo também os profissionais que atuam no turno da noite.

Os setores do hospital selecionados não são específicos para o atendimento das pessoas com uso prejudicial de SPA. No entanto, essas especialidades recebem pacientes que apresentam comorbidades associadas ao uso de drogas, o que contribui para agravar o estado em que ele se encontra e o seu problema de saúde. Assim, os profissionais de saúde vivenciam, no seu cotidiano, questões relacionadas ao uso de drogas pelos pacientes.

Produção de dados e participantes da pesquisa

Foram realizadas 18 entrevistas individuais, presenciais, entre outubro e dezembro de 2023, com apoio de roteiro semiestruturado, que tiveram duração média de 30 minutos, foram conduzidas de forma oral e dialogada, gravadas e posteriormente transcritas na íntegra. Para registrar as observações durante as entrevistas, foi utilizado um diário de campo.

As entrevistas foram conduzidas até que se atingisse a saturação de informações. Elas ocorreram em ambientes reservados, mais adequados ao participante do estudo, com vistas à manutenção do sigilo, garantindo a privacidade de todos. As informações obtidas permanecem confidenciais e sob anonimato. Os participantes foram identificados por meio de um código composto pela letra “S” seguida de um número sequencial (S1, S2, etc.). Os critérios de inclusão foram profissionais de especialidades diversas, sendo quatro Médicos, oito Enfermeiros, dois Técnicos de Enfermagem, dois Fisioterapeutas, um Psicólogo e um Assistente Social, de ambos os sexos, sem limite de idade, com vínculo empregatício variado, atuantes no

HUCAM há mais de seis meses, em alguns dos serviços de referência, listados acima.

Foram excluídos os colaboradores que apresentaram indisponibilidade em participar das entrevistas, seja por estarem de férias, licença médica e/ou outros afastamentos. Não houve recusa na assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de nenhum profissional convidado para a pesquisa.

Este artigo apresenta uma parte dos resultados de uma dissertação de mestrado vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo.

Análise dos dados

Os dados obtidos foram submetidos a técnica de análise de conteúdo temática proposta por Bardin (2011), seguindo as três etapas: pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, inferência e interpretação, originando três categorias de análises e nove subcategorias (Quadro 1).

Quadro 1 - Categorias temáticas e subcategorias resultantes da análise das entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde. Vitória-ES, 2025.

Categorias	Subcategorias
Percepções sobre a pessoa que faz uso de álcool e drogas	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Aspectos do sujeito ◆ Aspectos da assistência ◆ Aspectos da política de saúde ◆ Recorte de gênero
Percepções sobre o cuidado à pessoa que faz uso de álcool e drogas	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Segurança no cuidado ◆ Insegurança no cuidado
Percepções para melhorias no cuidado a pessoa que faz uso de álcool e drogas	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Equipe multidisciplinar ◆ Rede de serviços ◆ Apoio da família

Fonte: Elaborado pela autora (2025)

Foi realizada uma análise temática, levando em consideração o contexto geral e escolhendo trechos importantes das narrativas dos participantes. Essas informações

foram organizadas em planilhas, agrupando os trechos por temas, em cada categoria e subcategorias, o que ajudou a entender melhor as percepções expressas e identificar os principais pontos encontrados (Quadro 2, Quadro 3 e Quadro 4).

Os resultados foram analisados à luz dos conceitos da vulnerabilidade em saúde e direitos humanos que investiga as dimensões da vulnerabilidade – individual, social e programática – consideradas dinâmicas e inter-relacionadas e que influenciam o comportamento das pessoas na adesão e acesso aos cuidados em saúde (Ayres et al.; Pinho e França-Junior, 2006).

Os aspectos éticos foram seguidos conforme a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012), assegurando a confidencialidade dos participantes. O projeto foi aprovado pela Comissão de Ensino e Pesquisa do Hospital Cassiano Antônio de Moraes da Universidade Federal do Espírito Santo (HUCAM) da UFES, CAAE: 06800219.8.0000.5071; parecer nº 6.274.69 com a anuência da empresa que administra o hospital - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quadro 2 - Falas significativas – Percepções sobre a pessoa que faz uso de álcool e drogas: Subcategorias: Aspectos relacionados ao sujeito; aspectos do tratamento; aspectos da política de saúde; recorte de gênero. Vitória-ES, 2025.

Categoria - Percepções sobre a pessoa que faz uso de álcool e drogas	
Subcategorias	Falas significativas
Aspectos do sujeito	<p><i>“É uma pessoa doente. O uso de drogas provoca esse adoecimento.” (S1)</i></p> <p><i>“O uso de drogas, pode ser uma fuga ou busca pelo prazer, é uma patologia” (S3)</i></p> <p><i>“É uma pessoa frágil, que precisa de ajuda, de ser escutada” (S6)</i></p>
Aspectos da assistência	<p><i>“Para a sua integridade como pessoa, precisa de acolhimento” (S7).</i></p> <p><i>“É uma pessoa que necessita de total assistência, tanto física, quanto mental.” (S10)</i></p> <p><i>“Precisa de apoio da família, acolhimento, são demandas bem diferentes dos outros pacientes.” (S11)</i></p> <p><i>“É um paciente que tem demora na recuperação, por conta do manejo da abstinência, tem dificuldade de aderir ao tratamento.” (S13)</i></p>

Aspectos da política de saúde	<p><i>“A pessoa que faz uso de drogas é um problema de saúde pública”. (S6)</i></p> <p><i>“Quem usa drogas apresenta uma multicausalidade, envolve vários profissionais” (S8)</i></p> <p><i>“É uma questão complexa, porque apresenta muitas comorbidades associadas ao uso, demanda encaminhamentos e o paciente não diz tudo, precisa de toda uma equipe...”(S17)</i></p>
Recorte de gênero	<p><i>“Muitas vezes, as mulheres em situação de rua, depois do parto, precisa chamar a segurança, porque podem sair antes da alta e levar o bebê... precisa ter muita atenção” (S14)</i></p> <p><i>“Depois que elas ganham o neném, ficam agressivas, por conta da abstinência e são difíceis de lidar”. (S15)</i></p> <p><i>“No caso da mulher, é bem mais complicado, porque a criança pode nascer com síndrome de abstinência.”(S16)</i></p>

Fonte: Elaborado pela autora (2025)

Os profissionais são unânimes em afirmar que a pessoa que faz uso de SPA é uma pessoa doente, cuja patologia exige cuidados amplos e diversificados, é de difícil tratamento, apresenta comorbidades associadas ao uso, mobilizando toda a equipe multidisciplinar.

Essa percepção corrobora com a literatura que descreve que as pessoas em situação de vulnerabilidade que usam drogas tendem a usar mais os serviços de cuidados intensivos do que de cuidados preventivos, uma vez que desenvolvem outros agravos pelo uso de SPA. (Cambota e Rocha, 2015; Basso et al., 2021). O perfil socioeconômico dessas pessoas geralmente inclui baixa escolaridade, desemprego e situação de rua, refletindo uma maior vulnerabilidade social e necessidade de atenção especializada e integrada para oferecer o suporte adequado (Basso et al., 2021; Souza, Soares e Tizziani, 2021).

Na perspectiva da vulnerabilidade em saúde, Ayres e colaboradores (2003, p. 23) consideram a vulnerabilidade como a “chance de exposição das pessoas ao adoecimento”. Essa situação decorre de um conjunto de fatores, incluindo componentes individuais, sociais e programáticos, além da disponibilidade de recursos protetivos. Esses elementos juntos influenciam a vulnerabilidade e o risco dessas pessoas, destacando a importância de abordagens integradas e bem estruturadas para oferecer o suporte necessário (Ayres et al., 2003; Dimenstein & Cirilo Neto, 2020).

Em relação à mulher que é atendida na Maternidade, percebe-se um olhar

diferenciado das profissionais, atentas às especificidades dessas pessoas, que demandam uma atenção maior, pelos fatores associados ao uso de drogas na gravidez e a situação de rua.

No cenário da vida em rua, embora as mulheres representem uma minoria numérica em relação aos homens, enfrentam maior vulnerabilidade devido ao machismo e às desigualdades de gênero arraigadas na sociedade. Assim, essas mulheres ficam expostas a múltiplas formas de violência - física, psicológica, sexual e outras adversidades - que impactam seu estado psicossocial e sua trajetória de vida nas ruas (Barros et al. 2020; Giongo, 2025).

A literatura aponta também que as mulheres em situação de rua apresentam o dobro de probabilidade de engravidar, devido à prostituição, que frequentemente funciona como uma das principais fontes de renda nesse contexto. Na gravidez, enfrentam risco ampliado de complicações obstétricas e desfechos desfavoráveis tanto para a mãe quanto para o bebê, como parto prematuro; baixo peso ao nascer; risco aumentado de complicações relacionadas com o uso de substâncias, incluindo síndrome alcoólica neonatal (Barros et al. 2020; Giongo, 2025).

Os autores pontuam que elas têm acesso reduzido aos cuidados de saúde, em comparação com mulheres que têm moradia apropriada, o que agrava os fatores de vulnerabilidade já presentes. Assim, a gestação nas ruas não representa apenas um risco médico, mas sim um profundo estado de vulnerabilidade social, marcado pela precariedade de vida, ruptura de vínculos familiares e ausência de proteção institucional (Barros et al. 2020; Giongo, 2025).

Desse modo, o olhar mais sensível e humano das profissionais vem ao encontro de todas as vulnerabilidades dessas mulheres, cujas consequências atingem também os seus filhos. As dimensões individual e social da vulnerabilidade se encontram interconectadas e operam de maneira sinérgica e dinâmica; por isso, não podem ser consideradas de forma isolada para justificar as violações que essas mulheres sofreram, mas devem ser compreendidas para que ações de prevenção e promoção da saúde sejam planejadas de maneira mais realista, estruturada e com base em princípios éticos.

Quadro 3. Falas significativas – Percepções sobre o cuidado à pessoa que faz uso de álcool e drogas: Subcategorias: Segurança no cuidado; insegurança no cuidado. Vitória-ES, 2025

Categoria - Percepções sobre o cuidado à pessoa que faz uso de álcool e drogas	
Subcategorias	Falas significativas
Segurança no cuidado	<p><i>“Me sinto preparada. É preciso ter um cuidado maior com esse paciente, sensibilidade” (S5)</i></p> <p><i>“É preciso dar atenção às outras questões que o paciente traz... como questões familiares, depressão...” (S6)</i></p> <p><i>“Eu sinto que eu tenho que atendê-lo com uma visão integral” (S11)</i></p> <p><i>“É um paciente doente... inclusive, tem algumas pessoas privadas de liberdade que também fazem uso de drogas” (S12)</i></p>
Insegurança no cuidado	<p><i>“É uma situação complexa, um grande desafio para a equipe” (S1)</i></p> <p><i>“Me sinto insegura, não me sinto preparada... o paciente pode entrar em surto, ficar agressivo...” (S8)</i></p> <p><i>“Falta formação para lidar melhor com esse tipo de paciente” (S13, S14, S16)</i></p> <p><i>“Situação difícil... muitas vezes, ele age com negação ao uso de drogas” (S4)</i></p> <p><i>“Me sinto frustrado. Muitas vezes, o paciente abandona o tratamento” (S10)</i></p> <p><i>“Paciente de difícil adesão ao tratamento” (S3)</i></p> <p><i>“Situação muito estressante para a equipe, paciente apresenta agressividade” (S17)</i></p>

Fonte: Elaborado pela autora (2025)

A grande maioria dos participantes afirmou se sentir despreparado para prestar o cuidado às pessoas usuárias de SPA. Os motivos alegados foram a falta de capacitação técnica na temática, os comportamentos que esse paciente apresenta (agressividade, surto psicótico, abandono do tratamento), que gera insegurança, frustração e estresse para a equipe.

As narrativas dos profissionais vão ao encontro do que as pesquisas demonstram, nas quais o enfrentamento ao uso abusivo de substâncias constitui um desafio significativo para os sistemas de saúde e assistência social, sobretudo devido ao desconhecimento das equipes, à ausência de continuidade nas estratégias, e à dificuldade de articulação intersetorial entre diferentes dispositivos de atenção (Brito, Antunes, 2024).

Do mesmo modo, estudos revelam que os profissionais descrevem sentimentos de desolação e impotência durante atividades de campo ao lidarem com o uso persistente do crack e o sofrimento evidente das pessoas afetadas (Brito, Antunes, 2024).

As relações de cuidado ocorrem nas relações, muitas vezes frágeis e momentâneas estabelecidas entre os profissionais e as pessoas atendidas. Esse processo também é relevante no estudo da vulnerabilidade em saúde. Segundo Ayres (2014), o caráter individual deve ser entendido como intersubjetividade, ou seja, como uma identidade pessoal que está sempre sendo reconstruída através das interações entre o eu e o outro, nas relações sociais que sustentam essas situações de vulnerabilidade, negligência ou violação de direitos humanos. Isso inclui levar em conta o contexto social, histórico e espacial em que as pessoas estão inseridas. Assim, compreender a vulnerabilidade de forma mais ampla ajuda a criar intervenções mais justas e eficazes.

Em relação à capacitação da equipe, a literatura aponta que a formação profissional voltada ao enfrentamento do uso de álcool e outras drogas apresenta-se insuficiente: a maioria dos profissionais afirma que nunca ou raramente participam de cursos de formação continuada ou de aperfeiçoamento, enquanto uma boa parcela relata rara participação em espaços de reflexão e debate sobre o tema (Lavezzo *et al.* 2023).

Essa carência de capacitação é reflexo de lacunas na educação profissional e na continuidade das ações formativas. A formação formal frequentemente oferece pouco conteúdo específico sobre álcool e drogas, e muitos profissionais relatam receber apenas uma instrução básica, sem aprofundamento prático ou teórico adequado.

Nesse sentido, a dimensão programática da vulnerabilidade propõe que é necessário identificar, em cada momento, um conjunto específico de necessidades para as diferentes pessoas, em seus contextos e relações. Ou seja, ao reconhecer que essas necessidades e demandas são condicionadas pelas circunstâncias, tornam-se evidentes os significados e as implicações que requerem uma escuta cuidadosa e sensível por parte de ativistas e profissionais da saúde, tanto na assistência quanto na gestão e na esfera governamental. Isso implica também na

construção coletiva e diversificada de respostas, adequadas aos distintos espaços e níveis de intervenção (Ayres, Paiva, Buchalla, 2012).

Quadro 4. Falas significativas – Percepções sobre o cuidado à pessoa que faz uso de álcool e drogas: melhorias - Subcategorias: Equipe multidisciplinar; Rede de serviços; família. Vitória-ES, 2025

<i>Categoria - Percepções para melhorias no cuidado a pessoa que faz uso de álcool e drogas</i>	
<i>Subcategorias</i>	<i>Falas significativas</i>
<i>Equipe multidisciplinar</i>	<p>“o cuidado à pessoa que usa álcool e drogas tem que ter equipe multidisciplinar”. (S1, S12)</p> <p>“dar formação ao profissional de saúde (capacitação, atualização sobre o assunto)” (S3, S13, S15)</p> <p>“oferecer atendimento com o psicólogo, pois eles trazem muitas questões que precisam ser trabalhadas, para além do uso de drogas” (S5)</p> <p>“Atendimento integral”. (S2, S6, S11)</p> <p>“fornecer mais informações a mulher, desde o pré-natal até após o parto. Muitas vezes, ela não vai poder amamentar e elas não sabem disso.” (S14)</p> <p>“oferecer serviço de reabilitação” (S18)</p> <p>“é preciso ter atenção ao preconceito” (S10)</p>
<i>Rede de Serviços</i>	<p>“melhorar o encaminhamento a rede de serviços” (S7)</p> <p>“fazer a articulação com a rede.” (S9, S16)</p> <p>“eu mesma, por vezes não sei para onde encaminhar o paciente” (S15)</p>
<i>Família</i>	<p>“incluir a família do paciente nesse processo” (S8, S18)</p> <p>“buscar o apoio da família. Muitas vezes, eles não sabem qual é a situação do paciente e podem ajudar muito (S17)</p>

Fonte: Elaborado pela autora (2025)

As narrativas de grande parte dos profissionais para a melhoria do cuidado à pessoa com uso de drogas, apontou o trabalho em equipe multidisciplinar. E como parte desse trabalho coletivo, citaram o acompanhamento com psicólogo, o atendimento integral e a capacitação necessária para as especificidades desse cuidado, ampliando o conhecimento da equipe. Esses aspectos se associam ao item anterior, sobre a percepção do cuidado às pessoas com uso prejudicial às drogas, no sentido em que apresentam maneiras de equacionar os sentimentos de insegurança e despreparo da equipe.

Na literatura, os achados de uma investigação realizada por Farias et al. (2018) indicaram que a visão dos profissionais da área da saúde acerca da interdisciplinaridade foi favorável, embora tenha sido evidenciada a necessidade de

medidas voltadas à gestão que possam contribuir para o fortalecimento dessa prática. Em relação à integração dos serviços, uma pesquisa conduzida por Siniak et al. (2019) identificou um nível reduzido de interação e dificuldades para atuar de maneira articulada na elaboração de ações conjuntas.

O enfoque da vulnerabilidade descreve que a abordagem multidisciplinar e interprofissional oferece diversas possibilidades de atuação prática e constitui uma das orientações para o cuidado e a organização do serviço de saúde, com o objetivo de assegurar uma atuação colaborativa entre os profissionais, promovendo a formação e o intercâmbio de conhecimentos, práticas e gestão do cuidado, de modo a potencializar as habilidades de cuidado específicas de cada profissional e garantir a continuidade do cuidado e a oferta de serviços à população ao longo do tempo (Lavezzo et al, 2023).

Outros pontos citados foram uma melhor articulação com a rede de serviços e o apoio familiar. Nesse sentido, estudos revelam que o acesso à informação confiável e de qualidade, o diálogo com os serviços e a construção coletiva de estratégias de cuidado, são demandas de cuidado com as famílias que sofrem com problemas relacionados ao uso de drogas (Figueiró e Dimenstein, 2020).

A vulnerabilidade deve ser entendida como um campo relacional ou uma abertura às múltiplas possibilidades, superando, assim, a ideia de fragilidade ou algo a ser evitado. Essa abordagem nos estimula a reconhecer suas potencialidades. A vulnerabilidade, sob esse olhar, possibilita a construção de encontros mais genuínos, empáticos e éticos, no cuidado às pessoas com uso de SPA, nos quais ela se transforma em uma oportunidade para o vínculo, o aprendizado e a transformação. Dessa forma, ao reconhecer e valorizar a vulnerabilidade nesse contexto, podemos fomentar relações mais humanas, sensíveis e abertas ao crescimento e à solidariedade. (Wernet, Mello & Ayres, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os relatos dizem respeito à realidade do cuidado prestado a uma população socialmente vulnerável, sob a ótica dos profissionais. As falas tratam das percepções dos diferentes profissionais em relação às pessoas que fazem uso

prejudicial de álcool e drogas, avaliação do cuidado prestado e percepções para a melhoria nesse processo saúde-doença-cuidado. Os depoimentos refletem também os sentimentos positivos e negativos associados às inter-relações estabelecidas, abordam o acolhimento realizado, as particularidades de cada área e como as desigualdades sociais existentes exercem sobre as atividades de saúde.

No contexto da vulnerabilidade, saúde e dignidade representam aspectos de uma mesma realidade. Lutar por saúde significa, antes de tudo, combater desigualdades, preconceitos e promover a dignidade humana de forma ampla, na sua expressão mais completa e prática em nossas vidas.

Neste estudo, evidencia-se que a percepção dos profissionais entrevistados em relação à pessoa que faz uso de álcool e drogas considera os aspectos individuais, sociais e políticos que produzem as vulnerabilidades e impactam diretamente o processo saúde-doença-cuidado desses sujeitos. Reconhecem as limitações do trabalho realizado, descrevendo-o como um desafio para a equipe, que exige bem mais do que medicação e exames, requer atenção integral, atuação multidisciplinar, trabalho em rede, capacitação da equipe para a qualificação do trabalho e a compreensão dos aspectos psicológicos e sociais envolvidos.

As narrativas dos participantes consideram o cuidado a essa população como parte importante da política de saúde pública, que como tal, exige o compromisso político dos governos para a qualificação dos serviços, ampliação da rede e investimentos para a transformação e melhoria dessa realidade, ações que fortalecem os conceitos da vulnerabilidade em saúde.

Dessa forma, essas falas se alinham a uma análise crítica das vulnerabilidades, reconhecendo o contexto em que o grupo social está inserido, considerando aspectos socioeconômicos, políticos, ambientais e culturais. Essa compreensão é fundamental para que as ações de saúde sejam eficazes, éticas e políticas, ajudando a enfrentar os processos complexos de vulnerabilização. Essa abordagem serve como um conceito que orienta ações e estratégias para enfrentar condições sociais adversas, guiando intervenções políticas considerando as diversas relações presentes nos diferentes contextos sociais. Promove também, uma visão mais crítica

e solidária, incentivando a transformação social e o fortalecimento de vínculos mais justos e inclusivos.

No entanto, percebe-se um longo caminho ainda por trilhar para que haja um avanço efetivo na promoção da saúde e do bem-estar das pessoas que fazem uso de SPA. Os desafios se referem à lógica tradicional de gestão, à predominância da abordagem biológica e à participação social. Esses fatores, muitas vezes, dificultam a adoção de estratégias mais integradas e resolutivas. Superar tais barreiras é decisivo para consolidar uma perspectiva mais abrangente, que valorize o envolvimento social, leve em conta os determinantes sociais e ambientais e promova uma gestão mais cooperativa e inovadora.

Nesse sentido, a formação dos profissionais de saúde precisa incluir investimentos para proteção, capacitação e educação continuada dos trabalhadores da saúde, com orientação sobre vulnerabilidade e agravos e possibilidades de cuidado.

Além disso, determinantes sociais e raciais devem ser considerados entre os sujeitos que residem ou circulam pelas chamadas zonas de uso, indicando que as intervenções terapêuticas devem ter como eixo central o sujeito em situação de vulnerabilidade, promovendo condições que potencializem sua autonomia e ampliem sua capacidade de viver com dignidade.

Esta pesquisa apresenta como limitação o fato de centrar sua análise exclusivamente na perspectiva dos profissionais de saúde. Para ampliar a compreensão sobre V&DH e aprofundar o alcance da investigação qualitativa, é fundamental que a realidade seja revelada a partir de múltiplos pontos de vista sobre os fenômenos estudados. Assim, recomenda-se que pesquisas futuras incluam a escuta das pessoas que fazem uso de SPA, a fim de compreender como essas pessoas percebem as vulnerabilidades e desigualdades que impactam suas relações com diferentes sujeitos e em/sobre/com distintos espaços.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Silvio. **Racismo Estrutural**. São Paulo: Pólen, 2019.

AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**, v. 2, p. 121-144, 2003.

AYRES J.R.C.M, CALAZANS G, SALETTI FILHO H.C, FRANÇA--JUNIOR I. Risco. Vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz; 2006.

AYRES. J.R.C.M. Vulnerabilidade, direitos humanos e cuidado: aportes conceituais. **Barros S, Campos PFS, Fernandes JJS, organizadores. Atenção à saúde de populações vulneráveis. Barueri (SP): Manole**, p. 1-25, 2014.

AYRES, J. R.; PAIVA, V.; BUCHALLA, C. M. Direitos humanos e vulnerabilidade na prevenção e promoção da saúde: uma introdução. In: PAIVA, V.; AYRES, J. R.; BUCHALLA, C. M. (Org.). Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania. Curitiba: Juruá, 2012. p. 9-22. (Livro 1).

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa, Edição 70, 2011.

BARROS, K. C. C. et al. Workflow of nurse's care to homeless pregnant women. **Com Ciênc Saúde**, v. 31, n. 2, p. 65-74, 2020.

BASSO, Tayla Q. S. et al. Caracterização sociodemográfica e de consumo de substâncias psicoativas em usuários acompanhados em comunidade terapêutica. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 1, e22110111677, jan. 2021. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i1.11677>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/11677>. Acesso em: 10 jun. 2025.

BASTOS, F. I. P. M, et al. (Org.). **III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT, 2017. 528 p.

BIANCARELLI, Dea L. et al. Estratégias utilizadas por usuários de drogas injetáveis para evitar o estigma em ambientes de saúde. **Dependência de drogas e álcool**, v. 198, p. 80-86, 2019.

BORGES, Silier Andrade Cardoso; SANTOS, Maria Ligia Rangel. Discurso jurídico-moral e saúde nas notícias sobre o programa Crack, é Possível Vencer. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 876-885, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 336, de 19 de Fevereiro de 2002**. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 9 fev. 2002b. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html.

_____. **Portaria n. 2.197, de 14 de outubro de 2004.** Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Brasília, 2012. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html

BRITO, Claudia; ANTUNES, Valeska Holst. O valor simbólico do uso de droga para população em situação de rua: droga que mata e alimenta. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 40, n. 10, p. e00173323, 2024.

CAMBOTA, J. N.; ROCHA, F. F. Determinantes das desigualdades na utilização de serviços de saúde: análise para o Brasil e regiões. **Pesquisa e Planejamento Econômico**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 2, p. 219-243, 2015. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/6008/1/PPE_v45_n02_Determinantes.pdf. Acesso em: 10 jun. 2025.

CARNEIRO, Henrique. **Drogas: a história do proibicionismo.** Editora Autonomia Literária LTDA-ME, 2018.

DIMENSTEIN, Magda; NETO, Maurício Cirilo. Abordagens conceituais da vulnerabilidade no âmbito da saúde e assistência social. **Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 15, n. 1, p. 1-17, 2020.

FARIAS, Danyelle N. *et al.* Interdisciplinaridade e interprofissionalidade na estratégia saúde da família. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 141-162, dez. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/s8LvmxwJSDXWRNsQt7JH3b/?lang=pt>. Acesso em: 7 nov. 2022.

FERNANDES, José Luís; CARVALHO, Maria. Por onde anda o que se oculta: o acesso a mundos sociais de consumidores problemáticos de drogas através do método do snowball. *Revista Toxicodependências* 2008; 6:17-28

FIGUEIRÓ, Martha; DIMENSTEIN, Magda. Rede de saúde mental e acolhimento para as famílias que sofrem com problemas decorrentes do uso de drogas no município do Natal, Rio Grande do Norte. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, Uruguai, v. 10, n. 1, p. 81-100, jun. 2020. Disponível em: <https://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/558/416>. Acesso em: 3 abr. 2025

GIONGO, C.R. Mulheres em situação de rua e vivências de violências. **Revista Gênero**. Niterói, R.J. v. 25 n. 2 p. 301-323 2025. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/revistagenero/article/view/63664/39410>. Acesso em 12 jun 2025.

LAVEZZO, Beatriz de Oliveira et al. Atenção psicossocial a usuários de álcool e outras drogas: um estudo dos profissionais de um município sul-brasileiro. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 21, p. e02128222, 2023.

LEWGOY, B. Do racismo clássico ao neo-racismo politicamente correto: a persistência de um erro. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.13, n. 2, 2006.

MACIEL, Luísa et al. Perceptions of Professionals about Health Care for Women Crack Users. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 40, p. e192955, 2020.

MURNEY, Maureen A. et al. Stigma and discrimination related to mental health and substance use issues in primary health care in Toronto, Canada: a qualitative study. **International journal of qualitative studies on health and well-being**, v. 15, n. 1, p. 1744926, 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. OMS. **Neurociência do uso e da dependência de substâncias psicoativas**. (F. Corregiari, Trad.). 2006. São Paulo: Roca. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42666/9788572416665_por.pdf?sequence=2&isAllowed=y

PAIVA, FS de; COSTA, PHA da. Desigualdade Social, políticas sobre drogas e direitos humanos: Uma reflexão sobre a realidade brasileira. **Drogas e direitos humanos: reflexões em tempo de guerra às drogas**, p. 53-72, 2017.

RAMEH-DE-ALBUQUERQUE, R. C. et al. A rede de cuidado das pessoas que usam crack e outras drogas: experiências de Recife e Pernambuco no âmbito da Vulnerabilidade e Direitos Humanos-uma perspectiva intersectorial. **Vecchia, MD; Ronzani, TM; Paiva, FS; Batista, CB**, 2017.

SAIDEL, M. G. B.; CAMPOS, C. J. G. A percepção dos profissionais de saúde sobre o cuidado ao idoso com transtorno mental. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)**, v. 16, n. 1, p. 1–8, 21 fev. 2020.

SEVALHO, Gil. The concept of vulnerability and health education based on the theory laid out by Paulo Freire. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 177-188, 2017.

SINIÁK, Débora S. et al. Articulação em rede: o cuidado a usuários de drogas na perspectiva da análise de redes sociais. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 18, n. 1, e450331, mar. 2019. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/45033>. Acesso em: 4 jul. 2025.

SOUSA, Y. S. O; SANTOS, M. F. de S; APOSTOLIDIS, T. Drogas no espaço público: consumo, tráfico e política na imprensa brasileira. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 40, p. e201819, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/CdHdFHtwH4j5WKg4xjZdKnd/?format=pdf&lang=pt>

SOUZA, J.F.; SOARES, M.H.; TIZZIANI, J.A. Perfil sociodemográfico e clínico de usuários de substâncias psicoativas atendidos em hospital filantrópico acreditado. **SMAD: Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Rio de Janeiro, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 7-17, 30 set. 2021. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/smad/article/view/163560>. Acesso em: 6 set. 2024.

SOUZA, Jessé et al. **Crack e exclusão social**. Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2016.

UNODC, Escritório de Ligação e Parceria no Brasil. **Relatório Mundial sobre Drogas 2023 do UNODC alerta para a convergência de crises e contínua expansão dos mercados de drogas ilícitas**. Disponível em: <https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2023/06/relatorio-mundial-sobre-drogas-2023-do-unodc-alerta-para-a-convergencia-de-criises-e-contnua-expanso-dos-mercados-de-drogas-ilcitas.html>. Acesso em 15 ago, 2023.

WERNET, M; MELLO, D. F. de; AYRES, J. R. C. M. Reconocimiento En Axel Honneth: Contribuciones A La Investigación En Salud. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 26, p. e0550017, 2017.

ZOU, et al. Definition of Substance and Non-substance. *Addiction*. *Adv Exp Med Biol.*, Singapore, v. 1010, p. 21-41, nov. 2017. DOI: https://doi.org/10.1007/978-981-10-5562-1_2

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado em saúde para as pessoas privadas de liberdade é um direito fundamental e essencial para a garantia da vida, dignidade, cumprimento das determinações legais e para minimizar os efeitos deletérios do cárcere. Os profissionais de saúde, como operadores dessa assistência, incorporam em suas práticas dilemas éticos únicos, como o equilíbrio entre o dever de cuidado e as questões presentes no imaginário social, atravessadas por estigmas, medo e preconceito.

Os estudos demonstraram que para o cuidado em saúde das PPL e pessoas com uso prejudicial de drogas é necessário levar em consideração o conjunto de fatores que definem as condições de vida e as oportunidades desse sujeito ou grupo, bem como a estrutura de serviços existentes, analisando em que medida essas pessoas conseguem acessá-los. Significa analisar as inúmeras vulnerabilidades que afetam as pessoas no processo de encarceramento e adoecimento, relacionadas às questões de seletividade penal, raciais e de gênero, resultado de um conjunto de características dos contextos político, econômico e socioculturais que ampliam ou diluem o risco individual.

Esse movimento de análise das dimensões sociais (vulnerabilidade social), que o enfoque da vulnerabilidade em saúde nos convida é um desafio contínuo e de longo prazo, mas necessário para aprimorar os programas de prevenção e assistência, promovendo o diálogo e a compreensão sobre os obstáculos mais fundamentais, bem como sobre as diferentes experiências no processo saúde-doença-cuidado (vulnerabilidade programática). Isso visa que, no âmbito das crenças, atitudes e práticas pessoais (vulnerabilidade individual), todos, ou seja, cada sujeito de direitos, possa realmente se apropriar dessas condições da intersubjetividade das relações que impactam a assistência e o trabalho dos profissionais de saúde.

Nesse sentido, o conceito de vulnerabilidade se alinha às políticas e normativas existentes para os cuidados em saúde de dois grupos marcados por estigmas e vulnerabilidades, como a população privada de liberdade e os usuários de álcool e drogas, no sentido em que busca compreender as bases sociais e as implicações éticas e políticas por trás dos comportamentos e circunstâncias relacionados ao

processo saúde-doença, como também transformar os processos e determinantes sociais associados aos processos de saúde-doença. Os processos saúde-doença devem ser considerados, nessa perspectiva, como processos saúde-doença-cuidado.

Percebe-se que as várias faces do estigma associado às pessoas privadas de liberdade e aos usuários de álcool e drogas ainda são uma barreira fundamental, um desafio permanente aos programas de educação e saúde. Lidar com essa dimensão deve ser parte integrante de qualquer programa. O treinamento de profissionais da prevenção e da assistência numa abordagem referenciada nos direitos humanos, individuais e sociais, parece promissor; para que consigam incorporá-la em sua vida e práticas cotidianas, adaptando ao contexto sociocultural e à realidade viva de cada um.

A exploração teórica e prática, guiada pelo contexto da Vulnerabilidade em Saúde e Direitos Humanos proporcionou apreender do universo empírico aspectos essenciais para entender as vulnerabilidades que comparecem nas percepções dos profissionais de saúde pesquisados em relação às PPL e aos usuários de álcool e drogas.

Identificou-se que a formação de profissionais de saúde para atender a população carcerária e as pessoas com comorbidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e drogas é fundamental, sendo reconhecida como necessária pelos próprios profissionais e precisa ser pensada de forma a superar todas as barreiras existentes. Dessa forma, investir em formações que não transformem os modos de atuação e a forma de enxergar os chamados grupos vulneráveis e marginalizados é incoerente e não promove mudanças concretas nas realidades marcadas por desigualdades, vulnerabilidades e racismo.

Além disso, é importante investir em mais estudos e discussões sobre o tema, para garantir que o direito à saúde desses sujeitos seja respeitado e para melhorar as políticas públicas voltadas a ela. Assim, podemos promover um atendimento mais eficaz e humanizado nos ambientes de cuidado.

Por fim, o fortalecimento de equipes multidisciplinares que planejam e desenvolvem o cuidado a essas populações tão específicas e marginalizadas é fundamental para que a abordagem multidisciplinar supere o atendimento centrado na racionalidade clínica e a compartimentalização do atendimento, sendo um desafio para novos estudos e experimentos nas frentes de enfrentamento às comorbidades relacionadas ao álcool e drogas e para uma atenção mais integral e humana às PPL.

REFERÊNCIAS

ABRAMOVAY, M. **Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina: desafios para políticas públicas**. Brasília: UNESCO, BID, 2002.

ACSELRAD, Gilberta. **Avessos do prazer: drogas, aids e direitos humanos**. Editora Fiocruz, 2005.

ADAMY, P.; SILVA, R. N. da. Redução de danos e linha de cuidado: ferramentas possíveis para o cuidado em saúde mental, álcool e outras drogas In: Torossian, Sandra; Torres, Samantha; Kevler, Daniel Boianovsky. **Descriminalização do cuidado: políticas e cenários e experiências em redução de danos**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2017. p.145-158

ADORNO, S. **Prisões, violência e direitos humanos no Brasil**. Direitos humanos no século XXI. Brasília, Instituto de Pesquisas de Relações Internacionais, Fundação Alexandre de Gusmão, 1998.

ALMEIDA, Silvio. **Racismo Estrutural**. São Paulo: Pólen, 2019.

ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cadernos de saúde pública**, v. 25, p. 2309-2319, 2009.

ARAÚJO, T. et al. Hepatitis C and associated risks in prisons: an integrative review Hepatite C e riscos associados em presídios: uma revisão integrativa. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, v. 9, n. 4, p. 939-945, 31 out. 2017.

ARIZA, L. J.; ARBOLEDA, F. L. T. El cuerpo de los condenados. Cárcel y violencia en América Latina. **Revista de Estudios Sociales**, n. 73, p. 83-95, jul. 2020.

AYRES, J. R. Vulnerabilidade, direitos humanos e cuidado: aportes conceituais. **Atenção à saúde de populações vulneráveis**, p. 1-25, 2014.

AYRES, J. R.; PAIVA, V.; FRANÇA JR. I. Conceitos e Práticas de Prevenção: da História natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos In: Paiva V, Ayres JR, Buchalla CM. **Vulnerabilidade e Direitos Humanos: da doença à cidadania**, 2012. p. 71-94.

AYRES, J. R. C. M. et al. Vulnerability, human rights, and comprehensive health care needs of young people living with HIV/AIDS. **American journal of public health**, v. 96, n. 6, p. 1001-1006, 2006.

AYRES, José Ricardo de. Vulnerabilidade e AIDS: para uma resposta social à epidemia. **Boletim Epidemiológico CRT-DST/AIDS CVE**, p. 2-4, 1997.

BADARÓ, Tatiana. Garantistas vs. abolicionistas: as críticas de Ferrajoli ao abolicionismo penal e as réplicas abolicionistas ao garantismo penal. **Revista Quaestio Iuris**, v. 11, n. 2, p. 713-736, 2018.

BARBOSA, M. L. et al. Política nacional de atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade: o desafio da integralidade. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 30, p. 517-524, 2022.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa, Edição 70, 2011.

BARTOS, M. S. H. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional: uma reflexão sob a ótica da intersetorialidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, p. 1131-1138, 2023.

BERTOLOZZI, M. R. et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, p. 1326-1330, 2009.

BORGES, C. D; SCHNEIDER, D. R. O processo do cuidado em um capsad na perspectiva de usuários e familiares. **Boletim-Academia Paulista de Psicologia**, v. 40, n. 99, p. 227-240, 2020.

BORGES, Juliana. **Encarceramento em massa**. Pólen Produção Editorial LTDA, 2019.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984**. 1984. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L7210.htm Acesso em 12 abr. 2021.

_____. Imprensa Nacional. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Diário Oficial da União. Brasília. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis2001/l10216.htm. Acesso em 15 jul 2023.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**. Ed. Brasília, 2004. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_pnssp.pdf. Acesso em 10 mai 2025.

_____. **Portaria GM/MS nº 482 de 1º de abril de 2014**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF), 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0482_01_04_2014.html. Acesso em: 7 mar. 2022.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº 2.446 MS/GM, de 11 de novembro de 2014**. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde. *Diário Oficial da União* 2014; 12 nov. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html. Acesso em 15 mai 2023.

_____. Conselho Nacional de Justiça. **Regras de Mandela: Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de Presos**. Brasília, 2016. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2019/09/a9426e51735a4d0d8501f06a4ba8b4de.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2024.

_____. **Portaria de Consolidação Nº 2, de 28 de setembro de 2017** Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília (DF), 2017. Disponível em: https://www.mpba.mp.br/sites/default/files/biblioteca/saude/legislacao_em_saude/portaria_de_consolidacao_no_2-17.pdf. Acesso 7 mar. 2022.

_____. Imprensa Nacional. **Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019**. Diário Oficial da União. Brasília, Edição: 108, Seção: 1, Página: 2, 2019.

_____. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Plano Nacional de Política Criminal e Penitenciária - 2020 a 2023**. 2019 Disponível em: https://www.gov.br/senappen/pt-br/composicao/cnpcp/plano_nacional/plano_nacional-de-politica-criminal-e-penitenciaria-2020-2023.pdf. Acesso em 15 ago 2023.

_____. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Nota Técnica n.º 23/2020/COS/CGCAP/DIRPP/DEPEN/MJ**. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/depen/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/diversos>. Acesso em: 12 abr. 2021.

_____. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Secretaria Nacional de Políticas Penais. Sistema de Informações do Departamento Penitenciário Nacional (Sisdepen). **Relatórios analíticos**. Brasil. 2005 a 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/senappen/pt-br/servicos/sisdepen/relatorios/relatorios-anteriores>. Acesso em: 19 jun. 2024.

CAPPELLARI, Mariana Py Muniz **Você sabe o que é seletividade penal e o que ela produz?** Jusbrasil. Canal Ciências Criminais. 2018. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/artigos/voce-sabe-o-que-e-seletividade-penal-e-o-que-ela-produz/561306310>. Acesso em mai 2025

CARNEIRO, C. B. L.; VEIGA, L. **O conceito de inclusão, dimensões e indicadores**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Coordenação da Política Social, 2004.

CARNEIRO, Henrique. **Drogas: a história do proibicionismo**. Editora Autonomia Literária LTDA-ME, 2018.

CARVALHO, B.; DIMENSTEIN, M. Análise do discurso sobre redução de danos num CAPSad III e em uma comunidade terapêutica. **Temas em Psicologia**, v. 25, n. 2, p. 647-660, 2017.

CNJ. CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Encarceramento, políticas públicas e atuação da Justiça em territórios de vulnerabilidade social: sumário executivo**/ Universidade de São Paulo (USP) – Brasília. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). **Plano Nacional Pena Justa**. Brasília, 2025. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2025/02/2025-02-07-pena-justa-plano-e-matriz.pdf> Acesso em 10 mai 2025.

CUNILL-GRAU, N. A intersectorialidade nas novas políticas sociais: uma abordagem analítico-conceitual. **Gestão e políticas públicas**, v. 23, não. 1 pág. 5-46, 2014.

DA SILVA, D I. et al. Contribuições do conceito de vulnerabilidade para a prática profissional da enfermagem: revisão integrativa. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 6, n. 2, p. 848-855, 2014.

DE SOUZA, R. C. M; BARCELLOS, W. S. **Prisão, controle social e direitos humanos**: algumas notas sobre a segurança. In: Políticas sociais brasileiras em contextos de crise: desafios contemporâneos EDITORA DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MINAS GERAIS. EdUEMG, p. 184, 2020.

DIMENSTEIN, M.; CIRILO NETO, M. Abordagens conceituais da vulnerabilidade no âmbito da saúde e assistência social. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, 15 (1), 1-17. 2020.

ESCOHOTADO. Historia general de las drogas. Madrid: Espanha. 2002.

FAISTING, Felipe Gonçalves; CORDAZZO, Karine. SELETIVIDADE PENAL: UMA HISTÓRIA DE DISCRIMINAÇÃO. **Revista Jurídica Direito, Sociedade E Justiça**, v. 6, n. 8, 2019.

FEFFERMANN, M; FIGUEIREDO, R. Redução de danos como estratégia de prevenção de drogas entre jovens. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde**, n. 40, p. 37-40, 2006.

FERREIRA, M. R. et al. Tuberculosis in prison and aspects associated with the diagnosis site. **The Journal Of Infection In Developing Countries**, [S.L.], v. 13, n. 11, p. 968-977, 30 nov. 2019. <http://dx.doi.org/10.3855/jidc.11522>.

FIGUEIREDO, G. de O. et al. Discussão e construção da categoria teórica de vulnerabilidade social. **Cadernos de Pesquisa**, v. 47, n. 165, p. 796-818, 2017.

FILEV. R. Como você se comporta? Dilemas sobre as dependências de substâncias. In: Bokany V, organizadora. **Drogas no Brasil: entre saúde e justiça: proximidades e opiniões**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo/Fundação Rosa Luxemburgo; 2015. p. 103-18.

FIGURE, Mauricio. O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. **Novos estudos CEBRAP**, p. 9-21, 2012.

FIGURE, Mauricio. Tensões entre o biológico e o social nas controvérsias médicas sobre uso de “drogas”. **Reunião Anual da ANPOCS**, v. 28, 2004.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **18º Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2024.

Disponível em: <https://publicacoes.forumseguranca.org.br/handle/123456789/253>. Acesso em: 15 mai 2025.

FOUCAULT, M. Aula de 17 de março de 1976. Em defesa da sociedade: curso no Collège de France. 1999.

FOUCAULT, M. Vigiar e punir: nascimento da prisão. 14. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

FREITAS, M.M. B. Entre mortificações e resistências: a saúde e o psicotrópico no sistema prisional. **Dissertação de Mestrado**. UFES. 2013, 160 p.

FRINHANI, F. M. D. **Mulheres Aprisionadas**: representando o universo prisional. 2004. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2004.

FROIS, C.; OSUNA, C.; LIMA, A. P. Etnografia em contexto carcerário: explorando potencialidades e limites. **Cadernos Pagu**. 2019, n. 55, e195503. Disponível em: n55a03 (scielo. br) Acesso em: 14 set. 2024.

FUNCIA, Francisco Rózsa. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4405-4415, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext Acesso em 10 jun 2025

Gil, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6a ed. .São Paulo: Atlas, 2018

GRUSKIN, S; TARANTOLA, D. Um panorama sobre saúde e direitos humanos. **Paiva V, Ayres JR, Buchalla CM, organizadores. Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania. Curitiba: Juruá, p. 23-42, 2012.**

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Texto para discussão 2364- **Vulnerabilidade social no Brasil**: conceitos, métodos e primeiros resultados para municípios e regiões metropolitanas brasileiras. 2018. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/180201_td_2364.pdf. Acesso em: 15 jul. 2023.

KLEIMAN, Mark; HAWDON, James (ed.). Encyclopedia of drug policy: “the war on drugs”, past, present, and future. Thousand Oaks: Sage, 2011.

LERMEN, Helena Salgueiro; DARTORA, Tamires; CAPRA-RAMOS, Carine. Drogadição no cárcere: questões acerca de um projeto de desintoxicação de drogas para pessoas privadas de liberdade. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**. Rio de Janeiro, V.14, n.2, p.539-559, 2014.

LIMA, S. S. O cuidado aos usuários de drogas em situação de privação de liberdade. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 29(3), e290305, 2019.

LIMA, S.T.B. Direitos Humanos dos Negros: Racismo estrutural, necropolítica, interseccionalidade e o mito da democracia racial no Brasil. **Revista Educação e Humanidades**, v. 1, n. 2, p. 119-132, 2020.

MACEDO, J. K. S. et al. **Vulnerabilidade e suas dimensões: reflexões sobre os cuidados de enfermagem aos grupos humanos**. *Rev. enferm. UERJ*, p. e39222-e39222, 2020.

MACHADO, F et al. Memória das políticas e práticas em redução de danos: entrevista com Fátima Machado. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 28, n. 3, p. 839-847, 2021.

MACHADO, L. V.; BOARINI, M. L. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 33, p. 580-595, 2013.

MALVEZZI, C. D.; NASCIMENTO, J. L.. Cuidado aos usuários de álcool na atenção primária: moralismo, criminalização e teorias da abstinência. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, p. 1095-1112, 2018.

MARLATT, G. Alan; BLUME, Arthur W.; PARKS, George A. Integrating harm reduction therapy and traditional substance abuse treatment. **Journal of Psychoactive Drugs**, v. 33, n. 1, p. 13-21, 2001.

MBEMBE, A. **Necropolítica**. 3. ed. São Paulo: n-1 edições, 2018. 80 p.

MESQUITA, F. Redução de danos. **Boletim do Instituto de Saúde - BIS**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 10–17, 2020. DOI: 10.52753/bis.2020.v21.34613. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/article/view/34613>. Acesso em: 11 ago. 2025.

MINAYO, M. C. S. Cientificidade, generalização e divulgação de estudos qualitativos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 16-17, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2017.v22n1/16-17/en> Acesso em 10 mai 2025

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA (MJSP). SENAPPEN. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/senappen/pt-br/acesso-a-informacao/institucional> Acesso em 10 jun 2025.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA. Nova política sobre drogas do Brasil é apresentada em evento das Nações Unidas. 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/noticias/nova-politica-sobre-drogas-do-brasil-e-apresentada-em-evento-das-nacoes-unidas#:~:text=A%20nova%20pol%C3%ADtica%20brasileira%20sobre,%C3%A0%20perspectiva%20de%20justi%C3%A7a%20social>. Acesso em 15 jun 2025.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA (MJSP). SENAPPEN - Secretaria Nacional de Políticas Penais. **Dados Estatísticos do Sistema Penitenciário. 2024** Disponível em: <https://www.gov.br/senappen/pt-br/servicos/sisdepen>. Acesso em 01 jun 2025.

MONTEIRO, B. P. S. **O Suporte Social e a Satisfação com a Vida em Guardas Prisionais Portugueses: O Efeito Mediador da Ansiedade.** Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior, Portugal, 2023.

MONTEIRO, S. R. R. P. O marco conceitual da vulnerabilidade social. **Sociedade em Debate**, v. 17, n. 2, p. 29-40, 2011.

MORAES, M. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. **Ciência & saúde coletiva**, v. 13, n. 1, p. 121-133, 2008.

MOUTINHO, L.; AGUIÃO, S.; NEVES, P. S.C. A construção política das interfaces entre (homos) sexualidade, raça e aids nos programas nacionais de direitos humanos. **Ponto Urbe. Revista do núcleo de antropologia urbana da USP**, n. 23, 2018. Disponível em: <http://journals.openedition.org/pontourbe/5534> Acesso em 10 jun 2025.

MUNANGA, Kabengele. **Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia.** In: BRANDÃO, A. (Org) Programa de educação sobre o negro na sociedade brasileira. Ed. UFF: Niterói-RJ, 2004.

MUÑOZ SÁNCHEZ, A. I; BERTOLOZZI, M. R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 319-324, 2007.

NAÇÕES UNIDAS BRASIL. UNODC e OMS lançam guia sobre população carcerária, drogas e saúde mental. 2022. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/168686-unodc-e-oms-lan%C3%A7am-guia-sobre-popula%C3%A7%C3%A3o-carcer%C3%A1ria-drogas-e-sa%C3%BAde-mental>. Acesso em 15 ago 2023.

NASCIMENTO, L. G.; BANDEIRA, M. M. B. Saúde Penitenciária, Promoção de Saúde e Redução de Danos do Encarceramento: Desafios para a Prática do Psicólogo no Sistema Prisional. **Psicologia: Ciência e Profissão**, V.38, n.2, p.102-116, 2018.

NERY FILHO, A.; VON FLACH, P. Os sujeitos e suas exclusões: os movimentos de resistências e os riscos de iatrogenia. In: **Drogas e direitos humanos: reflexões em tempos de Guerra às Drogas.** VECCHIA M.D., RONZANI T.M., Paiva F.S. *et al.*, org. Porto Alegre: Rede Unida, p. 299-318, 2017.

OLIVEIRA, L. C. *et al.* Práticas de Atenção Primária à Saúde na área de drogas: revisão integrativa. **Saúde em Debate**, v. 45, p. 514-532, 2021.

PAIVA, V. Sem mágicas soluções: a prevenção e o cuidado em HIV/AIDS e o processo de emancipação psicossocial. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 6, p. 25-38, 2002.

PASSETTI, Edson. A atualidade do abolicionismo penal. In: PASSETTI, Edson (org.). Curso livre de abolicionismo penal. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revan, 2012, p. 16.

PASSOS, E. H.; SOUZA, T. P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de "guerra às drogas". **Psicologia & Sociedade**, v. 23, p. 154-162, 2011.

PAVARINI, M. El sistema de derecho penal entre abolicionismo y reduccionismo. Trad. J. L. Domínguez y R. Bergalli. Poder y control. **Revista hispano-latinoamericana de disciplinas sobre el control social**, nº 1, 1987, p. 141-142

PETUCO, Dênis da Silva. O pomo da discórdia? Drogas, saúde, poder. Curitiba: Editora CRV, 2019.

PINHEIRO, M. C. et al. Health profile of freedom-deprived men in the prison system. **Invest Educ Enferm.**, v. 33, n. 2, p. 269-279, 2015. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v33n2a09>

RIBEIRO, K. G. et al. Determinantes sociais da saúde. ROUQUAYROL M.Z, SILVA M.G.C., organizadores. **Epidemiol Saude**. Rio de Janeiro: Medbook, 2018.

ROSSETTO, M. et al. Olhar profissional no atendimento em saúde às pessoas privadas de liberdade: revisão integrativa. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 20, 2022, e00909197. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs909>

ROCHA, M. V. C; OLIVEIRA, K. C. P. N. do; DANTAS, H. L. L. de. Relações sociais e determinantes da saúde: reflexões sobre a população encarcerada à luz de Betty Neuman. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 34, p. e34062, 2024.

SÃO PAULO. Prefeitura Municipal. **Guia de ofertas e diretrizes: para o atendimento a pessoas em situação de vulnerabilidade que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas**. 2024. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1568372>.

SCHEERER, Sebastian. Hacia el abolicionismo. In: HULSMAN, Louk; CHRISTIE, Nils; MATHIESEN, Thomas; SCHEERER, Sebastian; STEINERT, Heinz; DE FOLTER, Rolf. **Abolicionismo penal**. Trad. Mariano Alberto Ciafardini y Mirta Lilián Bondanza. Buenos Aires: Ediar Sociedad Anónima, 1989, p. 15-34

SCHENKER, Miriam. **Valores familiares e uso abusivo de drogas**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2008.

SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA DO ESPÍRITO SANTO - SEJUS. **Saúde Prisional**. Disponível em: <https://sejus.es.gov.br/saude-prisional>. Acesso em 02 jul 2025.

SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA DO ESPÍRITO SANTO - SEJUS. **Plano de Trabalho INVISA Saúde Prisional ES**. 2018 Disponível em: <https://sejus.es.gov.br/Media/Sejus/Arquivos%20PDF/Sele%C3%A7%C3%A3o%20OSS/ANEXO%20III%20-%20PLANO%20DE%20TRABALHO.pdf>. Acesso em 02 ago 2023.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO (SESA). **Saúde prisional, atenção básica.** 2025. Disponível em: <https://atencao primaria.es.gov.br/saude-prisional>. Acesso em: 20 mai 2025.

SINHORETTO, J et al. A filtragem racial na seleção policial de suspeitos: segurança pública e relações raciais. **Segurança pública e direitos humanos: temas transversais**, v. 5, p. 121-160, 2014.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL (SISDEPEN) 17º CICLO SISDEPEN 2º SEMESTRE DE 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/senappen/pt-br/servicos/sisdepen/relatorios/relipen/relipen-2o-semester-de-2024.pdf>. Acesso em: 05/05/2025

TARANTOLA, D; MANN, J. **AIDS in the World II**, New York: Oxford University Press, 1996.

TAXI, R.A.D.; FILHO, E.N.L. Preconceito e Decisão Judicial - Uma Investigação Hermenêutica sobre s Política de Combate às Drogas. **Teorias do Direito e Realismo Jurídico**, v. 3, n. 2, p. 79-99, 2017.

TEIXEIRA, C. F. et al. **Produção científica sobre política, planejamento e gestão em saúde no campo da saúde coletiva**: visão panorâmica. In: PAIM, J. S. Revista de Saúde Pública. 40, p.73-78, 2006.

TEIXEIRA, M. B. et al. Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1455-1466, 2017.

TOURINHO, L.O.S. et al. Politização da criminalidade e vulnerabilidade social Entre os paradigmas da justiça criminal e da seletividade penal. **Sistema Penal & Violência**, Porto Alegre, v. 8, n. 2, p. 152-167, jul.-dez., 2016.

TURATO, E. R. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa [Treaty on the methodology of clinicalqualitative research]. **Petrópolis, RJ: Vozes**, 2013.

UNODC, Escritório de Ligação e Parceria no Brasil. **Relatório Mundial sobre Drogas 2023 do UNODC alerta para a convergência de crises e contínua expansão dos mercados de drogas ilícitas.** Disponível em: <https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2023/06/relatrio-mundial-sobre-drogas-2023-do-unodc-alerta-para-a-convergncia-de-crisis-e-contnua-expanso-dos-mercados-de-drogas-ilcitas.html>. Acesso em 15 ago, 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders.** Geneva: WHO, 2024. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/377960/9789240096745-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 05 mai 2025

YAMAMOTO, O. H.; OLIVEIRA, I. F. de. Política social e Psicologia: uma trajetória de 25 anos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Brasília, v. 26, n. especial, p. 9-24, 2010.

ZAFFARONI, E. Raúl; BATISTA, Nilo; ALAGIA, Alejandro; SLOKAR, Alejandro. Direito Penal Brasileiro I. 4. ed. 1ª Reimpressão. Rio de Janeiro: Revan, 2013.

ZINBERG, Norman E. – Drug, Set and Setting: The Basis for Controlled Intoxicant Use. New Haven: **Yale University Press**, 1984.



APÊNDICES
APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO
PROFISSIONAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

1. Gênero
 - a. Masculino
 - b. Feminino
 - c. Outro
2. Idade: _____
3. Qual o seu vínculo no HUCAM?
 - a. Ufes
 - b. Ebserh
 - c. Outro. Qual? _____
4. Qual sua função profissional dentro do Hucam?
 - a. Atendente de clínica
 - b. Assistente social
 - c. Auxiliar de enfermagem
 - d. Enfermeiro
 - e. Farmacêutico
 - f. Fisioterapeuta
 - g. Médico
 - h. Nutricionista
 - i. Recepcionista
 - j. Técnico de enfermagem
 - k. Técnico de laboratório
 - l. Outro. Qual? _____
5. Seu local de trabalho é:
 - a. Ambulatório de doenças infecto-contagiosas
 - b. Ambulatório de hepatite
 - c. Maternidade
 - d. Outro:

6. Quanto tempo atua nesse serviço? _____
7. Formou-se em instituição
 - a. Pública
 - b. Privada
 - c. Não possuo curso técnico ou nível superior
 - d. Outra. Qual? _____
8. Quantos anos de formado (a)? _____
9. Possui algum curso de especialização ou residência?
 - a. Não
 - b. Sim
 - c. Em andamento
10. No campo da saúde mental, álcool e outras drogas, você possui:
 - a. Especialização
 - b. Residência (médica, uni ou multiprofissional)
 - c. Curso de extensão
 - d. Não possuo cursos na área
 - e. Curso/especialização/residência em andamento
 - f. Outro. Qual? _____
11. Sua carga horária no Hucam é exclusiva para atividades no ambulatório/serviço em que atua?
 - a. Não
 - b. Sim
12. Você possui outro emprego além do Hucam?
 - a. Não
 - b. Sim
13. Se sim para a anterior, com presença de profissionais de saúde de formação profissional diferente da sua?
 - a. Não
 - b. Sim
14. Na graduação chegou a participar de grupos de pesquisa ou projeto de extensão com acadêmicos de saúde de cursos diferentes do seu?
 - a. Não
 - b. Sim



APÊNDICE B – QUESTÕES NORTEADORAS PARA ENTREVISTA SEMIDIRIGIDA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

- 1 - Como é o atendimento no seu setor à pessoa privada de liberdade? É por agendamento? Como funciona?
- 2 – Como você avalia o atendimento à pessoa privada de liberdade e o atendimento de quem não está privado de liberdade?
- 3 - Como você se sente para atender a pessoa privada de liberdade? Por quê?
- 4 - Como você acha que deve ser a assistência em saúde à pessoa privada de liberdade?
- 5 – Fale sobre como é a sua percepção a respeito da pessoa privada de liberdade.
- 6 - Comente sobre os pontos fortes do trabalho realizado no seu setor com a pessoa privada de liberdade.
- 7 - Comente sobre as fragilidades do trabalho realizado no seu setor com a pessoa privada de liberdade.
- 8 - Como você se sente para atender a pessoa que faz uso de drogas? Por quê?
- 9 - Como você acha que deve ser a assistência em saúde à pessoa que faz uso de drogas?
- 10 - Fale sobre como é a sua percepção a respeito da pessoa que faz uso de drogas.
- 11 - Você gostaria de acrescentar algo que não foi perguntado?



APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa **“Percepção dos Profissionais de Saúde do Hucam em Relação às Pessoas Privadas de Liberdade e usuários de Drogas”** pelo motivo de desenvolver o cuidado de referência às pessoas privadas de liberdade, no atendimento ambulatorial de doenças infectocontagiosas, dentre elas, tuberculose, IST-HIV, hepatite, além de acompanhamento pós-cirúrgico e casos de alta complexidade médica, dentre elas, gravidez de alto risco do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (Hucam) da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Sua participação poderá ajudar a compreender como é produzido o cuidado para a prevenção e tratamento da dependência de álcool, tabaco e outras drogas no Hucam.

JUSTIFICATIVA: Conhecer como é produzido o cuidado às pessoas privadas de liberdade e às pessoas no contexto da prevenção e tratamento da dependência de álcool, tabaco e outras drogas no Hospital Universitário dando subsídios para fortalecer programas existentes e criar novos dispositivos de cuidado nesse campo da saúde. Além de caracterizar os transtornos mentais e as comorbidades, relacionados ou não ao álcool, tabaco e outras drogas.

OBJETIVO: Compreender as percepções dos profissionais de saúde que atuam no Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM) sobre a atenção às pessoas privadas de liberdade e o usuário de álcool e outras drogas.

DESENHO DO ESTUDO: Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, transversal, quantitativo e qualitativo.

Para os profissionais de saúde que aceitarem participar desse estudo serão aplicados: uma entrevista semi-dirigida e um questionário de caracterização profissional.

As informações preenchidas nos formulários e as gravações das entrevistas serão informações anônimas e confidenciais, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário, será utilizado codinome em substituição ao seu nome. Os dados coletados serão utilizados apenas NESTA pesquisa e os resultados divulgados em eventos ou revistas científicas apenas para fins de estudo e melhoria do serviço.

LOCAL DO ESTUDO: O estudo será desenvolvido nos ambulatórios que realizam atendimento para doenças infectocontagiosas, tuberculose, hepatite, IST-HIV, clínica médica e maternidade, que compõem a rede de serviços de referência estadual para as pessoas privadas de liberdade e usuários de álcool e outras drogas no Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (Hucam) da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Ambientes de atendimento e formação multiprofissional há mais de 30 anos, sendo referência para todo o estado do Espírito Santo.

POPULAÇÃO: A população estudada será composta por profissionais de saúde, de ambos os sexos, sem limite de idade, atuantes no HUCAM há mais de seis meses, nos serviços de referência para atendimento às pessoas privadas de liberdade e às pessoas que realizam acompanhamento por uso de álcool, tabaco e outras drogas, com vínculo empregatício variado.

RISCOS E BENEFÍCIOS: A pesquisa poderá gerar desconforto decorrentes do ato de

responder a um questionário contendo informações pessoais e trazer à memória experiências que possam causar constrangimento. A minimização dos riscos será obtida pela orientação minuciosa sobre a pesquisa antes da realização da entrevista ou da entrega do questionário, além da garantia da privacidade, já que o próprio participante responderá os questionários, em sigilo, e as entrevistas serão realizadas em locais reservados, bem como a garantia de que seus dados não serão identificados para fins de publicação. Em momento algum o direito de preservação da identidade dos participantes será infringido. Desta forma, o participante não será julgado por suas respostas, nem terá prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. O benefício relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área de Saúde Coletiva, a fim de contribuir para o fortalecimento de programas existentes e criar novos dispositivos de cuidado nesse campo da saúde. O Sr. (a) receberá uma cópia deste termo onde constam os contatos do Centro de Estudos e Pesquisas sobre Álcool e outras Drogas, o CEPAD, podendo tirar as suas dúvidas sobre o presente documento, o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será fornecida a você.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional. Os participantes da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, previsto ou não neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, têm direito à indenização, por parte do pesquisador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa.

CONTATO: Em caso de dúvidas referentes à pesquisa, o Sr. (a) poderá realizar contato com os responsáveis pela pesquisa: Marluce Miguel de Siqueira, Carla Neves Marson ou Lucas Queiroz Subrinho – (27) 3335-7092 – cepad.ccs.ufes@gmail.com. Endereço: Av. Marechal Campos, 1468 – Campus Universitário de Maruípe, Vitória-ES, Brasil. CEP: 29040-090.

O(A) Sr.(a) também pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes da Universidade Federal do Espírito Santo (CEP/HUCAM/UFES) mediante o telefone (27) 3335-7326, e-mail cep@hucam.edu.br ou correio: Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, Av. Marechal Campos, 1355, Santos Dumont, CEP 29.043-900, Vitória - ES, Brasil. O CEP/HUCAM/UFES tem a função de analisar projetos de pesquisa visando à proteção dos participantes dentro de padrões éticos nacionais e internacionais. Seu horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira, das 8:00h às 12:00h e 13:00h às 17:00h. Declaro que fui verbalmente informado e esclarecido sobre o presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo. Também declaro ter recebido uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de igual teor, assinada pelo(a) pesquisador(a) principal ou seu representante, rubricada em todas as páginas.

LOCAL, DATA

Participante da pesquisa/Responsável legal

Na qualidade de pesquisador responsável pela pesquisa “Percepção dos Profissionais de Saúde do Hucam em relação às pessoas privadas de liberdade e usuários de drogas”, eu, Carla Neves Marson, declaro ter cumprido as exigências do(s) item(s) IV.3 e IV.4 (se pertinente), da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Pesquisadora

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE:

Eu, _____ fui informada (o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. Os pesquisadores certificaram-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome

Assinatura do Participante

Data

Pesquisadora

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CASSIANO ANTÔNIO DE
MORAES DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESPIRITO
SANTO - HUCAM/UFES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: ATENÇÃO A USUÁRIOS DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS DROGAS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: TECENDO A REDE DO CUIDAR

Pesquisador: Marluce Miguel de Siqueira

Área Temática:

Versão: 6

CAAE: 06800219.8.0000.5071

Instituição Proponente: Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.274.694

Apresentação do Projeto:

ATENÇÃO A USUÁRIOS DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS DROGAS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: TECENDO A REDE DO CUIDAR.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Desvelar a produção do cuidado no contexto da prevenção, do tratamento, da qualidade de vida e das comorbidades do dependente de álcool, tabaco e outras drogas de um Hospital Universitário de Vitória-ES.
Objetivo Secundário:

1. Descrever a produção de cuidado pelos profissionais de saúde, as políticas públicas e as ações intersetoriais no contexto da prevenção, do tratamento e da qualidade de vida aos dependentes de álcool, tabaco e outras drogas; 2. Identificar e descrever a Rede de Atenção Psicossocial do Espírito Santo: seus impeditivos e potencializadores para o desenvolvimento do cuidado em saúde mental; 3. Descrever as vivências de familiares

de dependentes de álcool, tabaco e outras drogas; 4. Verificar a existência de sintomas ansiosos e depressivos associados aos transtornos decorrentes do consumo de álcool, tabaco e outras drogas e a relação desses transtornos com a qualidade de vida; 5. Compreender as percepções dos

Endereço: Avenida Marechal Campos, 1355

Bairro: Santos Dumont

CEP: 29.043-900

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3335-7092

E-mail: cep@hucam.edu.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CASSIANO ANTÔNIO DE
MORAES DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESPÍRITO
SANTO - HUCAM/UFES



Continuação do Parecer: 6.274.694

profissionais sobre a colaboração interprofissional na atenção às pessoas alcoolistas do Programa de Atenção ao Alcoolista (PAA) e da clínica médica do segundo andar do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (Hucam). 6. Avaliar o uso da entrevista motivacional em pacientes alcoolistas para a redução do padrão de consumo de álcool e consequente percepção de mudança em atendimento ambulatorial. 7. Compreender as percepções dos profissionais de saúde que atuam no Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes (HUCAM) sobre a atenção às pessoas privadas de liberdade e o usuário de álcool e outras drogas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa poderá gerar desconforto decorrentes do ato de responder a um questionário e uma entrevista semi-dirigida contendo informações pessoais e trazer à memória experiências que possam causar constrangimento. A minimização dos riscos será obtida pela orientação minuciosa sobre a pesquisa antes da realização da entrevista ou da entrega do questionário, além da garantia da privacidade, já que o próprio participante responderá os questionários, em sigilo, e as entrevistas serão realizadas em local reservado, bem como a garantia de que seus dados não serão identificados para fins de publicação.

Benefícios:

1 - Estudos epidemiológicos apresentam papel fundamental na caracterização dos transtornos mentais e comorbidades, relacionados ou não às substâncias psicoativas, na identificação de grupos particularmente afetados e no norteamento das políticas públicas de saúde. 2 - Desvelamento da realidade de cuidado ao consumidor de álcool e tabaco no Hucam para produção de estratégias de intervenção. 3 - Maior compressão do fenômeno do consumo de drogas e da qualidade de vida ao associar abordagens de estudos quantitativos e qualitativos. 4 - O estudo influenciará no processo de trabalho na reflexão-ação-reflexão, e na construção coletiva de possibilidades de enfrentamento dos problemas e necessidades de saúde da população de Vitória-ES.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de emenda ao projeto que traz as seguintes alterações:

Endereço: Avenida Marechal Campos, 1355

Bairro: Santos Dumont

CEP: 29.043-900

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3335-7092

E-mail: cep@hucam.edu.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CASSIANO ANTÔNIO DE
MORAES DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESPIRITO
SANTO - HUCAM/UFES



Continuação do Parecer: 6.274.694

Em objetivos: Compreender as percepções dos profissionais de saúde que atuam no Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes (HUCAM) sobre a atenção às pessoas privadas de liberdade e o usuário de álcool e outras drogas.

- A metodologia, no tópico 3.2, sobre o cenário do estudo: Para este estudo, serão investigados os serviços de acompanhamento ambulatorial das pessoas privadas de liberdade, que são os ambulatórios de doenças infecto-contagiosas, de hepatite e a maternidade, que atendem as mulheres grávidas com gravidez de alto risco.

- A metodologia, no tópico 3.3, sobre os participantes do estudo: profissionais de saúde que atuam no Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes (HUCAM) há mais de seis meses nos serviços de referência às pessoas privadas de liberdade e o usuário de álcool e outras drogas.

- No questionário de caracterização profissional (Apêndice B) - foram acrescentados os serviços de referência à população privada de liberdade

- Inclusão de questões norteadoras para entrevista semi-dirigida com profissionais de serviços de referência (Apêndice D)

- No Apêndice J, Cronograma de atividades, foi inserido o texto: Diante do advento da Pandemia da Covid19 e da suspensão das atividades de ensino, pesquisa e extensão da UFES, na modalidade presencial, nos anos de 2020 e 2021, as etapas de realização deste Projeto tiveram de ser alteradas, e conseqüentemente os prazos foram estendidos, até Julho de 2024.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta o projeto com alterações marcadas, novo cronograma e carta emenda v5.

Foi enviada nova versão do TCLE, voltada aos profissionais de saúde em que constem as modificações no projeto, como solicitadona pendência do parecer anterior.

Foi enviada também carta de anuência com a devida autorização das unidades em que serão recrutados os funcionários participantes da pesquisa, atendendo também solicitação da pendência do parecer anterior.

Recomendações:

Considerando que as pendências foram atendidas (envio de TCLE e carta de anuência) e que ficou esclarecido que a população do estudo são profissionais de saúde e não população privada de liberdade, recomendo aprovação da emenda ao projeto de pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovação da emenda ao projeto.

Endereço: Avenida Marechal Campos, 1355

Bairro: Santos Dumont

UF: ES

Município: VITORIA

CEP: 29.043-900

Telefone: (27)3335-7092

E-mail: cep@hucam.edu.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CASSIANO ANTÔNIO DE
MORAES DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESPÍRITO
SANTO - HUCAM/UFES



Continuação do Parecer: 6.274.694

Considerações Finais a critério do CEP:

Como discutido em reunião do CEP de 31/08/2023.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2139051_E3.pdf	26/07/2023 10:28:35		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_projetoATOD_Carla.pdf	26/07/2023 10:27:51	CARLA NEVES MARSON	Aceito
Declaração de concordância	carta_anuencia_ATOD_CARLA.pdf	26/07/2023 10:26:24	CARLA NEVES MARSON	Aceito
Outros	projetoATOD.docx	12/05/2023 18:10:00	CARLA NEVES MARSON	Aceito
Cronograma	Cronogramav5.pdf	12/05/2023 18:09:13	CARLA NEVES MARSON	Aceito
Outros	CARTA_EMENDA_v5.docx	10/05/2023 18:37:45	CARLA NEVES MARSON	Aceito
Outros	Resumo_subprojeto.docx	19/07/2022 14:50:03	Lucas Queiroz Subrinho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_projeto_de_intervencao.docx	19/07/2022 14:40:53	Lucas Queiroz Subrinho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_projeto_guarda_chuva.docx	19/07/2022 14:40:03	Lucas Queiroz Subrinho	Aceito
Outros	Carta_emenda_ao_parecerista.docx	19/07/2022 14:35:59	Lucas Queiroz Subrinho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_emenda.docx	19/07/2022 14:27:45	Lucas Queiroz Subrinho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_cep.docx	30/03/2022 19:07:05	NAYARA CALLEGARI DE ANDRADE	Aceito
Outros	CARTA_EMENDA.docx	24/03/2022 10:27:52	Lucas Queiroz Subrinho	Aceito
Projeto Detalhado	novo_projeto.docx	27/03/2019	Lucas Queiroz	Aceito

Endereço: Avenida Marechal Campos, 1355

Bairro: Santos Dumont

CEP: 29.043-900

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3335-7092

E-mail: cep@hucam.edu.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CASSIANO ANTÔNIO DE
MORAES DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESPIRITO
SANTO - HUCAM/UFES



Continuação do Parecer: 6.274.694

/ Brochura Investigador	novo_projeto.docx	09:12:33	Subrinho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	novos_tcle.docx	27/03/2019 09:12:09	Lucas Queiroz Subrinho	Aceito
Parecer Anterior	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_3179337.pdf	27/03/2019 08:08:21	Lucas Queiroz Subrinho	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacaopesquisahucam.pdf	25/01/2019 14:25:24	Lucas Queiroz Subrinho	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	25/01/2019 14:07:13	Lucas Queiroz Subrinho	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITORIA, 31 de Agosto de 2023

Assinado por:
Fernando Luiz Torres Gomes
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Marechal Campos, 1355
Bairro: Santos Dumont
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3335-7092

CEP: 29.043-900

E-mail: cep@hucam.edu.br

ANEXO B – DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA DA EBSEH

25/07/2023, 19:10

SEI/SEDE - 31556627 - Carta - SEI



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTONIO MORAES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
Avenida Mal. Campos, nº 1355 - Bairro Santa Cecília
Vitória-ES, CEP 29043-260
- <http://hucam-ufes.ebserh.gov.br>

Carta - SEI nº 56/2023/GEP/HUCAM-UFES-EBSEH

Vitória, data da assinatura eletrônica.

CARTA DE ANUÊNCIA

1. Informo para os devidos fins e efeitos legais, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, estar ciente do projeto de pesquisa: **“ATENÇÃO A USUÁRIOS DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS DROGAS NUM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: TECENDO A REDE DO CUIDAR”**, sob a responsabilidade do Pesquisadora Principal **MARLUCE MECHELLI DE SIQUEIRA**.
2. Declaro ainda conhecer e cumprir as orientações e determinações fixadas na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde e demais legislações complementares.
3. No caso do não cumprimento, por parte do pesquisador, das determinações éticas e legais, a Gerência de Ensino e Pesquisa tem a liberdade de retirar a anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.
4. Considerando que esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos mediante a plena aprovação do CEP competente.
5. Informamos que este projeto está autorizado pela Dr^a Ana Carolina de Mattos Pimentel Oliveira, Chefe de Unidade Clínica Médica, Dr^a Andressa Oliveira Perobelli, Chefe de Unidade de Especialidades Médica, Dr^a Luciana Lofêgo Gonçalves, Chefe de Unidade do Aparelho Digestivo e Dr^a Carolina Loyola Prest Ferrugini, Chefe de Unidade de Saúde da Mulher e por **esta Gerência**.

Gerente de Ensino e Pesquisa



Documento assinado eletronicamente por **Jose Geraldo Mill, Gerente**, em 24/07/2023, às 10:37, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **31556627** e o código CRC **08C9ACA3**.

Referência: Processo nº 23525.012419/2023-95 SEI nº 31556627

ANEXO C – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO 1

Pesquisar e-mail

3 de 945

[SD] Agradecimento pela submissão Caixa de entrada x

saudeemdebate-bounces@emnuvens.com.br
para mim

17:15 (há 3 horas)

CARLA NEVES MARSON,

Agradecemos a submissão do trabalho "Cuidado às pessoas privadas de liberdade: : Percepções de profissionaise saúde de um hospital universitário" para a revista Saúde em Debate.
Acompanhe o progresso da sua submissão por meio da interface de administração do sistema, disponível em:

URL da submissão: <https://www.saudeemdebate.org.br/sed/authorDashboard/submission/10870>
Login: carlamarson

Em caso de dúvidas, entre em contato via e-mail.

Agradecemos mais uma vez considerar nossa revista como meio de compartilhar seu trabalho.

Equipe editorial

Jornalista provoca téc... POR PTB2 16/1