



Pós-Graduação em

# Atenção Básica em Saúde da Família

## A Saúde da Família em Populações Carcerárias

### Módulo Optativo 3

#### **Organizadores:**

Leika Aparecida Ishiyama Geniole  
Vera Lúcia Kodjaoglanian  
Cristiano Costa Argemon Vieira



# A Saúde da Família em Populações Carcerárias

PRESIDENTE DA REPÚBLICA  
Dilma Rousseff

MINISTRO DE ESTADO DE SAÚDE  
Alexandre Padilha

SECRETÁRIO DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE  
Milton Arruda Martins

SECRETÁRIO-EXECUTIVO DO SISTEMA UNIVERSIDADE ABERTA  
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - UNA-SUS  
Francisco Eduardo de Campos

GOVERNADOR DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL  
André Puccinelli

SECRETÁRIA DE ESTADO DE SAÚDE  
Beatriz Figueiredo Dobashi

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL

REITORA  
Célia Maria Silva Correa Oliveira

VICE-REITOR  
João Ricardo Filgueiras Tognini

COORDENADORA DE EDUCAÇÃO ABERTA E A DISTÂNCIA - UFMS  
Angela Maria Zanon

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

PRESIDENTE  
Paulo Gadelha

VICE-PRESIDÊNCIA DE GESTÃO E DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL  
Pedro Ribeiro Barbosa

UNIDADE FIOCRUZ CERRADO PANTANAL  
Rivaldo Venâncio da Cunha

Obra aprovada pelo Conselho Editorial da UFMS - Resolução nº 25/11

CONSELHO EDITORIAL UFMS

Dercir Pedro de Oliveira (Presidente)  
Celina Aparecida Garcia de Souza Nascimento  
Claudete Cameschi de Souza  
Edgar Aparecido da Costa.  
Edgar Cézar Nolasco  
Elcia Esnarriaga de Arruda  
Gilberto Maia  
José Francisco Ferrari  
Maria Rita Marques  
Maria Tereza Ferreira Duenhas Monreal  
Rosana Cristina Zanelatto Santos  
Sonia Regina Jurado  
Ynes da Silva Felix

COLEGIADO GESTOR

SÉRIE



Cristiano Costa Argemon Vieira  
Gisela Maria A. de Oliveira  
Leika Aparecida Ishiyama Geniole  
Sílvia Helena Mendonça de Soares  
Vera Lucia Kodjaoglanian

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
(Coordenadoria de Biblioteca Central – UFMS, Campo Grande, MS, Brasil)

S255 A saúde da família em populações carcerárias / organizadores: Leika Aparecida Ishiyama Geniole, Vera Lúcia Kodjaoglanian, Cristiano Costa Argemon Vieira. – Campo Grande, MS : Ed. UFMS : Fiocruz Unidade Cerrado Pantanal, 2011. 54 p. : il. ; 30cm.

ISBN 978-85-7613-339-1

Material de apoio às atividades didáticas do curso de Pós-Graduação em Atenção Básica em Saúde da Família /CEAD/UFMS.

1. Política de Saúde. 2. Prisioneiros – Cuidados médicos. I. Geniole, Leika Aparecida Ishiyama. II. Kodhaoglanian, Vera Lúcia. III. Vieira, Cristiano Costa Argemon. IV. Fiocruz Unidade Cerrado Pantanal.

CDD (22) 362.1



# A Saúde da Família em Populações Carcerárias

Curso de Pós-Graduação  
em Atenção Básica  
em Saúde da Família

## **Organizadores:**

Leika Aparecida Ishiyama Geniole  
Vera Lúcia Kodjaoglanian  
Cristiano Costa Argemon Vieira



## **GOVERNO FEDERAL**

MINISTRO DE ESTADO DE SAÚDE  
Alexandre Padilha

SECRETÁRIO DE GESTÃO DO TRABALHO E DA  
EDUCAÇÃO NA SAÚDE  
Milton Arruda Martins

SECRETÁRIO-EXECUTIVO DO SISTEMA  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SISTEMA ÚNICO DE  
SAÚDE - UNA-SUS  
Francisco Eduardo De Campos

COORDENADOR DA UNIVERSIDADE ABERTA DO  
SUS - UNA-SUS  
Vinicius de Araújo Oliveira

## **FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**

PRESIDENTE DA FIOCRUZ  
Paulo Gadelha

VICE-PRESIDÊNCIA DE GESTÃO E  
DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL  
Pedro Ribeiro Barbosa

UNIDADE FIOCRUZ CERRADO PANTANAL  
Rivaldo Venâncio da Cunha

## **UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL**

REITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL/MS  
Célia Maria Silva Correa Oliveira

PRÓ-REITOR DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
Dercir Pedro de Oliveira

COORDENADORA DE EDUCAÇÃO ABERTA E A DISTÂNCIA  
Angela Maria Zanon

## **GOVERNO DE MATO GROSSO DO SUL**

GOVERNADOR DE ESTADO  
André Puccinelli

SECRETÁRIA DE ESTADO DE SAÚDE / MATO GROSSO DO SUL  
Beatriz Figueiredo Dobashi

## **PARCEIROS**

GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA DE CAMPO GRANDE

ASSOCIAÇÃO SUL-MATO-GROSSENSE DE MEDICINA DE  
FAMÍLIA E COMUNIDADE

### COLEGIADO GESTOR

CRISTIANO COSTA ARGEMON VIEIRA  
cargemon@gmail.com

GISELA MARIA A. DE OLIVEIRA  
giselamaria2007@hotmail.com

LEIKA APARECIDA ISHIYAMA GENIOLE  
leikageniole@terra.com.br

SILVIA HELENA MENDONÇA DE MORAES  
silvia.moraes@saude.ms.gov.br

VERA LUCIA KODJAOGLANIAN  
esc.fiocruz@saude.ms.gov.br

### ORIENTADORES DE APRENDIZAGEM

ALESSANDRO DIOGO DE CARLI  
alessandrodecarli@hotmail.com

CATIA CRISTINA MARTINS  
catitamartins@hotmail.com

JACINTA DE FÁTIMA P. MACHADO  
jacintamachado@hotmail.com

KARINE CAVALCANTE DA COSTA  
kdcosta@uol.com.br

MARA LISIANE MORAES SANTOS  
maralisi@globo.com

VALÉRIA RODRIGUES DE LACERDA  
val99@terra.com.br

### EQUIPE TÉCNICA

DANIELI SOUZA BEZERRA  
danisb21@yahoo.com.br

LEIDA MENDES CARDOSO  
leida.mendes@hotmail.com

MARIA IZABEL SANTANA  
izabelsantanasilva@hotmail.com

ROSANE MARQUES  
rosanem@fiocruz.br

## **EQUIPE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO**

ALANA MONTAGNA  
alana\_sgo@hotmail.com

CARLA FABIANA COSTA CALARGE  
carla.calarge@gmail.com

DAIANI DAMM TONETTO  
dai.dtr@gmail.com

GRETTA SIMONE RODRIGUES DE PAULA  
gretta@ibest.com.br

HERCULES DA COSTA SANDIM  
herculesandim@gmail.com

JOÃO FELIPE RESENDE NACER  
joaofelipern@gmail.com

MARCOS PAULO DOS SANTOS DE SOUZA  
mpsouza@gmail.com

## **TUTORES FORMADORES**

ADRIANE PIRES BATISTON  
apbatiston@hotmail.com

ALESSANDRO DIOGO DE CARLI  
alessandrodecarli@hotmail.com

ALINE MARTINS DE TOLEDO  
toledo\_am@yahoo.com.br

ANA CAROLINA LYRIO DE OLIVEIRA HASTCHBACH  
carolhstschbach@gmail.com

ANA CRISTINA BORTOLASSE FARIAS  
abortolasse@bol.com.br

ANA PAULA PINTO DE SOUZA  
anapaulapdesouza@hotmail.com

ANGELA CRISTINA ROCHA GIMENES  
angelacristinagimenes@bol.com.br



ANA MARTHA DE ALMEIDA PONCE  
anamarthap@gmail.com

BEATA CATARINA LANGER  
beatalanger@hotmail.com

BRUNNO ELIAS FERREIRA  
bruelifer@hotmail.com

CIBELE DE MOURA SALES  
cm.sales@terra.com.br

CARMEM FERREIRA BARBOSA  
carmenfebar@terra.com.br

CRISTIANY INCERTI DE PAIVA  
crisincerti@hotmail.com

CIBELE BONFIM DE REZENDE ZÁRATE  
crzarate@yahoo.com.br

DANIELA MARGOTTI DOS SANTOS  
daniela\_margotti@hotmail.com

DENISE RODRIGUES FORTES  
nursedenis@yahoo.com.br

DENIZE CRISTINA DE SOUZA RAMOS  
enfdenize@hotmail.com

EDILSON JOSÉ ZAFALON  
edilz@uol.com.br

ELIZANDRA DE QUEIROZ VENÂNCIO  
elizandra\_venancio@hotmail.com

ENI BATISTA DE SOUZA  
enibatistadesouza@hotmail.com

ERIKA KANETA  
erika@uems.br

ETHEL EBINER ECKERT  
etheleckert@hotmail.com

FERNANDA ALVES DE LIMA GOMES  
falglima@hotmail.com

FERNANDO LAMERS  
fernando.lamers@hotmail.com

GUILHERME APº DA SILVA MAIA  
gasmaia@yahoo.com.br

JANIS NAGLIS FAKER  
janisfaker@hotmail.com

JUSSARA NOGUEIRA EMBOAVA ORTIZ  
juemboava@hotmail.com

LAIS ALVES DE SOUZA BONILHA  
laissouza@hotmail.com

LUCIANA CONTRERA MORENO  
lucontrera@gmail.com

LUCIANE APARECIDA PEREIRA DE LIMA  
luciane.pereiralima@gmail.com

LUCIANO RODRIGUES TRINDADE  
lrtrindade37@yahoo.com.br

LUIZA HELENA DE OLIVEIRA CAZOLA  
luizacazola@gmail.com

MARCIA CRISTINA PEREIRA DA SILVA  
enf\_mcristina@yahoo.com.br

MARCIA MARQUES LEAL GARBELINI  
marciagarb@hotmail.com

MARISA DIAS ROLAN LOUREIRO  
marisarolan@gmail.com

MICHELE BATISTON BORSOI  
micheleborsoi@hotmail.com

NADIELI LEITE NETO  
nadielileite@yahoo.com.br

PRISCILA MARIA MARCHETTI FIORIN  
ppfiorin@hotmail.com

RENATA PALÓPOLI PICOLI  
rpicoli@usp.br

RENATA CRISTINA LOSANO FEITOSA  
renatafeitosa@brturbo.com.br

RODRIGO LUIZ CARREGARO  
rodrigocarregaro@yahoo.com.br

ROSEMARIE DIAS F. DA SILVA  
rosemeire.fernandes@hotmail.com

SABRINA PIACENTINI  
sabripiacentini@hotmail.com

SALAZAR CARMONA DE ANDRADE  
salazar\_carmona@hotmail.com

SILVANA DIAS CORREA GODOY  
sildiascorrea@hotmail.com

SILVIA HELENA MENDONÇA DE MORAES  
silvia.moraes@saude.ms.gov.br

SUZI ROSA MIZIARA BARBOSA  
srmiziara@gmail.com

VIRNA LIZA PEREIRA CHAVES HILDEBRAND  
vimalizah@hotmail.com

VIVIANE LIMA DE ALBUQUERQUE  
vivilaa79@hotmail.com

WESLEY GOMES DA SILVA  
wesley.amusical@bo.com.br

## **TUTORES ESPECIALISTAS**

EDUARDO FERREIRA DA MOTTA  
efmotta@terra.com.br

LARA NASSAR SCALISE  
larascalise@hotmail.com

LEANDRA ANDRÉIA DE SOUZA  
souza\_leandra@yahoo.com.br

MAISSE FERNANDES O. ROTTA  
maissef@hotmail.com

## **AUTORES**

ALBERTINA MARTINS DE CARVALHO  
prevprimaria@saude.ms.gov.br

ADELIA DELFINA DA MOTTA S. CORREIA  
adeliamotta@yahoo.com.br

ADRIANE PIRES BATISTON  
apbatiston@hotmail.com

ALESSANDRO DIOGO DE CARLI  
alessandrodecarli@hotmail.com

ANA LUCIA GOMES DA S. GASTAUD  
anagastaud@hotmail.com

ANA TEREZA GUERRERO  
anaguerrero@fiocruz.br

ANDRÉ LUIZ DA MOTTA SILVA  
andremottacs@yahoo.com.br

CATIA CRISTINA VALADÃO MARTINS  
catitamartins@hotmail.com

CIBELE BONFIM DE REZENDE ZÁRATE  
crzarate@yahoo.com.br

CRISTIANO BUSATO  
cristiano.busato@saude.gov.br

CRISTIANO COSTA ARGEMON VIEIRA  
cargemon@gmail.com

DANIEL ESTEVÃO DE MIRANDA  
mirandacs@yahoo.com.br

DENISE FORTES  
nursedenis@yahoo.com.br

DENIZE CRISTINA DE SOUZA RAMOS  
enfdenize@hotmail.com

EDGAR OSHIRO  
edgar.oshiro@saude.ms.gov.br

EDILSON JOSÉ ZAFALON  
edilz@uol.com.br

EDUARDO FERREIRA DA MOTTA  
efmotta@terra.com.br

FÁTIMA CARDOSO C. SCARCELLI  
sdcrianca@saude.ms.gov.br

GEANI ALMEIDA  
sdhomem@saude.ms.gov.br

GRASIELA DE CARLI  
grasieladecarli@yahoo.com.br

HAMILTON LIMA WAGNER  
hamiltomwagner@terra.com.br

HILDA GUIMARÃES DE FREITAS  
sdmulher@saude.ms.gov.br

IVONE ALVES RIOS  
saude\_da\_pd@saude.ms.gov.br

JACINTA DE FÁTIMA P. MACHADO  
jacintamachado@hotmail.com

JANAINNE ESCOBAR VILELA  
sdidoso@saude.ms.gov.br

JISLAINE GUILHERMINA PEREIRA  
jislaine@far.fiocruz.br

KARINE CAVALCANTE DA COSTA  
sdfamilia@saude.ms.gov.br

LEIKA APARECIDA ISHIYAMA GENIOLE  
leikageniole@terra.com.br

LUIZA HELENA DE OLIVEIRA CAZOLA  
luizacazola@gmail.com

LARA NASSAR SCALISE  
larascalise@hotmail.com

LEANDRA ANDRÉIA DE SOUZA  
souza\_leandra@yahoo.com.br

MARIA APARECIDA DA SILVA  
saparecida@yahoo.com

MARIA APARECIDA DE ALMEIDA CRUZ  
alinutricao@saude.ms.gov.br

MAISSE FERNANDES O. ROTTA  
maissef@hotmail.com

MARA LISIANE MORAES SANTOS  
maralisi@globo.com

MARIA ANGELA MARICONDI  
angela.mar@terra.com.br

MARIA CRISTINA ABRÃO NACHIF  
cristinanachif@brturbo.com.br

MARIA DE LOURDES OSHIRO  
oshiroml@gmail.com

MICHELE BATISTON BORSOI  
micheleborsoi@hotmail.com

PAULO ZARATE  
pzp0101@uol.com.br

POLLYANNA KÁSSIA DE O. BORGES  
pollyannakassia@hotmail.com

RENATA PALÓPOLI PICOLI  
rpicoli@usp.br

RODRIGO FERREIRA ABDO  
rodrigoabdo@brturbo.com.br

RUI ARANTES  
ruiarantes@fiocruz.br

SAMUEL JORGE MOYSES  
s.moyeses@pucpr.br

SONIA MARIA OLIVEIRA ANDRADE  
anart.msi@terra.com.br

SUSANE LIMA VARGAS  
hiperdia@saude.ms.gov.br

VALÉRIA RODRIGUES DE LACERDA  
val99@terra.com.br

VERA LÚCIA SILVA RAMOS  
sdadolescente@saude.ms.gov.br

VERA LUCIA KODJAOGLANIAN  
esc.fiocruz@saude.ms.gov.br

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro com seu caráter de equidade, acessibilidade e integralidade, juntamente com a Portaria Interministerial nº 1.777 de 2003, garante o atendimento de saúde às populações que estão privadas de sua liberdade, visando ações de prevenção, promoção, assistência e reabilitação dos mesmos.

A assistência ao homem encarcerado encontra inúmeros entraves, principalmente no âmbito da Estratégia de Saúde da Família onde o elemento complementar não está inserido no contexto do meio familiar, uma vez que o mesmo encontra-se longe da família, inserido em um ambiente muitas vezes insalubre e hostil, com diversos fatores que predispõe ao stress, doenças infecto-contagiosas, má alimentação entre outros, além de poder interromper esta assistência, uma vez que o preso pode mudar a qualquer momento por diversos motivos e não dar prosseguimento ao tratamento quando necessário.

O atendimento nas unidades prisionais do país, historicamente tem ocorrido da forma reducionista, com ações específicas voltadas para a doença, principalmente as mais prevalentes como as DST/AIDS/Hepatites, tuberculose, redução de danos associados ao uso de drogas, dermatites e imunizações.

Já a ESF enfrenta dificuldades diante de uma diversidade e da complexidade do homem encarcerado, com inúmeros dilemas nesta construção do atendimento integral, com várias limitações para o trabalho, incluindo a periculosidade, que dificulta as ações do profissional de saúde.

Entretanto, essa população tem direito ao atendimento digno, tais como os princípios do SUS. A presença da ESF pode contribuir para resgatar este indivíduo para a sociedade além de, valorizando a essência humana, respeitando os princípios éticos e legais dos profissionais da ESF.

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário representa um crescimento para o País, assim como a contribuição para a prevenção e promoção da saúde do homem encarcerado representa um desafio para profissionais de saúde que acreditam numa sociedade igualitária.

Ana Lúcia Lyrio de Oliveira  
Secretária Adjunta de Saúde Pública  
Prefeitura Municipal de Campo Grande - MS





Os Módulos Optativos são compostos por uma série de 9 módulos com os seguintes temas: Saúde Carcerária, Saúde da Família em População de Fronteiras, Saúde da Família em Populações Indígenas, Assistência Médica por Ciclos de Vida, Saúde Bucal por Ciclos de Vida, Assistência de Enfermagem por Ciclos de Vida, Administração em Saúde da Família, Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, Programação para Gestão por Resultados na Atenção Básica (PROGRAB) e Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ). Os temas dos módulos privilegiam a singularidade dos diferentes profissionais de saúde da família e as particularidades de seus respectivos territórios.

Estes módulos não pretendem esgotar os temas abordados e sim servir como um instrumento orientador, que possa responder as questões mais frequentes que surgem na rotina de trabalho. A sua importância está justificada dentro dos princípios da estratégia de saúde da família que enfatiza que as ações da equipe precisam ser voltadas às necessidades das populações a elas vinculadas. As equipes de saúde da família estão distribuídas em Mato Grosso do Sul, com situações peculiares, como as equipes inseridas em áreas de fronteira, as equipes de saúde que fazem a atenção à população indígena, a população carcerária e suas famílias. São populações diferenciadas, com culturas e problemas próprios, com modo de viver diferenciado, sujeitas a determinantes sociais diferentes, que necessitam ser assistidas por profissionais com competências adequadas à sua realidade.

Desta forma, cada estudante trabalhador do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, pode optar por módulos que lhes interessem diretamente.

Esperamos que os conteúdos apresentados possam ter proporcionado a você, especializando conhecimentos para desenvolver seu trabalho com qualidade desejada e seguindo as diretrizes do SUS, na atenção às diferentes populações, respeitando sua singularidade.

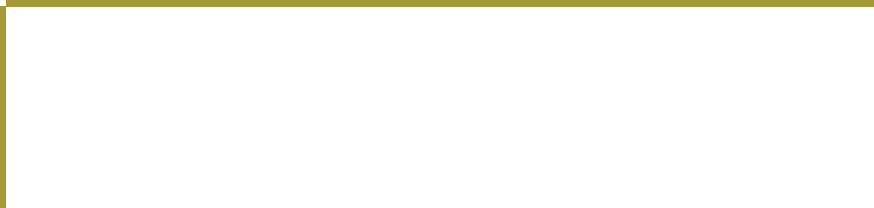




### Módulo Optativo 3 A Saúde da Família em Populações Carcerárias

Prefácio . . . . .	15
Apresentação da Unidade . . . . .	17
Seção 1 - Saúde de Populações Carcerárias . . . . .	24
Seção 2 - Saúde Mental do Encarcerado, Bioética e Direitos Humanos . . .	40
Considerações Finais . . . . .	50
Referências Bibliográficas . . . . .	51

# MÓDULOS OPTATIVOS



# MÓDULO OPTATIVO 3

## A SAÚDE DA FAMÍLIA EM POPULAÇÕES CARCERÁRIAS

### AUTOR

Rodrigo Ferreira Abdo



## Sobre o Autor:

### Rodrigo Ferreira Abdo

Médico Psiquiatra, cujas áreas de atuação abrangem a Psiquiatria da Infância e Adolescência e a Psiquiatria Forense. Mestre em Meio Ambiente e Desenvolvimento Regional pela UNIDERP; Doutorando em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste pela UFMS; Psicoterapeuta de Orientação Analítica e Preceptor da Residência Médica em Psiquiatria do Serviço de Psiquiatria da Santa Casa de Campo Grande/ MS.

## PREFÁCIO DO MÓDULO

---

Ninguém tem liberdade para ser livre: pelo contrário, luta por ela precisamente porque não a tem. Não é também a liberdade um ponto ideal, fora dos homens, ao qual inclusive eles se alienam (FREIRE, 1987).

O Módulo **A Saúde da Família em Populações Carcerárias** possibilitará a implementação da Política de Saúde no Sistema Penitenciário, um instrumento para inclusão, no SUS, das pessoas privadas de liberdade, que deve ser implementada com contribuições e responsabilidades compartilhadas entre os três níveis de governo, principalmente de gestores da saúde, da justiça e profissionais de saúde, no enfrentamento do desafio de promover e defender o direito à saúde dessa população.

Para os integrantes dessas equipes de saúde assimilarem os conteúdos que facilitem a compreensão da **Saúde da Família em Populações Carcerárias**, o módulo foi organizado em duas seções: Saúde de Populações Carcerárias e Saúde Mental do Encarcerado, Bioética e Direitos Humanos.

Esperamos oferecer leituras simples, oportunidades de reflexão individual e coletiva e, principalmente, atividades práticas que permitam intervenções positivas nas unidades prisionais junto à população privada de liberdade e busca por mais conhecimentos nessa grande área temática.

Bons estudos! Boas práticas!

O autor.



---

## Seção 1 - SAÚDE DE POPULAÇÕES CARCERÁRIAS

---

Nesta seção vamos iniciar nossos estudos sobre A SAÚDE DA FAMÍLIA EM POPULAÇÕES CARCERÁRIAS sob o enfoque da assistência multidisciplinar. Trata-se de uma forma de fazer chegar às unidades prisionais serviços e profissionais de saúde, na busca pela efetiva integralidade das ações, representada pela incorporação do modelo epidemiológico, garantindo a continuidade da atenção e assistência à saúde adequada às realidades locais.

Deve-se salientar, ainda, que a população carcerária, por estar privada de sua liberdade, enquadra-se no conceito de população em situação vulnerável. Assim, cabe ao profissional de saúde a defesa de um bem moral: a garantia da dignidade do cidadão privado de liberdade por meio dos cuidados integrais à saúde desse paciente-detento.

Esperamos que ao final da seção você seja capaz de:

- Conhecer integralmente o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário - PNSSP;
- Caracterizar a população penitenciária e definir os objetivos da atenção à saúde dessa população;
- Adotar técnicas de promoção à saúde do paciente-detento, associadas à assistência ambulatorial aos presos, por meio de diagnósticos e exames clínicos, prescrevendo e acompanhando o tratamento.

### 1.1 Considerações gerais sobre saúde das populações carcerárias

De acordo com MORAES e FRIDMAN (2004), o crime, em nosso país, é muitas vezes, instância de um crônico círculo vicioso, de âmbito sociocultural, associado ao grave desrespeito aos direitos humanos fundamentais.

Historicamente, a questão da atenção à saúde da população que se encontra em unidades prisionais no Brasil tem sido feita sob ótica reducionista, na medida em que as ações desenvolvidas limitam-se àquelas voltadas para DST/ Aids, redução de danos associados ao uso abusivo de álcool e outras drogas e imunizações, apesar dos altos índices de tuberculose, pneumonias, dermatoses, transtornos mentais, hepatites, traumas, diarreias infecciosas, além de outros agravos prevalentes na população brasileira, observados no âmbito dessas instituições. É fato conhecido que os problemas de saúde decorrentes das condições de confinamento não têm sido objeto de ações de saúde que possibilitem o acesso das pessoas presas à saúde de forma integral e efetiva (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).



## VAMOS REFLETIR!

### JURAMENTO DE ATENAS

Internacional Council of Prison Medical Services

#### DECLARAÇÃO INICIAL:

Juramento de Atenas

Nós, profissionais de saúde que trabalhamos em ambientes prisionais, reunidos em Atenas, em 10 de setembro de 1979, aqui juramos, em observância ao espírito do Juramento de Hipócrates, que nos comprometemos a prover o melhor cuidado de saúde possível para aqueles que estão encarcerados em prisões, seja qual for a razão, sem preconceito e dentro de nossa respectiva ética profissional.

Nós reconhecemos o direito das pessoas encarceradas de receber o melhor cuidado de saúde possível.

Comprometemo-nos a:

- Abstermo-nos de autorizar ou aprovar qualquer forma de punição física.
- Abstermo-nos de participar de qualquer forma de tortura.
- Não participar de qualquer forma de experimentação humana entre pessoas encarceradas sem seu consentimento esclarecido.
- Respeitar a confidencialidade de qualquer informação obtida no curso de nossa relação profissional com pacientes encarcerados.
- Fundamentar nosso julgamento clínico nas necessidades de nossos pacientes, atribuindo-lhes prioridade sobre qualquer assunto não médico.

Esse Juramento de Atenas foi aprovado unanimemente pelo *Internacional Council of Prison Medical Services* e testemunhado pelo Excelentíssimo Ministro da Justiça, Sr. G. Statamatis, em Atenas, em 10 de setembro de 1979.

A população carcerária no Brasil é de aproximadamente 210.150 pessoas, segundo dados oficiais do DEPEN/Ministério da Justiça (agosto/2003). Essas pessoas encontram-se distribuídas nos diferentes estabelecimentos penais que compõem o Sistema Penitenciário Brasileiro. Aproximadamente, 75% dos presos estão recolhidos em presídios e penitenciárias, unidades destinadas a presos condenados à pena de reclusão em regime fechado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Essa população penitenciária é composta, predominantemente, por adultos jovens: homens brancos, solteiros e com menos de 30 anos de idade. São, em sua grande maioria, pobres e condenados pelos crimes de furto e roubo. Poucos, entre eles, foram alfabetizados e possuíam profissão definida anteriormente à prisão, o que caracteriza uma situação de exclusão social precedente ao seu ingresso no

Sistema Prisional. Mais da metade é reincidente na prática de crimes e comumente associam seus atos delituosos à situação de desemprego e pobreza em que se encontravam.

## **1.2 O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário - PNSSP**

O Ministério da Saúde, em ação integrada com o Ministério da Justiça, elaborou o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, desenvolvido dentro de uma lógica de atenção à saúde fundamentada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, instituído pela Portaria Interministerial n.º 1.777, de 9 de setembro de 2003, é fruto de um trabalho matricial construído com a participação de diversas áreas técnicas dos Ministérios da Saúde e da Justiça e com a participação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária.

O direito à saúde, como direito legítimo de cidadania, é um princípio fundamental do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. O PNSSP foi elaborado a partir de uma perspectiva pautada na assistência e na inclusão das pessoas presas e respaldou-se em princípios básicos capazes de assegurar a eficácia das ações de promoção, prevenção e atenção integral à saúde: a) Ética; b) Justiça; c) Cidadania; d) Direitos Humanos; e) Participação; f) Equidade; g) Qualidade.

O acesso da população penitenciária a ações e serviços de saúde é legalmente definido pela Lei de Execução Penal n.º 7.210, de 1984, pela Constituição Federal de 1988, pela Lei n.º 8.080, de 1990, que dispõe sobre ações e serviços de saúde, e pela Lei n.º 8.142, de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS.

O PNSSP necessita do envolvimento conjunto das Secretarias Estaduais de Saúde e de Justiça e das Secretarias Municipais de Saúde, reafirmando a prática da intersetorialidade e das interfaces que nortearam a sua construção.

São diretrizes estratégicas do PNSSP:

- Prestar assistência integral resolutiva, 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.

Os profissionais das equipes de saúde, convivendo com as pessoas privadas de liberdade e entendendo as representações sociais da doença, podem induzir mudanças significativas no Sistema Penitenciário Brasileiro. Essas equipes, articuladas a redes assistenciais de saúde, têm como atribuições fundamentais:

- 1 - Planejamento das ações;
- 2 - Saúde, promoção e vigilância; e
- 3 - Trabalho interdisciplinar em equipe.

### **1.3 Objetivos da atenção à saúde da população carcerária**

- Prestar assistência integral resolutiva, 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;
- Garantir o reconhecimento da saúde como um direito da cidadania;
- Estimular o efetivo exercício do controle social.

### **1.4 Ações de saúde no sistema penitenciário**

As condições de confinamento em que se encontram as pessoas privadas de liberdade são determinantes para o bem-estar físico e psíquico. Quando recolhidas aos estabelecimentos prisionais, as pessoas trazem problemas de saúde, bem como transtornos mentais, que são gradualmente agravados pela precariedade das condições de moradia, alimentação e saúde das unidades prisionais. Assim, são necessárias as seguintes ações em saúde no sistema penitenciário:

- Implantar ações de promoção de saúde;
- Adotar medidas de proteção específica, como vacinação;
- Desenvolver ações de prevenção para tuberculose, hanseníase, diabetes, hipertensão arterial, hepatites, DST/Aids, agravos psicossociais decorrentes do

confinamento, saúde bucal, atenção ao pré-natal e ao parto e outras ações específicas da Política Nacional de Saúde da Mulher;

- Definir protocolo mínimo de atendimento à população penitenciária quando do seu ingresso em estabelecimento penal;
- Articular a referência aos níveis de maior complexidade e garantir o acesso da população penitenciária a essa rede;
- Organizar e alimentar os sistemas de informação disponíveis sobre saúde da população penitenciária;
- Estimular a capacitação e sensibilização de gestores e profissionais de saúde.

### 1.5 O perfil da população carcerária

Atualmente, cerca de 350 mil pessoas estão encarceradas no Brasil. A população carcerária é predominantemente jovem: média de 28 anos para os homens e 31 anos para as mulheres, sendo elevado o número de presos que tinham história de passagem pelo Juizado da Infância e da Juventude.

A maior parte das mulheres foi condenada devido ao tráfico de drogas, enquanto os homens, por motivo de furto. Em relação, ainda, ao perfil da população carcerária, os estudos apontam que mulheres encarceradas possuem, na grande maioria, baixo nível socioeconômico e educacional, alto índice de DST, com história de uso de alguma droga ilícita e álcool, e não utilização da camisinha durante as relações sexuais.

As mulheres enfrentam grandes dificuldades desde o momento do primeiro encarceramento nas cadeias públicas onde acabam cumprindo boa parte da pena até a condenação e, posteriormente, no processo de reinserção social, devido à baixa escolaridade que lhes reservará, ao sair da cadeia, apenas a possibilidade dos serviços domésticos em casas de família.

Entre essas dificuldades, destacam-se a maternidade e o tipo de vínculo familiar, especificidades femininas que tornam ainda mais precária sua vida na prisão.

Geralmente, quando o homem é preso, sua estrutura familiar fica mantida e ele deixa de ser o provedor da família, transferindo este papel à mulher. Já as mulheres frequentemente são abandonadas pela família e pelos companheiros, mas continuam a ser responsáveis pela manutenção dos filhos que ficam temporariamente com parentes ou conhecidos, geralmente muito pobres. A responsabilidade pelos filhos é algo que a mulher precisa manter mesmo na prisão. No caso de condenação por tráfico de drogas, em que não há possibilidade de a pena ser cumprida em regime aberto ou semiaberto, as crianças já nascem encarceradas e têm o “direito” assegurado pela LEP (Lei de Execuções Penais), pela Constituição e pelo Estatuto da Criança.

### **1.6 Os problemas relacionados à saúde no sistema penitenciário**

Populações carcerárias, em toda parte, tendem a requerer mais assistência médica do que a população como um todo. Além de manter uma grande proporção de pessoas com maior risco de adoecer, como usuários de drogas injetáveis, o ambiente prisional contribui para a proliferação de doenças. Dentre os fatores que favorecem a alta incidência de problemas de saúde entre os presos está o estresse de seu encarceramento, condições insalubres, celas superlotadas, com presos em contato físico contínuo, e o abuso físico.

A superlotação, precariedade e insalubridade das celas tornam as prisões um ambiente propício à proliferação de epidemias e ao contágio de doenças. Todos esses fatores estruturais, aliados ainda à má alimentação dos presos,



sedentarismo, uso de drogas, falta de higiene e lugubridade da prisão, fazem com que um preso que lá adentrou em condição sadia de lá não saia sem ser acometido de uma doença ou com sua resistência física e saúde fragilizadas. Acrescente-se também a esses fatores a violência que muitas vezes resulta em ferimentos graves infligidos por facas ou balas, os quais requerem tratamento médico emergencial.

Os presos adquirem as mais variadas doenças no interior das prisões. As mais comuns são as doenças do aparelho respiratório, como a tuberculose e a pneumonia. Também é alto o índice da hepatite e de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), em geral a Aids por excelência. Várias doenças infectocontagiosas, tais como tuberculose e Aids, atingiram níveis epidêmicos entre a população carcerária brasileira. Ao negar o tratamento adequado, o sistema prisional não apenas ameaça a vida de sua população, como também facilita a transmissão dessas doenças à população em geral, através das visitas conjugais e do livramento dos presos. Como os presos não estão completamente isolados do mundo exterior, uma contaminação não controlada entre eles representa um grave risco à saúde pública.

Considerando a questão da maternidade, o Estado, através da LEP, instituiu que os estabelecimentos penais femininos poderão ser dotados de seção para gestante e parturiente e de creche para assegurar o direito da criança à amamentação pelo menos até os seis meses de vida (QUINTINO, 2006). Logo, a saúde materno-infantil ao lado das ações em saúde da mulher são questões peculiares dos presídios femininos a serem abordadas pelas equipes de saúde.

As condições-limites de vida e saúde da população que se encontra em unidades prisionais levam-nos a refletir que, embora a legislação vise a prevenir o crime e garantir o retorno à convivência social, as precárias condições de confinamento tornam-se um dos empecilhos a essa meta, bem como impossibilitam o acesso das pessoas presas à saúde de forma

integral e efetiva. Saúde Penitenciária é um tema presente na discussão de ordem mundial, sendo uma questão de saúde pública, na qual a própria condição de confinamento dos detentos representa uma oportunidade singular para a implementação de programas terapêuticos, medidas preventivas e ações educativas específicas para esse segmento da população, que, em geral, tem menos acesso aos serviços de atenção à saúde.

A estrutura desse encarceramento seria voltada para a requalificação do indivíduo, porém, na realidade do sistema penitenciário brasileiro, isso é quase inexistente devido a inúmeros fatores de políticas públicas. Tendo por base as condições em que se encontram as instituições carcerárias em atividade, como a superlotação, uso de drogas, falta de higiene, violências sexuais e outras condições desumanas, o sistema não consegue atingir seu principal objetivo que é a ressocialização dos seus internos (BERGAMINI, 2009).

### **1.7 A questão das doenças infectocontagiosas na população carcerária**

A sociedade tem a ideia de que a doença está reclusa; na realidade, entretanto, as pessoas estão confinadas, a doença não. Os presídios brasileiros são enormes bolsões de doenças infectocontagiosas e o avanço da tuberculose preocupa o Ministério da Saúde, já que essas doenças não ficam restritas aos muros dos estabelecimentos penais, mas são levadas à sociedade por servidores penitenciários e pelas visitas íntimas.

Os ambientes frios, escuros e com um elevado número de pessoas confinadas oferecem condições ideais para que os presídios se tornem locais propícios à proliferação de doenças. Hoje, mesmo com alguns avanços, as unidades prisionais ainda são foco de doenças infectocontagiosas. Além das doenças já citadas, as dermatoses (doenças de pele), também acometem os indivíduos encarcerados. Doenças de pele têm alta prevalência,

por conta do contato mais próximo dos presos em espaços diminutos. No entanto, hoje se reconhece que as condições físicas têm melhorado, o que tem contribuído para uma redução no contágio.

Entre os fatores que favorecem o surgimento e disseminação de algumas doenças transmissíveis no ambiente prisional, o principal é o grande aglomerado de pessoas, que facilita a proliferação das doenças de transmissão respiratória e pelo contato. Quanto maior a aglomeração e a pouca ventilação, maior é o risco de transmissão de doenças. É importante lembrar que muitos, antes de entrarem no sistema prisional, já apresentavam fatores de risco para aquisição de algumas doenças, como a desnutrição, más condições de moradia e uso de drogas injetáveis e inalatórias.

Cerca de 3% dos presos ingressam nas prisões já com tuberculose (TB). Considerando essa superpopulação e as precárias condições de encarceramento, não causa surpresa que a tuberculose (TB), doença de transmissão aérea, constitua um problema maior para as pessoas presas que são, em sua maioria, oriundas de comunidades de alta endemicidade de TB e são expostas de maneira repetida ao risco de reinfecção tuberculosa pelas frequentes recidivas penais.

Para aqueles que não têm experiência em prisões, o controle da TB nesse meio pode parecer simples: os presos vivem em ambiente restrito, dispõem de serviço de saúde, os sintomas são facilmente identificáveis, o diagnóstico é simples, o tratamento é de baixo custo e sua supervisão aparentemente fácil, já que o indivíduo encarcerado parece disponível. Mas, na realidade, os obstáculos são múltiplos, especialmente a subvalorização dos sintomas num ambiente violento, onde a preocupação com a sobrevivência é prioritária.

Foram detectados obstáculos arraigados que impedem o controle da TB. As atitudes estigmatizadoras e o escasso conhecimento sobre a TB entre os encarcerados e pessoas-chave

das prisões desestimulam a busca de diagnóstico e tratamento no cárcere. Os problemas sistêmicos dos serviços de saúde das prisões, junto com a insalubridade das condições de vida, a falta de coordenação entre os programas nacionais de TB e os sistemas de saúde das prisões, bem como os insuficientes recursos sanitários impediram alcançar uma prevenção adequada e um cuidado eficaz da TB (Waisbord, 2010).

Os presos apresentam também elevado risco de contaminação com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e, dentre os vários fatores de vulnerabilidade, inclui-se a não importância dada ao uso do preservativo.

Descrivendo os presídios como “um território ideal para a transmissão do vírus HIV”, o Programa de Prevenção da Aids das Nações Unidas (UNAIDS) tem alertado continuamente as autoridades prisionais para que estas tomem medidas preventivas capazes de evitar maiores índices de contaminação pelo vírus. Os níveis elevados de contaminação por HIV encontrados nos presídios do Brasil certamente reforçam o prognóstico das Nações Unidas. Assim, as doenças graves mais comuns entre os presos são a tuberculose e a Aids. Geralmente, essas doenças são simultâneas, pois, quando uma pessoa está com Aids, torna-se mais vulnerável à tuberculose.

A Aids é considerada como o fator de risco mais importante para a progressão da tuberculose, que possui ainda outros fatores associados para sua disseminação nas prisões, como: superlotação, pouca ventilação, condições sanitárias adversas, baixo nível socioeconômico, uso de drogas e relações sexuais desprotegidas.

O último relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma ainda que, entre os internos, há maior número de mulheres usando drogas e infectadas com HIV do que de homens. É relevante a associação entre o uso de drogas injetáveis dentre essa população e a crescente incidência da AIDS no sexo feminino.

Os índices de ocorrência maior de DST entre as mulheres podem estar associados ao fato de elas buscarem mais os serviços de saúde para diagnóstico e tratamento e à cronicidade dessas doenças entre essa população.

Dentro dessa mesma perspectiva, considerem-se ainda as condições em que se encontra a população feminina encarcerada as quais a tornam vulnerável tanto à infecção pelo HIV, quanto pelo Vírus da Hepatite C (HCV), pois os dois tipos de doenças possuem semelhantes modos de transmissão.

Os estudos de prevalência indicam que a população de presidiários constituiria um grupo de alto risco para incidência da hepatite B. Esses resultados sugerem que as pessoas que compõem a população de prisioneiros parecem ter estilos de vida fora da prisão que as colocam como grupo de risco para a infecção pelo Vírus da Hepatite B (VHB). Além disso, o encarceramento poderia representar um risco adicional, ou poderia sinalizar o grupo mais exposto à infecção pelo VHB (Martelli, 1990). Os fatores de risco associados a essa infecção foram o aumento da idade, acima de 35 anos, baixo nível de escolaridade e uso de droga ilícita (STIEF et al., 2010).

Sobretudo a restrição da autonomia das pessoas presas, bem como a consequente redução de sua participação no tratamento e nas ações de prevenção acabam por gerar ações de saúde essencialmente prescritivas, a tal ponto de se criarem muitas vezes novos constrangimentos que se somam àqueles de ordem especificamente carcerária.

### **1.8 Necessidades médicas dos presos e o programa de saúde penitenciária**

Percebe-se que a saúde dos detentos é um problema de saúde pública emergente, demandando pesquisas que possam

vir a orientar políticas e estratégias de saúde (GOIS, SANTOS JR., SILVEIRA E GAUDÊNCIO, 2010).

Como parte do seu objetivo na reabilitação e ressocialização, a LEP determina que os presos tenham acesso a vários tipos de assistência, inclusive assistência médica, assessoria jurídica e serviços sociais. Na prática, nenhum desses benefícios é oferecido na extensão contemplada pela lei, sequer a assistência médica, o mais básico e necessário dos três serviços, é oferecida em níveis mínimos para a maior parte dos presos.

O que acaba ocorrendo é uma dupla penalização na pessoa do condenado: a pena de prisão propriamente dita e o lamentável estado de saúde que ele adquire durante a sua permanência no cárcere. Também pode ser constatado o descumprimento dos dispositivos da Lei de Execução Penal, a qual prevê, no inciso VII, do artigo 40, o direito à saúde por parte do preso como uma obrigação do Estado.

O direito a viver em um ambiente saudável e com qualidade de vida, garantido pelo art. 225 da Constituição Federal, também deve ser respeitado no cárcere. A própria Organização das Nações Unidas reconhece que os locais das prisões devem corresponder às exigências mínimas de higiene, espaço físico, iluminação, calefação e arejamento, e que a assistência médica garantida aos presos deve abranger tanto a medicina curativa como a preventiva.

São algumas das deficiências do tratamento médico oferecido nos presídios do Brasil:

- a) espaço físico inadequado, incompatível com a prática de atividades médico-sociais;
- b) distribuição inadequada de enfermeiros e seus assistentes, que não possuem o treinamento básico para exercer algumas de suas atribuições, especificamente o tratamento de doentes mentais;
- c) inexistência de fundos mensais, cujo resultado é

- a falta de medicamentos básicos e o consequente comprometimento da saúde do paciente;
- d) falta de equipamento técnico para facilitar o atendimento de emergência.

O grande desafio das equipes de saúde que atuam nos presídios é fazer os exames médicos de novos detentos na ocasião de sua entrada, inclusive daquele que provém de outra unidade prisional, já que geralmente é encaminhado sem o seu prontuário médico para que se possa dar continuidade ao tratamento.

Embora existam Leis e Tratados nacionais e internacionais que buscam contribuir para uma melhor assistência à população encarcerada, é notória a falta de operacionalização, o que gera grande preocupação em relação à situação em que se encontram essas pessoas e às suas conseqüências, dentre elas, as práticas de violência e o descaso com a saúde física e psíquica.

O objetivo do Programa de Saúde Penitenciária é, prioritariamente, organizar a atenção básica de saúde em suas unidades prisionais, garantindo atendimento da população penitenciária nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). O programa pretende contribuir para o controle dos agravos mais frequentes que acometem essa população, seja por meio de atendimento médico ou de ações educativas.

Segundo o Art. 1º, parágrafo segundo, da Portaria Ministerial nº 1.777/2003, os Estados têm como prioridades: a reforma e a equipagem das unidades prisionais, visando à estruturação de serviços ambulatoriais; organização do sistema de informação de saúde da população penitenciária; implantação de ações de promoção da saúde; implementação de medidas de proteção específica (vacinação); implantação de ações para a prevenção de doenças infectocontagiosas e agravos psicossociais; distribuição de preservativos e insumos para a redução de danos associados ao uso de drogas; e garantia do

acesso da população penitenciária aos demais níveis de atenção à saúde (NASCIMENTO, LEMOS E SAPUCAIA, 2004).

A meta do PNSSP é colocar uma equipe dentro do presídio para que faça uma notificação dos agravos de saúde e fortaleça as atividades de prevenção e promoção em saúde dentro dos presídios. E quanto às atividades que exigirem um atendimento mais prolongado ou que envolvam urgência de atendimento, que sejam referenciadas para o SUS, para a atenção ambulatorial e hospitalar fora do presídio.



### VAMOS SABER MAIS!

Sugestão de leituras complementares:

**GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO - Secretaria da Administração Penitenciária - Órgão: Coordenadoria de Saúde do Sistema Penitenciário. Plano de Ação do Programa: atenção básica à saúde no sistema penitenciário, 2004.**

O texto está disponível na biblioteca do módulo.



---

## Seção 2 - SAÚDE MENTAL DO ENCARCERADO, BIOÉTICA E DIREITOS HUMANOS

---

A saúde mental das populações carcerárias não tem recebido qualquer atenção do atual sistema de assistência em saúde mental, nem sequer do SUS.

Há duas situações de pessoas com doenças mentais nos cárceres:

- 1 - Pessoas que cometeram crimes em decorrência de sua doença mental e foram considerados inimputáveis e, em função disso, foram absolvidas e receberam Medida de Segurança de tratamento compulsório.
- 2 - Pessoas que estão presas em cumprimento de pena, ou seja, sendo consideradas imputáveis e culpadas, foram condenadas, ou pessoas presas provisoriamente (prisão preventiva, por flagrante etc.) e ficaram doentes.

São focos de atenção em saúde mental nas unidades prisionais:

- Ações de prevenção dos agravos psicossociais decorrentes do confinamento;
- Diagnóstico e tratamento dos agravos à saúde mental dos internos;
- Atenção às situações de grave prejuízo à saúde, decorrentes do uso de álcool e drogas, na perspectiva da redução de danos;
- Desenvolvimento de programa de atendimento em saúde mental centrado na reabilitação psicossocial para os pacientes sob medida de segurança.

As Regras da ONU preveem que o estabelecimento prisional deve contar com os serviços de pelo menos um médico com conhecimento de psiquiatria, o que tem estreita relação com o dispositivo do Código Penal, que menciona o recolhimento do

detento ao qual sobrevém doença mental a hospital de custódia ou, à falta deste, a outro estabelecimento adequado (CP, art. 41).

Deve-se considerar também que, dentre os deveres morais do psiquiatra forense, está o de contribuir com o aprimoramento da norma e do tecido social. Assim, cabe a ele, em cada laudo, parecer, documento ou texto que apresenta à sociedade, a defesa de um bem moral, a proteção do doente mental, vítima indefesa de abusos, do cidadão diferente, na medida em que não representa a maioria cultural, social, religiosa ou étnica, e a da coletividade, que legitimamente deve se defender dos que visam acarretar-lhe perigo (MORAES, 1998).

Estima-se que 10% dos presidiários têm algum transtorno psiquiátrico. São mais comuns nos primeiros dois meses de encarceramento, especialmente no primeiro dia. As tentativas de suicídio são nove vezes mais comuns do que na população geral, sendo geralmente por enforcamento. Entre re-encarcerados, transtornos psicóticos são mais prevalentes. Alguns desses doentes mentais são violentos como resultante da associação de falta de tratamento com uso/abuso de drogas.

## **2.1 Trabalho dos profissionais de saúde com prisioneiros**

Uma das maiores dificuldades à realização de um trabalho ético com prisioneiros é o inevitável elemento do “agenciamento duplo”. Nesse tipo de atividade, os médicos podem facilmente ser cooptados para objetivos de punição, em vez de defender os objetivos da medicina e ficar em serviço da instituição e não do paciente-detento. Os clínicos que trabalham em sistemas prisionais devem permanecer alerta em relação a suas reais motivações para realizar atos médicos, para que estes não sejam ditados mais por propósitos de controle de comportamento do que por necessidades realmente terapêuticas. A “transparência terapêutica” é, por isso, uma

obrigação ética para os profissionais de saúde que atuam junto a populações carcerárias, o que já havia sido explicitado no Juramento de Atenas, documento elaborado, em 1979, pelo *Internacional Council of Prison Medical Services* (ARBOLEDA-FLÓREZ e TABORDA, 2004).

Os prisioneiros também devem ser claramente avisados de que, embora o profissional esteja ali para proporcionar a maior ajuda possível, suas anotações, apesar dos padrões de confidencialidade em alguns serviços penitenciários, poderão ser utilizadas pelas autoridades e ter impactos negativos nas decisões de livramento condicional ou de liberdade definitiva. As promessas de confidencialidade absoluta são fáceis de fazer, mas difíceis de cumprir caso ocorram quaisquer fatos adversos, tais como atos violentos. Por isso, o médico deve ser o mais aberto possível em relação aos limites da confidencialidade, esclarecendo-os suficientemente e evitando, assim, que os detentos sejam induzidos a erro nessa matéria (TABORDA, CHALUB e ABDALLA-FILHO, 2004).

## 2.2 Superveniência de doença mental

Considera-se superveniência de doença mental (SDM) o aparecimento de sintomas psiquiátricos em um determinado indivíduo em qualquer período após a prática de um fato criminoso. O quadro clínico poderá ser de natureza orgânica, emocional ou decorrente do uso ou abuso de substâncias psicoativas, lícitas ou ilícitas. Como as SDMs ocorrem, na maior parte dos casos, dentro de um estabelecimento penitenciário, frequentemente se tornam de difícil percepção, pois, em regra, as casas prisionais não dispõem de profissionais da área de saúde com treinamento na detecção de doença mental. Assim, não raro, o prisioneiro com sintomatologia psiquiátrica não tem seu quadro identificado de imediato, a não ser quando o transtorno mental alcança proporções maiores (CARDOSO, BLANK, TABORDA, 2004).

Algumas pessoas já ingressam na prisão com sintomas psiquiátricos perceptíveis, o que facilita a condução de um manejo mais adequado de seu quadro desde o início da detenção. Em outras situações, o conjunto sintomatológico eclode após o encarceramento, quer porque existia um quadro subclínico, quer porque a patologia estava sob controle farmacológico e ocorreu a descontinuação do uso do medicamento que vinha sendo utilizado. Além disso, devem-se ponderar as condições de nossas prisões, que funcionam como importantes agentes estressores, por serem ambientes insalubres e tensos e, muitas vezes, superlotados. A abstinência involuntária de drogas decorrente do encarceramento também merece ser considerada. Ao se examinar um prisioneiro, não se pode esquecer a possibilidade de simulação, tanto para livrar-se de um ambiente hostil, quanto para ter facilitado eventual projeto de fuga (TABORDA, CHALUB e ABDALLA-FILHO, 2004).

Sempre que detectada a presença de alterações comportamentais sugestivas de um transtorno mental em indivíduos encarcerados, impõe-se o imediato diagnóstico para a implementação do tratamento específico. Naquela situação em que for constatada doença mental passível de se beneficiar com o “especial tratamento curativo”, o paciente deverá ter sua pena substituída por medida de segurança. Nos demais casos, essa pessoa necessitará de cuidados diferenciados, que deverão ser oferecidos no próprio local do cumprimento da pena (CARDOSO, BLANK, TABORDA, 2004).

Diversos estudos evidenciaram que sintomas psiquiátricos são detectados na população carcerária em percentuais significativamente acima da média da população geral. A experiência indica que essas pessoas exigem cuidados específicos. As mulheres e os re-encarcerados apresentam incidência de sintomatologia psiquiátrica superior à encontrada em homens e em aprisionados pela primeira vez. Além disso, não raro, trata-se de pessoas com características de personalidade que

as tornam mais frágeis para o enfrentamento das dificuldades do dia-a-dia dos estabelecimentos penitenciários. Por essas razões, deve-se identificar patologias nesses indivíduos o mais precocemente possível e, após a detecção, ajustar o cuidado para tais situações e instituir o tratamento mais adequado para cada caso (TABORDA, CHALUB e ABDALLA-FILHO, 2004).

### **2.3 O uso/abuso de drogas ilícitas e a dependência química no sistema prisional**

A história de uso de drogas é bastante elevada dentro da prisão, correlacionada diretamente com o uso/abuso e dependência química do indivíduo antes de ser preso. O uso do álcool é predominante antes do encarceramento. Na prisão, o uso da maconha predomina entre os homens e o uso de tranquilizantes (benzodiazepínicos) entre as mulheres. Os homens utilizaram um número maior de combinação de drogas do que as mulheres. Ao se analisarem os usos combinados de maconha e cocaína, 70% dos homens informaram uso de pelo menos uma das drogas antes da prisão e 33% no confinamento.

Os detentos mais novos consomem mais maconha na prisão (80,6%). Já os reincidentes (11,4%) e os que estão há mais tempo no presídio (17,3%) destacam-se como os que consomem mais cocaína. A prevalência para o uso de maconha na prisão, obtida a partir das entrevistas, foi de 77,4% e, para o de cocaína, de 8,8%. Os detentos que não cometeram crimes relacionados a drogas ( $p=0,011$ ) e os com resultado positivo para a análise da urina para canabinóides ( $p=0,028$ ) tiveram um desempenho melhor ao responder às questões relacionadas ao uso de cocaína. A prevalência obtida pela análise toxicológica da urina foi de 61,4% para maconha e 7,7% para cocaína (FABIANI, 2010).



## VAMOS SABER MAIS!

Sugestão de leituras complementares:

GOIS, SANTOS JR., SILVEIRA E GAUDÊNCIO. **Para além das grades e punições: uma revisão sistemática sobre a saúde penitenciária.** In: Revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2010.

O texto está disponível na biblioteca do módulo

### 2.4 As questões sobre direitos humanos e bioética

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em sua Constituição, estabelece que os Países signatários - entre eles o Brasil - devem estabelecer políticas de efetivação da saúde, uma vez que se trata de direito fundamental do todo ser humano. “É hora de atentar-se para o objetivo maior do próprio Estado, ou seja, proporcionar vida gregária segura e com o mínimo de conforto suficiente para atender ao valor maior atinente à preservação da dignidade do homem.” (Voto do Min. Marco Aurélio, proferido no RE 271.286-8-RS).

Conforme o Guia Saúde nas Prisões, várias normas internacionais definem a qualidade dos cuidados de saúde que deve ser provida aos prisioneiros. O princípio segundo o qual os presos não devem sair da prisão em pior situação do que quando entraram é reforçado pela Recomendação Nº 7 do Comitê de Ministros do Conselho da Europa (1998) e pelo Comitê Europeu para a Prevenção da Tortura e Penas ou Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes (CPT).

O Plano Nacional de Saúde prevê a inclusão da população penitenciária no SUS, garantindo que o direito à cidadania se

efetive na perspectiva dos direitos humanos. O acesso dessa população a ações e serviços de saúde é legalmente definido pela Constituição Federal de 1988, pela Lei nº 8.080, de 1990, que regulamenta o Sistema Único de Saúde, pela Lei nº 8.142, de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e pela Lei de Execução Penal nº 7.210, de 1984.

Tratando da assistência à saúde do preso e do internado, dispõe o artigo 14 da LEP:

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

§ 1º (vetado)

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

Conforme a redação do artigo 14, a assistência médica consistirá de caráter preventivo e curativo. Lembrando que o preso, ao ingressar no estabelecimento prisional, deverá ser submetido a exames a fim de diagnosticar possíveis doenças, infecciosas ou não, buscando a preservação de sua saúde e dos demais presos.

Aqueles que já se encontravam presos e, no curso do cumprimento de sua pena, forem acometidos por doença deverão receber tratamento adequado à cura da enfermidade, devendo contar com a visita diária de um médico até que sua saúde seja restabelecida.

A assistência farmacêutica consistirá no direito do preso ou do internado de vir a receber todo e qualquer medicamento destinado à cura de sua enfermidade. A assistência odontológica, por sua vez, será prestada da mesma forma por profissional legalmente habilitado.

O Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, resolução nº 7 de 14/04/2003, recomenda as regras gerais de assistência à saúde do preso e do internado.

As ações e os serviços de saúde definidos pelo Plano Nacional são consoantes com os princípios e as diretrizes do SUS. Os instrumentos de gestão do Sistema que orientam o planejamento e a tomada de decisão de gestores de saúde estão presentes nesse Plano, a exemplo do cadastramento de Unidade dos Estabelecimentos Prisionais no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde.

## **2.5 O benefício da prisão domiciliar**

Na hipótese de um preso sentenciado ser acometido de grave enfermidade, conforme o artigo 117, inciso II, não seria mais necessária sua permanência em estabelecimento prisional pelo fato de que a pena teria perdido aí o seu caráter retributivo, haja vista que ela não poderia retribuir ao condenado a pena de morrer dentro da prisão.

Dessa forma, a manutenção do encarceramento de um preso em estado deplorável de saúde estaria fazendo com que a pena não apenas perdesse o seu caráter ressocializador, mas também estaria sendo descumprido um princípio geral do direito, consagrado pelo artigo 5º da Lei de Introdução ao Código Civil, o qual também é aplicável subsidiariamente à esfera criminal e, por via de consequência, à execução penal, que em seu texto dispõe que “na aplicação da lei, o juiz atenderá aos fins sociais a que ela se dirige e às exigências do bem comum”.

## **2.6 O dever é da prefeitura**

Por determinação do Ministério da Saúde, a responsabilidade pelos cuidados de saúde é, na verdade, da prefeitura. É neste contexto jurídico que é dado ao ente público municipal o



dever de assegurar ao encarcerado, dentre eles o provisório, o pleno direito à saúde, inclusive com a disponibilização de corpo médico municipal para realizar visitas aos encarcerados necessitados de consulta e tratamento. Não prestando a efetiva e gratuita assistência à saúde do encarcerado, o município transgredir preceitos legais garantidos pela Constituição.

Para o Egrégio Supremo Tribunal Federal: “O preceito do artigo 196 da Carta da República, de eficácia imediata, revela que 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 a sua promoção, proteção e recuperação”. A referência, contida no preceito, a ‘Estado’ mostra-se abrangente, ao alcançar a União Federal, os Estados propriamente ditos, o Distrito Federal e os Municípios.

Por outro lado, como bem assinalado no acórdão, a falta de regulamentação municipal para o custeio da distribuição não impede que fique assentada a responsabilidade do Município. Reclamam-se do Estado (gênero) as atividades que lhe são precípuas nos campos da educação, da saúde e da segurança pública, cobertos, em si, em termos de receita, pelos próprios impostos pagos pelos cidadãos.

A inércia municipal, nesses casos, vai de encontro, também, ao Plano de Saúde Nacional no Sistema Penitenciário, criado pela Portaria Interministerial no. 1777/03, o qual, já na introdução, esclarece:

A Portaria Interministerial nº 1777, de 09 de setembro de 2003, que instituiu o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, é fruto de um trabalho matricial construído com a participação de diversas áreas técnicas dos Ministérios da Saúde e da Justiça e com a participação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária.

Nesse passo, os municípios, entes públicos componentes do Estado brasileiro que são, possuem obrigação legal e Constitucional na efetiva assistência ao preso. A omissão municipal no atendimento ao encarcerado viola dispositivos que constituem cláusulas pétreas e fere inclusive o princípio da isonomia.



### VAMOS SABER MAIS!

Sugestão de leituras complementares:

NASCIMENTO, A.M.B., LEMOS, J.A, SAPUCAIA, J.S.B. **Unidades de programa de saúde penitenciária:** humanização e saúde para a população prisional na Bahia. ANAIS DO I CONGRESSO NACIONAL DA ABDEH - IV SEMINÁRIO DE ENGENHARIA CLÍNICA - 2004.

O texto está disponível na biblioteca do módulo

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como você pode notar as diretrizes para atenção à saúde da população carcerária estão bem definidas, porém para efetivá-la ainda há um longo caminho. Para dar atenção integral a esta população é necessário ainda desenvolver diversas ações, desde a implantação da estrutura de ambulatórios dentro do sistema prisional, recrutamento de profissionais para trabalhar no atendimento destes indivíduos, a regularização do fluxo de atenção para serviços de média e alta complexidade entre outras.

Entretanto, somente a regularização dos fatores acima apontados não garantem a qualidade do serviço, pois são necessárias outras ações, tais como a reforma da estrutura do sistema carcerário. O sistema prisional está com problemas de superlotação, sendo este um dos fatores que perpetuam as condições de contaminação entre os indivíduos, perpetuando o ciclo de doenças infecto contagiosas.

A nós profissionais de saúde, cabe o papel de assistir os pacientes integralmente, procurando garantir condições adequadas de saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARBOLEDA-FLÓREZ e TABORDA. Princípios éticos aplicáveis na prática da psiquiatria forense. In: TABORDA, J.G.V., CHALUB, M., ABDALLA-FILHO, E. **Psiquiatria Forense**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

BERGAMINI, G. A PERSPECTIVA EXISTENCIAL DO PROCESSO DE APRENDIZAGEM NO PRESÍDIO FEMININO DO ESTADO DE RONDÔNIA publicado 16/09/2009 em <http://www.webartigos.com>  
Fonte: <http://www.webartigos.com/articles/24886/1/A-PERSPECTIVA-EXISTENCIAL-DO-PROCESSO-DE-APRENDIZAGEM-NO-PRESIDIO-FEMININO-DO-ESTADO-DE-RONDONIA/pagina1.html#ixzz1ObMcz8eM>

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. Lei n.º 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 jul. 1984.

\_\_\_\_\_. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990.

\_\_\_\_\_. Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. Censo Penitenciário de 1995. 2ª. ed. rev. Brasília: Imprensa Nacional, 1997.

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. Resolução n.º 14, de 11 de novembro de 1994. Trata das regras mínimas para tratamento dos presos no Brasil. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 2 de dez. 1994.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Manual para Organização da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde no Sistema Penitenciário. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Brasília, 2004.

\_\_\_\_\_. Portaria Interministerial n.º 1.777, de 9 de setembro de 2003. Disponível em: <<http://www.mj.gov.br/Depen/funpen/legislacao/2003Portaria1777.pdf>>.

\_\_\_\_\_. Portaria n.º 268, de 17 de setembro de 2003. Disponível em: <[http://www.saude.sc.gov.br/download/sia\\_sih/CNES%20Vers%C3%B5es/PT%20SAS\\_268.rtf](http://www.saude.sc.gov.br/download/sia_sih/CNES%20Vers%C3%B5es/PT%20SAS_268.rtf)>.

\_\_\_\_\_. Portaria n.º 1.552/GM, de 28 de julho de 2004. Publica os valores do custeio do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.sespa.pa.gov.br/Sus/Portarias/PT2004/portaria1552.htm>>.

\_\_\_\_\_. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Portaria n.º 373/GM, de 27 de fevereiro de 2002: Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/02. 2ª ed. rev. atual. Brasília, 2002.

Cardoso RG, Blank P, Taborda JGV. Exame de superveniência da doença mental. In: Taborda JGV, Chalub M, Abdalla Filho E. *Psiquiatria forense*. Porto Alegre: Artmed p. 153-60, 2004.

FABIANI, M.C.M. Avaliação do desempenho de um questionário para detectar o uso de maconha e cocaína em uma população carcerária de São Paulo. Universidade de São Paulo. Dissertação de mestrado. 2010.

GOIS, SANTOS JR., SILVEIRA E GAUDÊNCIO. **Para além das grades e punições: uma revisão sistemática sobre a saúde penitenciária**. In: Revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2010.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO - Secretaria da Administração Penitenciária - Órgão: Coordenadoria de Saúde do Sistema Penitenciário. **Plano de Ação do Programa: atenção básica à saúde no sistema penitenciário**, 2004.

MARTELLI, Celina Maria Turchi et al . Soroprevalência e fatores de risco para a infecção pelo vírus da hepatite B pelos marcadores AgHBs e anti-HBs em prisioneiros e primodoadores de sangue. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 24, n. 4, Aug. 1990 Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101990000400004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101990000400004&lng=en&nrm=iso)>. access on 07 June 2011. doi: 10.1590/S0034-89101990000400004.

MORAES e FRIDMAN. Medicina forense, psiquiatria forense e lei. In: TABORDA, J.G.V., CHALUB, M., ABDALLA-FILHO, E. *Psiquiatria Forense*. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MORAES, T (1998). Ética e psiquiatria forense, *Cadernos do IPUB*, p.85-89, 1998.

NASCIMENTO, A.M.B., LEMOS, J.A, SAPUCAIA, J.S.B. **Unidades de programa de saúde penitenciária: humanização e saúde para a população prisional na Bahia.** ANAIS DO I CONGRESSO NACIONAL DA ABDEH - IV SEMINÁRIO DE ENGENHARIA CLÍNICA - 2004.

STIEF, Alcione Cavalheiro Faro et al . Seroprevalence of hepatitis B virus infection and associated factors among prison inmates in state of Mato Grosso do Sul, Brazil. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 43, n. 5, Oct. 2010 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0037-86822010000500008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822010000500008&lng=en&nrm=iso)>. access on 07 June 2011. doi: 10.1590/S0037-86822010000500008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA (2010) **Reflexões sobre a Tuberculose para o dia do infectologista.** disponível in: [http://www.sbinfecto.org.br/default.asp?site\\_Acao=&paginaId=134&mNoti\\_Acao=mostraNoticia&noticiaId=15480](http://www.sbinfecto.org.br/default.asp?site_Acao=&paginaId=134&mNoti_Acao=mostraNoticia&noticiaId=15480)

TABORDA, J.G.V., CHALUB, M., ABDALLA-FILHO, E. **Psiquiatria Forense.** Porto Alegre: Artmed, 2004.

Waisbord (2010) **Participatory communication for tuberculosis control in prisons in Bolivia, Ecuador, and Paraguay.** Rev Panam Salud Publica vol.27 no.3 Washington Mar. 2010.

EAD - UFMS

REVISÃO:

Prof. Dr. Ricardo Magalhães Bulhões

EDITORAÇÃO ELETRÔNICA E PROJETO GRÁFICO:

Marcos Paulo dos Santos de Souza

DESIGNER:

Alana Montagna

DESIGN INSTRUCIONAL:

Carla Calarge

FOTO DA CAPA:

Roberto Higa









Foto: Roberto Higa

**SES**  
Secretaria de Estado de Saúde

Ministério da  
Educação

Ministério da  
Saúde

Secretaria de  
Gestão do Trabalho e da  
Educação na Saúde

GOVERNO FEDERAL  
**BRASIL**  
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA



**SESAU**  
Secretaria Municipal  
de Saúde Pública

