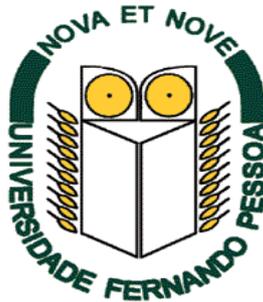


Heloisa Helena Garrido Cardoso



**A SAÚDE DOS DETENTOS NO SISTEMA PENITENCIÁRIO BRASILEIRO:
Uma análise de um Instituto Penal do Estado do Rio de Janeiro**

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Universidade Fernando Pessoa,
Porto, 2019

Heloisa Helena Garrido Cardoso



**A SAÚDE DOS DETENTOS NO SISTEMA PENITENCIÁRIO BRASILEIRO:
Uma análise de um Instituto Penal do Estado do Rio de Janeiro**

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Universidade Fernando Pessoa,
Porto, 2019

Heloisa Helena Garrido Cardoso

**A SAÚDE DOS DETENTOS NO SISTEMA PENITENCIÁRIO BRASILEIRO:
Uma análise de um Instituto Penal do Estado do Rio de Janeiro**

Assinatura: _____

Dissertação apresentada à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Criminologia, sob orientação da Professora Doutora: Glória Jólluskin.

Universidade Fernando Pessoa,
Porto, 2019

RESUMO

A presente pesquisa tem por objetivo geral analisar as necessidades de saúde da população condenada a uma pena privativa de liberdade, sob o ponto de vista dos profissionais da saúde no Sistema Carcerário. E como objetivos específicos: Verificar como funciona a assistência à saúde dos presos. Identificar as parcerias intersetoriais na promoção da qualidade da saúde dos presos. Identificar quais são os desafios que a equipa de saúde enfrenta na rotina presidiária. Verificar como ocorre o sistema de informação sobre o serviço de atenção à saúde no Sistema Penitenciário. Identificar as principais doenças enfrentadas pelos detentos e a forma do seu tratamento dentro do presídio.

Quanto a metodologia da pesquisa, foi necessário primeiramente efetuar a pesquisa bibliográfica com o intuito de aprofundarmos sobre a temática proposta na investigação. Para a coleta dos dados, foi utilizado um questionário que foi respondido pela equipa multidisciplinar de saúde de um Instituto Penal no estado do Rio de Janeiro.

Os resultados obtidos nesta investigação, permitiu verificar como se encontra a saúde dos reclusos no Sistema Penitenciário Brasileiro, em especial, no Estado do Rio de Janeiro, objeto da pesquisa. Diante dos resultados, se faz necessário propor projetos de políticas pública que possam viabilizar o apoio e a mudança desse triste cenário que se encontra a saúde dos reclusos. Há a necessidade da efetivação dos direitos que são inerentes a pessoa humana, bem como a concretização de ações emergenciais, frente a realidade encontrada pela pesquisa.

Palavras-Chave: Saúde dos presos. Sistema Penitenciário Brasileiro. Equipa multidisciplinar de saúde.

ABSTRACT

The present research aims at analyzing the health needs of the population condemned to a custodial sentence, from the point of view of health professionals in the prison system. And as specific objectives: To verify how the health care of the inmates works. Identify the intersectorial partnerships in the promotion of the quality of the prisoners' health. Identify what are the challenges that the health team faces in the prison routine. Check how the information system occurs about the health service in the Penitentiary System. Identify the main diseases faced by the prisoners and the form of their treatment inside the prison.

Regarding the methodology of the research, it was necessary to carry out the bibliographic research first, in order to deepen the topic proposed in the research. A questionnaire was used to collect the data, which was answered by the multidisciplinary health team of the Penal Institute in the city of Niterói - RJ.

The results obtained in this investigation allowed us to verify the health of prisoners in the Brazilian Penitentiary System, in particular, the object of the research. Given the results, it is necessary to propose public policy projects that can support the support and change of this sad scenario that is the health of prisoners. There is a need for the realization of the rights that are inherent to the human person, as well as the implementation of emergency actions, against the reality found by the research.

Keywords: Prisoners' health. Brazilian Penitentiary System. Multidisciplinary health team.

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação ao meu marido, Alexandre pelo amor e apoio incondicional, aos meus filhos Davi e Daniel que são minha força e meu alento. E a minha avó Georgina da Silva Garrido (*in memoriam*) por sempre estar ao meu lado.

AGRADECIMENTOS

Quero começar agradecendo a Deus, que me trouxe até aqui, que me segurou pelas mãos e enxugou minhas lágrimas nas horas de aflição que não foram poucas. A estrada até aqui foi longa e o caminho não foi fácil, mas, aqui estou e sou grata por isso!

Agradeço a minha orientadora, a Professora Doutora Glória Jólluskin que me fez pensar e aprender muito com este estudo.

Às minhas primas irmãs, Simone Cabral e Suzana Borsatto que ouviram minhas queixas, me aguentaram, aconselharam e me ajudaram muito nessa jornada.

Ao meu marido Alexandre Moura de Almeida, sem palavras para agradecer tanta paciência, carinho, apoio, dedicação e amor, sem você esse sonho não se realizaria.

Aos meus pais, irmãos, sobrinhas, obrigada por tudo, por entenderem minhas ausências e por todo amor dedicado a meus filhos.

E a toda equipa do Instituto onde foi realizada a pesquisa, que me recebeu de portas e braços abertos e aos que pacientemente participaram desse estudo.

Agradeço finalmente, aos colegas do Mestrado em Criminologia pela troca de conhecimentos, a todos os professores do curso e um especial agradecimento a Rodrigo Araújo que me ensinou que tudo é possível com foco e determinação.

INDÍCE GERAL

| | |
|----------------------------|------|
| RESUMO..... | VI |
| ABSTRACT | VII |
| DEDICATÓRIA..... | VIII |
| AGRADECIMENTOS | IX |
| INDÍCE GERAL | X |
| LISTA DE ABREVIATURAS..... | XIII |

| | |
|-------------------------|----------|
| Introdução | 1 |
|-------------------------|----------|

| | |
|---|----------|
| PARTE I - CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA | 5 |
|---|----------|

| | |
|---|----|
| Capítulo I - Reclusão e Dignidade Humana | 6 |
| 1.1. Contextualização do Sistema Carcerário no Brasil..... | 6 |
| 1.2. O princípio da dignidade da pessoa humana e a sua aplicação no cenário atual . | 10 |
| 1.3. A constituição e a dignidade humana | 13 |
| 1.4. Implementação de Políticas Públicas em promoção a saúde | 15 |
| 1.5. A lei de execução penal e a sua preocupação com a saúde do preso..... | 19 |

| | |
|--|-----------|
| Capítulo II – A Saúde no Sistema Prisional | 21 |
| 2.1. Introdução | 21 |
| 2.2. A Assistência à Saúde dos presos | 21 |
| 2.3. Tratamentos dos reclusos..... | 25 |
| 2.3.1 <i>Os problemas de saúde enfrentados pelos reclusos.....</i> | <i>29</i> |
| 2.3.2. <i>O acesso ao tratamento na prisão.....</i> | <i>30</i> |

| | |
|--|-----------|
| PARTE II – PESQUISA EMPÍRICA..... | 32 |
|--|-----------|

| | |
|--|-----------|
| Capítulo III. Método de Pesquisa | 33 |
| 3.1. Introdução..... | 33 |
| 3.2. Objetivos | 33 |
| 3.3. Questão de Investigação..... | 34 |
| 3.4. Método | 34 |
| 3.4.1. <i>Participantes.....</i> | <i>34</i> |
| 3.5. Instrumento..... | 36 |
| 3.6. Procedimento..... | 36 |

| | |
|---|----|
| 3.7. Tratamento dos Dados..... | 37 |
| Capítulo IV. Apresentação, análise e discussão dos resultados | 38 |
| 4.1. Resultados da Investigação..... | 38 |
| | |
| CONCLUSÃO..... | 61 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 64 |
| ANEXOS | 71 |
| Anexo 01 – Parecer da Comissão de Ética Da UFP | 71 |
| Anexo 02 - Autorização para a investigação | 72 |
| Anexo 03 –Guião de Perguntas para a Entrevista | 74 |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 01. A Política Nacional de Promoção da Saúde (Portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006) com demais programas e projetos do SUS. | 16 |
| Figura 02. Categorias e subcategorias sobre a saúde dos reclusos no sistema penitenciário | 38 |

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|--|---|
| Gráfico 01. Evolução das pessoas privadas de liberdade entre 1990 e 2016 | 8 |
|--|---|

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|----|
| Quadro 01. Diretrizes Estratégicas do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário Brasileiro | 23 |
| Quadro 02. Dados sociodemográficos relativos à equipa multidisciplinar | 35 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 01. Quantidade de unidades com farmácia e procedimentos para atendimento médico emergencial..... | 24 |
|---|----|

LISTA DE ABREVIATURAS

ALERJ – Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro

CDN – Cada de Detenção de Niterói

CF – Constituição Federal

CNJ – Conselho Nacional de Justiça

CNMP – Conselho Nacional do Ministério Público

CNS – Conselho Nacional de Saúde

COAP – Contrato Organizativo da Ação Pública

CP – Código Penal

DEPEN – Departamento Penitenciário Nacional

DH – Direitos Humanos

DST – Doença Sexualmente Transmissível

GMF – Grupo de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

INFOPEN – Informações Penitenciárias

LEP – Lei de Execução Penal

MJ – Ministério da Justiça

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização não governamental

PAAMT - Programa de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei.

PAISA – Programa de Atenção Integral a Saúde do Adulto

PGE – Presídio Geral do Estado

PNAISP – Política Nacional de Atenção Integral no Sistema Prisional

PNPS – Política Nacional de Promoção a Saúde

PNS - Plano Nacional de Saúde

PNSSP – Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário

SEAP – Secretaria de Estado de Administração Penitenciária do Estado do Rio de Janeiro.

SIP – Sistema Integrado de Processo

SUS – Sistema Único de Saúde

Introdução

A estrutura do sistema carcerário brasileiro, desde que foi criado, sempre apresentou problemas no seu funcionamento, começando com a própria estrutura arquitetônica dos presídios, com muros muito altos, portas pesadas, pouca luminosidade, muitas trancas; as cadeias nunca foram vistas como um lugar onde pessoas que cometem crimes teriam que passar algum tempo a fim de “pagarem” por seus erros, retornando melhores ao convívio social (Vasconcelos, Queiroz e Calixto, 2011). Foucault em seu livro “Vigiar e Punir”, ilustra que essa representação que vem sendo carregada ao longo da história, está muito mais ligada à forma de punir e às técnicas que eram utilizadas do que a sua inserção social. Para o autor, os

sinais de punição exatamente ajustados, sem excessos nem lacunas, sem “gasto” inútil de poder, mas sem timidez, vê-se bem que a codificação do sistema delitos-castigos e a modulação do par criminoso-punição vão a par e se chamam um ao outro (Foucault, 1987, p.119).

Isso demonstra o objetivo de punir, naquele contexto. A sociedade em sua concepção sociológica sempre viu o presídio como uma masmorra onde os criminosos deveriam ser torturados, banidos do convívio social e esquecidos para morrer, em contradição geral até com o que já constava na primeira Constituição Brasileira de 1824, onde se dizia que “as cadeias teriam que ser seguras, limpas, bem arejadas, com diversas casas para separação dos réus conforme suas circunstâncias e natureza dos seus crimes”, porém, o mecanismo carcerário brasileiro voltou-se unicamente para castigar o indivíduo criminoso (Constituição Brasileira, 1824).

O panorama de hoje é um enorme contingente de presos provisórios, o que viola gravemente os direitos humanos, um problema sério com as condenações em regime fechado, muitas vezes desnecessariamente, fora os milhares de casos de presos que continuam cumprindo pena no regime fechado mesmo quando já poderiam ter passado ao semiaberto, tendo como consequência quase que natural a superlotação dos presídios e o abandono da questão ressocializadora dos presos (Marques, 2016).

Medidas que possam contribuir com a melhoria do cenário atual dos presídios estão muito mais atreladas ao poder judiciário, e como é conduzido o sistema carcerário atualmente (CNJ,2017). O CNJ- Conselho Nacional de Justiça, tem buscado soluções para conter os problemas existentes no Sistema Carcerário Brasileiro, de formas mais abrangentes e factíveis, como uma estrutura que venha contemplar seis eixos de atuação, sendo definidos como :“i) porta de entrada; ii) porta de saída; iii) ambiência prisional; iv) automação e gestão eletrônica das execuções penais; v) fortalecimento das competências institucionais; e vi) a sobre valoração de estruturas capazes de amplificar as competências afetas à execução penal, a partir da reestruturação e reconfiguração dos GMFs” (CNJ, 2017, p.8). O Conselho de Justiça (2017), ainda vem complementar que de acordo com o CNJ (2017) foram elaborados seis eixos em forma de projeto tiveram suas atuações em audiências de custódia, no contexto da cidadania nos presídios; na gestão da informação; na capacitação e treinamento de magistrados e, servidores e o último, que contempla a reorganização das atribuições de fortalecimento dos grupos de monitoramento e fiscalização.

O Brasil tem hoje grandes desafios na área da saúde dos condenados, pois, a superlotação das celas vai muito além do facto de se ter 50 indivíduos onde caberiam no máximo 5. A superlotação traz consigo o agravamento das más condições de saúde dos presos, levando à disseminação de diversas doenças contagiosas, ultrapassando assim os muros e portões dos presídios, uma vez que os presos recebem visitas de seus familiares e convivem com agentes e funcionários das unidades e com toda a equipa que ali trabalha (Minayo e Constantino, 2016).

Qualquer doença aliada a precárias condições de higiene e proximidade física muito grande espalha-se com facilidade, por isso uma simples gripe que poderia durar de 3 a 7 dias pode, numa cela, pode levar meses para sua recuperação, como pode simplesmente agravar-se rapidamente levando o detento a óbito em dias, sem falar em doenças graves como tuberculose, Aids, infecções de pele, pneumonia e tantas outras que assombram esse ambiente (Minayo e Constantino, 2016).

A assistência à saúde é direito de todos os indivíduos, inclusive dos que estão privados de liberdade, o que é confirmado pelo art. 196 da Constituição Federal de

1988, que estabelece o seguinte: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

Nessa linha, os direitos humanos, segundo Dropa (2018), tem como premissa assegurar o mínimo da dignidade do sujeito tendo em vista que seu bem maior, a liberdade, lhe foi cerceada. Contudo, infelizmente não é isso que muitos estabelecimentos prisionais oferecem aos seus reclusos, pois há prisões que se encontram em condições sub-humanas, violando diretamente os Direitos Humanos e o art. 5 da CF/88 (Dropa, 2018).

Por conseguinte, em sendo reiteradamente descumpridos em cadeias insalubres, precárias e superlotadas, o ambiente se torna ideal para fortalecimento do crime organizado, pois sabemos que é de dentro das cadeias que as facções criminosas comandam, executam e planejam venda e distribuição de drogas, compra de armamentos, dão ordens de execuções etc, restando claro que o indivíduo sairá de lá muito pior do que entrou (Zaffaroni, 2015).

O interesse em investigar essa temática se deu por conta do cenário geral em que se encontra o sistema prisional brasileiro, o crescente aumento da população carcerária, o péssimo estado de conservação das unidades prisionais e a falta de recursos que estampam quase que diariamente os jornais do país (CNJ,2017). Aqui, com especial atenção ao contexto do Estado do Rio de Janeiro, onde se evidencia a total disfunção das prisões que há muito tempo não conseguem desempenhar suas funções primárias, quais sejam, a punição pelo crime cometido e a reabilitação do condenado (CNJ,2017).

Enquanto fugas e rebeliões em presídios são amplamente divulgadas e exploradas pelas mídias que sustentam todo um sensacionalismo em torno do assunto, os direitos fundamentais desses indivíduos vão sendo relegados e esquecidos pela sociedade, assim, assuntos que incomodam são menos discutidos e pouco divulgados como a ressocialização dos presos, o alto índice de reincidência e a saúde dos encarcerados (INFOPEN,2017).

Enquanto se aguarda um conceito mais humanista de cuidado e recuperação dos detentos, acho pertinente o debate e a pesquisa acerca do tema tendo em vista que prisões não devem ser vistas pela sociedade como depósitos de presos.

Esta investigação teve como desenho investigativo o Estudo Exploratório, com o enfoque qualitativo, que visa responder ao objetivo geral de analisar as necessidades de saúde da população condenada a uma pena privativa de liberdade, sob o ponto de vista dos profissionais da saúde no Sistema Carcerário. Diante desses questionamentos e com o intuito de atingir os objetivos propostos, essa dissertação se encontra dividida em duas partes, a primeira diz respeito à contextualização teórica e, a segunda, à metodologia investigativa e análise dos resultados.

Na primeira parte desta dissertação, encontra-se a contextualização teórica dividida em dois capítulos, sendo que no primeiro se discorre sobre a reclusão e dignidade humana, a contextualização do sistema carcerário no Brasil, o princípio da dignidade da pessoa humana e a sua aplicação no cenário atual, a constituição e a dignidade humana, além da lei de execução penal e o contexto da sua aplicação de facto. Já no segundo capítulo, encontra-se a saúde no sistema prisional, bem como a assistência à saúde dos presos, a implementação de políticas públicas em promoção à saúde e o tratamento dos reclusos.

Já na segunda parte do trabalho, buscou-se discorrer sobre o método investigativo, em como os objetivos que contemplam a pesquisa, a amostra, os participantes, os instrumentos e procedimentos chegaram à conclusão desse trabalho.

O estudo contou com a participação de 9 (nove) pessoas de uma equipa multidisciplinar, que foram submetidas a um questionário segundo o método misto. Foram 1 (um) psicólogo, 1 (um) assistente social, 1 (um) médico, 2 (dois) enfermeiros e 4 (quatro) agentes penitenciários do Instituto Penal no Estado do Rio de Janeiro.

Além da análise dos resultados, buscou-se também apresentar as referências utilizadas e os anexos presentes.

PARTE I-
CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

Capítulo I - Reclusão e Dignidade Humana

1.1. Contextualização do Sistema Carcerário no Brasil

A prisão, no passado, tinha uma contextualização muito diferente da realidade em que vivemos. Na Roma Antiga, a figura da prisão era desconstruída como caráter de castigo, a penalidade se constituía apenas às corporais e aos capitais. Já na Idade Média, a reclusão passou a existir a partir da Igreja que, para castigar os monges que se tornaram infratores eram recolhidos no chamado penitenciário, em cujo recolhimento em celas - quartos, juntamente com suas orações, tinham como foco que se reconciliassem com Deus, ocorrendo de forma impositiva, dando origem assim, à prisão celular (Leal, 2001).

Contudo, foi na Europa do séc. XVI que surgem as prisões leigas como forma de livrar-se de uma parcela da população que se encontrava às margens da sociedade, tais como: mendigos, vagabundos, prostitutas e jovens delinquentes. No final desse século as prisões se tornaram famosas, e davam ênfase aos castigos, ao ensino religioso como forma de perdão e ao trabalho que constituía o custeio do recluso (Leal, 2001).

Até meados do século XVIII, as penas eram consideradas cruéis e desumanas e a não existência da punição de privação de liberdade como pena, mas como custódia era a forma utilizada para, através de torturas, conseguirem obter as provas ilícitas, nesse contexto o Direito Penal (Engbruch e Santis, 2012).

Beccaria (2014) vem ilustrar a necessidade que as sociedades tinham em resistir às anteriores, através da formação de bandos que buscavam delimitar o seu território. Diante disso, as leis surgiram para impor um temor àqueles que eram considerados inimigos e que serviriam de exemplo, para manterem a segurança entre seus pares.

Essa soberania que Beccaria (2014) discorre, em sua obra, proporciona aos guardiões/depositário das chamadas liberdades o poder de manter o depósito da salvação pública, conhecida como as penas de liberdade, que asseguravam uma maior liberdade aos demais. Assim,

A privação de liberdade, enquanto modalidade punitiva, surge no século XVIII, tendo sido mencionada pela primeira vez no projeto de codificação penal aprovado pela Assembleia Nacional Constituinte francesa. Portanto, até este período histórico, a prisão era associada ao cumprimento de pena privativa de liberdade (Sabadell, 2009, p.29).

No Brasil, até meados de 1830, por se tratar ainda de uma colônia portuguesa, o sistema penal era submetido às Ordenações Filipinas que traziam em seu livro V o rol de crimes e penas que o país tinha que aplicar. As penas foram introduzidas em dois modelos, o primeiro considerado prisão simples e, o segundo, a prisão com trabalho. Na aplicabilidade das penas, os livros previam a pena de morte, as penas corporais, o confisco de bens e dinheiro, o exílio e a humilhação em praça pública. Foi no fim do séc. XVIII que começaram os movimentos reformistas penitenciários que queriam mudar a realidade prisional; que acreditavam que a prisão era um meio de evitar a fuga, e não um fim para a pena que seria imposta, após o julgamento (Engbruch e Santis, 2012). Nessa linha, pode-se afirmar que

A história da penologia confunde-se com a história dos hábitos e costumes das suas sociedades. Podemos afirmar que sem a sanção do comportamento social desviado, o delito, a convivência humana seria praticamente impossível em uma sociedade tão complexa e altamente tecnificada como a sociedade moderna. (Julião e Rita, 2014, p.21)

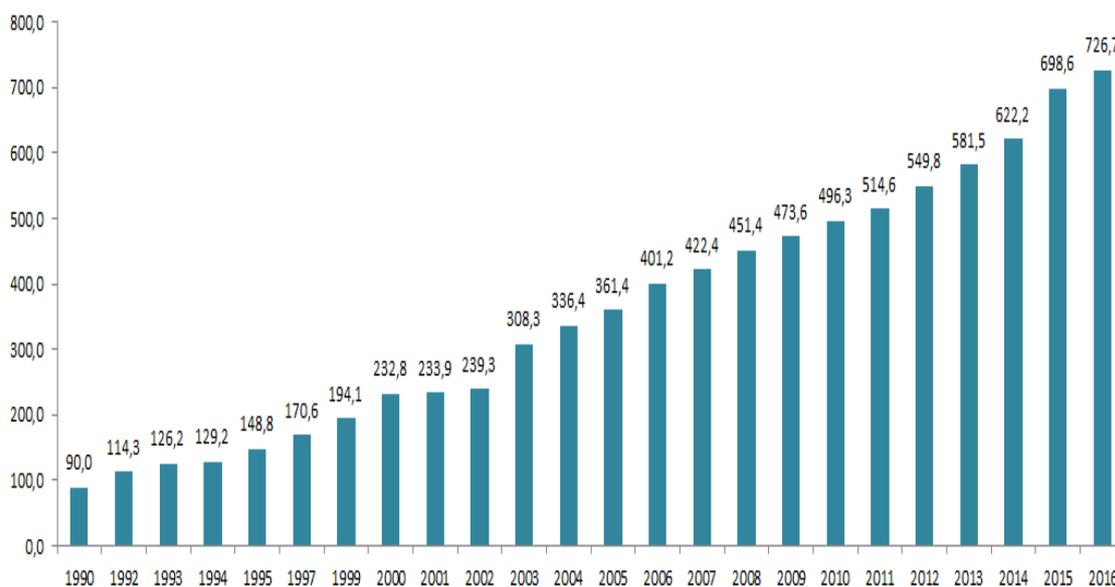
E foi com a consolidação do Código Penal de 1940 que, embora tenha preservado em sua gênese os traços da inquisitividade, conforme postulou Boschi (2014), veio compor ainda a autorização pelo juiz à abertura do inquérito, a prisão preventiva, dentre outras ações. E essa forma impositiva do CP veio se arrastando após a promulgação da Constituição Federal, cujo objetivo maior seria a forma de se manter a ordem através das leis severas impostas pelo legislador.

Hoje, o Sistema Carcerário Penitenciário Brasileiro conta com o INFOPEN, criado no ano de 2004, e que tem como premissa, copilar as informações estatísticas do sistema penitenciário brasileiro. Para isso, os gestores de todos os estabelecimentos

prisoniais do país preenchem anualmente um formulário para a coleta das informações. Em 2014, houve uma reformulação no formulário, na qual passaram a incluir questões relacionadas ao fluxo de entrada e saída dos reclusos no sistema prisional, bem como informações sobre a infraestrutura, a saúde dos reclusos e a garantia dos direitos que se encontram, inclusive, na Lei de Execução Penal (INFOPEN, 2014).

Segundo dados divulgados pelo INFOPEN, em 2017 se encontram no sistema prisional cerca de 700 mil pessoas privadas de liberdade, e pode-se perceber no gráfico abaixo, o gigantesco aumento da população carcerária entre 1990 e 2016.

Gráfico 01. Evolução das pessoas privadas de liberdade entre 1990 e 2016



Fonte: Ministério da Justiça. A partir de 2005, dados do Infopen.

Diante o exposto, percebe-se um aumento entre o ano de 1990 a 2016 de mais de 700% da população carcerária, demonstrando assim, um problema de ordem social que demanda um planejamento emergencial para mudar esse cenário.

Essa demanda emergencial faz com que a organização penitenciária venha se adequar a essa realidade através de um planejamento que possa conter esse aumento substancial. É sabido que a organização de um sistema carcerário faz parte dos órgãos

que compõem a execução penal, a organização estrutural do sistema carcerário, bem como os sujeitos que prestam serviços a eles, e o próprio estatuto que rege os direitos do preso; cada um em sua especificidade, contribui com aplicabilidade às penas restritivas de liberdade (Dropa, 2018).

Diante de todos os elementos, o estatuto do preso se mostra o mais importante deles, pois é através desse manual que se obtém a precisão e defesa dos direitos inerentes a pessoa humana. Isso porque, hoje, percebe-se que a prisão vem ocupando um espaço que propicia a exclusão social de uma parcela significativa de pessoas pobres. Sabadell (2009) vem colocar a prisão como um depósito temporário de pessoas cuja reclusão não apresenta o caráter pedagógico e inclusivo, e sim, uma forma de manter a ordem e garantir à sociedade a segurança a partir do encarceramento. Contudo, o autor ainda vem nos alertar que

Obviamente que a manutenção da ordem conta com adaptação do indivíduo ao sistema, mas seu objetivo principal é fazer unicamente com que os presos se submetam ao sistema, de forma passiva, sem ulteriores questionamentos. Não se objetiva mudar o condenado, mas simplesmente levá-lo a que aceite, e de modo passivo, permanecer na prisão pelo tempo que for necessário para o cumprimento de pena, sem criar problemas para a administração (Sabadell, 2009, p.34).

Para que isso ocorra, o sistema carcerário vem para disciplinar a conduta do preso e, ao mesmo tempo, lhe garantir condições inerentes à pessoa humana, contemplando na totalidade os Direitos Humanos. Assim, com as garantias essenciais de convivência, a política prisional pode se desenvolver sem o viés imperativo que somente proporciona a criação e expansão de presídios de máxima segurança, com um rigoroso sistema de cumprimento de pena que, ao final, não contribui com o real propósito que é o de recuperar esse recluso (Sabadell, 2009).

Castro e Silva (2014) traz um cotidiano do presídio que busca atender mais o que é cobrado dos setores administrativos ou da assistência social, com andamento dos documentos inerentes ao funcionamento do local.

1.2. O princípio da dignidade da pessoa humana e a sua aplicação no cenário atual

A dignidade da pessoa humana, segundo Zaffaroni e Pierangeli (2015) está intrinsecamente vinculada à Declaração Universal dos Direitos do Homem, que teve a sua declaração em uma assembleia no ano de 1948. Para os autores, a declaração vem elencar princípios que se encontravam anteriormente na Carta das Nações Unidas, para serem reconhecidos e aplicados em nível mundial. Para Zaffaroni e Pierangeli (2015, p.129),

Os aspectos mais relevantes, em que os Direitos Humanos se constituem em fonte de conhecimento do direito nacional: a) o princípio de igualdade de todos perante a lei e a dignidade da pessoa de todo ser humano, despendem-se dos arts. I e II da Declaração Universal: “Todos os homens nascem livres e iguais em dignidade de direitos. [...] b) o art III consagra o direito à vida, à segurança pessoal e a liberdade; o art. IX, n.2, estabelece que ninguém será arbitrariamente preso, detido ou exilado.

Diante os princípios expostos pelos Direitos Humanos, a sua garantia que envolve principalmente, o princípio da dignidade humana, demonstra que é preciso primeiramente, proporcionar o mínimo de direitos para o recluso para que esse possa ter condições de sobrevivência ante o encarceramento. E, em relação à sua inserção nesse sistema carcerário, que em muitos casos apresenta problemas visíveis quanto à garantia desses direitos é que devemos buscar a efetivação dos mesmos por meio de políticas públicas que proporcionem a sua fiscalização e a condução de sua efetivação no contexto da reclusão (Ramos, 2017).

O princípio da dignidade da pessoa humana não existe onde não se tenha o mínimo, onde os direitos fundamentais e os direitos humanos não coabitem harmonicamente. Quando não se respeita a dignidade humana evidencia-se total desprezo à vida do homem e sua individualidade como ser (Sarlet, 2015).

Segundo Vasconcelos, Queiroz e Calixto (2018) esse desprezo pode ser evidenciado no atual sistema carcerário, considerado um órgão punitivo pelo simples

facto de haver a privação de liberdade. Contudo, a discussão gira em torno dos elementos que possam contribuir com a ressocialização na qual o sujeito possa para além do pagamento da pena, não vir a cometer novos delitos. Os autores ainda mencionam em sua obra a possibilidade de esses reclusos saírem da reclusão, vindo a serem respeitados e reinseridos na sociedade, sendo esse, o maior desafio de todos.

Combater, pois, o desrespeito que fere a dignidade humana, tem que ocorrer através de políticas públicas que possam proporcionar a diminuição da reclusão no Brasil. Dados demonstrados pelo conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas vêm demonstrar o rápido crescimento dessa população carcerária, chegando a mais de 9 milhões de pessoas no mundo (Julião e Rita, 2014).

Segundo a CPI do Sistema Carcerário, a situação na qual se encontra a realidade carcerária no Brasil é muito preocupante e, com isso, tem demandado uma atenção muito grande por meio dos Estados. Com a finalidade de investigar a realidade carcerária, foi criada uma segunda comissão de parlamentares legislativos que, além de investigarem a realidade desse sistema que envolve o déficit de vagas, irão fazer um comparativo da realidade brasileira em face a de outros países (Brasil, 2017).

Com mais de 700 mil pessoas encarceradas e, em consonância a essa realidade, a comissão parlamentar de inquéritos demonstrou em sua pesquisa a realidade da população carcerária nos Estados brasileiros.

A população carcerária existente é muito superior às vagas no sistema carcerário, havendo em alguns casos um déficit de vagas gigantesco, como no caso de Pernambuco, que possui a população carcerária de 29.542 presos, havendo somente 9.099 vagas existentes, computando assim, um déficit de 20.443 vagas. Essa incapacidade de acolher o número real da população carcerária vem reforçar a situação precária dos presídios no Brasil (Comissão Parlamentar de Justiça, 2017).

Zaffarone e Pierangeli (2015) vêm demonstrar de forma clara que o direito à liberdade deve observar todos os fatores, inclusive a condição em que esse recluso está sujeito a enfrentar. E é esse direito à liberdade que comunga com a dignidade da pessoa humana. Os autores nos colocam a discussão do facto que envolve a gravidade ou não de seus atos, que venham a lhe imputar a pena de reclusão, sem antes lhe ocorrer o devido processo legal. O perigo de não ser justo em sua análise, poderá ferir o princípio da dignidade da pessoa humana e contribuir para a superlotação do sistema carcerário no Brasil.

O cenário que constitui o sistema carcerário, deveria ser um dos meios de reabilitação que respeitasse, primeiramente, a dignidade da pessoa humana. Ao demonstrarem que a sua recuperação pode ser possível nesse ambiente, os reclusos poderão acreditar que será possível o seu retorno à sociedade (Vasconcelos, Queiroz e Calixto, 2018, p.5).

O cenário de rebeliões, fugas e o crescente aumento da criminalidade e da violência dos presos, são em parte resultados da situação degradante em que se encontra o sistema penitenciário brasileiro, que viola os direitos fundamentais da pessoa humana e submete a condições precárias a vida em cárcere. Várias são as convenções, ONGs (Organizações não Governamentais) e estatutos que lutam e reivindicam os direitos dos detentos, os enxergando como sujeitos capazes que devem pagar sua dívida para com a sociedade, mas que o Estado ao tutelar a sua liberdade, deve fornecer todos os subsídios e as devidas condições para que aquele cidadão seja reeducado e posteriormente ressocializado, estas devem ser as metas prioritárias e superiores à punição dos delitos cometidos. (Vasconcelos, Queiroz e Calixto, 2018, p.5).

Essas condições precárias que os reclusos vivenciam e que foram justificadas pelo crescente aumento da criminalidade, faz com que a luta pelos direitos dos reclusos se faça tão incisiva, conforme foi colocado pelos autores. O Estado tem a obrigação de oferecer condições necessárias para a recuperação do recluso, garantido a ele a sua dignidade.

1.3. A constituição e a dignidade humana

No que diz respeito ao presidiário e às prisões, essas sempre obtiveram um espaço nas constituições brasileiras. A constituição de 1824 vem discorrer sobre a segurança das cadeias e sua estrutura física que pudesse garantir aos réus a sua separação em relação a tipicidade de sua conduta. Em 1969, a constituição buscou proibir as detenções arbitrárias e ou perpétuas com fundamento nos princípios da individualidade e personalidade. A autonomia dos entes federativos só foi possível na constituição de 1988, onde se postula a competência referente aos Estados e a União em legislar sobre o Direito Penitenciário. Além dessa organização, a constituição de 88 veio garantir aos réus, em seu artigo 5º, os direitos e garantias fundamentais da pessoa humana (Leal, 2001).

Dos Direitos e Garantias Fundamentais. Art 5º. Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade; XLIX - é assegurado aos presos o respeito à integridade física e moral (Brasil, 1988, p.13).

A partir do artigo 5º da Constituição de 1988, o Brasil, que era um país onde se convivia quase que normalmente com a prática da violência nos presídios, começou a repensar seus princípios na tentativa de se adequar à nova política democrática que estava nascendo naquele momento, tendo em vista clara definição dos direitos e garantias fundamentais, individuais e coletivas, esculpidos nesse artigo da constituição. Todas as constituições anteriores, desde 1824, tinham um rol de direitos elencados, porém, foi com a constituição de 88 que as mudanças puderam ser observadas inclusive

quanto às novas disposições internacionais de direitos humanos que foram surgindo (Ramos, 2016).

De acordo com a Comissão Parlamentar de Inquérito, o art. 3º da Lei de Execução Penal assegura ao condenado e ao internado a fruição de todos os direitos não atingidos pela sentença, de forma que a execução da pena deve atender aos ditames legais estipulados previamente pela lei e designados na sentença condenatória (Brasil, 2017, p.17). Para eles,

O sistema penitenciário deve assegurar os direitos fundamentais dos presos, de forma a garantir o pleno exercício de todos os direitos não atingidos pela sentença ou pela Lei. Em contrapartida, deve o preso observar as normas do regimento interno do estabelecimento ao qual está vinculado (Brasil, 2017, p.17).

A Lei de Execução Penal (LEP) veio para humanizar e harmonizar a sanção penal, nos artigos 10 e 11; logo, em suas disposições gerais fica claro que é dever do Estado dar assistência ao preso e ao internado, bem como a prevenção do crime e orientação ao retorno da convivência em sociedade, indicando dentre outras a assistência à saúde no artigo 14, seção III (Brasil, 2017, CNJ).

Art. 10. A assistência ao preso e ao internado é dever do Estado, objetivando prevenir o crime e orientar o retorno à convivência em sociedade. Parágrafo único. A assistência estende-se ao egresso. Art. 11. A assistência será: I – (...); II - à saúde; III – (...); IV – (...); V – (...); VI – (...). Art. 14. A assistência à saúde do preso e do internado de caráter preventivo e curativo, compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico. §2 Quando o estabelecimento penal não estiver aparelhado para prover a assistência médica necessária, esta será prestada em outro local, mediante autorização da direção do estabelecimento (Brasil, 1984, LEP).

A questão da saúde do preso é tratada normativamente em algumas Leis Nacionais e diversos Tratados e Normas internacionais. No Brasil, a Lei que trata de Execuções Penais (nº 7.210/84) e que veio regulamentar o modo como o preso deve ser

tratado é anterior à Constituição de 1988, por isso a mesma foi submetida a algumas reformas a fim de ajustar seu texto com a constituição para melhor adequação à realidade, ainda assim, com toda regulamentação: Leis, Tratados, Normas e projetos intersetoriais relacionados à vida do preso; infelizmente, não se consegue alcançar um nível aceitável principalmente no quesito saúde (Minayo e Ribeiro, 2016).

Em paralelo ao pensamento anterior, o Relatório de Gestão do Conselho Nacional de Justiça de 2017, diz o seguinte: “Não se pode admitir que o interesse do Estado em satisfazer sua pretensão punitiva ou executória justifique a ruptura com os direitos fundamentais” (CNJ, 2017, p.39). Esse discurso que o Estado impõe se encontra muito mais atrelado à sua ineficácia em promover os direitos fundamentais dos reclusos do que a sua própria inclusão. Dessa maneira, chamamos aqui especial atenção para a importância dos princípios dentro do ordenamento jurídico brasileiro, pois são muito mais que regentes das leis, eles são em si a própria Constituição, e influenciam tanto na criação das novas leis, bem como, em sua aplicação (Boschi, 2014).

1.4. Implementação de Políticas Públicas em promoção a saúde

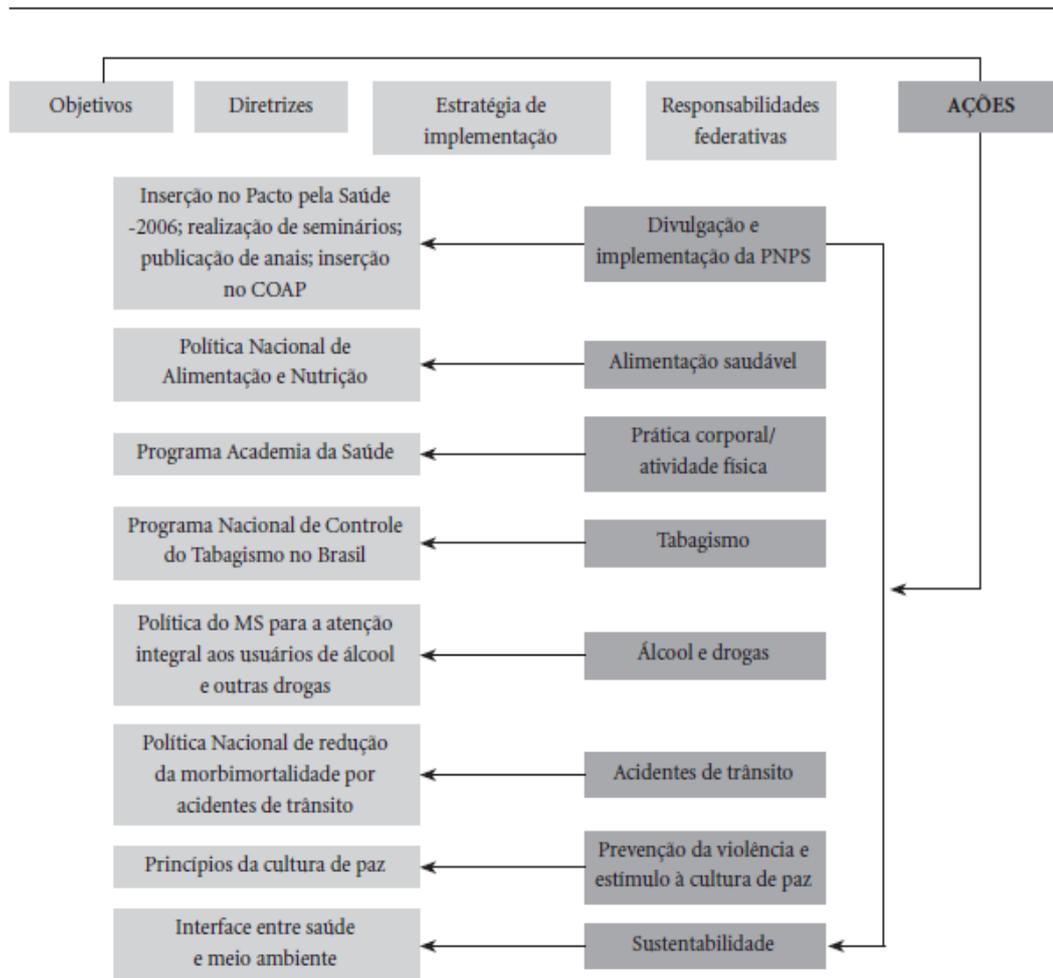
Diante dessa realidade pela busca da promoção da saúde no Brasil, vêm sendo discutidas, desde a década de 80, diversas práticas de políticas públicas. A 8ª. Conferência Nacional de Saúde (CNS), cujo tema foi “Democracia é Saúde”, proporcionou além do debate, a imagem de luta em busca da defesa das pessoas e a garantia da saúde (Dias et.al.2016).

E essa defesa só foi efetivada com a Constituição Federal de 1988, quando o Estado propõe a redução da desigualdade social no âmbito da saúde, criando o SUS - Sistema Único de Saúde, na qual transfere aos Estados e municípios a responsabilidade de gerenciar os recursos repassados pela União. Com a regulamentação do SUS e mais a existência das conferências voltadas para a saúde, o governo cria a Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS, que buscará enfrentar os desafios para se chegar a uma saúde de qualidade (Dias et al, 2016).

Nos dizeres de Minayo e Ribeiro (2016) toda proposta de Política Pública voltada para o recluso, sempre terá como premissa a ressocialização e o cuidado com a saúde. Com base nos guias de saúde para os reclusos, esses por sua vez não poderão sair do cárcere com a saúde pior do que antes da sua reclusão.

Para tanto, há na própria Política Nacional de Promoção da Saúde um organograma que demonstra os objetivos, as diretrizes, as estratégias, e as responsabilidades do Estado para, de facto, efetivar as ações propostas para a melhoria da saúde no sistema carcerário, como se verifica na figura abaixo:

Figura 01. A Política Nacional de Promoção da Saúde (Portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006) com demais programas e projetos do SUS.



Fonte: Dias, 2017, p.106.

Foi através dessas ações que houve a consolidação da busca pela saúde como direito inerente à pessoa humana, que, para contemplar a promoção da saúde no sistema carcerário, o CNJ-Conselho Nacional de Justiça, criou o PAISA - Programa de Ações Intersetoriais de Assistência à Saúde e de Assistência Social para o Sistema Prisional. Consiste em ações em que buscam modificar as violações existentes num sistema penitenciário no Brasil. Esse programa que envolve o judiciário, o executivo e a sociedade, visa assegurar aos reclusos o acesso e a qualidade da saúde, aos tratamentos preventivos e a assistência básica à saúde enquanto presos. O programa propõe quatro eixos que se tornaram ações efetivas, quais sejam: Eixo 1 – Trata do acesso à saúde dos reclusos no sistema carcerário; Eixo 2 – Envolve a saúde da mulher; Eixo 3 – Trata-se de atendimento aos reclusos com transtorno mental e o Eixo 4 – Envolve a fiscalização do CNJ e a garantia dos Direitos dos reclusos (CNJ, 2018).

A implementação de políticas públicas para o sistema prisional tem seu foco na transformação das prisões, com intuito principal de diminuir o sofrimento das pessoas presas bem como os danos provocados pela privação da liberdade, tendo em vista, objetivamente, a tentativa de estreitar no mínimo possível as diferenças entre a vida no cárcere e a vida civil (Brasil, 2016). Essa é uma constante preocupação de todos os setores envolvidos com os direitos humanos na busca constante de preservação da dignidade humana, como direito fundamental. Assim,

Diante de estudos desenvolvidos na área de políticas públicas e gestão da segurança pública, acredita-se que não é por falta recursos financeiros que o sistema penitenciário e o sistema socioeducativo se encontram neste estágio de degradação, mas sim pela falta de institucionalização de procedimentos e concepções políticas que otimizem a utilização desses recursos, quer valorizem a atuação técnica desburocratizada e humana, e quer, principalmente, privilegiem a condição humana sobre todas as coisas (Julião, 2014, p.16).

Nesse sentido, podemos dizer que a parceria intersetorial é de suma importância no quesito relativo as políticas públicas no setor prisional. No Brasil, os Ministérios da Justiça e da Saúde procuram andar juntos nesse projeto, considerando que sem isso os

resultados de planos como o PNSSP e a PNAISP, ficam com toda certeza prejudicados ou totalmente inviáveis (Brasil, 2010).

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário – PNSSP foi aprovado no Brasil, em 2003, com propostas inovadoras em políticas públicas e na forma de atuação das equipas multidisciplinares que atuavam no sistema carcerário. Coube a cada Estado a responsabilidade de implementação interna, porém, 10 anos depois, apesar da nova concepção que trouxe ao sistema penitenciário o PNSSP perdeu força pelo facto de contemplar somente presos que cumpriam pena restritiva de liberdade (Brasil, 2003), deixando de fora “as pessoas que cumprem pena nos regimes abertos e provisórios, recolhidas em cadeias públicas e distritos policiais” (Jesus, Scarpo e Lermen, 2013). Foi assim, substituído pela PNAISP - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional, observando princípios e diretrizes do SUS (Brasil, 2013). Conforme pensamento de Julião,

Acreditamos ser urgente o incentivo e a implementação de programas nacionais e estaduais com respostas a médio e longo prazos que atendam às necessidades reais do sistema penitenciário e de sua política de segurança pública. É a continuidade que se invista na instituição pública e se estimule a continuidade administrativa, independentemente da gestão e direção partidária; para que se invista em propostas e procedimentos que institucionalizem uma nova “cultura” para a segurança pública e não mais uma resposta a um problema particular (Julião, 2014, p.17).

Com a finalidade de complementar a PNAISP, ainda em 2014, o Ministério da Saúde instituiu através da portaria nº 94 um programa de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei, que, segundo (Brasil, 2014) “esse serviço tem como função garantir a individualização das medidas terapêuticas, de acordo com as singularidades e as necessidades de cada caso, viabilizando o acesso e a qualidade do tratamento”.

1.5. A lei de execução penal e a sua preocupação com a saúde do preso

No Brasil, nem sempre o surgimento de uma lei proporcionou a sua aplicabilidade de facto, isso ocorre inclusive no cenário prisional. Como discorria Beccaria, em pleno século XVIII, em sua obra dos delitos e das penas “as nossas leis retardatárias estão bem longe das luzes dos povos” (Beccaria, 2014, p.30).

E são essas leis longínquas sobre que o autor discorre, que faz-nos remeter ao surgimento da lei de execução penal, Lei 7.210 de 1984, que veio com a missão de reger a execução da sentença ou pena imposta pelo juiz ao apenado, bem como direitos e garantias do preso que se encontra privado de sua liberdade, inserido em um processo de execução penal, visando a proteção dos bens jurídicos e a ressocialização do indivíduo na sociedade tendo por fim evitar danos futuros ainda maiores. (Brasil, ALERJ, 2013) Nessa linha, a força da LEP vem dialogar com

o arrefecimento ditatorial que não surtiu grandes efeitos na realidade penitenciária brasileira, preterida pela tendência liberalizante da sociedade brasileira. Do mesmo modo, a Lei de Execução Penal e o Regulamento do Sistema Penal do Rio de Janeiro, não obstante terem preenchido o hiato de legalidade penitenciária até então verificado, não lograram afastar, em definitivo, os paradigmas político-criminais arraigados em nosso ordenamento (Roig, 2005, p. 125).

Em consonância ao que foi discorrido por Roig (2005), a LEP foi aprovada trazendo consigo alguns avanços principalmente relacionados à humanização da pena. O Brasil seguiu tentando ver a questão de forma mais intimista, buscando ver o preso como um sujeito de direito e de facto, repensando questões e discutindo temas como trabalho, educação e saúde do condenado, porém, como sabido, em um país de dimensões continentais essa missão torna-se mais que dificultosa (Ramos, 2016).

Um ponto que merece ênfase é o facto de a LEP ter sido a primeira norma a mencionar o atendimento à saúde do preso, mesmo com uma preocupação maior relacionada à segurança pública e não com uma responsabilidade social política voltada

realmente a saúde das pessoas privadas de liberdade (Lermen et al., 2014). O facto é que a saúde do preso foi garantida juridicamente na Lei de Execução Penal em 1984, esse realmente foi o primeiro marco até o art. 196 da constituição de 1988, que diz,

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988).

O sistema penitenciário merece atenção, principalmente no que diz respeito aos indicadores que revelam como se encontra a estrutura interna e externa dos presídios, tanto no aspecto físico quanto social, político, econômico e cultural em que o recluso se encontra inserido (Julião e Rita, 2014).

Quando essa realidade colocada pelos autores passa a ser monitorada, há uma busca primeira em identificar todos os direitos, principalmente o que envolve a saúde dos reclusos. Com isso, a LEP – Lei de Execução Penal - passa a oferecer aos presos e aos internos seus direitos previstos na Constituição Federal, que envolvem a prevenção e a efetivação da saúde para que, de forma digna, possam cumprir suas penas (Julião, 2014).

Contudo, faz-se necessária a adoção de políticas públicas que possam proporcionar aos reclusos um acesso a uma saúde de qualidade e a convívio familiar mais efetivo para que sua recuperação médica seja de facto plena. O cuidado com a sua saúde faz parte da sua integração social, que possibilita ao preso uma condição de vida melhor, mesmo diante dos preconceitos que venha a vivenciar.

Diante o exposto, é possível perceber que para o governo federal as ferramentas repressoras do ordenamento jurídico são fundamentais para proporcionar a ordem a sociedade, porém, ao mesmo tempo que demonstra essa repressão, ele também traz o valor da execução penal no que tange à garantia dos direitos do apenado, fazendo com que surja a preocupação da sua aplicação e das garantias no sistema carcerário.

Capítulo II – A Saúde no Sistema Prisional

2.1. Introdução

As condições em que um preso vive e a sua saúde no sistema prisional tem sido tratada em vários documentos no Brasil, a começar pelo Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, que teve seu surgimento em 2003. Nele, são elencadas à caracterização da população carcerária no Brasil, as diretrizes e estratégias para a saúde no sistema penitenciário, a gestão e a qualificação de Estados e Municípios.

O Instituto Penal, onde foi realizada a investigação, localizado no Estado do Rio de Janeiro, apesar de ser uma unidade do regime semiaberto e aberto, não funciona como tal. Nenhum preso sai para trabalhar, talvez, por se tratar de um presídio intitulado “porta de saída”, onde os presos já passaram pela progressão de regime de cumprimento de pena previsto no artigo 112 da LEP, ou seja, já cumpriram 1/6 da pena, têm bom comportamento e vão para lá aguardar somente para aguardar a liberação do juiz, não tendo nenhum acesso direto ao regime semiaberto.

Na mesma linha de importância, segue também a LEP- Lei de Execução Penal que vem tratar da saúde dos presos tanto no contexto preventivo quanto no aspecto recuperatório em que demanda uma equipa preparada para atendê-los em suas diversas demandas. Diante o exposto, pretende-se discorrer ao longo desse capítulo como se dá a assistência à saúde dos presos, a implementação de políticas públicas em promoção à saúde e ao tratamento dos reclusos.

2.2. A Assistência à Saúde dos presos

No Brasil, o governo federal, através do Ministério da Saúde, instituiu pela Portaria Interministerial n.1777/2003, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, no qual teve contribuição tanto no âmbito técnico quanto jurídico, envolvendo os Ministérios da Saúde e da Justiça para garantir aos reclusos, o direito à cidadania na ótica dos direitos humanos. (Brasil, 2005)

Foi a partir de uma perspectiva de assistência de saúde inclusiva que se deu o Plano Nacional de Saúde no sistema carcerário brasileiro. Esse plano visa garantir às pessoas presas o princípio de prevenção e atenção integral à saúde. Essa assistência se pauta na ética, na justiça, na cidadania, nos direitos humanos, na participação de todos, na equidade, na qualidade e na transparência.

O acesso dessa população a ações e serviços de saúde foi legalmente definido pela Constituição Federal de 1988, pela Lei n.º 8.080, de 1990, que regulamenta o Sistema Único de Saúde, pela Lei n.º 8.142, de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde, e pela LEP-Lei de Execução Penal (Brasil, 2005, p.11).

Segundo Gois (2012) embora seja previsto na LEP, no seu título II, cap. II, art.14 que a saúde do recluso sendo ele preso ou internado, mesmo em caráter preventivo ou curativo deve ser feito por especialistas da área médica, o que chamamos de equipa multidisciplinar e, quando o estabelecimento prisional não proporcionar tal atendimento, esse por sua vez deverá ser direcionado a um local em que possa contribuir com o restabelecimento do sujeito.

A assistência à saúde é uma responsabilidade do Estado, os presos devendo usufruir dos mesmos padrões de serviços de saúde disponíveis à comunidade, sendo os serviços de saúde necessários devem ser gratuitos, sem discriminação motivada pela sua situação jurídica (Regra 24 das novas Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de presos (Roig, 2018, p. 79).

Quadro 01. Diretrizes Estratégicas do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário Brasileiro

DIRETRIZES ESTRATÉGICAS DO PLANO NACIONAL DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO

- Prestar assistência integral resolutive, contínua e de boa qualidade às necessidades de saúde da população penitenciária;
- Contribuir para o controle e/ou redução dos agravos mais frequentes que acometem a população penitenciária;
- Definir e implementar ações e serviços consoantes com os princípios e diretrizes do SUS;
- Proporcionar o estabelecimento de parcerias por meio do desenvolvimento de ações intersetoriais;
- Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde;
- Provocar o reconhecimento da saúde como um direito da cidadania;
- Estimular o efetivo exercício do controle social.

Fonte: Plano Nacional de Saúde, 2009, p.15.

Percebe-se que as diretrizes que envolvem o PNS, buscam contribuir com uma assistência à saúde de boa qualidade, que envolva parcerias que permitam um acompanhamento mais digno àqueles que tiveram sua liberdade privada. E esse acompanhamento segue, segundo PNS, os princípios e diretrizes do SUS; de acordo com essas diretrizes a assistência à saúde tem que possuir um caráter preventivo com atendimento médico, psiquiátrico, odontológico e psicológico, a fim de proporcionar aos reclusos um atendimento humanizado e eficaz; na prática, nos presídios brasileiros esse tipo de tratamento é praticamente inexistente tendo em vista que a população carcerária vive em condições precárias devido à superlotação e às más condições de higiene do local.

E, dentro dessas diretrizes, a assistência à saúde tem que possuir um caráter preventivo com atendimento médico, psiquiátrico, odontológico e psicológico, a fim de proporcionar aos reclusos um atendimento mais humanizado e eficaz.

Em consonância ao Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário, em 95, a Organização Mundial da Saúde - OMS, iniciou um projeto com o intuito de promover a saúde pública e o cuidado com aqueles que se encontravam encarcerados. O objetivo maior desse projeto era beneficiar o sistema prisional com a saúde pública, oferecendo consultorias técnicas e treinamentos para atender as doenças crônicas e as transmissíveis como HIV, tuberculose e outras. (Gois, 2012)

Diante esse contexto que nos foi demonstrado, se faz necessário recorrermos à quantidade de atendimentos de saúde que ocorrem no sistema carcerário no Brasil, em especial nos Estados das quatro regiões do país, conforme ilustra a tabela abaixo:

Tabela 01. Quantidade de unidades com farmácia e procedimentos para atendimento médico emergencial.

| ESTADOS | Total de respondentes | Unidades com farmácia | Unidades com procedimentos específicos para troca de roupas de cama e banho e uniforme em face da patologias de presos | Unidades com atendimento médico emergencial | Unidades com distribuição de preservativos | Unidades com atendimento pré-natal às presas gestantes | Unidades com solário |
|---------------------|------------------------------|------------------------------|---|--|---|---|-----------------------------|
| Centro-oeste | 284 | 60 | 27 | 226 | 170 | 109 | 210 |
| Nordeste | 159 | 65 | 15 | 149 | 120 | 52 | 39 |
| Sudeste | 490 | 274 | 230 | 472 | 341 | 144 | 447 |
| Sul | 105 | 77 | 45 | 179 | 165 | 91 | 170 |
| Brasil | 1438 | 579 | 355 | 1377 | 1002 | 457 | 1296 |

Fonte: SIP-MP (13/09/2016) Resolução CNMP n.56

Com relação aos dados apontados pelo Sistema de Inspeção Prisional do Ministério Público- SIP-MP sobre as farmácias e os atendimentos feitos dentro do Sistema Prisional das regiões do país, nota-se que a região com o número maior de unidades prisionais com farmácia é o Sudeste, que abarca os Estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais, considerados os mais populosos do país, seguidos do sul com 77; já o nordeste, com 65 farmácias e o centro-oeste, com 60.

No que diz respeito aos atendimentos emergenciais, o sudeste segue com 472, na sequência o centro-oeste com 226, o sul com 179 e o Nordeste com 149. Esses dados são referentes à pesquisa de 2016 do SIP-MP.

Esse cenário vem reforçar, ainda, de acordo com Gois et. al. (2012) a realidade precária das condições de confinamento. Para os autores, a superlotação pode favorecer a desnutrição e o surgimentos de diversas doenças, como o esperado.

2.3. Tratamentos dos reclusos

A Lei de Execução Penal, LEP de 84, foi o primeiro grande passo a caminho de uma visão mais humana e, menos opressora sobre o sistema penitenciário e, principalmente, sobre a saúde das pessoas privadas de liberdade. É facto que ainda não existia a Constituição Cidadã de 88, e que nesse período (83/84) o Brasil vivia um momento político histórico com uma população que ansiava pela criação de um governo democrático (Jesus, Scarpo e Lermen, 2013). Nas palavras de Filho (2016),

A saúde deve ser assegurada universalmente e integralmente. Os próprios processos discriminatórios e a violência dirigida às pessoas privadas de liberdade são fatores determinantes de agravos à sua saúde, o que evidencia a necessidade de se acentuar os esforços do setor saúde na premissa da humanização da atenção.

Diante dos factos acerca das condições precárias em que vivem os presos no Brasil, podemos dar destaque ao tratamento absurdo relacionado à forma de vida que os presos são obrigados a levar no ambiente carcerário. A saúde, alimentação, tortura e

todo tipo de maltrato demonstra de forma clara a total inobservância de todas as normativas jurídicas criadas para que isso não aconteça. Hoje, muito se discute pelo mundo o verdadeiro propósito das penas privativas de liberdade e o quanto a ideia de vingança e punição influenciaram na criação delas, e o quanto ainda hoje influenciam em sua preservação e manutenção (Nucci, 2016).

O Brasil sustenta a ideia de prender cada vez mais indivíduos que tenham cometido crimes, com a ilusão de que a cadeia proporciona um alívio na sociedade e causa a (falsa) ilusão de segurança pública, como se o indivíduo ao ser encarcerado nunca mais fosse voltar ao convívio social. Considerando as dificuldades sociopolíticas da maioria dos países latinos, foram criadas em 1955 as Regras Mínimas para o Tratamento de Presos (Regras de Mandela) como um conjunto de normas de Direito Internacional que tem por finalidade a reestruturação do sistema penal. Tendo em vista o absurdo crescimento da população carcerária mundial, as Regras de Mandela sofreram atualizações em 2015, com o acréscimo de 27 artigos que então passaram a ser 122 artigos, uma das áreas revisadas, em relação ao tratamento médico (Ramos, 2016).

Mesmo sendo responsabilidade do Estado, prover a gestão da saúde no sistema carcerário, o cenário das unidades prisionais não contribui com a efetivação de padrões humanizantes e, cada vez mais, se torna uma realidade dura para as equipes de saúde que buscam todo dia contribuir com a melhoria da saúde dos reclusos. É sabido que o direito à saúde é legítimo a todos que se encontram encarcerados, sendo esse o princípio fundamental do Plano Nacional de Saúde. E é com os profissionais da saúde que as pessoas privadas de liberdade contam para a prevenção e tratamento de saúde.

Assim, para atender de forma plena a saúde desses reclusos, o Estado, por meio do Plano de Saúde no Sistema Penitenciário, veio propor uma padronização física das unidades de saúde que compõem cada espaço em que haja mais de 100 reclusos.

A estrutura física do espaço que abarcará a saúde no sistema carcerário possui regras específicas, conforme demonstrado. Há um cuidado com a caracterização dos ambientes no que diz respeito a quantidade de salas e suas áreas mínimas e, para que

servem. Esse padrão que o Estado adota tem como foco o cuidado e o bem-estar do recluso, proporcionando a eles um tratamento de saúde mais humanitário.

Além desse padrão, o Estado buscou estabelecer programas de capacitação para todos os profissionais de saúde, incluindo ainda os servidores prisionais que tem ligação direta com os reclusos, para contribuir com uma saúde mais inclusiva e humana, favorecendo assim, um tratamento de saúde de mais qualidade.

Percebe-se ainda, que o tratamento de saúde oferecido aos reclusos pelo Estado vem proporcionando ações de atenção básica, a partir das normas operacionais de assistência em que visam controle da tuberculose, das doenças DST/HIV e hepatites, da hipertensão, da diabetes, da dermatologia sanitária – com o foco na hanseníase, da saúde bucal e da saúde da mulher.

Segundo dados do DEPEN, o Brasil lançou um programa de enfrentamento global visando a extinção da tuberculose no país, onde as pessoas que se encontram privadas de liberdade - incluindo famílias, equipes multidisciplinares que atuam no sistema e agentes, são prioridade. Só no Brasil, em 2017, foi notificada uma média de 69.000 casos de tuberculose, sendo que 10,5% dentro do sistema prisional, onde se constatou que a vulnerabilidade de contágio da doença é 28 vezes maior nessa população quando comparada a quem vive no meio livre (DEPEN, 2018).

Apesar do lançamento do PNSSP, há mais de 10 anos, não se sabe oficialmente o número de presos portadores do HIV/AIDS no sistema penitenciário; como muitos presídios ainda não possuem módulos de saúde, acabam não informando ao SUS apesar de a notificação ser compulsória, conforme Portaria nº 1.271/2014. Segundo dados do INFOPEN, a taxa de incidência apontada em 2014 foi de 1215,5 pessoas soropositivas para cada cem mil presos, proporção sessenta vezes maior que a taxa da população brasileira total, de 20,476 (INFOPEN, 2014).

Hoje não se tem mais as dificuldades do início dos anos 90 quando a Aids foi divulgada, vez que os canais de transmissão e os fatores de vulnerabilidade que envolvem as pessoas privadas de liberdade já foram identificados; o país lança

campanhas de enfrentamento que não saem do papel e as verdadeiras ações, como acesso aos insumos e tratamentos básicos, são relegados.

Partindo da falta de controle das doenças no sistema prisional, além da perda de dados importantes, torna-se cada vez mais difícil a redução das taxas de incidência, e, considerando que o preso não fica isolado do mundo, pois recebe visita de familiares, visitas íntimas e lida diariamente com agentes penitenciários, equipa multidisciplinar, médicos de fora, advogados, dentre outros, percebe-se no Brasil a falta de medidas preventivas para que a transmissão dessas doenças não atinja um nível epidêmico intra e extra muros (Diwana et al, 2008).

Independentemente dos avanços que o PNSSP possa ter proporcionado ao Sistema, nem objetivos simples como o aprimoramento da qualidade de saúde e um tratamento digno aos detentos foram alcançados, apesar das ações de saúde que tratam as doenças mais graves como tuberculose e aids. Ainda estamos longe do mínimo suficiente, enquanto isso as doenças continuam proliferando, os óbitos continuam ocorrendo e os direitos fundamentais continuam a ser violados.

Segundo Minayo e Ribeiro (2016), a situação prisional do sujeito já insere nele a potencialização de sintomas físicos e mentais, o que dificulta em muitos casos a prevenção, tendo em vista que a própria situação em que ele se encontra já é degradante.

A saúde das pessoas privadas de liberdade incontestavelmente é questão de saúde pública; essas pessoas ainda não conseguiram a visibilidade da sociedade nem tampouco do SUS; a forte escassez de recursos humanos e a falta de políticas públicas saudáveis e sanitárias que realmente queiram promover a resolução dos problemas, trabalhando com prevenção e atuando na capacitação dos atores envolvidos na temática, influenciam e refletem diretamente na saúde dessa população (Filho e Bueno, 2016).

Diante desse cenário nada promissor, observa-se em todo o país uma grande e perversa desestrutura do aparelho Estatal, em especial quanto a saúde no Sistema Prisional. O Estado do Rio de Janeiro, particularmente (não muito diferente dos outros

estados brasileiros), enfrenta forte crise financeira já há alguns anos e ainda não conseguiu implementar o PNSSP/PNAISP, a SEAP vem sendo sucateada e não consegue garantir o mínimo de saúde e dignidade aos detentos. É nesse triste contexto que destacamos,

O quadro atual é de total ineficiência do modelo de atenção à saúde desenvolvido pela SEAP. Nas unidades prisionais, os ambulatórios funcionam de forma muito precária, são raras as unidades que contam com médicos e, na maior parte do tempo há apenas técnicos de enfermagem nesses ambulatórios e faltam, ainda, medicações e insumos. O acesso dos presos, até mesmo a esses serviços que funcionam dentro das unidades, não é fácil e, devido à precariedade de seu funcionamento, esses ambulatórios têm baixíssima resolutividade (Relatório MEPCT/RJ, 2017, p.8).

Assim, diante desse cenário, o Estado busca com esses tratamentos atingir metas que venham garantir a saúde e a promoção da dignidade da pessoa humana, nesse contexto tão degradante.

2.3.1 Os problemas de saúde enfrentados pelos reclusos

Com a superlotação da população carcerária, os problemas de saúde, notadamente as que envolvem doenças crônicas e contagiosas, como: tuberculose, hepatites, escabiose, ansiedade, depressão, aids etc, tem sido uma preocupação para os gestores público, e foi diante desse quadro que se instituiu o PNSSP – Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, cujo objetivo seria a criação de um conjunto de normas com a finalidade de atender às necessidades básicas de saúde dessa população, cuidando e prevenindo essas e outras doenças, porém, limitaram-se ao programa DST/AIDS e Tuberculose, deixando de lado as outras tão importantes quanto (Costa et al, 2014).

Minayo e Ribeiro (2016) em uma investigação sobre as condições de saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro, trouxeram à baila a discussão sobre a realidade da

rotina daqueles que se encontram encarcerados. Segundo os autores, no ano em que desenvolveram a pesquisa, em 2016, houve um crescimento muito nítido de dores no pescoço, costas e coluna em relação à última década; tal se dá devido à superlotação das celas, o que inviabiliza aos reclusos uma condição de humanidade, tendo que em muitos casos, os reclusos se revezarem, para dormir.

Minayo e Ribeiro (2016) realizaram uma pesquisa em que foi possível constatar os principais sintomas de saúde decorrentes da superlotação. Os primeiros foram o surgimento das dores no pescoço, costas e coluna chegando a 76,7% dos casos investigados. Já problemas referentes a luxações de articulação, bursite, dor ciática, artrite dentre outras doenças também foram as que demonstraram maior incidência, todas elas em decorrência de uma precária estrutura física do sistema carcerário.

2.3.2. O acesso ao tratamento na prisão

Apesar da pluralidade de atos normativos, nacionais e internacionais, relativos a cuidados à saúde dos reclusos enquanto se encontram no cárcere, o Brasil segue como sempre, ignorando e violando praticamente todas as regras. Um dado importante é o facto de que o acesso aos serviços de saúde na prisão, que deveria ser disponível a qualquer detento que necessite, é controlado ou pelo agente penitenciário ou pela hierarquia interna dos presos (Sanchez, Leal e Larouse, 2016).

De acordo com Silva (2011) há um monitoramento das unidades de saúde que se encontram nos estabelecimentos prisionais. Essas unidades de saúde foram implementadas após o PNS e têm como obrigação manter os reclusos cadastrados no SUS, para que seja acompanhado todo o processo de saúde deles.

Todos os estabelecimentos de saúde que se encontram dentro do sistema carcerário são cadastrados no CNES/SUS- Cadastro Nacional de Estabelecimento de saúde, que tem como objetivo maior o serviço de tratamento e prevenção da saúde dos presos (Silva, 2011).

Diante dessa regulação dos serviços de saúde dentro do sistema carcerário, esse permite demonstrar ao governo o fluxograma de atendimento e as demandas exigidas, fazendo com que haja um planejamento melhor para atender às demandas emergenciais, caso necessário.

A própria LEP – Lei de Execução Penal - em seu art. 14, dispõe que quando essa assistência por algum motivo não puder ser feita na própria unidade prisional, o recluso, segundo o § 2º, com a autorização da direção penitenciária, poderá ser transferido a uma Unidade Básica de Saúde ou a um hospital público, em ambos os casos, com escolta.

Art. 14. A assistência à saúde do preso e do internado de caráter preventivo e curativo, compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico.

§ 2º Quando o estabelecimento penal não estiver aparelhado para prover a assistência médica necessária, esta será prestada em outro local, mediante autorização da direção do estabelecimento.

Contudo, infelizmente a realidade desse acesso não espelha o que as normas dizem. Em seus estudos, Minayo e Ribeiro (2016) discorreram sobre a falta de atenção à saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro, e apontaram diversos motivos para esse mau tratamento que envolve a escassez de profissionais de saúde, a demora nos atendimentos e, principalmente, quando esse envolve o atendimento emergencial. A falta de transporte para casos de atendimento grave e, quando ele existe, não há um segurança disponível para fazer o acompanhamento desse recluso.

Silva (2011) já ao relatar os problemas que envolvem o transporte dos presos, esses questionados, disseram que se sentem humilhados e maltratados quando necessitam buscar uma ajuda médica externa. Há segundo os detentos, uma intolerância e uma agressividade por parte dos agentes de escolta.

Parte II – PESQUISA EMPÍRICA

Capítulo III. Método de Pesquisa

3.1. Introdução

Foi pela busca do conhecimento acerca da saúde dos detentos no sistema penitenciário brasileiro, principalmente com base nas obras de Albegaria (1993); Dias (2016); Engbruch e Santis (2012); Lermen et. al (2015) dentre outros, que despertaram o desejo por essa investigação, sob a ótica daqueles que conduzem e contribuem com o processo da saúde dos reclusos.

Após percorrer a contextualização teórica sobre a temática, a metodologia vem para ilustrar o objeto investigativo, bem como a descrição dos objetivos que versam essa pesquisa e a metodologia utilizada para a coleta e análise dos dados, conforme será exposto neste capítulo.

3.2. Objetivos

O objetivo geral do presente estudo consiste em analisar as necessidades de saúde da população condenada a uma pena privativa de liberdade, sob o ponto de vista dos profissionais da saúde no Sistema Carcerário. Com o intuito de responder a esse questionamento, foram elencados os objetivos específicos:

- a) Verificar como funciona a assistência à saúde dos presos.
- b) Identificar as parcerias intersetoriais na promoção da qualidade da saúde dos presos.
- c) Identificar quais são os desafios que a equipa de saúde enfrenta na rotina presidiária.
- d) Verificar como ocorre o sistema de informação sobre o serviço de atenção à saúde no Sistema Penitenciário.
- e) Identificar as principais doenças enfrentadas pelos detentos e a forma do seu tratamento dentro do presídio.

3.3. Questão de Investigação

Diante dos objetivos, faz-se necessário responder ao seguinte questionamento: É possível verificar como se encontra a assistência e a promoção à saúde dos detentos em um presídio brasileiro?

3.4. Método

O método de investigação utilizado foi o estudo exploratório com caráter qualitativo. Para Gerhardt e Silveira (2009), o estudo exploratório proporciona uma proximidade maior com o objeto investigado, com o intuito de fazer com que ele se apresente mais explícito através do levantamento bibliográfico e das entrevistas que poderão contribuir para a compreensão maior do problema.

Para para Sampieri, Collado & Lúcio (2013), a pesquisa qualitativa proporciona uma análise mais concreta do mundo social, de acordo com o que se observa. Creswell (2010) vem discorrer que na “pesquisa qualitativa, os investigadores empregam a teoria como uma explicação ampla (...)”. Assim, percebe-se a importância da coleta qualitativa, principalmente utilizando a técnica da entrevista qualitativa na qual se pretende obter os dados a partir do encontro individual, respeitando assim, a especificidade de cada sujeito.

Diante da metodologia utilizada na investigação, essa pôde contribuir com o alcance dos objetivos no momento em que se obteve a recolha dos dados e no processo da análise dos resultados, em que essas duas etapas demonstraram configurar um fator preponderante para o sucesso da pesquisa.

3.4.1. Participantes

A amostra foi constituída por 09 (nove) membros da equipa que lidam com a saúde dos reclusos de um Instituto Penitenciário do estado do Rio de Janeiro, que aceitaram participar da investigação. Para esta amostra, foram considerados como critério de inclusão, cinco profissionais de uma equipa multidisciplinar de saúde

equivalentes a 71,5 % da equipa e quatro agentes penitenciários que correspondem aproximadamente a 5,4 % dos agentes que atuam no Instituto Penal.

A amostra foi obtida de forma sistemática, ou seja, quando os elementos que constituirão a amostra são escolhidos segundo um fator de repetição; no caso, sendo da mesma categoria “equipa de multidisciplinar de saúde”, e o critério, a quantidade de participantes, que se deu muito por conta do número de pessoas que compõem hoje a equipa médica do Instituto Penal.

Quadro 02. Dados sociodemográficos relativos à equipa multidisciplinar

| Participante | Idade | Sexo | Tempo que trabalha no Sistema Carcerário |
|-------------------------|--------------|-------------|---|
| Agente Penitenciário 01 | 44 anos | masculino | 22 anos |
| Agente Penitenciário 02 | 38 anos | masculino | 15 anos |
| Agente Penitenciário 03 | 43 anos | masculino | 10 anos |
| Agente Penitenciário 04 | 35 anos | masculino | 6 anos |
| Equipa Médica 01 | 61 anos | feminino | 20 anos |
| Equipa Médica - 02 | 46 anos | feminino | 17 anos |
| Equipa Médica 03 | 57 anos | masculino | 25 anos |
| Equipa Médica 04 | 48 anos | feminino | 17 anos |
| Equipa Médica 05 | 43 anos | feminino | 1 ano |

É possível perceber que a grande maioria dos inquiridos possui entre 40-60 anos, sendo que 5 participantes são do sexo masculino e quatro, do sexo feminino.

3.5. Instrumento

Na presente investigação, utilizou-se um guião de entrevista semi-estruturada com vinte e seis questões, divididas em duas partes, sendo à primeira com três questões sociodemográficas e a segunda parte, referente a pesquisa empírica, com vinte e três questões. Esse instrumento foi construído com base no referencial teórico e nos objetivos que versavam a pesquisa (Anexo 03).

3.6. Procedimento

Primeiramente, o projeto foi encaminhado à Comissão de ética da UFP e, após o parecer positivo da CE (Cf. anexo 1), foi solicitada autorização junto a SEAP (Secretaria de Estado de Administração Penitenciária) (Cf. anexo 2), órgão responsável desde 2003 pelo sistema penitenciário e carcerário do Estado do Rio de Janeiro, a fim de obter a devida autorização para efetivação das entrevistas, dando assim início à pesquisa empírica.

Após a autorização da Secretaria de Estado de Administração Penitenciária, o projeto foi apresentado ao diretor do Instituto que agendou a apresentação do projeto e dos objetivos propostos na pesquisa aos participantes, membros da equipa médica.

A recolha dos dados ocorreu entre os meses de setembro e outubro de 2018, em datas agendadas (18/20/25 e 27 de setembro e 02/04/09/11/16/18 de outubro de 2018) sob a direção do Instituto, após autorização do Estado previamente obtida. O processo de coleta das informações ocorreu dentro dos padrões estabelecidos pelo sistema prisional, que envolve a apresentação do projeto para os participantes da equipa multidisciplinar de saúde, bem como, a sua justificativa e objetivos à recolha dos dados, obtidos em um atendimento individual em uma sala reservada pelo Instituto, como o intuito de resguardar, de forma ética, o respeito aos funcionários da saúde, participantes da amostra.

Após a explicação da investigação e esclarecidas as dúvidas dos participantes, relatou-se a todos que a pesquisa pode trazer riscos mínimos no que se refere à possibilidade de constrangimento e/ou desconforto e que ainda tinham o direito de desistir quanto quisessem e que o anonimato, a confidencialidade, a privacidade e o uso dos dados serão apenas para fins de pesquisa. Ainda, que a pesquisadora se compromete a respeitar todos os princípios éticos que regem a pesquisa.

3.7. Tratamento dos Dados

Após a realização das entrevistas, essas foram transcritas e, em seguida, feitas as análises das respostas e a categorização e subcategorização das respostas, com base na obra “Análise de Conteúdo” de Bardin.

Os participantes da equipa multidisciplinar da saúde, foram identificados por Agente Penitenciário (1,2,3e 4) e Equipa Médica (1,2,3,4 e 5), essa última, consta as profissões da equipa médica de um Instituto Penitenciário do Estado do Rio de Janeiro, não informando assim, o nome da instituição, garantindo o anonimato dos inquiridos.

A primeira etapa de recolha dos dados referiu-se aos dados sociodemográficos da equipa, obtendo-se informações como idade, sexo, profissão e o tempo em que atuam no Sistema Penitenciário.

Na sequência, foram transcritas as informações sobre o contexto que envolvia a saúde dos detentos no sistema penitenciário brasileiro. Com a transcrição, foi possível criar a categorização e a definição das subcategorias. Segundo Bardin (2016, p.147),

A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, em seguida, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos.

Todo esse processo de separação em categoria e o levantamento e discussão dos resultados, poderão ser apreciados no capítulo que segue.

Capítulo IV. Apresentação, análise e discussão dos resultados

4.1. Resultados da Investigação

Em busca de analisar a saúde dos detentos no sistema penitenciário brasileiro, após a transcrição e a caracterização das entrevistas feitas com base em 23 questões abertas, foi possível, com base nas respostas dos participantes, elencar 3 categorias e 8 subcategorias que contribuirão para uma análise mais aprofundada sobre as condições de saúde dentro de um presídio brasileiro, conforme a figura 02:

Figura 02. Categorias e subcategorias sobre a saúde dos reclusos no sistema penitenciário

| Categorias | Subcategorias | Descrição das Subcategorias |
|--|---|--|
| Gestão Pública da Saúde nos Presídios | Perceção sobre a origem dos recursos para a saúde. | Políticas Públicas Parcerias privado |
| | Perceção de gestão dos recursos. | Governo Estadual; dos profissionais da equipa de saúde. |
| Saúde dos Reclusos | Garantias constitucionais | LEP- Lei de Execução Penal; Art. 5 da CF/88; |
| | | Código de Processo Penal. |
| | Prevenção de Doenças | Atendimentos ambulatoriais; diagnósticos com equipa médica. |
| | | Programas de prevenção de doenças. |
| Atendimentos Emergenciais | Encaminhamento à UPA ou Hospital especializado. | |
| | Transporte para os presos em caso de emergência | |
| Atuação da equipa de saúde no presídio | Perceção sobre o atendimento realizado nos presídios | Ambulatorial; especializado de acordo com a demanda de cada recluso. |
| | | Atendimento básico; Acompanhamento posterior. |
| | Perceção sobre os serviços oferecidos pela equipa médica. | Atendimento continuado, após a soltura do preso. |

| | | |
|--|--|--|
| | | Disponibilidade do atendimento oferecido nos presídios para as pessoas externas. |
| | Percepção dos desafios enfrentados pela equipa | Falta de medicamentos; Falta de insumos; falta de transporte para os presos emergenciais. |
| | | Política pública para a melhora dos atendimentos; melhorar a fiscalização dos recursos para a saúde. |
| | | Falta de profissionais da área médica: Médicos, Psicólogos, Enfermeiros, Assistentes Sociais. |

No que diz respeito à **primeira categoria sobre gestão pública da saúde nos presídios**, a subcategoria percepção sobre a origem dos recursos para a saúde, percebe-se que a maioria dos participantes relatou que os recursos para os tratamentos de saúde dos presos vêm da Secretaria de Saúde, do FUESP e do Ministério da saúde. Esse tipo de informação sobre os recursos, deveria ser transmitida a todos os profissionais da saúde com o intuito de clarificar todo o processo de informação relativo a saúde no Sistema Penitenciário.

Da secretaria de estado, da secretaria de saúde..., secretaria penitenciária, secretaria de saúde e do FUESP (Agente Penitenciário 01).

É... isso aí não posso dar precisamente, mas, vem da Secretaria de administração penitenciária né, e também a questão federal do FUESP né ... (Agente Penitenciário 02).

Do Estado né...o lado dos recursos não sei muito não, por que não tem recursos, então não dá pra saber não... (Equipa Médica 02).

Ainda dentro da percepção da origem dos recursos, surgiu a questão sobre a parceria intersetorial e a grande maioria não soube informar se havia ou não esse apoio.

Olha da questão do ambulatório eu não sei, eu sei que falta tudo, as pessoas, os internos reclamam muito de falta de medicação, os internos reclamam de dificuldade as vezes pra uma transferência porque tem uma outra questão é médico nas unidades, médicos, psicólogos, não durava muito...olha nós chegamos aqui no (...) a ter 4 psicólogas, (...) é as pessoas estão saindo né e não se tem concurso público, médicos, toda unidade tinha médico, toda unidade tinha psiquiatra, tinha 1 clínico, (...) não é pouco não, é muito então eu tinha um canal direto com o psiquiatra, tanto de conversar...o interno era atendido rápido, havia uma troca né com o profissional que hoje em dia não tem, então, o médico também agora parece que tem um né que vem uma vez por semana, não sei acho que ela te falou né mais ficou um tempão sem, e aí até se conseguir ir pra uma unidade, que agora é Bangu, até se conseguir ir pra outra unidade pra fazer essa consulta pra fazer um exame é tudo muito complicado (Equipa Médica 01).

Relacionada a saúde especificamente? Nesse instituto acredito que não. Existe, tem um projeto itinerante que em Bangu funciona eu sei porque eu vi pelas mídias sociais, que é fazem um grande mutirão senão me engano é a pastoral carcerária que organiza isso e aí eles fazem o mutirão chamam profissionais de várias áreas médicos, dentista etc e aí eles vão até a unidade e faz um dia, uma semana, não sei se é um dia com certeza não sei se são mais dias é mais isso eu vi pelas mídias acontecendo no Rio nessa unidade não (Equipa Médica 02).

Dois participantes, todavia, que disseram existir um “mutirão” de atendimento, o que ocorre quando há uma demanda significativa de atendimento e, para contemplar a todos, o governo envia outras equipes multidisciplinar de saúde, para contribuir com o atendimento geral dos reclusos.

Eu vejo quando vem de fora porque na verdade isso tem uma secretaria específica que trata dessa área nós somos só comunicado tipo vai haver um mutirão de saúde no (...) no período por exemplo do dia 10 ao dia 20, é pra combater problemas de pele um exemplo entendeu, nós somos informados na verdade (Agente Penitenciário 04).

No que concerne à existência de políticas públicas para a melhoria dos atendimentos aos reclusos, em que envolve a forma de atendimento, o acolhimento, as campanhas de combate as epidemias, controle das doenças de pele, dentre outros. Infelizmente os profissionais clínicos deveriam ter um conhecimento mais aprofundado, o que não ocorre diante das respostas obtidas, a grande maioria desconhece essa política,

Não. Havia isso, havia hospitais, havia né medicação, havia profissionais e tudo se perdeu muita dificuldade os internos têm, por conta né de política... desinteresse total (Equipa Médica 02).

Eu não vejo nada de diferente do que é ofertado lá fora entendeu se...voltado pro sistema penitenciário eu não vejo, vejo assim, quando é feito pra população eles acabam replicando aqui dentro (Agente Penitenciário 04).

Apesar de a maioria dos participantes desconhecerem a existência de políticas públicas desenvolvidas pelo governo, houve dois participantes que conheciam atividades que corroboram a melhoria dos atendimentos.

Tem quando tem campanha de vacina é feito pela Secretaria Municipal de Saúde aqui de Niterói, as campanhas endêmicas são do H1N1, febre amarela, H1N1, febre amarela e teve uma outra que eu não tô lembrando, mais as campanhas são feitas e tem uma parceria sim (Agente Penitenciário 03).

Tem tem sim é quando teve a campanha de vacinação vieram aqui vacinar, mas nem todos quiseram por que eles têm livre arbítrio pra querer ou não o atendimento entendeu? Então a vacina foi a mesma coisa aí veio tanto na campanha da febre amarela veio vacina suficiente pra todos eles mais muitos não quiseram a maior parte não quis se vacinar, não quiseram entendeu? Por que sinceramente eu não sei, não quiseram se vacinar veio também a campanha da gripe, a mesma coisa muitos não quiseram se vacinar, falar a verdade a maioria, a grande maioria mesmo entendeu? 600 internos, vacina da febre amarela só 27 quiseram (Equipa Médica 05).

As políticas públicas elencadas pelos participantes são as que fazem parte das campanhas endêmicas, ou seja, as campanhas de prevenção de doenças, como foram descritos nos relatos dos participantes. Ademais, nenhum participante mencionou em seus relatos os motivos em que alguns reclusos não queiram vacinar, e muito menos porque não fizeram algo para que esses sujeitos, viessem a mudar de opinião.

Em relação à percepção quanto à gestão dos recursos destinados à gestão da saúde nos presídios, cerca de sete participantes disseram não haver gestão dos recursos da saúde,

Olha essa gestão...vamos citar logo o exemplo da tuberculose né, ele sendo diagnosticado, porque existem muitos problemas respiratórios, não posso dizer que esse problema nasceu aqui não, ele é agravado aqui claro, mas as vezes o preso ele vem da rua com bronquite, esse tipo de coisa né, porque a saúde na rua é precária né, ele as vezes não é de família abastada que venha a ter plano de saúde que venha se cuidando, na maioria das vezes, não, fica a cargo da saúde pública e aí eles também não procuram e tão na vida do crime a muito tempo, e por mais que sejam novos eles também não podem procurar porque há problema de mandado de prisão esse tipo de coisa, aí o cara não vai no pronto socorro, não vai na UPA porque acaba tendo medo de ficar preso aí...isso é a pura realidade então ele acaba chegando aqui com muitos problemas então é a hora que ele fica é na mão do Estado talvez pela primeira vez então é....a gestão é assim, ele no caso de tuberculose há o tratamento que é feito no sanatório penal e aí começa aquele tratamento, aquele acompanhamento e que pela mudança de unidade as vezes mudança de regime ou até mesmo a chegada da liberdade dele...se ele não der continuidade lá fora essa gestão não vai ter eficácia não (Agente Penitenciário 02).

É possível perceber no relato do Agente Penitenciário 02 que, infelizmente, não há uma gestão dos recursos que são encaminhados pelo governo, ou por parcerias privadas. Para a equipa médica, há muitos casos que necessitam de um olhar mais próximo do paciente para que de facto ele possa ter seus direitos à saúde assistidos. No mesmo sentido, o relato da equipa médica, abaixo:

Não existe, então fica muito a mercê de cada profissional dependendo da vontade de cada um, não existe um planejamento de trabalho porque o que é cobrado são esses exames você não pode deixar a VEP mandar busca e apreensão de um exame criminológico ninguém quer, enfim, aí cada um vai planejar então o que que eu faço? Eu faço “porta de entrada” que é conversar com aqueles internos que chegaram pra saber quem é quem, o que cada um é, cada um tem seu tempo de prisão, as vezes ali você detecta alguma necessidade seja de atendimento a psicologia, ou as vezes da educação de sugerir alguma coisa né, falo da unidade também, as vezes tem interno que vem, já aconteceu, ele vem de outra unidade já com o benefício de visita periódica ao lar já concedido aí muitos entendem isso como liberdade que vão sair e não vão voltar, outros não, e muitas vezes nessa porta de entrada que eles já falam “já ganhei minha liberdade” ali a gente tem uma conversa até sobre aprender a pensar mais a longo prazo (Equipa Médica 02).

Dos inquiridos, apenas dois não souberam dizer se havia ou não a existência de um acompanhamento gerencial da saúde dos reclusos, destarte para resposta do participante (equipa médica 03) que usou seu comentário para demonstrar que o cuidado com a saúde do recluso seria tão ruim quanto o que é dado a população que não cometeu crime e nem se encontra privada de sua liberdade.

Não sei se tem uma gestão (Agente Penitenciário).

Rs, rs...é da mesma forma que se dá pros não reclusos (Equipa Médica 03).

Acerca da segunda categoria sobre a **saúde dos reclusos**, no que tange à subcategoria garantias constitucionais, percebemos que as respostas dos nove entrevistados foram praticamente iguais. Todos disseram que ignoram as Leis responsáveis pela implementação do PNSSP - Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário - apesar de ter sido instituído em 2003. Inclusive um deles questiona se de facto o plano foi implantado.

*Foi implantado? Foi? Eu sei que tem um plano, mas ele foi implantado??
Não foi implantado, o plano eu conheço, mas assim, ele não foi
implantado, tem nada implantado (Equipa médica 1).*

Notou-se nas respostas a total falta de conhecimento dos funcionários, o que pode representar muito do que é praticado na rotina dos seus dias de trabalho, seja pelo facto de que não veem nenhuma ação interna concreta que possa, de verdade, estabelecer uma mudança na vida do preso dentro ou fora do estabelecimento, ou por algum tipo de insegurança, como se quaisquer mudanças na forma de agir dependesse de alguma ordem superior, como se não houvesse normas e regras a serem seguidas, apenas como se aquilo fosse uma praxe já enraizada.

Não sei não...isso não sei (Equipa médica 4).

Acho que muito antes de eu entrar aqui se não me engano acho que foi dois mil e alguma coisa eu já li sobre isso... (Agente Penitenciário 4).

Como foi ou quando foi?? Ah não sei não sei te informar mais tem normalmente é publicado em BI essas coisas e nós temos que por obrigação tomar ciência tomar conhecimento disso que é publicado em BI eu li alguma coisa mais não sei te informar data nem...(Agente Penitenciário 3).

Ainda na mesma subcategoria, quanto à prevenção de doenças, destacamos também que a grande maioria dos participantes (8) afirmou que o atendimento dentro da unidade é quase que totalmente ambulatorial, já que não possuem estrutura suficiente para outros tipos de tratamento, conforme relatos a seguir:

Olha aqui geralmente os presos pedem pra vir no ambulatório entendeu? O único protocolo que a gente segue é toda quarta-feira a gente dá o remédio de tuberculose pra quem tem entendeu? Mas, geralmente eles pedem o atendimento pra vir ao ambulatório eles pedem lá fora e eles vêm aqui eles têm livre acesso em relação a isso (Equipa médica 5).

É... o atendimento ele vem a priori com o ambulatório né, o ambulatório dá logo aquele primeiro atendimento e daí ele vai ver se consegue tratar ele aqui mais muitas das vezes ele, o preso, é encaminhado pra uma emergência mesmo....depende muito do fato né, pode ser um acidente no banho de sol jogando bola, já presenciei preso quebrar fêmur e aí obviamente a experiência do inspetor faz com que você venha chamar o corpo de bombeiros né pra poder levar por causa da seriedade da coisa, então vai muito da experiência do inspetor lá dentro né, um ataque de epilepsia uma coisa desse tipo o primeiro atendimento nem sempre é do próprio enfermeiro né, é o agente ou inspetor mesmo que faz isso aí e cuida logo pra que ele chegue logo no ambulatório aí o ambulatório assume realmente.... isso na prática né (Agente penitenciário 2).

Os próprios presos trazem a demanda pra gente porque tem, é por que é assim no caso essa facção eles são organizados tem os presos chamados de ligações que as vezes trás o nome pra enfermaria, “ó hoje temos 10, 15 atendimentos” aí trás a demanda fora os que são pautados pela própria enfermaria (Agente penitenciário 3).

Quanto aos diagnósticos, são feitos em sua maioria pela equipa médica, no próprio ambulatório da unidade - assim foi a resposta de 8 participantes. Contudo, em alguns casos são os agentes penitenciários que tem o primeiro contato, intermediando assim, esse diagnóstico e quando percebem a gravidade do problema, logo encaminham a uma unidade de saúde especializada, como podem perceber nas respostas a seguir,

Através do primeiro atendimento realmente e a experiência aí a questão técnica do serviço de ambulatório do serviço médico da unidade prisional, não tendo condições de manter esse tratamento aqui encaminha diretamente ao hospital penitenciário (Agente penitenciário 2).

Como assim? Se for emergência, a equipe vai te responder melhor, eu só vou falar aquilo que eu vejo, se for emergência aciona ao ambulatório, o ambulatório veem na classificação, o ambulatório tem um documento próprio que eles tem que avisar que tem que vir um carro do SOE enfim um carro

específico pra vir buscar esse interno e levar pra emergência eu não sei qual o critério mais existe emergência pros hospitais mais próximos e existe emergência pro hospital penal eu não sei que critério é esse que leva ele aqui pra perto e o que leva ele pra longe e existe também é casos que enfim internos que já são acompanhados e que tenham alguma recaída normalmente ele vai pro hospital penal porque é um interno de médio ou longa duração porque você já tem um diagnóstico então você acaba já levando pra o que possa ficar mais tempo, passou mal ou chama o bombeiro nos casos mais do que graves ou chamam uma equipe de transporte do próprio sistema penitenciário que vai levá-lo pra emergência (Equipa médica 2).

Apenas a resposta de 1 participante foi divergente dos demais, relatando que os diagnósticos são feitos no hospital penal, demonstrando conhecer alguns dos procedimentos executados no Instituto Prisional, como vemos abaixo:

Através de exame laboratorial, o médico daqui faz a coleta ou a equipe técnica de enfermagem e manda para o hospital penitenciário e lá eles fazem os exames laboratoriais (Agente penitenciário 4).

Diante das respostas, observou-se a não existência de um protocolo de atendimento predefinido a ser seguido dentro do presídio, nesse sentido, cinco participantes disseram que realmente não havia, o que ficou evidenciado ao longo das entrevistas.

Não existe protocolo o que existe é um ambulatório e esse ambulatório faz o atendimento semanal ao número de presos que são pré selecionados ou que se queixam né é além disso a gente tem outras áreas de atuação como a tuberculose e doenças sexualmente transmissíveis então eles vem aqui pra fazer avaliação fazer a medicação e controlar até o tratamento deles isso realmente é bem feito eles recebem a medicação fazem os exames periódicos em relação a isso, quando recebem alta eles vão lá fazer o exame de alta pra...então tem essas duas coisas fazem né o da tuberculose e o controle dos pacientes que tem Sida e das doenças sexualmente transmissíveis, quando existe qualquer emergência obviamente se eu não estiver aqui aí eles são levados pro hospital

em Bangu que tem a UPA que faz emergência e tem um outro hospital de apoio que é o Hamilton Agostinho (Equipa médica 03).

Não existe um protocolo definido pra saúde genericamente, existe um sistema de identificação né, infelizmente é artesanal porque o primeiro contato é... é do inspetor penitenciário e não é a pessoa indicada, não é o profissional indicado pra identificar doença mas... pela experiência acaba sendo, o primeiro contato acaba sendo por adivinhação??? Encaminhado pro ambulatório e daí já tá nas mãos da saúde, da secretaria (Agente penitenciário 1).

Ainda assim, dois entendem que a forma como agem no cotidiano já se tornou protocolo pois é assim que fazem e apenas 1 não soube responder.

Tem, tem, os que tem doenças crônicas tuberculose tem um programa de tuberculose que é da Secretaria é, preso com HIV também tem, preso com, apareceu um preso com um caso aqui, 1 não, 2 casos que vieram de Bangu com hanseníase também tem um protocolo específico pra atendimento com pessoal que tem esse tipo de doença. Quando chega, há uma determinação nossa, já havia da Secretaria, normalmente quando ele ingressa da delegacia pro sistema penitenciário é feito uma triagem só que aqui na nossa unidade o diretor nós pedimos que o corpo técnico da enfermaria fizesse uma triagem também, ingressou na unidade todos eles passam pela triagem da enfermaria (Agente penitenciário 3).

Sim através de médico, enfermeiro e serviços que vem de fora normalmente em campanhas, tratamento, algum combate a alguma doença específica tudo que é ofertado fora também é ofertado dentro do presídio (Agente penitenciário 4).

Sobre a existência de programas de prevenção de doenças no presídio, o que se constatou com base nos relatos, foi o facto de reconhecerem a existência dos programas, porém, não acreditam na sua efetivação ou acham que a maioria deles não funciona na prática. Já dois relatos da equipa médica não concordam que haja prevenção, enquanto 1 relato afirma a existência de programas de prevenção.

Então, existe o programa sendo que eles que procuram o atendimento, não é prevenção, por exemplo eles vendo que estão com algum sintoma aí eles vêm aqui eles pedem pra vir aqui, tanto tuberculose como HIV por exemplo o de tuberculose tem 12 com tuberculose entendeu confirmado mas de repente pode ter mais, mas, não procuraram atendimento entendeu? É, os 12 que tem tuberculose tem o protocolo pra fazer teste de HIV entendeu porque é baixa imunidade tal pode ter HIV então semana passada veio a menina né responsável pelo programa de DST aí ela veio aqui pra quem quisesse colher, eles também não são obrigados mais todos quiseram, todos quiseram colher entendeu, todos deram negativo entendeu mas só tem 12 que estão tomando medicação pra tuberculose, se tem mais a gente desconhece por que eles não vieram aqui (equipa médica 5).

Eu desconheço a questão do tratamento na prevenção, você falou aí sobre DST né..., o que é visto geralmente para um processo de visita íntima, é feito uma checagem junto a família, uma palestra é...essa pessoa, esse cônjuge ele muitas das vezes que vem pra visita íntima, é feito exame nessa pessoa e tal, mais isso não vem a ser, eu acredito que isso não podemos tratar, cuidar de DST numa pessoa que venha fazer uma visita íntima como caráter preventivo... isso é caráter normal né, mas de prevenção não, prevenção não, cuida mais depois, como todo o Estado brasileiro né, cuida mais depois que o problema vem à tona (agente penitenciário 4).

Não, a saúde de DST AIDS é que era o que havia de mais forte, hoje em dia prevenção praticamente não existe né não tem prevenção de nada, os casos de tuberculose são bem grandes a menina deve ter te falado no ambulatório então tem sempre alguém com tuberculose, escabiose, por exemplo saúde mental não tem prevenção não tem e até o tratamento é muito difícil, muito difícil pra você medicar e tem muita gente é não tem né medicação e outra coisa não tem mais um médico aqui e você tem que mandar pra um local tem que depender do SOE levar que é uma coisa que você não pode esperar, depender da vinda do SOE, tem essa dificuldade, pois é não tem nem tratamento que dirá prevenção (Equipa médica 1).

Ainda na prevenção, percebe-se nas respostas que apesar de os programas existirem, as informações talvez pudessem ser melhor trabalhadas e que o facto de não acontecer dessa forma, prejudica os internos da unidade, conforme relato desse participante da equipa médica.

Então, na porta de entrada eu passo alguma coisa pra eles no que eu posso né do que eu sei dos outros setores agora muitas vezes as coisas mudam no setor por exemplo no ambulatório sei lá tinha dentista eu imaginei que não tivesse mais porque não tenho visto, não tem mais, você já sabe, ou seja porque as informações não são...ou seja as coisas mudam muito né, uma hora tem outra não tem, uma hora pode uma coisa outra hora não pode. Eu passo isso mais não existe um trabalho nesse sentido (equipa médica 1).

A pesquisadora tentou buscar maiores informações, porém, sentiu que os participantes não se sentiram confortáveis com a abordagem e falaram apenas sobre a questão perguntada, ignorando assim, outros possíveis questionamentos colocados. Cerca de 5 pessoas disseram que existem e conhecem, porém, 2 disseram que não existe e 1 disse que não saberia responder.

Na subcategoria **Atendimentos Emergenciais**, sobre o tratamento dos doentes graves ou crônicos, os nove participantes disseram que os presos que se encontram nessas condições não permanecem no Instituto em questão, pela falta de estrutura, sendo encaminhados ao Hospital Penal em Bangu, ou a UPA de lá.

..... em específico normalmente esse preso, aqui não é uma cadeia...é uma estrutura muito antiga, é na maioria das vezes quando a gente tem preso assim a gente não tem condições né até por que nosso tratamento é muito ambulatorial é quando por exemplo uma tuberculose algo assim a gente até consegue administrar aqui é com uma certa dificuldade, mas, quando é um caso mais complexo é transferido daqui vai pra Bangu porque lá ele tem UPA tem um monte de coisa próxima aqui não tem nada (agente penitenciário 4).

Normalmente essas doenças terminais, existia aqui no sistema, é um exemplo, a gente chamava de hospitalzinho, pra ser sincera eu não sei nesses anos todos o nome desse hospitalzinho, porque a gente conhecia como hospitalzinho ele era aqui na (...) em (...) era um hospital só pra esse tipo, na verdade era conhecido como hospital pra atendimento de pacientes com HIV, mas por que especificamente isso? Porque o HIV acaba acarretando umas doenças é oportunistas né, tuberculose, enfim esses pacientes que ficam muito em estado muito grave vinham pra esse hospitalzinho era diferente, era próprio pra esse tipo de paciente com tratamento diferenciado, é, esse hospitalzinho acabou a alguns anos e que eu saiba não há outro referência pra esse tratamento então ficou, existe na saúde que eu saiba hoje, é exceto é saúde mental né, pra saúde mental existem dois, é pra saúde hoje eu sei que existem a UPA que funciona em Bangu e o hospital HA, que eu não lembro o nome dele mais a sigla é HA que é também um hospital de referência pra o sistema penitenciário que também é em Bangu (equipa médica 2).

Não, quando é grave assim eles fazem encaminhamento né! Passa pelo médico da unidade, quando ele tá né, e encaminha ele prum hospital lá em Bangu ou senão a gente mesmo encaminha quando não tem o médico (equipa médica 4).

Assim sendo, observou-se que após a constatação de gravidade, no ambulatório da unidade, o setor competente solicita transporte para que o preso seja transferido. Ressaltamos que tanto a UPA mencionada quanto o Hospital Penal há uma distância significativa entre eles, mas, mesmo assim, não tendo condições de tratar um paciente que tenha um quadro mais complexo, há a necessidade desse deslocamento como é destacado nos relatos:

Isso aí sem condição de ficar no presídio ou ele vai pra Bangu que é um, digamos assim, seria o pronto atendimento lá em Bangu, também não tem condição de dar suporte a nível secundário ou terciário ele dá o suporte a nível primário também, seria uma medicação de urgência, internação, uma cirurgia, uma cirurgia de maior porte é patologias de maior complexidade, um laboratório que necessite de um laboratório de maior complexidade Bangu

também não consegue... aí tem que ser no sistema público mesmo extra muros (equipa médica 3).

Passando a terceira categoria sobre a **Equipa Multidisciplinar de Saúde do Presídio** e a percepção dos próprios sobre o atendimento médico praticado naquele Instituto Penal, fica visível em algumas respostas um certo descaso ao descreverem algumas situações enfrentadas pelos detentos, descaso esse, talvez em função do histórico dos crimes cometidos pelos reclusos. Nesse quesito, a maioria dos participantes relatou que as doenças físicas são as mais enfrentadas pelos presos e que as doenças mentais são as que mais afligem os internos, muitas vezes pelo facto do encarceramento.

Tuberculose, é uma época por exemplo é assim os presos vieram de Bangu lá do Vicente Piragibe, eram mais de três mil presos confinados então muita tuberculose, vinham pra cá tivemos um aumento muito grande de tuberculose tivemos surto de sarna os presos vieram com sarna mais hoje meu maior problema é só tuberculose mesmo, aqui como é uma cadeia aberta ele tá todo dia andando joga futebol é mínimo o índice de ansiedade mais tem, o preso que vai pro isolamento que vai pra parte disciplinar ele vai cumprir o isolamento tem uns que não aguenta começa a dar alteração começa a dar uns tique lá, mais não é que esteja com problema mental, mas, que naquele momento que ele tá ali confinado ele tem alguma alteração sim (agente penitenciário 3).

Eles tomam, eles tomam psicotrópicos eles tomam remédio de pressão, escabiose eles têm muita, muita, muita quase todos, por que é por contato né, contato e higiene, mesma roupa de cama tendeu? A maior parte... problema respiratório também têm muito, mais escabiose é bem mais (equipa médica 5).

Bom, ãã dependência de droga, hanseníase, tuberculose, que mais...dermatites das mais diversas é o que a gente lida no dia a dia (agente penitenciário 1).

Uma questão que chamou a atenção da pesquisadora na entrevista foi o facto de alguns participantes (3), apontarem a dependência química como um dos maiores

problemas de saúde dentro do presídio, inclusive com a menção de detentos que não tinham histórico com drogas e passaram a usar dentro da instituição, como fuga da realidade do cárcere. Destacamos o relato do participante equipa médica 01, transcrito abaixo.

Então, saúde física é tuberculose, escabiose né, que é o que tem bastante, alguns com HIV é não sei se tem mais até porque não se tem mais aqueles exames que tinham na porta de entrada né onde descobria sífilis, descobria hepatite c, hepatite b, descobria uma série de coisas né e não tem mais então a gente não tem noção hepatite b e hepatite c ela é silenciosa na maior parte dos casos, sífilis ela tem sintomas que somem e voltam né então você não sabe direito... A saúde mental é ansiedade é o grande problema e a dependência química, né, alguns casos de depressão, alguns casos as pessoas deprimem e o uso de drogas às vezes é até uma forma, né... semana retrasada um interno foi até no dia do projeto vida, que eu falei que tem né, um interno no grupo pediu ajuda que era redução de danos o tema aí ele pediu ajuda, porque ele queria parar de usar droga que ele não usava droga, ele passou a usar droga no sistema por conta de depressão, né, então até tô acompanhando ele, eu disse que acompanharia tal, então tem isso e tem pessoas com esquizofrenia, tem pessoas surtando porque surtam mesmo eles surtam por conta do encarceramento... (equipa médica 1).

Praticamente todos concordam que os serviços ambulatoriais ofertados no presídio são extremamente básicos, apenas 2 participantes da equipa médica e 1 agente mostraram ter algum conhecimento mais seguro sobre o assunto,

Não, olha bem, em relação é em relação as DSTs, aids, isso aí é um programa nacional, onde ele for para onde for no Brasil ele chegando lá ele já está cadastrado já tem todo esse controle, então é a nível de brasil inteiro, tuberculose também né então onde ele chegar num posto de saúde ele diz que começou o tratamento de tuberculose dentro do sistema carcerário, agora eu fui solto e tenho que continuar aqui fora, isso é facultado, ele é orientado também antes de sair (equipa médica 3).

Acredito que para, por aqui ser um serviço público seria algo automático a continuidade dele no SUS. Ele pode acessar como qualquer cidadão, ele vai pra liberdade ele passa a ser um cidadão novamente né. Se ele sabe? É não...eu acredito que sim até por que normalmente quando ele ganha a liberdade, tanto ou por através do conselho penitenciário dependendo da liberdade que ele tá tendo, não é simplesmente uma liberdade pode ser por indulto ou seja lá qual for ele tem ou um oficial ou um conselheiro penitenciário que passa uma série de coisas, dá uma palestra na verdade, o que ele pode, o que ele não pode quando tem restrição à liberdade dele, quando não tem, então acredito que ali possa ser mencionado algo assim até mesmo se for uma dúvida dele (Agente Penitenciário 4).

Já na percepção dos outros 6 participantes, não saberiam informar nada concreto sobre o assunto que envolve a dependência química, como verifica-se:

É como eu falei numa resposta anterior sobre o egresso né, eu não tenho informações se há um tratamento se há um braço aí da.., um programa um plano da secretaria de administração penitenciária ou se esse prontuário médico passa pra rede pública, passa pra secretaria de saúde pra que ele vá ao posto de saúde, acredito que se ele for ao posto de saúde e informar talvez ele vá ter essa continuidade, eu posso dizer por questões pessoais por questões de família, eu tenho um membro na família que trabalha com combate a hanseníase e eu sei que quando ela tem algum paciente que no caso vá preso esse prontuário médico é entregue ao setor da SEAP pra que dê continuidade, porque essa continuidade no posto de saúde ela é interrompida, interrompida por que? Por óbito por alguma coisa? Não, interrompida porque ele foi preso então é remetido isso pra administração penitenciária, agora se o contrário acontece eu não sei precisar se quando ele sai daqui isso é jogado no posto de saúde, se quando ele vai ao posto de saúde ele informa que começou o tratamento de tuberculose aqui se eles vêm buscar essa informação não sei precisar, acredito que ele venha a saber o que fazer por causa de UPA ou então alguém informar que ele pode ir no posto de saúde né pra dar continuidade (Agente Penitenciário 2).

As dificuldades enfrentadas pela equipa médica são inúmeras e vão desde falta de recursos materiais, falta de profissionais, falta de medicamentos, a falta de instrumentos para exame, dificuldade na logística para deslocamento de presos doentes e tantos outros. Percebe-se também intensa insatisfação com os salários recebidos e, com isso, a falta de estímulo. Os 9 participantes, quando perguntados sobre os desafios enfrentados, todos apontaram as mesmas dificuldades,

Falta de medicamento, falta de material, falta de insumo, falta de todas as coisas que a gente precisa eu tenho aqui basicamente um estetoscópio né, nem um aparelho de pressão eu tenho então as vezes eu trago de casa pra poder fazer um, até pra você fazer um exame físico completo num paciente fica difícil porque as vezes não tem gaze pra curativo (equipa médica 3).

Ah é com certeza é recurso né, muita das vezes falta de remédio, recurso quando eu falo é no geral sabe, é material pro manuseio e isso fica variando muito já acompanhei unidades que não tinham problema com estoque de remédios e já vi unidades bastante precárias, mais isso por ingestão direta do governo sabe... é .. a demanda aqui ela é pedida agora...tem que ser atendida...acredito que...não sei como funciona a área de saúde fora do presídio né, não sei se aqui eles mandam alguma coisa, segue com verba diferenciada através do FUESP, se tem que vir isso, se eles podem, vamos dizer, tirar, dividir da saúde pública lá fora com aqui pra dentro então a maior dificuldade é recurso, recurso tanto pro manuseio do dia a dia, talvez pra fazer um curativo alguma coisa assim e os remédios mais simples, as vezes o cara fica só com os remédios simples pra cuidar de um monte de coisas né e nem sempre dipirona resolve tudo né? Pomadas que eles têm muito problemas de micoses, são coisas que poderiam ser resolvidas aqui de forma simples (agente penitenciário 2).

Agora principalmente falta de recurso é... assim se você tá falando especificamente saúde assim falta medicamento, falta... e falta profissionais, agora tem uma portaria que a equipe de saúde vai, a equipe do ambulatório vai poder te explicar melhor porque eles que me falaram tem uma portaria que determina que o enfermeiro e o técnico de enfermagem não podem dar nenhum

tipo de medicação sem prescrição médica, numa unidade onde o médico não é algo presente assim o tempo todo, então assim nem um analgésico eles podem fornecer se não tiver prescrito isso é isso é uma questão que é gerada por falta de profissionais, porque isso seria ótimo se tivesse um médico todos os dias, a questão toda assim é se existisse um médico todos os dias perfeito né porque realmente ninguém pode fazer esse trabalho que é do saber médico agora considerando que na unidade não tenha, lidar com isso, isso é a realidade de hoje mais a realidade de sempre é: mesmo prescrito as vezes não tem aquela medicação que se estabelece (equipa médica 2).

Ainda na subcategoria de perfil da equipa técnica, destacamos que garantir a saúde dos cidadãos privados de liberdade é dever do Estado. No Brasil e no Rio de Janeiro esse é um assunto debatido com frequência, porém, sem nenhuma efetivação em políticas públicas. Ao pensar que o PNSSP foi criado justamente com a finalidade de implementar políticas públicas no sistema prisional, questionamos a falta de gestão dos recursos que deveriam ser investidos nisso, bem como uma fiscalização maior por parte dos entes federais. Nessa questão, 4 participantes da equipa médica responderam que desconhecem qualquer política pública hoje no sistema prisional, 1 disse que havia se referindo a campanhas de vacinação, quanto aos agentes, 1 disse que havia, contudo, não soube descrevê-la e os outros (4) disseram que no presídio há tanta política pública quanto no meio livre, fazendo uma comparação ao facto de não haver política pública nem para as pessoas que não se encontram presas. Vejamos alguns breves relatos,

Não. Havia isso, havia hospitais, havia né medicação, havia profissionais e tudo se perdeu muita dificuldade os internos têm, por conta né de política.... desinteresse total (equipa médica 1).

Eu não vejo nada de diferente do que é ofertado lá fora entendeu se...voltado pro sistema penitenciário eu não vejo, vejo assim quando é feito pra população eles acabam replicando aqui dentro (agente penitenciário 4).

Dentre as dificuldades da equipa, foi listada a falta de profissionais que atendam à demanda de saúde do presídio.

Cê fala geral né? Cê quer o ideal ou a real? Aqui tem no tem uma psicóloga, uma assistente social, enfermagem se eu não me engano técnico de enfermagem tem 3 se eu não me engano é tem um enfermeiro né, chefe, já não sei mais se tem dentista, porque tinha mais não sei se tem mais que eu não tenho visto exatamente e parece que agora tem um médico que ficou um tempão sem médico né e aquilo que já falei como era antes né que tinha uma equipe muito maior (equipa médica 1).

É muito confuso assim né, saúde de uma maneira ampla aqui dentro nós temos profissionais de saúde de uma maneira ampla, assistente social, psicólogo e enfermeiro e técnico de enfermagem existe um médico que é atende aqui e acho que em outras unidades também ele não é fixo aqui no.....de uma maneira ampla, no ambulatório só enfermeiro e técnico de enfermagem e esse médico itinerante (equipa médica 2).

Ah com material né, medicação também que agora tá precária né custa mandar as vezes até tem hipertenso aí não tem medicações adequada pra eles tomar... (equipa médica 4).

Infelizmente, esse número reduzido de profissionais faz com que o atendimento esteja distante do ideal. Esse cenário foi percebido por todos os participantes que reclamaram de certo modo da ausência de algum profissional da equipa multidisciplinar de saúde, reforçando assim os desafios que enfrentam no dia a dia para atender à demanda do sistema carcerário. Vale ressaltar, também, o facto dos profissionais da equipa de saúde não se interessarem em aprofundar-se sobre outras temáticas, bem como o seu envolvimento com a situação em que vivenciam, a ausência de recursos financeiros para projetos e a busca de melhorias da saúde no Instituto Penal. Não foi possível perceber no processo da coleta dos dados nenhuma manifestação sobre o que fazer e como fazer para mudar a realidade dessas pessoas encarceradas.

Discussão dos Resultados

Em relação à **Categoria Gestão Pública da Saúde nos Presídios**, o primeiro objetivo específico: identificar as parcerias intersetoriais na promoção da qualidade da saúde dos presos, as percepções que os participantes tinham sobre os recursos adquiridos para a saúde é que vem tanto do governo federal e estadual, quanto das parcerias intersetoriais para a promoção da saúde dos presos, advindos de políticas públicas, da iniciativa privada, e a gestão dos recursos públicos é feita pelo governo federal, estadual e os presídios, quando buscam uma assistência mais eficaz.

Contudo, quando foram perguntados pela gestão dos recursos, a maioria dos participantes disseram não existir esse controle por parte dos gestores.

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Carcerário (2005, p.14) já prevê em suas “diretrizes estratégicas proporcionar o estabelecimento de parcerias por meio do desenvolvimento de ações intersetoriais”; isso comprova a busca por parceiros que queiram contribuir com o Sistema Carcerário. Esse plano se encontra implementado desde o seu surgimento, embora os participantes desse Instituto Penal ou não conhecem esse programa ou não acreditam na sua implementação, há nesse questionamento, a necessidade de aprofundarem sobre este instituto.

No que se refere à **Categoria de Saúde dos Reclusos**, o segundo objetivo: verificar como ocorre o sistema de informação sobre o serviço de atenção à saúde no Sistema Penitenciário. Os participantes relataram que as informações partem do Ministério da Saúde, contudo, desconheciam a implantação do Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário. Em todas as respostas foi possível perceber que o PNSS - Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário - é ignorado pela equipa, eles ainda questionaram se de facto foi implantado mesmo, ou seja, como não há fiscalização, como se dá a sua efetivação, de facto? Demonstrem, pois, a fragilidade do controle do Governo Federal e Estadual.

O que se sabe, todavia, sobre o surgimento do Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário, foi a adesão por parte dos Estados, os quais, ao aderirem a ele,

viesses implementar todas as políticas relacionadas à saúde e à prevenção de doenças no contexto prisional.

Diante disso, quando se fala em prevenção de doenças, essa é feita por meio dos atendimentos ambulatoriais e da demanda de cada recluso; tal facto se dá pela ausência de estrutura do Sistema Carcerário.

Os participantes relataram a existência das garantias constitucionais vigentes e, em consonância à Constituição Federal de 1988, em seu art.5, há as mesmas garantias na LEP – Lei de Execução Penal - o que demonstra a busca por uma qualidade nos atendimentos feitos aos reclusos, contudo, o relato não significa que essas garantias constitucionais sejam efetivamente contempladas.

Acerca dos atendimentos emergenciais dos reclusos, esses são encaminhados ao Hospital Penal ou para uma Unidade de Pronto Atendimento – UPA, que se encontra próximo ao presídio, evidenciando novamente a falta de estrutura de atendimento e prevenção à saúde, dentro do Sistema Carcerário.

Minayo e Ribeiro (2016, p.4) relatam “que as questões problemáticas dos cárceres do Estado do Rio de Janeiro e do país não começam dentro deles, iniciam-se fora e continuam quando os presos são libertados. O “dentro” e o “fora”, nesse caso estão intrinsecamente interligados e refletem as contradições sociais”. Isso reforça a o que alguns participantes relataram sobre a não existência de um acompanhamento de saúde quando os reclusos se encontram em liberdade.

No que diz respeito ao terceiro objetivo específico: **Identificar as principais doenças enfrentadas pelos detentos e a forma do seu tratamento dentro do presídio**, a maioria dos participantes relatou as doenças físicas, tais como: gripe, tuberculose, DST e HIV; esses profissionais lidam diariamente com essa realidade em que envolve desde as doenças rotineiras a doenças crônicas e infectocontagiosas.

O próprio governo reconhece a gravidade das doenças crônicas, principalmente, as infectocontagiosas, tais como as tuberculoses, as DST e a HIV/Aids, as hepatites e a

hanseníase, e a busca pelo seu tratamento faz parte das ações de políticas públicas oferecidas pelo governo (Brasil, 2010).

Contudo, as doenças mentais não deixaram de ser mencionadas pelos participantes, que vem nos reclusos uma dificuldade de aceitação de sua condenação. Segundo Roig e Estrada (2017, p.79) “(...) a assistência à saúde do preso e do internado possui caráter preventivo e curativo, compreendendo os atendimentos médico, farmacêutico e odontológico (LEP art. 14), embora se saiba que a vocação do sistema penitenciário não é e nunca foi a cura médica”, contudo, mesmo não se objetivando a cura, o Estado possui a tutela dos reclusos e deve prover da melhor forma a saúde de todos os encarcerados, o que de facto demonstra não existir por completo, em relação ao que a maioria diz. Conclui-se ser uma saúde regular.

Em relação à última **Categoria: Equipa multidisciplinar de saúde no presídio**, o quarto objetivo específico é verificar como funciona a assistência à saúde dos presos. O que se verifica nas respostas da maioria dos participantes é que em muitas penitenciárias não há um protocolo para o atendimento dos reclusos, o que inviabiliza uma contabilidade dos serviços prestados a eles. O sistema de identificação apontado pela maioria dos participantes, traz a figura do inspetor ou agente como aquele que providencia o primeiro atendimento.

A Lei de Execuções Penais de 1984 e a Constituição Federal de 1988 já indicavam, mesmo que de forma não integralista, a maneira como deveria se dar a assistência à saúde dos presos. Em 2003, após implantação do SUS e criação do PNSSP, modificou-se muito, inclusive a visão do trabalho dos profissionais de saúde que passaram a atuar em equipas multidisciplinares dentro das unidades prisionais. (Silva, 2015).

Segundo Guimarães e Pignatari (2017) os recursos que mantêm os presídios no país vêm de um Fundo criado há mais de 20 anos, a partir da lei complementar 79/1994. O Fundo Penitenciário Nacional (FunPen) que integra o orçamento fiscal da União, surge com o intuito de financiar toda a estrutura penitenciária e trazer melhorias para o

sistema penitenciário. A sua receita vem de recursos ordinários e de custas judiciais, bens confiscados em favor da União e de remuneração de aplicações do governo.

Como discorrido anteriormente, os recursos externos a que Guimarães e Pignatari (2017) se referem, vêm de bens confiscados pela União. E toda forma de doação pode ser analisada a partir da lei complementar 79/1994.

Por se tratar de uma prática cotidiana, a maioria dos participantes conhece como funciona o processo de atendimento dos reclusos, mesmo porque, toda forma de atendimento atende ao protocolo nacional do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, do Ministério de Saúde, 2005.

Segundo o governo federal, a competência da saúde dos presos cabe ao Ministério da Saúde, cujo órgão é a PNAISP. A gestão e a gerência são definidas após um pacto entre o governo federal e os governos estaduais. Assim, “cada unidade federada e entre gestores Estaduais de Saúde e de Justiça e gestores Municipais de Saúde. No caso de as Secretarias Municipais de Saúde assumirem a referida gestão e/ou gerência, deverá constar no Plano Operativo Estadual a devida aprovação do Conselho Municipal de Saúde” (Brasil, Portaria M.S./M.J. n° 01/14, p. 11).

E, enfim, o último objetivo específico: identificar quais são os desafios que a equipa de saúde enfrenta na rotina presidiária. Foi possível verificar que a falta de medicamentos e insumos, de profissionais da área médica, de transporte para os casos emergenciais e de políticas públicas, inclusive, voltadas para a melhoria dos atendimentos e a sua fiscalização, não contribuem para a realidade enfrentada no cotidiano por esses profissionais.

Diante disso, Minayo e Ribeiro (2016) em sua pesquisa mostraram que a falta de ambulâncias está muito mais ligada a segurança pública, porém, os insumos e os recursos, dependem exclusivamente do Governo Federal.

CONCLUSÃO

Neste capítulo serão apresentadas as conclusões dessa investigação, as limitações que foram encontradas e as recomendações finais, tendo como objetivo principal analisar as necessidades de saúde da população condenada a uma pena privativa de liberdade, sob o ponto de vista dos profissionais da saúde no Sistema Carcerário. Diante desse questionamento, foi possível perceber que, embora haja um Plano Nacional de Saúde do Sistema Carcerário, esse não se faz presente nas atividades desenvolvidas pela equipe médica desse instituto, mesmo sendo esse programa, aplicado em outras unidades.

Foi possível concluir ao longo da investigação que a saúde no sistema carcerário ainda se encontra em um estado de precariedade. Muitos são os problemas que a equipe multidisciplinar enfrenta no seu cotidiano, como falta de pessoal, medicamentos e insumos para a prevenção e o tratamento das doenças. Contudo, os profissionais se mostraram otimistas quanto ao trabalho que realizam.

Não nos resta dúvida que o aumento da população carcerária influencia diretamente na saúde deles, tendo em vista que o fator de infraestrutura, pode como foi evidenciado ao longo das respostas, corroborar com o surgimento de muitas doenças.

Os objetivos específicos elencados na investigação foram todos contemplados e o estudo qualitativo, através da entrevista por intermédio da aplicação de um questionário, proporcionou aos participantes uma certa liberdade em suas respostas. Foram descritos pelos participantes todo o processo de funcionamento da gestão pública da saúde nos presídios; a saúde dos reclusos e a atividade da equipe multidisciplinar da saúde que incluem nessa categoria, a percepção sobre os atendimentos realizados, os tipos de atendimentos (básico, intensivo e continuado) e a percepção dos desafios que eles enfrentam em seu cotidiano.

A presente dissertação, constitui em um estudo sobre a saúde dos detentos no sistema carcerário, com base na percepção de agentes penitenciários e de uma equipe

médica que estão diretamente ligados a prevenção e aos tratamentos realizados dentro e fora dos institutos penitenciários.

Finalmente, cabe ressaltar que, durante o estudo, embora tenha presenciado nos relatos e in loco as dificuldades enfrentadas pela equipa multidisciplinar de saúde, todos se mostraram dispostos a contribuir realizando suas funções sempre com profissionalismo apesar dos obstáculos enfrentados diariamente.

Há, nesse sentido, uma busca de alternativas para dar condição de melhoria ao atendimento, como foi inclusive, relatado por um dos inquiridos sobre os mutirões de combate às epidemias, ou campanhas para a saúde, instituídas para complementar os atendimentos de enorme demanda.

O facto de muitos profissionais da equipa multidisciplinar da saúde não conhecerem os institutos jurídicos que versam sobre os direitos dos reclusos, em especial, o Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário, fez com que fosse repensado o processo de comunicação entre os gestores da saúde e os profissionais que atuam diretamente no presídio. Em suma, percebe-se ainda um longo caminho a ser percorrido pelos gestores da saúde nos presídios, principalmente no que diz respeito à formação continuada de seus profissionais e a busca efetiva da real implementação do Plano de Saúde no Instituto Penal investigado.

Diante disso, a presente dissertação constituiu uma fonte de enriquecimento científico no que tange a temática que versa a saúde, sendo assim, de extrema importância para a sociedade, sendo ela um espelho da realidade e da necessidade de inclusão e políticas públicas nesta seara.

No que diz respeito às limitações da investigação, a quantidade dos participantes foi uma delas. Infelizmente nem todos os agentes penitenciários se colocaram a disposição para contribuir com a pesquisa, enquanto o grupo da equipa médica apenas um representante que não participou.

E, para aqueles que conheciam, foi possível perceber que não há uma credibilidade a esse Plano do governo federal. Outra limitação que foi percebida, envolve o receio de responderem a certas perguntas e a não complementação de suas respostas, quando havia essa necessidade.

Essa temática tem se tornado atual no contexto em que estamos inseridos, contexto esse que busca a todo momento os direitos inerentes a pessoa humana. Temos vivenciado muitos casos de intolerância e de discurso de ódio, principalmente, quando há a inserção das novas tecnologias e essa pesquisa, que visa a valorização da saúde dos reclusos necessitaria ser replicada aos demais estados que compõem a República Federativa do Brasil.

Como recomendações, esse estudo poderá contribuir com a formação de profissionais da área de saúde que pretendem trabalhar no Sistema Penitenciário, bem como a todas as pessoas que buscam direta ou indiretamente contribuir com a melhoria de vida dos reclusos do Sistema Penitenciário brasileiro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albergaria, J. (1993). *Manual de direito penitenciário*. Rio de Janeiro, Aide Ed.
- Andrade, U.S. e Ferreira, F.F.F. (2015). Crise no Sistema Penitenciário Brasileiro: Capitalismo, desigualdade social e prisão. Salvador, *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*. pp.7-12.
- Araújo, F.A.F.M de, Nakano, T.C. e Gouveia, M.L.A. (2009). Prevalência de depressão e ansiedade em detentos. *Avaliação Psicológica*, 8(3), 381-390. [Em linha]. Disponível em:<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712009000300010&lng=pt&tlng=pt>.[Consultado em: 20/02/2019].
- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo*. São Paulo, Edições 70.
- Batista, M. de A.; Araújo, J. L. de e Nascimento, E. G. C. do. (2019). Assistência à saúde das pessoas privadas de liberdade provisória: análise da efetividade do plano nacional de saúde do sistema penitenciário. *Revista Arq. Ciencias. Saúde UNIPAR*, Umuarama, v. 23, n. 1, p, 71-80.
- Beccaria, C. 1738-1793 (2014). *Dos delitos e das penas*. São Paulo, Edição eletrônica: Ed. Ridendo Castigat Mores.
- Brasil (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, Senado. [Em linha]. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>.[Consultado em: 01/06/2019].
- Brasil (2016). *Conselho Nacional de Justiça. Regras de Mandela: Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de Presos*. Conselho Nacional de Justiça, Departamento de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do

Sistema de Execução de Medidas Socioeducativas, Conselho Nacional de Justiça
– 1. Ed., Brasília, Conselho Nacional de Justiça.

Biblioteca Pública Nacional (2018). *A Província Fluminense: Administração provincial no tempo do Império do Brasil*. Rio de Janeiro, Arquivo Público do Estado do Rio de Janeiro.

Boschi, J.A.P. (2014) *Das Penas e Seus Critérios de Aplicação*. 7.ed, Porto Alegre, Livraria do Advogado.

Coelho, M.T.A.D. A saúde mental de infratores presos numa unidade prisional da cidade do Salvador. In: Coelho, M.T.Á.D., and Carvalho Filho, M.J., orgs. *Prisões numa abordagem interdisciplinar*. Salvador, EDUFBA, pp. 131-144. [Em linha]. Disponível em:< <http://books.scielo.org/id/7mkg8/epub/coelho-9788523217358>>. [Consultado em: 10/02/2019].

Constantino, P.A., Pinto, S.G. e Wernersbach, L. (2016). O impacto da prisão na saúde mental dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 7, pp. 2089-2100. [Em linha]. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015217.01222016>>. [Consultado em: 15/02/2019].

Creswell, J. W. (2010). *Projeto de Pesquisa: métodos qualitativos, quantitativos e misto*. Porto Alegre, Artmed.

CNJ (2017). *Relatório de Gestão: Supervisão do Departamento de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Execução de Medidas Socioeducativas*. Brasília, DMF. [Em linha]. Disponível em:< www.cnj.jus.br>. [Consultado em: 18/08/2018].

CNJ (2018). *Tratamento de saúde humanizado nos presídios de Roraima*. [Em linha]. Disponível em:< <http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/87725-tratamento-de-saude-humanizado-nos-presidios-de-roraima>>. [Consultado em: 27/05/19].

DEPEN (2018). Campanha Nacional de Combate à Tuberculose no Sistema Prisional. [Em linha]. Disponível em:<<http://depen.gov.br/DEPEN/noticias-1/noticias/tuberculose-e-populacao-privada-de-liberdade-ppl>>. [Consultado em: 28/05/19].

Diwana V. et al. (2008) Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro, Brasil. [Em linha]. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008000800017&script=sci_abstract&tlng=pt>. [Consultado em: 10/04/2019].

Dias, M.S.A. (2016). Política Nacional de Promoção da Saúde: um estudo de avaliabilidade em uma região de saúde no Brasil. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 23(1):103-114. [Em linha] Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n1/1413-8123-csc-23-01-0103.pdf>>.[Consultado em: 20/08/2018]

Dropa, R.F. (2018). Direitos Humanos no Brasil: a exclusão dos detentos. *Revista Âmbito Jurídico*. São Paulo. [Em linha]. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=3874>. [Consultado em: 18 /08/2018]

Engbruch, W.e Santis, B.M.D. (2012). A evolução histórica do sistema prisional e a Penitenciária do Estado de São Paulo. *Revista Liberdades*. [Em linha]. Disponível em:< http://www.ibccrim.org.br/revista_liberdades_artigo/145-HISTORIA>. [Consultado em: 26/10/2018]

Foucault, M (1987). *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Tradução de Raquel Ramalhete. Petrópolis, Vozes.

Gerhardt, T.E. e Silveira, D.T. (2009). Métodos de Pesquisa. 1ª Ed. Porto Alegre: Ed. UFRGS.

Gois, S.M. et al (2012). Para além das grades e punições: uma revisão sistemática sobre a saúde penitenciária.

Guimaraes, R.L. e Pignatari, L.T. (2017). *O Fundo Penitenciário Nacional (FunPen) e o financiamento do sistema prisional*. Revista Migalhas. [Em linha]. Disponível em:<<https://www.migalhas.com.br/dePeso/16,MI266838,81042-O+Fundo+Penitenciario+Nacional+FunPen+e+o+financiamento+do+sistema>>. [Consultado em: 03/03/2019].

INFOPEN (2017). *Levantamento nacional de informações penitenciárias*. Org. Santos, Thandara. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública.

Julião, E. F., (2012). Sistema Penitenciário Brasileiro: A Educação e o Trabalho na Política de Execução Penal. 1 ed. Rio de Janeiro, Editora de Petrus.

Justiça e Segurança Pública. [Em linha]. Disponível em:<<https://www.justica.gov.br/news/mj-divulgara-novo-relatorio-do-infopen/relatorio-depen-versao-web.pdf>>. [Consultado em: 29/05/19].

Lakatos, E.M. e Marconi, M.A.M.(2016). *Fundamentos de metodologia científica*. 7 ed. São Paulo, Atlas.

Leal, M.C. (2001). Violência extra e intramuros. *Rev. bras. Ci. Soc.*, vol.16, n.45, pp.145-164. ISSN 0102-6909. [Em linha]. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69092001000100008>>. [Consultado em: 29/08/2018]

Lermen, H.S. et al. (2015). Saúde no cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 25, n. 3 [Acessado 31 Maio 2019], pp. 905-924. [Em linha]. Disponível em:<<https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000300012>>. [Consultado em: 10/06/2019].

Marques, O.H.D.(2016). *Fundamentos da pena*. 3 ed. São Paulo: WMF Martins Fontes.

MEPCT (2019). Mecanismos estadual de prevenção e combate a tortura do Rio de Janeiro. [Em linha]. Disponível em:<<http://mecanismorj.com.br/relatorios/>>. [Consultado em: 28/05/19].

Minayo, M.C.S e Ribeiro, A.P. (2016).Condições de saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. Rio de Janeiro, *Revista Ciênc. saúde coletiva*, vol.21, n.7, pp.2031-2040.[Em linha]. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000702031&script=sci_abstract&tlng=pt>.[Consultado em: 03/02/2019].

Minayo, M.C.S. e Constantino, R. (2016). *Deserdados sociais: condições de vida e saúde dos presos do Estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro, Editora FHC.

Nucci, G.d.S. (2016). *Direitos humanos versus segurança pública*. Rio de Janeiro, Forense.

Ramos, A.D.C. (2017). *Curso de direitos humanos*. 4.ed. São Paulo, Saraiva.

Reis, C.B.e Bernardes, E.B. (2011). *O que acontece atrás das grades: estratégias de prevenção desenvolvidas nas delegacias civis contra HIV/AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis*. [Em linha]. Disponível em:< <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000800032>>. [Consultado em: 29/05/19].

Roig, R.D.E. (2018) *Execução penal: teoria crítica*. 4. ed. São Paulo, Saraiva Educação.

Sabadell, A.L. (2009) Algumas reflexões sobre as funções da prisão na atualidade e o imperativo da segurança. IN: Oliveira, R.T. e Mattos, V. *Estudos de Execução criminal: Direito e Psicologia*. Tribunal de Justiça: Belo Horizonte.

- Sampieri, R. H.; Collado, C. F. e Lucio, M. d. P. B. (2013) *Metodologia de Pesquisa*. 5. ed. Porto Alegre, Penso.
- Sanchez, A.R. et al. (2007). A tuberculose nas prisões do Rio de Janeiro, Brasil: uma urgência de saúde pública. *Cad. Saúde Pública*, vol.23, n.3, pp.545-552.
- Sarlet, I.W. (2006). *Dignidade da Pessoa Humana e Direitos Fundamentais*. 4.ed, Porto Alegre, Livraria do Advogado.
- Sarlet, I.W. (2015). *A Eficácia dos Direitos Fundamentais: Uma Teoria Geral dos Direitos Fundamentais na Perspectiva Constitucional*. 13.ed, Porto Alegre, Livraria do Advogado.
- Silva, M. (2015). *Saúde penitenciária no Brasil: plano e política*. Brasília: Verbena.
- Silva, T.A.G. (2011). Preso e o Direito Fundamental à Saúde. *Revista Conteúdo Jurídico*. [Em linha]. Disponível em:<<http://www.conteudojuridico.com.br/artigo,o-presos-e-o-direito-fundamental-a-saude,31019.html>>.[Consultado em:17/08/2018].
- Soares, M.M. e Bueno, P.M.M.G. (2016). Demografia, vulnerabilidades e direito à saúde da população prisional brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 7 [Acessado 3 Junho 2019] , pp. 1999-2010. [Em linha]. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015217.24102015>>. [Consultado em: 10/06/2019].
- Unesco (1948). *Declaração Universal dos Direitos Humanos. Adotada e proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas (resolução 217 A III) em 10 de dezembro 1948*. [Em linha]. Disponível em : <https://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10133.htm>. [Consultado em: 16/08/2018].

Vasconcelos, E.D.S; Queiroz, R.F.D.F.; Calixto, G.A.D.M. A precariedade no sistema penitenciário brasileiro – violação dos direitos humanos. *Revista Âmbito Jurídico*, Rio Grande, XIV, n. 92, set 2011. [Em linha]. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/?artigo_id=10363&n_link=revista_artigos_leitura>. [Consultado em: 16/08/2018].

Zaffaroni, E.R. et al. (2003). *Direito Penal Brasileiro: primeiro volume*. 2. ed. Rio de Janeiro, Renavan.

Zaffaroni, E. R. (2015). *Manual de direito penal brasileiro: parte geral*. 11 ed. *Revista dos Tribunais*, São Paulo.

ANEXOS

Anexo 01 – Parecer da Comissão de Ética Da UFP



Universidade Fernando Pessoa
www.ufp.pt

com conhecimento à
chama e Orientadora).

[Handwritten signature]
26/07/2018

Exma. Senhora
Prof. Doutora Inês Gomes
Diretora da FCHS

Porto, 26 de Julho de 2018

Exma. Senhora Prof. Doutora,

A Comissão de Ética, depois de apreciado o projeto de investigação de Heloisa Helena Garrido Cardoso, intitulado "A saúde dos detentos no sistema penitenciário brasileiro: uma análise do Instituto Penal Edgard Costa na Cidade de Niterói --- RJ", realizado no âmbito do 2º ciclo de estudos em Criminologia, considera que não há nada a opor à realização do estudo.

Com os melhores cumprimentos.

A Presidente da
Comissão de Ética da UFP

[Handwritten signature: Susana Teixeira]
Susana Teixeira Magalhães



Fundação Ensino e Cultura "Fernando Pessoa"

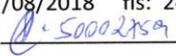
4816 362 875 661 - Rua General de Sá, 26 - 4100-048 Porto - Portugal

1817 0816 - II Faculdade de Ciências Humanas e Sociais | I Faculdade de Ciências e Tecnologia | Praça 9 de Abril, 345 - 4249-004 Porto-Portugal - T +351 22 557 1300 - F +351 22 558 6269 - geral@ufp.pt

Faculdade de Ciências da Saúde | II Escola Superior de Saúde | R. Carlos da Maia, 296 - 4130-108 Porto - Portugal - T +351 22 557 43 03 - F +351 22 557 48 07 - R. Jardim Maia, 134 - 4200-213 Porto - Portugal

T +351 22 539 6371 - geral@escolaporto.pt | UNIDADE de Póvoa de Lanhoso - Casa da Garfã - R. Conde de Balsemão - 4990-075 Póvoa de Lanhoso - Portugal - T +351 258 741 626 - F +351 258 741 412 - geral@escolaporto.pt

Anexo 02 - Autorização para a investigação

SERVIÇO PÚBLICO ESTADUAL
Processo E-21/087.100035/2018
Data: 17/08/2018 fls: 24
Rubrica: 



Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado de Administração Penitenciária
Subsecretaria Adjunta de Gestão Operacional

De: SEAP-OP

Para: SEAP-SG

Em seguimento para deliberação, informando que este Subsecretário Adjunto não se opõe ao prosseguimento da referida pesquisa no que tange **Saúde dos Detentos no Sistema Penitenciário Brasileiro: Uma Análise do Instituto Penal Edgard. Costa na Cidade de Niteroi-RJ**. Ratificando a proibição de utilização de equipamentos eletrônicos (ex. máquinas fotográficas, gravadores e etc.), bem como, que, nas entrevistas realizadas, deverá ser velado o anonimato dos internos; vetada, ainda, a produção de documentos pertencentes à Unidade Prisional a ser pesquisada, que só poderão ser manuseados a título de consulta. Por derradeiro, solicitamos o encaminhamento a SEAP-EP para continuidade dos procedimentos.

Rio de Janeiro, 28 de agosto de 2018.


LEONAM LEÃO DE OLIVEIRA

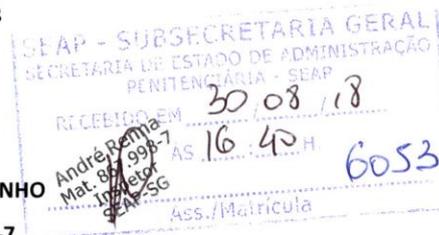
Subsecretário Adjunto de Gestão Operacional

ID: 1980036-3

De ordem

FÁBIO LUIS SOBRINHO

ID: 1995455-7



SEAP-OP End. Pça. Cristiano Ottoni, s/nº Ed. D. Pedro II, 5º andar Sala 508 Centro
Rio de Janeiro - RJ CEP: 20221-250 Tel. (2334-5182/2334-5192/Fax-2334-5189)

sob



Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado de Administração Penitenciária
Subsecretaria-Geral de Administração Penitenciária

| | |
|--------------------------|----------------------|
| SERVIÇO PÚBLICO ESTADUAL | |
| Processo Nº | E-21/087.100035/2018 |
| Data: | 17/08/18 Fls 25 |
| Rubrica | 20089368 |

Despacho 1524/2018

Ref.: E-21/087.100035/2018

À SEAP/GE

- 1- Havendo concordância da SEAP/EP e da SEAP/OP, esta Subsecretaria Geral não se opõe quanto à autorização da pesquisa acadêmica na Unidade **SEAP/EC**;
- 2- Todavia, a SEAP/EP deverá colher Termo de Compromisso da ilustre pesquisadora, onde se compromete a respeitar as condições retrocitadas pela Subsecretaria Adjunta de Gestão Operacional, devendo ser observado o despacho exarado às fls. 24;
- 3- Deverão ser tomadas as medidas de segurança de praxe e as regras em vigor para realização de pesquisa acadêmica nas Unidades Prisionais da SEAP/RJ;
- 4- Encaminhamento para adoção das medidas decorrentes.

Rio de Janeiro, 31 de agosto de 2018.

Sergio Simões Caldas
Subsecretário de Estado de Administração Penitenciária.
ID 2963614-0

Anexo 03 –Guião de Perguntas para a Entrevista

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

Aluna: Heloisa Helena Garrido Cardoso



**TEMA: A SAÚDE DOS DETENTOS NO SISTEMA PENITENCIÁRIO
BRASILEIRO: Uma análise do Instituto Penal do Estado do Rio de Janeiro**

Normas da Pesquisa Acadêmica

- 1) A presente pesquisa visa a fins unicamente acadêmicos, não sendo a mesma realizada para fins de pesquisa de mercado ou afins;
- 2) O participante deverá participar dessa pesquisa por livre e espontânea vontade. Qualquer tipo de coação, se descoberta posteriormente, invalidará automaticamente a mesma;
- 3) O resultado da pesquisa estará à disposição dos inquiridos para uma posterior consulta no centro acadêmico da referida instituição;

A SAÚDE DOS DETENTOS NO SISTEMA PENITENCIÁRIO BRASILEIRO: Uma
análise do Instituto Penal do Estado do Rio de Janeiro
(ENTREVISTA dirigido a equipa que trabalha no Sistema Carcerário)

PARTE I – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS INQUIRIDOS

Questão 01) Idade : _____

Questão 02) Género : _____

Questão 03) Tempo em que trabalha no Sistema Carcerário? _____

PARTE II – PESQUISA EMPÍRICA

Questão 01) Como ocorre a assistência à saúde dos presos? Existe algum protocolo de saúde?

Questão 02) De onde vem os recursos para os tratamentos e consultas dos presos?

Questão 03) Há parcerias por meio de ações intersetoriais para melhorar o atendimento clínico?

Questão 04) Como é feito os atendimentos no presídio?

Questão 05) Como se dá a gestão da saúde desses reclusos?

Questão 06) Como é constituído o grupo da equipa técnica de saúde?

Questão 07) Quais são os desafios que a equipa enfrenta no dia a dia?

Questão 08) Como ocorre o sistema de informação sobre o serviço de atenção à saúde no sistema carcerário e as condições de saúde de cada preso?

Questão 09) Você sabe como foi implantado o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário?

Questão 10) Há alguma política pública para a melhora dos atendimentos a saúde dos presos?

Questão 11) Existem algum programa de saúde para a prevenção de doenças nos presídios? (Drogas, doenças infetocontagiosas, doenças de transmissão sexual, hipertensão, diabetes, saúde mental, etc.)

Questão 12) Como é realizado o tratamento de doenças graves, ou doenças crônicas, doenças infectocontagiosas ou doenças terminais?

Questão 13) Como se encontra a saúde dos reclusos?

Questão 14) Quais são as principais doenças que os detentos enfrentam dentro do presídio? (saúde física, saúde mental)

Questão 15) Como são feitos os diagnósticos destas doenças?

Questão 16) Há adesão por meio dos reclusos em relação as doenças diagnosticadas?

Questão 17) Quais são os serviços de saúde mais utilizados no presídio e quais os menos utilizados?

Questão 18) Dentro dos serviços de saúde mais utilizados, esses correspondem às necessidades que os reclusos têm em relação a sua saúde?

Questão 19) Dentro dos serviços de saúde menos utilizados, quais são os motivos que os reclusos não os utilizam?

Questão 20) Os tratamentos oferecidos aos reclusos enquanto se encontram encarcerados, no ato de soltura eles terão acesso a continuidade do tratamento? Quais são os encaminhamentos feitos nesse sentido? (O indivíduo pode acessar esse serviço no meio livre? Sabe acessar? Acessa? Motivos?)

Questão 21) Os serviços de saúde ofertado dentro do presídio são disponíveis para a comunidade local?

Questão 22) São feitos trabalhos paralelos com os reclusos em relação ao estilo de vida e a sua saúde após a sua liberdade?

Questão 23) A equipa de saúde do presídio acompanha também a saúde familiar desses reclusos?

