

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Saúde dos presidiários e direito social: um estudo de caso na Unidade Prisional de João Pessoa - Paraíba”

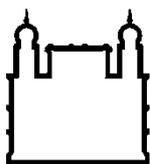
por

Aurilene Josefa Cartaxo Gomes de Arruda

Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientadora principal: Prof.^a Dr.^a Maria Helena Barros de Oliveira
Segunda orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Cristina Rodrigues Guilam

João Pessoa, maio de 2013.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta tese, intitulada

“Saúde dos presidiários e direito social: um estudo de caso na Unidade Prisional de João Pessoa - Paraíba”

apresentada por

Aurilene Josefa Cartaxo Gomes de Arruda

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Jadir Anunciação de Brito

Prof. Dr. Gabriel Eduardo Schütz

Prof. Dr. César Cavalcanti da Silva

Prof. Dr. Sérgio Ribeiro dos Santos

Prof.^a Dr.^a Maria Helena Barros de Oliveira – Orientadora principal

Tese defendida e aprovada em 13 de maio de 2013.

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

A779 Arruda, Aurilene Josefa Cartaxo Gomes de
Saúde dos presidiários e direito social: um estudo de caso na
Unidade Prisional de João Pessoa - Paraíba. / Aurilene Josefa
Cartaxo Gomes de Arruda. -- 2013.
171 f. : il. ; tab. ; graf. ; mapas

Orientador: Oliveira, Maria Helena Barros de
Guilam, Maria Cristina Rodrigues
Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio
Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

1. Saúde Pública. 2. Política de Saúde. 3. Prisões. 4. Direito à
Saúde. 5. Direito Penal. 6. Direitos Humanos. I. Título.

CDD – 22.ed. – 344.0321098133



KLEBER SALES

“Lutar pela igualdade sempre que as diferenças nos discriminem. Lutar pelas diferenças sempre que a igualdade no descaracterize”.

Boaventura de Sousa Santos.

À minha mãe Terezinha Cartaxo e meus filhos Janiffer, Alysson e Kerlley Cartaxo, fontes de inspiração, força e determinação.

DEDICO

AGRADECIMENTOS

A DEUS, força sublime, luz espiritual que reflete na natureza e alimenta a minha alma, fortalecendo a vida e a busca dos meus ideais.

AO MEU PAI, Adalberto Gomes de Arruda (in memoriam), que, apesar da ausência carnal, é presença e força espiritual constantes em minha vida.

À MINHA MÃE, Terezinha Cartaxo de Arruda, o ponto de fortaleza pelo estímulo, coragem, carinho, dedicação e incentivo ao meu crescimento pessoal e profissional.

AOS MEUS FILHOS, Janiffer, Alysson e Kerley Cartaxo, **E GENROS FILHOS** Fernando Malagueta e Roberto Alves pelo amor que nos une; pela compreensão nos momentos em que me encontrei ausente para a realização desse trabalho e pela valiosa contribuição nas revisões dos textos, sugestões estatísticas e debates acerca da temática em estudo.

À MINHA IRMÃ E À MINHA SOBRINHA, Dalila Cartaxo de Arruda e Michellyne Cartaxo, pelo companheirismo e verdadeira amizade nas horas difíceis.

AO PROFESSOR César Cavalcanti da Silva, pelo esforço para a consolidação do convênio entre a ENSP/FIOCRUZ e demais Universidades participantes do Projeto DINTER e pelas sugestões no texto, produto de sucessivos debates acadêmicos que geraram momentos de profícuos aprofundamentos teóricos.

ÀS MINHAS ORIENTADORAS, Profas. Maria Helena Barros de Oliveira e Maria Cristina Rodrigues Guilam, pelas orientações e pelo apoio nas horas mais difíceis desta caminhada.

AOS COMPONENTES DA BANCA, minhas orientadoras e os Profs. Drs. César Cavalcanti da Silva; Sérgio Ribeiro dos Santos; Gabriel Eduardo Schutz e Jadir Anunciação de Brito pela disponibilidade e valiosa contribuição na construção dessa tese.

AS PROFESSORAS SUPLENTE DA BANCA EXAMINADORA Maria das Graças Melo Fernandes e Maria Bernadete pela disponibilidade e o carinho com que aceitaram este convite.

DESEMBARGADOR DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA E EX-JUIZ DA VARA DE EXECUÇÕES PENAIAS, Meritíssimo Juiz Dr. Carlos Martins Beltrão Filho, que promoveu minha inserção em todas as Unidades Prisionais de João Pessoa/PB, pelo seu notório conhecimento na área jurídica e constante demonstração de respeito e paciência para com os familiares dos presidiários.

À EQUIPE DO PROGRAMA DE SAÚDE DO SISTEMA PENITENCIÁRIO, pela disposição de encarar o desafio de transformar o mundo. Com um carinho muito especial, à Enfermeira Maria de Lourdes Silva do Nascimento; Psicóloga Maria Neuza Araújo e Assistente Social Dalva Maria Silva Martins, incansáveis na luta pela transformação de lágrimas em sorrisos, nos rostos dos presidiários.

AO DIRETOR GERAL DO PRESÍDIO, Major Josinaldo da Cunha Lima, eleito pelos presidiários com um Diretor que se preocupa com o cumprimento dos Direitos Sociais do presidiário.

AO DIRETOR ADJUNTO DO PRESIDIO, José Rodolfo Couto da Silva Filho, pela recepção acolhedora promovida diariamente.

AOS AGENTES PENITENCIÁRIOS, em particular a José Solon da Silva, que, apesar das agruras enfrentadas no dia-a-dia do presídio, tem sempre um sorriso no rosto e um grande respeito ao ser humano.

AOS PRESIDÁRIOS, em particular aos que participaram desta pesquisa, expondo suas histórias de vida, na esperança de dias melhores.

AOS PROFESSORES DO DINTER, pelos ensinamentos e pelo respeito profissional e humano transmitidos.

AOS PROFESSORES Wilma Dias de Fontes e Sidney César Silva Guerra, pelas valiosas contribuições por ocasião da qualificação deste trabalho na fase de projeto.

AOS COLABORADORES Tatiana Ferreira da Costa e Carlos André Guedes Linhares, pela contribuição nos momentos da coleta de dados.

AO MEU AMIGO ESPECIAL, José da Paz Alvarenga, pelas noites em claro para a construção do nosso projeto na fase de qualificação. Que Deus abençoe os seus caminhos.

À MINHA AMIGA Suelma de Fátima Bruns, pelos momentos difíceis que partilhamos juntas morando sob o mesmo teto numa cidade distante.

À MINHA AMIGA DE INFÂNCIA Sandra Erickson pela confecção do abstract. Crescemos juntas e mesmo agora distante, hoje adultas, você ainda se faz presente nas palavras, que a nossa amizade continue sempre vencendo as barreiras do tempo.

AOS MEUS COLEGAS DO DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM CLÍNICA, Professores e Funcionários, e em especial às Profas. Maria Júlia Guimarães de Oliveira e Marta Miriam, chefe e subchefe do DENC por ocasião do meu afastamento, pela força, incentivo e estímulo para cursar essa pós-graduação.

AS COLEGAS DE ÁREA DE ENFERMAGEM CIRÚRGICA, pela contribuição prestada na disciplina, quando no meu afastamento para cursar este doutorado.

AOS MEUS COLEGAS DE CURSO, com os quais aprendi a refletir sobre os conflitos das relações interpessoais, e que me fizeram crescer muito mais como profissional das ciências da saúde. Em especial Nilza Cunha; Anúbes Castro; Waglânia Freitas; Cristina Camelo e Josineide Sampaio pelo companheirismo nas horas difíceis quando na efetivação dos créditos em sala de aula.

À COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR – CAPES, pelo financiamento desta pesquisa.

A TODOS que, direta ou indiretamente, contribuíram para que este sonho se transformasse em realidade.

RESUMO

“A saúde é um direito de todos e um dever do Estado”; portanto, constitui-se um direito social fundamental, acessível a todo e qualquer cidadão, independentemente do seu estado de liberdade. A presente pesquisa objetivou avaliar o serviço de atenção à saúde prestada aos presidiários da Unidade Prisional de João Pessoa – Paraíba, enquanto direito social foi classificada metodologicamente como Estudo de Caso de abordagem qualitativa. A coleta de dados ocorreu entre os meses de dezembro de 2011 e agosto de 2012, através de roteiros de entrevistas, construídos exclusivamente para este fim, e contou ainda com registros complementares da pesquisadora, mediante gravação de depoimentos, após assinatura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido. Para análise das informações obtidas dos presidiários e profissionais de saúde lotados naquele estabelecimento penal, utilizou-se a técnica de análise temática, com algumas adaptações. A discussão dos resultados à luz da literatura especializada, da saúde e das doutrinas jurídicas, revelou que a atenção à saúde dos presidiários, não tem sido desenvolvida de modo a atender à legislação vigente. Concorre diretamente para esse achado acadêmico o reduzido número de profissionais de saúde na equipe contratada para esse fim. Dessa maneira o Sistema Penitenciário da Paraíba não está sendo capaz de cumprir com as responsabilidades assumidas junto ao Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário, defendemos a hipótese de que, com um número quantitativamente insuficiente de profissionais de saúde incompatível com as necessidades de prevenção de doenças, promoção, tratamento e manutenção da saúde, em curto prazo, este setor do sistema prisional paraibano entrará em uma situação de colapso dos problemas identificados.

PALAVRAS-CHAVE: 1. Prisões 2. Direito da Saúde 3. Detentos

ABSTRACT

According to Brazilian Constitution, "Health is a right of all and a duty of the State", therefore, it is an entitlement to be accessible to all and every citizen, independently of his/her state of freedom. The present research is aimed at analyzing the health care rendered to male convicts in regular prison facilities in João Pessoa Paraíba Prison; the research utilized a qualitative approach known as case study. The collection of data took place between the months of December of 2011 and August of 2012. We used interviewing techniques whose interviewing forms were developed exclusively for this purpose; researcher's complementary registrations notes and forms which recorded the parishioners' speeches whose terms of permission and consent were properly signed by our subjects were also used. For the analyzes of the statements of the convicts' and their health care professionals we used the technique of talk analysis, with some adaptations. At the light of the specialized literature, and of the juridical provisions regarding this issue, namely the health care of prisoners under Brazilian law our results show that the care of the convicts' health in João Pessoa's penal facility is far from attending what is prescribed in the legislation. We maintain, with the support of this research, that the reduced number of health care professionals provided by the state of Paraíba to attend its prison population is way below what is needed. Thus, the Penitentiary System of Paraíba does comply with the responsibility it must have under the Health National Plan for Penitentiary System required by Brazilian government. We maintain that the number of health professionals attending to that prison is completely incompatible with the need to develop preventive care, and treating and maintenance of the health of its prisoners; therefore soon enough this part of Paraíba penal health care system will enter in a state of irreversible damage making it impossible to attend its population.

WORD-KEY: 1.Prisons 2.Right to Health Care 3.Detainees

RESUMEN

“Salud es un derecho de todos y un deber del Estado”, por lo tanto, se constituye en un derecho social fundamental que debe ser accesible a todo y cualquier ciudadano independientemente de su situación de libertad. Esta disertación tiene como objetivo evaluar el servicio de atención a la salud ofrecida a los presos de la Unidad Carcelaria de João Pessoa – Paraíba, entendida como derecho social. La metodología elegida para la investigación se basó en el estudio de caso cualitativo. Los datos fueron recogidos en el período entre diciembre de 2011 a agosto de 2012, por medio de cuestionarios para entrevistas construidos especialmente para esa finalidad; a lo que se agregó el contenido de registros complementarios obtenidos por la investigadora a través de la grabación de declaraciones de los presos y de los profesionales de salud asignados en dicho establecimiento penal. Se utilizó la técnica de análisis temática con algunas adaptaciones. La discusión de los resultados, de acuerdo con la literatura especializada en salud y en doctrinas jurídicas, reveló que la atención a la salud de los presos no se realiza atendiendo a la legislación vigente. Esto es una consecuencia directa del reducido número de profesionales contratados para esta finalidad. De esta manera, El Sistema Penitenciario de Paraíba no está siendo capaz de cumplir con las responsabilidades asumidas ante el Plan Nacional de Salud del Sistema Penitenciario, planteándose la hipótesis que el número de funcionarios asignados en esta Unidad es incompatible con las necesidades de prevención de enfermedades; promoción, tratamiento y manutención de la salud, consecuentemente, se estima que a corto plazo, este sector del sistema carcelario paraibano entrará en una situación de colapso.

PALABRA-IMPORTANTE: 1. Prisiones 2. El derecho de la salud 3. Los detenidos

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Distribuição percentual dos presidiários quanto à faixa etária. João Pessoa – PB. Ago. 2012.(n=35).	81
Gráfico 2 – Distribuição percentual dos presidiários quanto ao grau de escolaridade. João Pessoa – PB. Ago. 2012. (n=35).	82
Gráfico 3 – Distribuição percentual dos presidiários de acordo com o estado civil. João Pessoa – PB. Ago. 2012.(n=35).	84
Gráfico 4 – Distribuição percentual dos presidiários quanto à profissão exercida antes da chegada ao presídio. João Pessoa – PB. Ago. 2012.(n=35).	88
Gráfico 5 – Distribuição percentual dos presidiários quanto às atividades desenvolvidas dentro do presídio. João Pessoa – PB. Ago. 2012. (n=35).	89
Quadro 1 - Demonstrativo das especificações dos pavilhões em relação ao número de celas. João Pessoa – PB. Ago. 2012.	63
Quadro 2 - Padronização física da Unidade de Saúde nos estabelecimentos penais de 501 a 800 pessoas presas. Brasil, 2006.	70
Quadro 3 – Listagem de equipamentos elencados no Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Brasil, 2008.	128
Figura 1 – Distribuição em números absolutos, de indivíduos que cumprem pena (homens, mulheres e jovens infratores) em regime aberto, semiaberto ou fechado, distribuídos pelos diferentes estados do Brasil.	31

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1**– Demonstrativo dos crimes praticados pelos presidiários e seus respectivos artigos no Código Penal. João Pessoa – PB. Ago. 2012.(n=35). 93
- Tabela 2**– Demonstrativo do tempo de pena cumprida pelos presidiários em relação ao tempo a ser cumprido. João Pessoa – PB. Ago. 2012.(n=35). 96

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO	23
1.2 JUSTIFICATIVA	25
2 OBJETIVOS	28
2.1 GERAL	28
2.2 ESPECÍFICOS	28
3 REVISÃO DE LITERATURA	29
3.1 HISTÓRIA DAS PRISÕES	29
3.2 A POPULAÇÃO PENITENCIÁRIA BRASILEIRA	33
3.3 AS PENAS E SUAS ESPÉCIES	37
3.4 LEI DE EXECUÇÃO PENAL E OS DIREITOS SOCIAIS DO PRESO	38
3.5 DIREITOS HUMANOS NA CONJUNTURA DO SISTEMA PRISIONAL	43
3.6 SAÚDE E DIREITO SOCIAL	52
4 METODOLOGIA	57
4.1 CENÁRIO DA PESQUISA	57
4.2 TRAJETÓRIA PERCORRIDA	57
4.3 MÉTODO UTILIZADO	57
4.4 SUJEITOS DA PESQUISA	58
4.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS E TÉCNICA UTILIZADA	59
4.6 ETAPAS DO ESTUDO E SUA INTENCIONALIDADE	60
4.6.1 Primeira Etapa- Descrição do campo da pesquisa	60
4.6.2 Segunda Etapa- O perfil da equipe multidisciplinar prestadora da assistência à saúde no presídio	61
4.6.3 Terceira Etapa- Depoimentos da equipe multidisciplinar da saúde em relação às atividades desenvolvidas no serviço de saúde do presídio	61
4.6.4 Quarta Etapa- O perfil dos presidiários	62
4.6.5 Quinta Etapa- Depoimentos dos presidiários em relação à qualidade do serviço de saúde prestado no presídio	62
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	63
5.1 DESCRIÇÃO DO CAMPO DA PESQUISA	63
5.2 O PERFIL DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR PRESTADORA DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO PRESÍDIO	73
5.3 DEPOIMENTOS DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DA SAÚDE EM RELAÇÃO ÀS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO SERVIÇO DE SAÚDE DO PRESÍDIO	77
5.4 O PERFIL DOS PRESIDIÁRIOS	80
5.5 DEPOIMENTOS DOS PRESIDIÁRIOS EM RELAÇÃO À QUALIDADE DO SERVIÇO DE SAÚDE PRESTADO NO PRESÍDIO	98
5.6 OUTRAS INFORMAÇÕES JULGADAS IMPORTANTES PARA A CONSOLIDAÇÃO DA TESE	108
6 CONCLUSÃO	111
7 SUGESTÕES	114
REFERÊNCIAS	116
ANEXOS	127
ANEXO A –Relação dos Medicamentos para atendimento de pessoas presas	128
ANEXO B- Certidão do Comitê de Ética	130
ANEXO C- Ofício de encaminhamento ao Juiz da Vara de Execuções Penais	132

ANEXO D- Ofício de encaminhamento do Juiz para Direção do Presídio	134
ANEXO E- Modelo de Prontuário Geral Padronizado	137
ANEXO F- Listagem de equipamentos necessários para os Serviços de Saúde nas Unidades Prisionais	164
APÊNDICES	165
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	166
APÊNDICE B – Formulário para estudo descritivo do campo da pesquisa	167
APÊNDICE C – Formulário dirigido aos profissionais da equipe de saúde	168
APÊNDICE D – Formulário dirigido aos presidiários	171

LISTA DE SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANS	Agência Nacional de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal da República
CID	Classificação Internacional das Doenças
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CNCP	Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CP	Código Penal
DEPEN	Departamento Penitenciário Nacional
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
DVD	Disco Versátil Digital
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GM	Gabinete do Ministro
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Vírus do Papiloma Humano
H1N1	Vírus da Influenza (H- Hemaglutinina e N-enzima neuraminidase)
INFOPEN	Sistema Integrado de Informações Penitenciárias
ICPS	International Centre for Prison Studies
LEP	Lei de Execução Penal
LGBTTT	Lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros
LILACS	Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MS	Ministério da Saúde
MJ	Ministério da Justiça
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNSSP	Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário
POESSP	Plano Operativo Estadual de Saúde do Sistema Penitenciário
SICLOM	Sistema Integrado de Controle de Medicamentos
SISCEL	Sistema Integrado de Controle de Exames Laboratoriais
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UNIRIO	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

APRESENTAÇÃO

A motivação para empreender este estudo decorreu de nossa atuação profissional ainda como enfermeira, lotada em unidades básicas de saúde e na rede hospitalar, onde foram estabelecidos os primeiros contatos com pacientes oriundos das diversas unidades prisionais de João Pessoa, para atendimentos de baixa, média e alta complexidade.

Como docente da UFPB, ministrando aulas teórico-práticas, no curso de graduação em Enfermagem, e exercendo supervisão de alunos junto à unidade de queimados, observamos a dificuldade de alguns profissionais de saúde lotados nas unidades prisionais para atender até mesmo a pequenas ocorrências, solucionáveis em seus locais de origem.

A preocupação com o descompasso do processo assistencial de presos no bojo do Sistema Único de Saúde (SUS) na Paraíba acentuou-se no final do ano de 2011, quando concluímos o Bacharelado em Direito e apresentamos como trabalho de conclusão de curso a monografia intitulada *Sistema Prisional: saúde sob a ótica do apenado em regime fechado*. O resultado dessa pesquisa revelou inúmeras falhas no sistema prisional paraibano, dentre elas, a escassez e/ou reduzido número de profissionais de saúde nas equipes multidisciplinares lotadas nas instituições que compõem esse sistema.

Mais tarde, na qualidade de aluna regularmente matriculada no curso de Doutorado em Ciências, promovido pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), as inquietações sobre a saúde dos presidiários se constituíram objeto de aprofundamento teórico, tomando, como ponto de partida, a insuficiência quantitativa de profissionais de saúde nos sistemas prisionais paraibanos e a incapacidade de cumprir com a responsabilidade assumida junto ao Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário.

A perspectiva de estudar um tema tão controverso, atual e preocupante nos levou à necessidade de caracterizar a estrutura física da unidade de saúde prisional, dos pavilhões e das celas; traçar um perfil da equipe multidisciplinar prestadora da assistência à saúde no presídio; avaliar os depoimentos da equipe multidisciplinar de saúde, em relação às atividades desenvolvidas no serviço de saúde do presídio; traçar um perfil dos presidiários; e avaliar os depoimentos dos presidiários em relação à qualidade dos serviços de saúde prestados no presídio.

O presente estudo encontra-se estruturado em cinco etapas: Introdução; Revisão da Literatura; Metodologia; Resultados/Discussão e Conclusão.

Na Introdução, destacamos a saúde enquanto direito social, expressa na Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, bem como no arcabouço jurídico que respalda a temática, como a Lei de Execução Penal (LEP), Portarias Ministeriais, Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário (PNSSP), além da Lei Orgânica da Saúde (LOS). Justificamos a importância da pesquisa no âmbito científico e sua contribuição para a melhoria do atual cenário da saúde nos presídios.

A Metodologia explicita a tipologia do estudo, o cenário da pesquisa, os instrumentos para a coleta de dados e a técnica utilizada nos processos de análise do material empírico (Estudo de Caso).

Os Resultados e a Discussão revelam a fragilidade da saúde dos presos e as dificuldades enfrentadas para a prevenção das doenças, tratamento e manutenção dos agravos à saúde e à integridade física e moral dos presidiários.

Na Conclusão, reiteramos nosso posicionamento favorável à saúde e abrimos uma série de possibilidades de discussões acerca de reposicionamentos administrativos e gerenciais que ainda podem reverter a situação de colapso dos problemas identificados.

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo partiu do princípio básico de que todo brasileiro, para o exercício pleno da cidadania, tem direitos sociais garantidos constitucionalmente e respaldados por leis específicas, como a Lei Orgânica da Saúde e a Lei de Execução Penal.

A saúde, enquanto direito social, está expressa na Constituição da República Federativa do Brasil – CF de 1988, Seção II, Artigo 196 (BRASIL, 2009, p. 115):

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.

A saúde, por ser um direito social, torna-se essencialmente de competência dos poderes públicos, os quais devem desenvolver políticas públicas a serem implantadas através de programas, projetos e estratégias, de modo a garantir aos cidadãos a prestação de ações e serviços em diferentes níveis de atenção, na perspectiva da prevenção, promoção, reabilitação e recuperação.

As ações e serviços de saúde de caráter universal e equânime devem ser desenvolvidos com vistas à integralidade da assistência, de forma descentralizada nas três esferas governamentais, com a efetiva participação da comunidade, estando respaldados pela Lei 8.080/90. A Lei Orgânica da Saúde tem sido considerada um modelo ideal de formulação política e organizacional, contribuindo para muitas mudanças no contexto do processo saúde/doença da população usuária dos serviços (BRASIL, 1990).

O Sistema Único de Saúde - SUS, por ser de caráter universal, inclui a atenção à saúde da população penitenciária brasileira, independentemente do grau de reclusão dos presidiários: regime fechado (pena superior a oito anos); regime semiaberto (pena superior a quatro e inferior a oito anos) ou aberto (pena igual ou inferior a quatro anos). Nesse contexto, as ações de saúde prestadas através dos programas prisionais desse setor devem ser promovidas por equipe interdisciplinar articulada às redes assistenciais de saúde.

A saúde dos presidiários, mesmo antes da instituição do SUS, já possuía previsão legal, a partir da Lei 7.210/1984 (Execução Penal - LEP). Segundo Pinto e Céspedes e Windt (2010), o Artigo 14 dessa Lei preconiza a assistência à saúde do preso (pessoa que se encontra com sentença definitiva – transitada em julgado) e do internado (pessoa aguardando sentença

definitiva - decisão judicial provisória), tanto de caráter preventivo quanto de caráter curativo, e assegura atendimento médico, farmacêutico e odontológico, garantindo, inclusive, no parágrafo 2º, que, quando o estabelecimento penal não estiver aparelhado para promover a assistência médica necessária, ela será prestada em outro local, mediante autorização da direção do estabelecimento.

Portanto, entende-se que, para desenvolver ações relativas à saúde dos presidiários, deve-se levar em consideração não apenas a presença da equipe de saúde e o caráter da internação, se preventivo ou curativo, mas todos os fatores determinantes que desencadeiam o processo de adoecimento e/ou comprometimento da saúde.

Silva (2007) afirma que tratar da saúde não se limita à prestação das ações e serviços, englobando também cuidado com seus determinantes e condicionantes, pois os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país, conforme destaca o Artigo 3º da Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990).

Oliveira e Vasconcelos (2009) chamam atenção para a garantia do direito à saúde, afirmando que esta condição exige que as políticas públicas intersetoriais (políticas de emprego, moradia, assistência e previdência social, reforma agrária, saúde, saneamento básico e vigilância ambiental, segurança alimentar, segurança do trabalho, educação e segurança pública) sejam uma prática permanente em todos os níveis de governo, tomando como referência a qualidade de vida da população, ou seja, concebidas como partes integrantes de um projeto de desenvolvimento social econômico sustentável, integrador e distributivo.

Para a assistência específica à saúde dos presidiários, foi criado o Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário - PNSSP, instituído pela Portaria Interministerial n.º 1.777, de 09 de setembro de 2003, envolvendo os Ministérios da Saúde e da Justiça, objetivando assegurar, ao cidadão, a garantia dos seus direitos sociais quando em cumprimento de uma pena oriunda de um delito (BRASIL, 2003).

O referido Plano tem por objetivo organizar o acesso da população penitenciária às ações e serviços de saúde do SUS, implementando diversas unidades de saúde de atenção básica nas unidades prisionais e organizando as ações de referência para os serviços ambulatoriais especializados, além dos serviços hospitalares.

Para a aplicabilidade e efetivação das ações e serviços de saúde aos presidiários, os Estados brasileiros, através de suas Secretarias de Saúde e de Justiça, deveriam aderir ao Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário - PNSSP e elaborar um Plano Operativo Estadual de Saúde do Sistema Penitenciário - POESSP, onde cada unidade federativa, juntamente com a Secretaria da Justiça e Direitos Humanos e a Superintendência de Construções

Administrativas, viabilizassem a implantação das Unidades de Programa de Saúde Penitenciária em nível Nacional (BRASIL, 2008a).

Para que os Estados e Municípios sejam qualificados a elaborar seus POESSP, devem obedecer aos critérios estabelecidos pelo PNSSP-MS-Brasil (2004, p.19):

- Formalização do envio do Termo de Adesão ao Ministério da Saúde;
- Apresentação, para fins de aprovação, do Plano Operativo Estadual no Conselho Estadual de Saúde e na Comissão Intergestores Bipartite;
- Envio do Plano Operativo Estadual ao Ministério da Saúde pelas Secretarias de Estado de Saúde;
- Credenciamento dos estabelecimentos de saúde e dos profissionais de saúde das unidades prisionais, por meio do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES);
- Aprovação dos Planos Operativos Estaduais pelo Ministério da Saúde como condição para que estados e municípios recebam o Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário; e
- Publicação no Diário Oficial da União de Portaria de Qualificação.

A partir desta qualificação, os serviços de saúde deverão adotar as seguintes diretrizes estratégicas, previstas pelo PNSSP nas Unidades Prisionais (BRASIL, 2004, p.14):

- 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, bem como, estimular o efetivo exercício do controle social.

O Estado da Paraíba tornou-se qualificado perante o PNSSP, por se inserir nos critérios e requisitos desse Plano. Após a qualificação, a Portaria MS de nº 1.163/2008 qualifica o Estado da Paraíba a receber o Incentivo financeiro para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário (BRASIL, 2008b).

Com base nas exigências supramencionadas, os Ministérios da Saúde e da Justiça têm incentivado Estados e Municípios, adotando mecanismos de valorização à Atenção Básica de Saúde, a exemplo do incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário, destinado ao custeio das ações e dos serviços de saúde desenvolvidos nas unidades prisionais (BRASIL, 2008a).

Os valores destinados ao custeio do incentivo para a Atenção à Saúde de acordo com a Portaria Interministerial de nº 3.343/2006 serão baseados no número de pessoas incluídas no Sistema Penitenciário Nacional, conforme dados do Departamento Penitenciário Nacional do Ministério da Justiça. O artigo 5º determina que os recursos orçamentais sejam da responsabilidade do orçamento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a).

Compete ao Ministério da Saúde, além do incentivo para a atenção no Sistema Penitenciário, a responsabilidade de repassar, trimestralmente, medicamentos (anexo A) às equipes de saúde, para atender às doenças mais prevalentes e prioritárias no âmbito da Atenção Básica em Saúde. Essas equipes devem constar no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES – dos Estados qualificados junto ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010a).

Embora existam parcerias entre os Ministérios da Saúde e da Justiça na busca pela efetivação da atenção à saúde dos presidiários, os serviços prestados a essa parcela da população ainda deixam a desejar, devido aos inúmeros obstáculos observados no cotidiano do Sistema Penitenciário, sejam de natureza política, civil ou econômica, em âmbito regional ou nacional. É, portanto, necessária a adoção de estratégias de enfrentamentos para superação dos problemas e melhor viabilização das ações de saúde nesse setor.

Para que as equipes de saúde possam desenvolver suas ações e realizar serviços de boa qualidade, Ferreira (2011a) chama atenção para o quantitativo de equipes de saúde por presídio, considerando necessária uma equipe para atender entre 100 e 500 presidiários e, em caso de número acima de 500, contar com, no mínimo, duas equipes de saúde.

O Estado da Paraíba, no que se refere ao Plano Operativo Estadual de Saúde do Sistema Penitenciário, após sua qualificação, foi contemplado com 18 equipes de Saúde, que atuam no interior dos presídios. Existem sete equipes distribuídas nos municípios de João Pessoa, Campina Grande, Santa Rita e Guarabira. As equipes encontram-se ligadas a rede básica de saúde e prestam atendimentos aos presidiários, no entanto, os casos de maior complexidade são encaminhados para os hospitais locais de referência (FERREIRA, 2011b).

Em nossa vivência profissional, na qualidade de enfermeira, desenvolvendo atividades assistenciais em hospitais de emergência clínica, cirúrgica e traumatológicas na cidade de João Pessoa, realizamos vários atendimentos aos presidiários do sexo masculino (maior incidência), mantidos em escolta policial, além de atendê-los também em Unidades Básicas de Saúde.

Dentre os agravos à saúde que acometiam os presidiários, destacavam-se as patologias de natureza leve, passíveis de resolução em ambulatório dentro dos próprios presídios, e

patologias de natureza grave ou gravíssima, que requeriam atenção de média e alta complexidade em hospitais gerais ou especializados. Esses presidiários apresentavam queimaduras de 3º grau, infecções diversas, ferimentos de arma branca e/ou arma de fogo, pós-correções cirúrgicas de órgãos, DST/AIDS, infecções pulmonares, dentre outras situações agravantes à saúde, cujo atendimento no próprio local da ocorrência minimizaria sequelas e atenderia ao princípio organizativo da Descentralização do SUS Kujawa, Both e Brutscher (2007, p.27) que prevê que “quanto mais perto de um problema uma decisão for tomada, mais chance haverá para acerto”.

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO

No âmbito do sistema prisional, a superlotação nas celas é um dos principais problemas do Brasil. A sua precariedade e insalubridade torna as prisões um ambiente propício à transmissão de doenças e à proliferação de epidemias. Fatores estruturais e funcionais como a má alimentação, o sedentarismo, o uso de drogas, a falta de higiene e a má ventilação do ambiente, proporcionam uma aparência sombria, triste, fúnebre e de lamentos, fazendo com que o preso, se ali entrou sadio, não saia sem estar acometido de alguma doença ou com sua saúde fragilizada. Um caso de destaque é a transmissão da tuberculose (ASSIS, 2007; ROSSI, 2006; ROCHA, 2006; SANCHEZ et al., 2007).

O problema da tuberculose não se apresenta apenas entre os encarcerados, mas, também, pode se disseminar na comunidade, através de seus familiares e amigos, ou pelo contato com os funcionários dos presídios durante o período de reclusão. “O fluxo de pessoas que vai e vem dentro e fora dos presídios é muito intenso, e os processos de disseminação de doenças não são barrados pelos muros que os circundam”. (ABRAHÃO, 2003; ROSSI, 2006).

Araújo, Nazano e Gouveia (2009) mencionam que outros problemas podem comprometer o processo saúde e doença dos encarcerados, como a diminuição da autoestima, da autoconfiança, redução da energia e diminuição da atividade física, diminuição da capacidade de concentração - associadas, em geral, à fadiga, diminuição do sono e do apetite. O humor depressivo pode acompanhar os sintomas ditos “somáticos” como, por exemplo, perda de interesse ou prazer, despertar matinal precoce - várias horas antes da habitual, agravamento matinal da depressão, podendo ocasionar lentidão psicomotora, agitação e perda de peso.

Assis (2007) destaca outros problemas de saúde que acometem os presidiários, a exemplo da violência sexual praticada entre eles, principalmente envolvendo homossexuais. Ressalta ainda o uso de drogas, os casos de câncer, os portadores de necessidades especiais conseqüentes de paralisias e semi-paralisias. No item saúde bucal, afirma que o tratamento resume-se apenas às exodontias (extrações) e enfatiza que, no interior da maioria das prisões, não há tratamento médico-hospitalar prestado por equipe de saúde, o que agrava ainda mais a situação.

Os dados profissionais anteriormente elencados no Sistema Integrado de Informações Penitenciárias - Depen/InfoPen (BRASIL, 2010b) remetem a uma preocupação quanto à prestação dos serviços de atenção à saúde no Sistema Penitenciário da Paraíba, uma vez que o estado apresenta um número reduzido de profissionais de saúde, em relação ao total da população carcerária de todo o Sistema Paraibano, questiona-se: ***Com um número reduzido de profissionais de saúde em suas equipes, o Sistema Penitenciário da Paraíba é capaz de cumprir com a responsabilidade assumida junto ao Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário?*** Esse foi o problema posto para esta pesquisa.

No Brasil, o quantitativo de servidores penitenciários para a prestação de serviços de saúde é de 85.756 funcionários públicos na ativa; dentre eles, 5.477 são profissionais da saúde, assim distribuídos: 1.839 auxiliares e técnicos de enfermagem; 1.098 assistentes sociais; 994 psicólogos; 645 médicos (ginecologistas, psiquiatras e clínicos gerais); 53 terapeutas; 459 enfermeiros; 389 dentistas (BRASIL, 2010b).

Na Paraíba, dados relativos ao ano (BRASIL, 2010b) informam que, para uma população carcerária de 8.052 presidiários masculinos e femininos, tem-se, no que se refere ao sexo masculino em regime de reclusão fechado, o quantitativo de 2.569 presos, enquanto que a população carcerária feminina é de 178 presidiárias. Os demais presidiários de ambos os sexos, encontram-se cumprindo outros tipos de regime, como o semi-aberto ou aberto.

No Brasil, no ano de 2010 o total de presidiários existentes no Sistema Penitenciário e na polícia era de 496.251. Na atualidade Brasil (2013) Depen/InfoPen apresenta registro de 8.210 para o ano de 2011 e 8.756 encarcerados referentes a 2012. O Estado da Paraíba, o que se refere a encarcerados encontra-se em terceiro lugar do Nordeste, após Pernambuco e Ceará e o décimo sexto lugar em relação a todos os Estados dos pais. A Paraíba possui um contingente populacional de 3.766.528 habitantes.

Mesmo em fase de implementação das equipes de saúde no Sistema Prisional, a Paraíba ainda apresenta uma desproporcionalidade de profissionais para atender à demanda carcerária, com 11 odontólogos, 3 médicos clínicos, 8 enfermeiros, 10 auxiliares de enfermagem, 1

farmacêutico, 22 psicólogos e 34 assistentes sociais, quando a necessidade seria de 16 profissionais para cada modalidade (FERREIRA, 2011b). De acordo com os dados apresentados evidencia-se um excesso de profissionais em algumas áreas em detrimento de outras a exemplo a categoria psicóloga e assistente social.

Em conformidade com o que preceitua o PNSSP, os estabelecimentos com lotação acima de quinhentos presos, como é o caso do Instituto Penal Desembargador Silvio Porto, deverão possuir duas equipes de saúde com carga horária semanal de 20 horas para cada equipe (BRASIL, 2008a).

No Instituto Penal Desembargador Silvio Porto, por ocasião da coleta de dados, constatou-se a existência de 804 presidiários e apenas uma equipe de saúde, composta por 1 enfermeiro, 2 técnicos de enfermagem, 1 médico, 1 psicólogo, 1 assistente social, 1 odontólogo e 1 auxiliar de odontologia, trabalhando em um turno, o que corresponde a vinte horas semanais de trabalho para cada profissional.

Defendemos a hipótese de que, com um número quantitativamente insuficiente de profissionais de saúde incompatível com as necessidades de prevenção de doenças, promoção, tratamento e manutenção da saúde, em curto prazo, este setor do sistema prisional paraibano entrará em uma situação de colapso dos problemas identificados.

1.2 JUSTIFICATIVA

As pessoas reclusas em unidades prisionais tendem a necessitar de mais assistência em saúde do que a população em geral, pois constituem um segmento no qual a maioria, antes da prisão, estava à margem do mercado de trabalho e do acesso a oportunidades e serviços sociais. Esse grupo é formado, predominantemente, por jovens, e mais da metade dos seus integrantes tem menos de 30 anos, com baixo nível de escolaridade, sendo 94% homens, detidos, na maior parte dos casos, por delitos contra o patrimônio e tráfico de drogas (FERREIRA, 2008).

Nas prisões, são encontradas pessoas vulneráveis, apresentando um grau de fragilidade bastante evidente, decorrente da precariedade das condições precárias nas quais se encontram, além da superlotação, insalubridade e violência, a que estão submetidos. As prisões brasileiras funcionam como mecanismo de oficialização da exclusão que já paira sobre os detentos, como um atestado com firma reconhecida (FERREIRA, 2008; MARCHEZI; MENANDRO, 2004).

Reconhecer as diferenças econômicas e culturais das pessoas reclusas, bem como a variabilidade dos problemas individuais ou coletivos de saúde, suscita a necessidade de adoção de medidas adequadas, que resultem na resolução dos problemas de saúde dos cidadãos que se encontram confinados no Sistema Penitenciário. Desse modo, a assistência à saúde dos presidiários torna-se um fator decisivo para a minimização dos problemas, devendo o profissional de saúde estar presente nas unidades prisionais, para efetivar ações preventivas e curativas, visando a identificar os agravos e promover a descentralização, em obediência aos princípios organizativos do SUS.

O tratamento de saúde prestado inadequadamente aos presidiários ameaça a vida dos detentos e também facilita a transmissão de várias doenças à população em geral, por meio dos profissionais que trabalham nas unidades prisionais e dos visitantes (familiares e visitas íntimas). Os detentos não estão completamente isolados do mundo exterior, e uma contaminação não controlada entre eles representa uma grave ameaça à saúde pública (ABRAHÃO, 2003; NOGUEIRA; ABRAHÃO, 2009).

É preciso enfatizar que o SUS constitui um projeto social único, cujos princípios doutrinários de Universalidade, Integralidade e Equidade estão confirmados na Constituição Federal de 1988. Com base nessa perspectiva, o atendimento das ações voltadas à promoção, à prevenção e à assistência à saúde são inerentes ao Ministério da Saúde, que organiza, elabora, executa e fiscaliza os planos e políticas públicas, sempre em respeito aos pressupostos constitucionais, sendo essas políticas extensivas aos presidiários.

Neste contexto, Reis e Bernardes (2011) chamam a atenção para a Política Preventiva de Saúde Brasileira, cabível a todo e qualquer cidadão como direito constitucional. Os autores afirmam que essa política tem realizado importantes combates à disseminação de várias doenças, a exemplo da AIDS. Porém, destacam a existência de indivíduos que, encontram-se fora do convívio social e são receptores e transmissores de doenças, dentre eles os encarcerados.

Com base na Constituição Federal e na legislação do SUS, todo cidadão tem direito à saúde, independentemente de sexo, cor, religião, raça, condições sociais e estado de liberdade. Entendendo que o presidiário em sua condição prisional já se encontra penalizado, não pode ser condenado em mais uma instância - a privação do direito à saúde.

Incluir efetivamente no sistema de saúde os brasileiros apenados é cumprir um direito garantido pela Constituição Federal a todos os cidadãos. Portanto, ao contrário dos direitos civis, que constituem direitos relativos a abstenções do Estado, os direitos sociais referem-se à obrigatoriedade de ação por parte do Estado, uma vez que a referida Constituição incorpora

claramente o caráter programático e possui outros dispositivos que impõem obrigações, que estabelecem como competência comum dos entes federativos “cuidar da saúde”, além de incluir, no âmbito da competência concernente à legislação, a “proteção e defesa da saúde” (ANGHER, 2009).

O **objeto de estudo** dessa pesquisa é a *atenção ao serviço de saúde prestado ao presidiário*. Considera a saúde como um direito constitucional e um dever do Estado, garantido por legislação apropriada e extensiva à população carcerária, também protegida por legislações específicas. Reconhece a escassez de estudo sobre o tema, principalmente sobre esse direito no âmbito das populações carcerárias masculinas, conforme estudo realizado por (DIUANA et al., 2008).

Ressalta-se, ainda, a importância da realização dessa pesquisa, dada a necessidade de desenvolver estudos científicos que possam subsidiar a melhoria do atual cenário da saúde observado no cotidiano do Sistema Penitenciário e, para tanto, questiona-se: **a atenção ao serviço de saúde prestada aos presidiários em uma unidade prisional de João Pessoa no Estado da Paraíba tem sido desenvolvida de modo a atender à legislação vigente?**

2OBJETIVOS

2.1 GERAL

Avaliar o serviço de atenção à saúde prestada aos presidiários da Unidade Prisional de João Pessoa – Paraíba, enquanto direito social.

2.2 ESPECIFICOS

Caracterizar a estrutura física da Unidade de Saúde, dos pavilhões e das celas.

Traçar um perfil da equipe multidisciplinar prestadora da assistência à saúde no presídio.

Avaliar os depoimentos da equipe multidisciplinar de saúde, em relação às atividades desenvolvidas no serviço de saúde do presídio.

Traçar um perfil dos presidiários.

Avaliar os depoimentos dos presidiários em relação à qualidade do serviço de saúde prestado no presídio.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão bibliográfica tem por objetivo identificar estudos realizados previamente, no sentido de promover a interlocução com outros autores. Esta pesquisa foi realizada na Base de Dados *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde - Lilacs*, onde foram localizadas 90 referências e selecionadas aquelas relacionadas ao objeto de estudo da pesquisa. Foram excluídos os estudos sobre mulheres e crianças, além de serem utilizados os termos (prisão or prisões or cárceres or penitenciarias or "sistema prisional" or "sistema penitenciário" or detentos or apenados or prisioneiros or presidiários or encarcerado) e (direitos or defesas or apoio or acolhimento). Utilizaram-se, ainda, livros, artigos publicados em periódicos nacionais, legislação jurídica, documentos normativos (relatórios oficiais), além de bancos de dados estatísticos relativos ao Sistema Prisional, que envolvem os aspectos inerentes à temática.

3.1 HISTÓRIA DAS PRISÕES

A origem das prisões remonta a tempos distantes. A pena de prisão, durante a história, tem sido objeto de constante reforma, e nem sempre teve a mesma destinação. Nos primórdios, os direitos básicos de quem cometia um crime não eram respeitados pelos governantes. Atualmente, o acusado é considerado sujeito de direitos, e já existe legislação que regulamenta as prisões. Porém, a precariedade do sistema prisional é uma característica que sempre acompanhou a evolução histórica dessa pena.

A prisão na antiguidade

Na Antiguidade, não existia a concepção de prisão como pena criminal, mesmo tendo sido as leis penais as primeiras a aparecerem nas sociedades primitivas. Nesse tempo, não havia celas ou lugares destinados legalmente a deter os “foras-da-lei”, mas sim calabouços, torres e palácios, onde os detidos eram torturados com muita violência para falarem o que sabiam e, em seguida, eram mortos.

A punição era baseada no sentimento de vingança do mal causado. Eram aplicadas penas como escravização, castigos corporais e execução. O ato de aprisionar não tinha caráter

de pena, e sim, da garantia de manutenção da pessoa sob domínio físico, para, posteriormente, se exercer a punição imposta.

Boschi (2000, p. 160) assevera que:

Os povos antigos da Babilônia, do Egito, da Grécia e de Roma não conheciam a pena-prisão. Embora os acusados fossem confinados normalmente em calabouços imundos, a segregação a que podiam ser submetidos tinha por finalidade retê-los, nos moldes da prisão cautelar, até o dia do julgamento.

Nesse período, não havia limites para a aplicação das penas, nem proporcionalidade no contra-ataque das agressões praticadas. As pessoas exerciam a auto tutela, segundo a qual, se alguém cometia um crime contra outra pessoa, não deveria ser preso – caberia ao prejudicado vingar-se, utilizando seus critérios para fazer justiça com as próprias mãos. Diante dessa situação, as pessoas viviam em constante tensão, com medo de serem alvo das agressões, pois a maioria dos problemas eram resolvidos pela ação dos mais fortes sobre os mais fracos, sem qualquer conceito de justiça (MAIA, 2010).

A autora prossegue afirmando que, no intuito de melhorar a situação, foi criada a Lei de Talião, conhecida como “olho por olho dente por dente”, segundo a qual quem fosse prejudicado deveria sofrer na mesma proporção do dano sumetido. A referida Lei foi adotada pelo Código de Hamurabi e pela Lei das XII Tábuas.

Apesar de a antiguidade ter desconhecido a privação da liberdade considerada como uma sanção penal percebe-se que o encarceramento sempre existiu, ainda que relacionado ao abandono, ao desprezo e, às vezes, até à morte.

A prisão na idade média

Durante a Idade Média, a lei penal previa crueldades, como amputação de braços, degolamento, forca, guilhotina, dentre outras. As referidas sanções eram aplicadas pelos governantes, que utilizavam seus critérios para determiná-las, utilizando, dentre outros muitos critérios utilizados, o “status” social a que pertencia o condenado, de modo que não existia proporcionalidade entre a punição imposta e a extensão do dano que o criminoso havia causado, tampouco existindo noções de respeito e de dignidade do ser humano. As sanções desse tempo constituíam no espetáculo favorito das multidões, pois eram aplicadas de forma pública, numa cerimônia destinada a impressionar o povo (BEZERRA, 2010).

O autor prossegue afirmando que, nessa época, a privação da liberdade possuía a finalidade de custódia, não havendo, ainda, um local específico para o aprisionamento. A pena

privativa de liberdade só existia como enclausuramento para interrogatório e torturas. A prisão era vista como local de custódia para aqueles que estivessem aguardando o julgamento ou a execução de suas sentenças.

O suplício merecia bastante destaque, tendo em vista que, nesse tipo de punição, havia correlação entre a espécie, tempo e intensidade do sofrimento, com a gravidade do crime e o nível social da vítima. Para Foucault (2000, p.32):

(...) O suplício penal, não corresponde a qualquer punição corporal, mas a uma produção diferenciada de sofrimentos, um ritual organizado para a marcação das vítimas e a manifestação do poder que pune. Não é absolutamente a exasperação de uma justiça que, esquecendo seus princípios, perdesse todo o controle. Nos “excessos” dos suplícios, se investe toda a economia do poder.

No período da Idade Média, surgem a prisão do Estado e a prisão Eclesiástica. A primeira se destinava aos crimes de delitos de traição e aos cometidos por inimigos do poder, real ou senhorial. A segunda era destinada aos clérigos rebeldes, com o objetivo de demonstrar que as ideias de redenção, caridade e fraternidade da Igreja, ou seja, a oração e o arrependimento, eram mais eficazes, na correção do indivíduo, do que o simples enclausuramento (BEZERRA, 2010).

A prisão na idade moderna

Os séculos XVI e XVII foram marcados pelo cenário de pobreza, miséria e guerras na Europa, além de distúrbios religiosos, expedições militares, crises feudais e destruições de países. Tudo isso contribuiu para o aumento da criminalidade e da delinquência (BEZERRA, 2010).

Na metade do século XVI, houve a necessidade de iniciar um processo de reforma das penas privativas de liberdade, as quais passaram a ter finalidade de recuperar o preso e desestimular o cometimento de novos crimes, através de trabalho e disciplina e da construção de estabelecimentos destinados à correção do preso. Segundo Foucault (2000, p. 14), “o sofrimento físico, a dor do corpo, não são mais elementos constitutivos da pena. O castigo passou de uma arte das sensações insuportáveis a uma economia de direitos suspensos”. A igreja teve forte participação para a amenização da aplicação das penas. Na obra “Vigiar e Punir”, o referido autor demarca o nascimento da prisão no século XIX, período em que os suplícios e seus castigos cruéis foram definitivamente afastados e repudiados.

A estrutura penitenciária mais antiga data de 1596 e ficou conhecida como modelo de Amsterdã, que era destinado apenas aos homens jovens e mendigos, cujas penas eram de caráter leve e longas, somadas a trabalhos obrigatórios e leituras espirituais.

Maia (2010) assegura que, em 1697, surgiram, na Inglaterra, as *casas de trabalhos*, ficando os presos divididos em três classes: os que haviam sido condenados ao confinamento solitário, os que cometeram faltas graves no interior da prisão e os delinquentes.

No século XVIII, começou a ter raízes o Direito Penitenciário, no qual a pessoa condenada não deveria mais ser submetida a torturas e castigos desumanos, passando a ter sua dignidade respeitada. O Direito Penitenciário resultou da proteção ao condenado, baseando-se na exigência ética de respeitar a dignidade do homem como pessoa moral (FOUCAULT, 2000).

Desse modo, a Idade Moderna marca o aparecimento da pena privativa de liberdade e de um sistema prisional com características correccionais, pois, antes disso, o que existia na prática penal eram apenas torturas e detenções em calabouços, com intenção de aplicação da pena capital.

A evolução do sistema prisional no Brasil

No Brasil, durante muito tempo, as prisões eram destinadas à guarda dos condenados, que recebiam punições das mais violentas. É possível afirmar-se que as prisões apresentaram várias funções no decorrer da história, servindo como alojamento de escravos, asilo para crianças e menores de rua, alojamento para doentes mentais e como fortaleza para deter inimigos públicos.

A instalação da primeira prisão brasileira foi mencionada em 1769, na Carta Régia do Brasil, onde foi determinada a construção da Casa de Correção do Rio de Janeiro. Sobre o tema, discorre Lima (2006, p. 4):

A Carta Régia de 1769 mandou estabelecer a primeira prisão brasileira, a Casa de Correção do Rio de Janeiro, e somente a partir da Constituição de 1824 existiu uma previsão mais abrangente sobre o tema, com a estipulação de prisões adaptadas ao trabalho e separação dos réus. O Código Criminal de 1830 regularizou a pena de trabalho e da prisão simples, e o Ato Adicional de 12.08.1834 deu às Assembleias Legislativas provinciais o direito de legislar sobre a criação e a função dos presídios.

Alguns anos depois, com a Constituição de 1824, foram criadas prisões adaptadas ao trabalho. Em 1830, sob influência das ideias liberais que deram origem ao código penal

européu, surgiu o Código Criminal do Império, que trouxe ideais de justiça e igualdade. No final do século XIX, as leis penais sofreram profundas alterações, o que não foi suficiente para mudar as condições deprimentes em que viviam os presos durante o cumprimento da pena (ASSIS, 2007).

Em 1890, o Código Penal da República trazia, em seu esboço, várias modalidades de prisão, sendo cada modalidade cumprida em um estabelecimento penal específico. O Código Penitenciário da República, em 1935, foi considerado a primeira tentativa de codificação a respeito das normas de execução penal, e determinava que as instituições devessem trabalhar com a reeducação e a regeneração do preso, além de garantir o cumprimento da pena (ASSIS, 2007).

O autor prossegue afirmando que, no século XX, as prisões brasileiras começaram a apresentar problemas e deficiências que ainda hoje são encontrados, como, por exemplo, a superlotação e as condições precárias de funcionamento. Ainda nesse período, permanecia a ideia de que a prisão deveria causar temor às pessoas. Em 1940, surgiu o atual Código Penal, por meio de um Decreto-Lei, trazendo várias inovações quanto às penas e apresentando a individualização delas.

Em 1984, foi promulgada a Lei de Execução Penal, que entrou em vigor concomitantemente com a lei de Reforma da Parte Geral do Código Penal, em 1985. Porém, mesmo com a regulamentação das prisões surgidas durante todo esse tempo, através de Leis, Decretos e Códigos, o sistema prisional não se tornou mais humano, continuando a existir um descaso por parte do Poder Público, que vem encontrando, cotidianamente, diversas dificuldades para gerenciar e disciplinar os presídios (ASSIS, 2007).

3.2 A POPULAÇÃO PENITENCIÁRIA BRASILEIRA

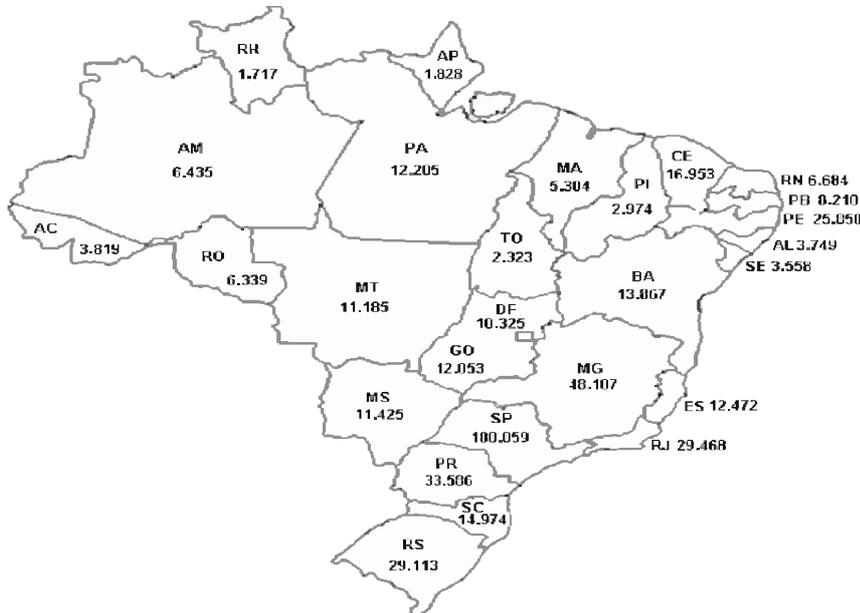
Segundo Nogueira e Abrahão (2009), estima-se que a população mundial encarcerada esteja em torno de 8 a 10 milhões de presos, sendo que a maior parte desse número encontra-se nos Estados Unidos da América, seguidos por China e Rússia. De acordo com Canazaro e Argimon (2010), o número de presos nesses países encontra-se assim distribuído: Estados Unidos da América – 2.299.116; China 1.565.771; Rússia 894.855. O Brasil, em 2010, ocupava o quarto lugar nesse ranking, com uma população carcerária de 496.251 presos. Na atualidade, o país permanece na mesma posição no ranking mundial, com 549.577

encarcerados, com a população mundial de presos sendo de 10.142.113 (dez milhões, cento e quarenta e dois mil e cento e treze presos).

Os dados atualizados do Depen / InfoPen Brasil (2013) fazem menção ao International Centre for Prison Studies (ICPS), o qual registra que 51% do total da população carcerária do mundo encontram-se distribuídos da seguinte forma: EUA, com 22%; 16% na China; 7% na Rússia; 5% no Brasil, e 49% nos demais países do mundo.

Segundo o Departamento Penitenciário Nacional (Depen/InfoPen, BRASIL, 2010b), no mês de dezembro de 2011, estimava-se que a população carcerária total do Brasil era composta por 514.582 detentos (contabilizando os que se encontravam em regimes aberto, semiaberto e fechado); estimava-se, para 2012, um crescimento de 32,54%, perfazendo um total de 623.086 presidiários. Essa população encontra-se distribuída entre os estados da federação da seguinte forma (Figura 1):

Figura 1: Distribuição, em números absolutos, de indivíduos que cumprem pena (homens; mulheres e jovens infratores) em regime aberto, semiaberto ou fechado, distribuídos pelos diferentes estados do Brasil.



Fonte: DEPEN, BRASIL, 2011a.

Dados atuais do Depen/InfoPen Brasil (2012a) revelam que, em 2011, obtivemos o valor numérico estimado em 2010 pelo Depen, totalizando 514.582 encarcerados no Brasil e,

em 2012, os registros foram de 549.577, menor do que o previsto pelo Departamento Penitenciário Nacional.

A distribuição geográfica de indivíduos que cumprem pena nos três regimes de reclusão possíveis mostra-se bastante desigual no Brasil. O estado de São Paulo, na Região Sudeste do país, abriga, sozinho, mais do que o dobro do somatório de todos os presidiários dos nove estados da Região Nordeste. Outro dado bastante significativo é o expressivo aumento do número de presidiários na última década. Do ano de 2001 para o ano de 2011, o número de detentos no Brasil cresceu de 233.859 para 514.582, o que representou um aumento de 120% aproximadamente (BRASIL, 2011a).

Ainda segundo o Departamento Penitenciário Nacional, Depen/InfoPen (BRASIL, 2010b), paralelamente ao aumento do número de presidiários, o sistema prisional não foi dotado da infraestrutura necessária para esse crescimento, acumulando déficits em termos de contratação de pessoal e recebimento de recursos, o que resultou em problemas como superlotação, depreciação da estrutura física, inadequação nas condições de repouso e alimentação, más condições de higiene individual e coletiva, ausência de uma política efetiva de reinserção social, constante violação de direitos dos apenados, além de um grande débito social para com os egressos desse Sistema. Vale salientar que a repercussão desses problemas acaba sendo verificada no setor da saúde, pois a maioria desses déficits pode colaborar diretamente no processo de adoecimento da população carcerária no Brasil.

Canazaro e Argimon (2010) revelam que, no Brasil, o número de presos por 100.000 habitantes vem crescendo sistematicamente, a tal ponto, que dobrou nos últimos dez anos. Uma retrospectiva destes dados aponta para variações surpreendentes. Em 1997, de 108,6 presos por 100.000 habitantes, passou-se para 135,7 presos. Em 2001, os dados revelados demonstraram um aumento de quase o dobro de presos, já que, de 229,7 por 100.000 habitantes, passou-se para 422,5. Vale destacar, ainda, que, em 2007, houve um aumento de 170,6 presos para 233,8 por 100.000 habitantes.

O aumento da população carcerária demanda espaços físicos para sua acomodação, mas, apesar dos esforços conjuntos dos Governos Federal e Estaduais para a construção de novos estabelecimentos prisionais, o déficit de vagas no sistema penitenciário brasileiro cresceu de 96.010 em 1997 para 173.075 nos anos subsequentes (BRASIL, 1998).

A desproporcionalidade entre os ingressos e as saídas no sistema penitenciário brasileiro resulta em superlotação, o que favorece o desrespeito à dignidade do preso, predispondo-o a comprometimento do processo de morbi-mortalidade, contrariando a legislação vigente de seguridade aos direitos dos presidiários.

Os registros do Depen/InfoPen (BRASIL,2010b) revelam uma significativa discrepância entre os números da população carcerária masculina em relação à feminina no regime fechado: enquanto a feminina é de 11.867 presidiárias, a população masculina é de 176.910 presidiários. Os homens encontram-se distribuídos em 1.637 estabelecimentos penais em todo território nacional; dentre esses, as penitenciárias representam um quantitativo de 443 unidades – os demais estabelecimentos penais estão classificados em colônias agrícolas/industriais, casas de albergados, cadeias públicas e hospitais de custódia, tratamento psiquiátrico e patronato.

Na atualidade, os dados do Depen/ InfoPen Brasil (2012a) revelam que a população carcerária masculina cresceu 130% entre os anos de 2000 a 2012, enquanto a feminina cresceu 256%, no mesmo período. O crescimento da população feminina no ano de 2000 correspondia a 10.112 mulheres presas, 4,3% do total de 232.755 encarcerados. No ano de 2012, o crescimento alcançou 36.039, o equivalente a 6,6% de 549.577 pessoas presas. Mesmo com o crescimento progressivo do sexo feminino, evidencia-se, por meio dos dados divulgados por este órgão, que o sexo masculino corresponde a um total de 93,4%, enquanto o feminino corresponde a 6,6%. Consta-se, portanto, que, apesar do aumento de infrações cometidas por mulheres, a predominância ainda encontra-se centrada no gênero masculino.

Para assegurar o direito à saúde, mesmo nas condições de deterioração verificadas pelos dados estatísticos apresentados, utiliza-se Sistema Único de Saúde, que assegura esse direito a todo e qualquer cidadão, independente da restrição ou não de liberdade. Os presidiários, frente à Política Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário, podem usufruir desse direito em sua integralidade, devendo ser atendidos na atenção básica, média e de alta complexidade.

Para Starfield (2004), o alcance da atenção básica implica na existência de um local, de um indivíduo ou de uma equipe de indivíduos associados, que sirvam como fonte de atenção por um determinado período de tempo, independente da presença ou ausência de problemas específicos relacionados com a saúde. Para promover tal tipo de atenção, faz-se necessário que a integralidade seja reconhecida adequadamente, por meio do reconhecimento da variedade completa de necessidades relacionadas com a saúde, disponibilizando-se os recursos necessários para abordá-las.

3.3AS PENAS E SUAS ESPÉCIES

Para Fragoso, Catão e Sussekind (1980), preso é aquele contra quem o Estado utiliza seu direito de punir, seu *jus puniend*, que consiste em uma manifestação da soberania estatal, emprestando prerrogativas para se impor coativamente a qualquer pessoa que praticar conduta descrita como tipo penal. Segundo o artigo 32, do Título V – Das Penas; Capítulo I – Das Espécies de Pena do Código Penal Brasileiro,

As penas são:
 I - privativas de liberdade;
 II - restritivas de direitos;
 III - de multa.

Penas Privativas de Liberdade

As penas privativas de liberdade são aquelas que privam o condenado de seu direito de ir e vir, mantendo-o em uma instituição penalizadora e ressocializadora. Elas podem ser de duas espécies - Reclusão e Detenção - estabelecidas de acordo com o preceito secundário de cada tipo penal. As penas de reclusão deverão ser cumpridas em regime fechado, semiaberto e aberto. Já as penas de detenção só poderão ser efetivadas nos regimes semiaberto ou aberto, salvo necessidade de transferência a regime fechado.

De acordo com o parágrafo 1º do Artigo 33 do Código Penal Brasileiro, considera-se *Regime Fechado* como sendo a execução da pena em estabelecimento de segurança máxima ou média; *Regime Semiaberto*, a execução da pena em colônia agrícola, industrial ou estabelecimento similar e *Regime Aberto*, a execução da pena em casa de albergado ou estabelecimento adequado.

O Código Penal Brasileiro assevera, ainda, no parágrafo 2º do Artigo 33, que as penas privativas de liberdade deverão ser executadas de forma progressiva, segundo o mérito do condenado, observados os seguintes critérios:

- A) O condenado a pena superior a (8) oito anos deverá começar a cumprí-la em regime fechado;
- B) O condenado não reincidente, cuja pena seja superior a (4) quatro anos e não exceda a (8) oito anos, poderá, desde o principio, cumprí-la em regime semiaberto;
- C) O condenado não reincidente, cuja pena seja igual ou inferior a (4) quatro anos, poderá desde o início cumprí-la em regime aberto.

Penas Restritivas de Direitos

A pena restritiva de direito é aquela que, dada a menor periculosidade do agente ou a menor importância do bem jurídico tutelado pela norma penal, permite que o magistrado converta a pena privativa de liberdade, inicialmente dosimetrada em sentença condenatória transitada em julgado, numa pena “alternativa” que restrinja determinados direitos do agente.

Segundo o Artigo 43 do Código Penal Brasileiro, as penas restritivas de direitos são:

- I – prestação pecuniária;
- II – perda de bens e valores;
- III – Vetado
- IV – prestação de serviço à comunidade ou a entidades públicas;
- V – interdição temporária de direitos
- VI – limitação de fim de semana

Pena de Multa

A pena de Multa, que pode ser aplicada conjunta ou alternativamente com as demais penas anteriormente citadas, revelam-se no pagamento, pelo condenado, ao Fundo Penitenciário, consubstanciando-se, de acordo com o Artigo, em dias multa a ser fixado em uma quantidade de acordo com a reprimenda a ser aplicada e a condição socioeconômica do agente.

Diferentemente das Penas Restritivas de Direito, o não cumprimento desta modalidade sancionatória não acarreta o recolhimento do agente em instituição penitenciária de qualquer tipo, acarretando, apenas e tão somente, dívida em favor do Estado, a ser executada no juízo de execuções fiscais.

3.4 LEI DE EXECUÇÃO PENAL E OS DIREITOS SOCIAIS DO PRESO

No Brasil, a primeira tentativa de uma regulamentação de normas de execução penal foi o projeto de Código Penitenciário da República, desenhado em 1933 e publicado quatro anos depois no momento em que era discutido o Código Penal de 1940 -, mas que acabou sendo abandonado, por divergir do Código Penitenciário recém-aprovado. A partir desta

década, os doutrinadores passaram a ressaltar a necessidade de uma Lei de Execução Penal (LEP).

Em 1957, foi promulgada a Lei nº 3.274, de 2 de outubro, que dispunha sobre as normas gerais de regime penitenciário, mas não previa sanções para o descumprimento dos princípios e das regras contidas na lei, tornando-a sem uso (MAIA et al., 2009).

O referido autor prossegue afirmando que houve, ainda, o abandono de um outro anteprojeto, em 1957, que tratava do Código Penitenciário, elaborado pelo então Vice-Presidente, Oscar Penteado Stvenson. Em 1963, Roberto Lyra redigiu um anteprojeto que ele próprio não teve o interesse de colocar em discussão, devido aos acontecimentos políticos de 1964. Outra tentativa frustrada ocorreu em 1970, com a elaboração de uma nova proposta de código penitenciário, elaborada por Benjamin Moraes Filho.

Em 1981, uma comissão instituída pelo Ministério da Justiça, composta por vários professores e experts no assunto, apresentou o anteprojeto da Lei de Execução Penal. Após as sugestões e revisões feitas por estudiosos do tema, o então Presidente da República, João Batista de Oliveira Figueiredo, encaminhou o projeto ao Congresso Nacional, que o aprovou sem qualquer veto. Essa Lei recebeu o nº 7.210 e foi promulgada em 11 de julho de 1984, sendo publicada dois dias depois, para entrar em vigor concomitantemente com a lei de reforma da Parte Geral do Código Penal, o que ocorreu em 13 de janeiro de 1985.

Segundo Maia et al. (2009), A Lei de Execução Penal “tem por objetivo efetivar as disposições da sentença ou decisão criminal” e “proporcionar condições para a harmônica integração social do condenado e do internado”. Para Montoro (1999), a Lei de Execução Penal (LEP) é a lei que preconiza os direitos e deveres dos detentos com o Estado e a sociedade, estabelecendo normas fundamentais a serem aplicadas durante o período de prisão, sendo considerada, atualmente, como uma das leis mais avançadas, por estabelecer normas e direitos eficientes, principalmente, quanto à ressocialização do detento.

Na atualidade, a Lei de nº 7.210/1984 foi alterada pela Lei de nº 12.245/2010, que estabelece que um preso deva ter direitos sociais garantidos, mesmo quando da perda da sua liberdade. Assim, os direitos assegurados aos presidiários devem ser aplicados pelo Estado durante o período de prisão. Portanto, o presidiário perde apenas o direito de liberdade; afora isso, no entanto, deve ter direito a um tratamento digno e direito de não sofrer violência física e moral.

O Artigo 1º da LEP estabelece que a execução penal objetiva efetivar as disposições de sentença ou decisão criminal e proporcionar condições para a harmônica integração social do condenado e do internado (BRASIL, 1984; VADE MECUM, 2011).

O Título I da Lei em discussão, que trata do Objeto e da Aplicação de Execução Penal, assevera, no Artigo 3º, que, ao condenado e ao internado, serão assegurados todos os direitos não atingidos pela sentença ou pela lei. O parágrafo único desse Artigo assegura também que não haverá qualquer distinção de natureza racial, social, religiosa ou política (PINTO; CÉSPEDES; WINDT, 2010).

O Título II, Capítulo II da Lei em baila, que trata da Assistência, divide-se em Seções que determinam tipos de Assistência a serem oferecidas aos presos. O art. 10º dispõe sobre o objetivo da assistência e reza que “A assistência ao preso e ao internado é dever do Estado, objetivando prevenir o crime e orientar o retorno à convivência em sociedade”.

Neste sentido, de acordo com Pinto, Céspedes e Windt (2010, p. 1385), o Artigo subsequente informa os tipos de assistência:

Art. 11- A assistência será:
 I - material;
 II - à saúde;
 III - jurídica;
 IV - educacional;
 V - social;
 VI - religiosa.

A Seção III da LEP, que dispõe sobre a Assistência à Saúde, preconiza, no Artigo 14º, que essa assistência ao preso e ao internado é de caráter preventivo e curativo, compreendendo atendimentos médico, farmacêutico e odontológico. O parágrafo 2º do artigo em discussão destaca que, quando o estabelecimento penal não estiver aparelhado para promover a assistência médica necessária, ela será prestada em outro local, mediante autorização da direção do estabelecimento (PINTO; CÉSPEDES; WINDT, 2010).

Já o Capítulo IV, Seção II, da LEP delimita os direitos do preso e os relaciona nos Artigos 41, 42 e 43. O Artigo 41 é transcrito a seguir:

São direitos dos presos:

I - alimentação suficiente e vestuário;
 II - atribuição de trabalho e sua remuneração;
 III - previdência social;
 IV - constituição de pecúlio;
 V - proporcionalidade na distribuição do tempo para o trabalho, o descanso e a recreação;
 VI - exercício das atividades profissionais, intelectuais, artísticas e desportivas anteriores, desde que compatíveis com a execução da pena;
 VII - assistência material, à saúde, jurídica, educacional, social e religiosa;
 VIII - proteção contra qualquer forma de sensacionalismo;
 IX - entrevista pessoal e reservada com o advogado;

- X - visita do cônjuge, da companheira, de parentes e amigos em dias determinados;
- XI - chamamento nominal;
- XII - igualdade de tratamento, salvo quanto às exigências da individualização da pena;
- XIII - audiência especial com o diretor do estabelecimento;
- XIV - representação e petição a qualquer autoridade em defesa de direito;
- XV - contato com o mundo exterior por meio de correspondência escrita, da leitura e de outros meios de informação que não comprometam a moral e os bons costumes.
- XVI – atestado de pena a cumprir, emitido anualmente, sob pena da responsabilidade da autoridade judiciária competente. (ANGHER, 2009, p. 888)

A LEP vem confirmar, em seus preceitos legais, que o preso tem direito à saúde enquanto direito social, pois é um cidadão em exercício da sua cidadania, excetuando sua condição de liberdade. A Constituição de 1988 incorpora claramente dispositivos que impõem obrigações ao Estado nesse campo, como o Artigo 23, inciso II, que estabelece como competência comum dos entes federativos “cuidar da saúde”, e o artigo 24, inciso XII, que inclui no âmbito da competência concorrente a legislação sobre “proteção e defesa da saúde” (BRASIL, 2009).

Pinto; Céspedes e Windt (2010) relacionam outros direitos que são assegurados aos apenados, aqui concebidos como fundamentais à manutenção da saúde em uma perspectiva da melhoria da qualidade de vida, quais sejam: alimentação e vestimenta; ala arejada e higiênica; visita da família e amigos; escrever e receber cartas; ser chamado pelo nome, sem nenhuma discriminação; trabalho remunerado; assistência médica; assistência educacional; assistência social; assistência religiosa; assistência judiciária e contato com advogado.

Nesse aspecto, o respeito aos direitos sociais dos presidiários torna-se imprescindível, no Sistema Penitenciário, devendo ser seguidos todos os preceitos legais dos direitos do cidadão em liberdade, e é nesta perspectiva - no que concerne ao direito à saúde - que entendemos ser garantido o que preconiza o Sistema Único de Saúde.

Ainda sobre aspectos legais que configuram a legislação Brasileira com relação à saúde da população, na atualidade, os Ministérios da Saúde e da Justiça, no sistema recursal, têm incentivado Estados e Municípios, adotando mecanismos de valorização da Atenção Básica à Saúde. Entre esses recursos, está o Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário, componente do Piso de Atenção Básica Variável, destinado ao custeio das ações e serviços de saúde desenvolvidos nas unidades penitenciárias (BRASIL, 2006a).

Quanto aos valores desse incentivo, conforme Portaria Interministerial n.º 3.343/2006, em unidades penitenciárias com até 100 presidiários, o valor é de R\$ 32.400,00/ano (trinta e dois mil e quatrocentos reais/ano) por unidade penitenciária. A equipe de saúde, nesse caso, trabalha, no mínimo, 04 (quatro) horas semanais. Em unidades penitenciárias com mais de 100 presidiários, o valor do incentivo é de R\$ 64.800,00/ano (sessenta e quatro mil e oitocentos reais/ano) por equipe, que vincula até 500 presos e tem como carga horária mínima 20 horas semanais (BRASIL, 2006a).

Com base na Portaria Interministerial de n.º 1.777/2003, 70% dos recursos supra mencionados são financiados pelo Ministério da Saúde e 30%, pelo Ministério da Justiça. Além do co-financiamento do Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário, o Ministério da Justiça é responsável pelo financiamento da adequação do espaço físico para os serviços de saúde nas unidades penitenciárias e aquisição de equipamentos de saúde dessas unidades (BRASIL, 2003).

Torna-se imprescindível, para a efetivação do cumprimento estabelecido pela legislação vigente no país, que, na atenção à saúde, as equipes desenvolvam atribuições fundamentais, como: planejamento das ações de saúde; promoção e vigilância; trabalho interdisciplinar em equipe e seu funcionamento recursal, funcionamento esse disponibilizado pelo Ministério da Justiça, em parceria com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008a).

Segundo Ferreira (2008), a Resolução do CNPCP de n.º 14/94 estabelece, em seu artigo 16, que, para assistência à saúde do preso, os estabelecimentos prisionais deverão ser dotados de enfermaria com cama, material clínico, instrumental adequado a produtos farmacêuticos indispensáveis para atenção médica ou odontológica de urgência; dependências para observação psiquiátrica e cuidados com os toxicômanos, além de unidade de isolamento para doenças infecto-contagiosas.

De acordo com a Resolução de n.º 14/94, Brasil (1994) o Parágrafo Único do artigo 16 cita: Caso o estabelecimento prisional não esteja suficientemente aparelhado para prover assistência médica necessária ao doente, poderá ele ser transferido para unidade hospitalar apropriada. Nos Artigos subseqüentes, de números 18, 19 e 20 preconizam:

- Art 18. O médico, obrigatoriamente, examinará o preso, quando do seu ingresso no estabelecimento e, posteriormente, se necessário, para:
- I – determinar a existência de enfermidade física ou mental, para isso, as medidas necessárias;
 - II – assegurar o isolamento de presos suspeitos de sofrerem doença infecto-contagiosa;
 - III – determinar a capacidade física de cada preso para o trabalho;
 - IV – assinalar as deficiências físicas e mentais que possam constituir um obstáculo para sua reinserção social.

Art. 19. Ao médico cumpre velar pela saúde física e mental do preso, devendo realizar visitas diárias àqueles que necessitem.

Art. 20. O médico informará ao diretor do estabelecimento se a saúde física ou mental do preso foi ou poderá vir a ser afetada pelas condições do regime prisional.

Parágrafo Único – Deve-se garantir a liberdade de contratar médico de confiança pessoal do preso ou de seus familiares, a fim de orientar e acompanhar seu tratamento (BRASIL, 1994, p.4).

3.5 DIREITOS HUMANOS NA CONJUNTURA DO SISTEMA PRISIONAL

Permanece, até os dias atuais, a discussão acadêmica acerca da nomenclatura ideal para designar os direitos essenciais à pessoa humana. Vários são os termos sugeridos, dentre os quais “direitos humanos”, “direitos morais”, “direitos naturais”, “direitos públicos subjetivos”, “direitos dos povos”, “liberdades públicas” e “direitos fundamentais” (SIQUEIRA; PICCIRILLO, 2009).

Apesar de todas essas expressões serem utilizadas como sinônimos, alguns estudiosos relatam diferenças entre elas, notadamente entre “Direitos Fundamentais” e “Direitos Humanos”. Os direitos humanos são aqueles considerados válidos para todos os povos e em todos os tempos, enquanto os direitos fundamentais são aqueles de natureza jurídica, institucionalmente garantidos e limitados no tempo e no espaço. Essa distinção é interessante, visto que salienta a inviolabilidade e a universalidade dos direitos humanos, além da concretização jurídica através dos chamados direitos fundamentais (SIQUEIRA; PICCIRILLO, 2009).

Queiroz (2001) define direitos humanos como “[...] a proteção de maneira institucionalizada dos direitos da pessoa humana contra os excessos do poder cometidos pelos órgãos do Estado ou regras para se estabelecer condições humanas de vida e desenvolvimento da personalidade humana”.

A terminologia “Direitos Humanos” é amplamente utilizada e, apesar do conceito bem fundamentado, é alvo de muita polêmica, visto que pode resultar em uma infinidade de distintas interpretações. Algumas correntes, que têm uma tendência de interpretação chamada de jusnaturalista, entendem o termo como algo inerente à qualidade da pessoa humana, estando, portanto, relacionado à natureza da espécie. Essa análise puramente biológica isenta a contribuição da evolução histórica, social, econômica e política para a concretização desses direitos (SIQUEIRA; PICCIRILLO, 2009).

Em resposta a essa visão “reducionista”, existem outras correntes de pensamento, que adicionam o contexto histórico, a evolução da sociedade e a conjuntura política, econômica e social como fatores que interferem na interpretação do que vêm a ser “Direitos Humanos”.

Perez Luño exemplifica esse pensamento:

Los derechos humanos aparecen como un conjunto de facultades e instituciones que, en cada momento histórico, concretan las exigencias de la dignidad, la libertad y la igualdad humana, las cuales deben ser reconocidas positivamente por los ordenamientos jurídicos a nivel nacional e internacional. (LUÑO 1999, p. 48).

Apesar de toda a discussão teórica gerada acerca de um termo a definir os direitos essenciais a um indivíduo, é unânime a admissão de que os “Direitos Humanos” são algo que ultrapassam o aspecto dos direitos legais. Esse é um conceito bastante abrangente e está associado à ética, sendo um princípio universal, que deve ser seguido por indivíduos e instituições, e está relacionado a uma exigência moral de respeito ao ser humano. Esse conceito está intrinsecamente relacionado à dignidade do indivíduo (SIQUEIRA, PICCIRILLO, 2009; VENTURA, 2010).

Essa relação com a ética e a moral atrela a visão dos direitos humanos à sociedade em que é aplicado, permitindo uma grande versatilidade em sua interpretação, a depender do contexto histórico no qual estão inseridos. Historicamente, a evolução dos direitos humanos está relacionada às modificações da própria sociedade. Segundo Bobbio (1992):

Os direitos do homem, por mais fundamentais que sejam, são direitos históricos, ou seja, nascidos em certas circunstâncias, caracterizados por lutas em defesa de novas liberdades contra velhos poderes, e nascidos de modo gradual, não todos de uma vez e nem de uma vez por todas. (BOBBIO, 1992, p. 5).

Diante do exposto, percebe-se que os Direitos Humanos são construídos dentro de um contexto histórico, e que seu entendimento é dependente da cultura na qual eles estão inseridos. Acredita-se que, desde a Idade Antiga, perpassando a Idade Média e o início da Idade Moderna, já existiam vestígios do que, atualmente, são considerados “direitos humanos”.

Na Antiguidade, destaca-se o que costuma ser chamado de pré-história dos direitos humanos. Nesse momento, a filosofia clássica, em especial a greco-romana e o pensamento

cristão, ditavam os valores de dignidade da pessoa humana, da liberdade e igualdade entre os homens (SARLET, 2007).

Percebe-se o papel de destaque da Grécia Antiga no soerguimento dos pilares fundamentais dos Direitos Humanos. Historicamente, ela foi a primeira a pôr o homem como centro da questão filosófica. Essa visão antropocentrista auxiliou na reflexão sobre a vida humana. Acredita-se que os escritos dessa época possam fundamentar a existência de tais direitos como são atualmente conhecidos (MARTINS, 2003; SIQUEIRA, PICCIRILLO, 2009).

Na Idade Média, evidencia-se a importância da Magna Carta (1215) no contexto do desenvolvimento dos direitos. Esse documento foi outorgado por João Sem-Terra e representava a resposta às pressões exercidas pelos barões em relação às exorbitantes cobranças de impostos para o financiamento de armamentos, bem como as pressões da igreja para o Rei submeter-se à autoridade do Papa. Era, portanto, uma tentativa de acalmar a nobreza, fornecendo-lhe seus direitos exigidos. Esse documento é considerado, até hoje, como um dos principais marcos jurídicos relacionados à proteção dos direitos individuais e coletivos dos cidadãos, e o primeiro a tratar do *Habeas Corpus* (COMPARATO, 2003).

O *Habeas Corpus* consiste em uma Medida judicial de caráter urgente, que pode ser impetrada por qualquer pessoa, ainda que não advogado, em seu favor ou de outrem, bem como pelo Ministério Público, sempre que alguém sofrer ou se achar na iminência de sofrer violência ou coação ilegal na sua liberdade de ir-e-vir. A Magna Carta foi escrita para poucos, visto que visava, principalmente, a atender ao clero e as necessidades da nobreza.

Na idade Medieval, também merece destaque o cristianismo, que deu uma contribuição considerável à evolução dos Direitos Humanos, como afirma Dalmo de Abreu Dallari:

No final da Idade Média, no século XIII, aparece a grande figura de Santo Tomás de Aquino, que, tomando a vontade de Deus como fundamento dos direitos humanos, condenou as violências e discriminações, dizendo que o ser humano tem direitos naturais que devem ser sempre respeitados, chegando a afirmar o direito de rebelião dos que forem submetidos a condições indignas. (DALLARI, 2000, p. 54).

Na Idade Moderna, a Reforma Protestante abriu precedentes para a interpretação individual e racional dos Escritos Sagrados. A passagem do Estado Absoluto para o Estado Liberal fez com que houvesse uma descentralização dos direitos, fazendo com que não mais apenas as elites deles se beneficiassem, fazendo deles uma conquista de todos.

Vários foram os documentos dessa época que ressaltaram a liberdade religiosa, como o Edito de Nantes, na França, que foi revogado por Luis XIV, mas deixou a marca histórica de uma mudança de concepção; a *Petition of Rights*, (1628), que reclamou a necessidade de consentimento na tributação, o julgamento pelos pares para a privação da liberdade e a proibição de detenções arbitrárias, e a Lei de *Habeas Corpus* (1679), que deu sua contribuição, visto que protegeu a liberdade de locomoção e inspirou, mundialmente, os ordenamentos (COMPARATO, 2003; FERREIRA-FILHO, 1998; LALAGUNA, 1993; RUBIO, 1998).

Nessa época, enfatiza-se também a colaboração das Revoluções Francesa, Inglesa e Americana para a evolução dos direitos civis. A Revolução Inglesa (1640-1688) foi o marco da modificação das relações de poder na sociedade e do caminho livre para o desenvolvimento, através do capitalismo. Dentro deste contexto, houve uma modificação no pensamento sobre os direitos e deveres, visto que, naquela época, havia uma grande necessidade de inclusão dos “despossuídos” e de tratamento de igualdade para com os povos (MONDAINI, 2003; SILVA, 2011a).

A Revolução Gloriosa (1688) promoveu uma continuação das limitações do poder real, iniciadas pela Carta Magna, sendo auxiliada pela Carta Internacional dos Direitos Humanos (1689), que reconheceu os direitos como liberdade, segurança e propriedade privada, que já haviam sido consagrados em outros documentos, porém, eram constantemente violados pelo poder real. Adicionalmente, esse documento separou os poderes, eliminando o absolutismo. Em contrapartida, instituiu uma religião oficial, o que lhe confere um caráter contraditório (ARAGÃO, 2001; COMPARATO, 2003; RUBIO, 1998).

A Revolução Americana (1776) foi, provavelmente, a pioneira na formulação dos direitos civis. A declaração da independência americana promoveu um significativo avanço para as questões de cidadania, a exemplo do direito à vida, à liberdade, à felicidade e à igualdade entre os homens.

Em 1776, foi elaborada, na Virgínia, a Declaração de Direitos do Bom Povo da Virgínia, que afirmava que todos os seres humanos são livres e independentes, e que possuem direitos inatos, tais como a vida, a liberdade, a propriedade, a felicidade e a segurança, evidenciando, ainda, que o governo deve primar pela felicidade do povo, a separação de poderes, o direito à participação política, a liberdade de imprensa e o livre exercício da religião. Percebe-se, portanto, que esse documento foi um avanço em relação ao *Bill of Rights*, por considerar importante a liberdade religiosa. O mesmo foi considerado o nascimento dos direitos humanos na história (COMPARATO, 2003; RUBIO, 1998).

A elaboração da Constituição Federal dos Estados Unidos da América (1787), após a separação dos Estados Unidos, inicialmente, não fazia nenhuma menção aos direitos humanos. Porém, algumas emendas, em 1791, apresentaram avanços, como citações acerca do direito à liberdade, à inviolabilidade do domicílio, à segurança, ao devido processo legal, à proporcionalidade da pena, constitucionalizando, assim, os direitos inerentes à pessoa humana (RUBIO, 1998).

Por último e não menos importante, a Revolução Francesa (1789) apresentou um marco na evolução do conceito de cidadania, pela inserção dos princípios de liberdade, igualdade e fraternidade, base dos direitos civis e essenciais para a formulação da futura Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão.

Neste contexto, em 1789, surgiu a mais importante e famosa declaração de direitos fundamentais: a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, consagração da universalidade dos direitos, afirmando que qualquer sociedade que não possuísse garantia dos direitos fundamentais, nem estabelecesse a separação dos poderes, não teria constituição. Essa declaração estabelece os direitos fundamentais, visto que, desde então, praticamente todas as constituições citam os direitos fundamentais do indivíduo (SIQUEIRA, PICCIRILLO, 2009).

Mesmo diante de tão grande evolução histórica e documental, até o início do século XX, as normas relacionadas aos direitos humanos eram fragmentadas, dependendo do país e da constituição que o regimentava. Em 1929, o Instituto de Direito Internacional, considerando que a consciência jurídica do mundo civilizado exigia o reconhecimento dos direitos individuais e que, via de regra, estes eram subtraídos por parte do Estado, resolveu elaborar um documento que tornasse unânimes e internacionais os direitos humanos - a Declaração Internacional dos Direitos do Homem.

Diante das atrocidades ocorridas na Segunda Guerra Mundial, percebeu-se a necessidade de promover a formação de um novo paradigma ético para a formação dos Direitos Humanos. Para tanto, era necessário haver uma internacionalização desses direitos, o que gerou o alicerce para o “Direito Internacional”, numa época conhecida como “era dos direitos” do pós-guerra.

Em 1948, a Assembleia Geral das Nações Unidas, em Paris, aprovou a Declaração Universal dos Direitos Humanos, que tornou unânimes e internacionais os direitos humanos. A partir desse momento, os direitos fundamentais passaram a ser vistos como uma necessidade, e sua inserção no ordenamento jurídico de cada Estado, como prioridade.

Os princípios e normas dos direitos humanos devem garantir a satisfação das condições mínimas que possibilitem a obtenção de uma vida digna, e, para que sejam

efetivamente executados, devem estar agregados à aplicação dos direitos civis, políticos, sociais, econômicos e culturais dos indivíduos. Esses direitos estão conectados a conceitos como interdependência e indivisibilidade, baseados em valores básicos fundamentados de princípios como “liberdade, igualdade e participação” (VENTURA, 2010).

Dentro do contexto mundial de evolução dos Direitos Humanos, o Brasil se insere na metade da década de 1970. Esse momento histórico foi marcado pelo golpe de 1964, que instaurou a ditadura militar, período em que foram praticadas as mais distintas atrocidades, como assassinatos, torturas, dentre outros desrespeitos aos direitos humanos. Todos esses fatores conduziram a um resgate crítico das experiências políticas vividas e à luta pela substituição das políticas tradicionalmente utilizadas até o momento. Essas ideias foram influenciadas pelos ideais marxistas, pela crise da esquerda, do sindicalismo e da Igreja Católica. Neste momento histórico surgiram, então, os chamados movimentos sociais, como novos sujeitos políticos, que lutavam por melhores condições de moradia, saúde, educação, salário e vida (COIMBRA; LOBO; NASCIMENTO, 2008).

Até esse momento, o Brasil já havia possuído várias constituições, desde a primeira, em 1824, que tratava e defendia os direitos humanos dos cidadãos. Nesse contexto de valorização mundial dos direitos humanos e da saída do Brasil de um regime opressor, surgiu então, em 1988, uma nova Constituição – a chamada “constituição cidadã” –, na qual os direitos humanos foram assumidos como política de Estado no Brasil (ADORNO, 2010).

Em seu Art. 1º, incisos II e III, a Constituição de 1988 adotou, como fundamentos da República, a cidadania e a dignidade humana. Esse resgate envolveu a erradicação da pobreza, da marginalização e das desigualdades sociais e a promoção do bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, idade, cor (Art. 3º, incs. III e IV) e contemplou, ainda, de modo detalhado, setores estratégicos para o desenvolvimento pleno da cidadania, agrupando-os sob o título “Da Ordem Social”, cujos objetivos expressos são o bem-estar e a justiça social (Art. 193). A referida Carta conferiu atenção a aspectos relevantes do direito à saúde, à previdência e assistência sociais e fortaleceu o direito à educação, à cultura, ao esporte, dentre outros. Assim, no âmbito da legislação, a Constituição de 1988 apresenta-se como um sistema de promoção dos direitos humanos dos mais completos a nível mundial. O Art. 5º, inc. III, regimenta que “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza [...].Ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante” (BRASIL, 1988).

Dentro desse contexto de igualdade entre os cidadãos brasileiros, insere-se o cidadão-opresso e a ratificação de seus direitos. O número de detentos está aumentando em todo o

mundo, e o Brasil também tem sido afetado por este fenômeno. O estado do Rio de Janeiro é o mais atingido, registrando, entre os anos de 2002 e 2006, um aumento de 45% dessa população. Esse fato repercute no cotidiano das prisões, em especial no que está relacionado a questões de saúde (alimentação, limpeza e descanso) e condições de habitação, visto que o aumento populacional não é compatível com a estrutura física e de pessoal, como agentes de limpeza e de saúde (DIUANA et al., 2008).

Discorrendo sobre a Constituição Federal de 1988 qualquer cidadão, dentre eles o cidadão-presos possuem direitos garantidos constitucionalmente, conforme elenca o Artigo 5º da Carta Magna Brasileira:

(...) XLIX - é assegurado aos presos o respeito à integridade física e moral; L - às presidiárias serão asseguradas condições para que possam permanecer com seus filhos durante o período de amamentação; LXII - a prisão de qualquer pessoa e o local onde se encontre serão comunicados imediatamente ao juiz competente e à família do preso ou à pessoa por ele indicada; LXIII - o preso será informado de seus direitos, entre os quais o de permanecer calado, sendo-lhe assegurada a assistência da família e de advogado; LXIV - o preso tem direito à identificação dos responsáveis por sua prisão ou por seu interrogatório policial. (BRASIL, 1988).

Além da Constituição, outros documentos normativos dispõem acerca dos direitos dos presidiários no Brasil. É o caso da Lei nº 7.210/1984, conhecida como LEP – Lei de Execução Penal –, além de documentos internacionais que arregimentam os direitos dos encarcerados, incluindo os direitos essenciais à sobrevivência e à manutenção da dignidade desses indivíduos.

Dentre os documentos internacionais, podemos citar o Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos, que foi aprovado em 16 de Dezembro de 1966 pela Assembleia Geral das Nações Unidas, bem como a Resolução de nº 39/46 da Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas, contra a tortura e outros tratamentos ou penas cruéis, desumanas ou degradantes (LEITE; MAXIMIANO, 2011).

O Pacto Internacional foi um documento de extrema importância à dignidade da pessoa humana, em que os Estados que a ele aderiram (mais de 145 Estados-parte) asseguraram o dever de respeitar, proteger e implementar os direitos econômicos, sociais e culturais enunciados no Pacto. Juntamente com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, o Pacto Internacional serviu de tendência para que a Constituição Federal de 1988 elevasse os direitos sociais ao nível de direitos humanos. Essa elevação teve vigência universal, ou seja, que independe do reconhecimento das constituições, uma vez que diz respeito à dignidade humana (PIOVESAN, 2008).

Os direitos sociais, com o surgimento da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), passaram a ser reconhecidos ao lado dos direitos civis, políticos e humanos, englobando o direito ao trabalho, à educação, à saúde. Todos esses direitos são atribuídos ao indivíduo, independentemente da raça, religião, idade ou sexo. A importância de tais direitos se dá pelo fato de fazerem parte da Constituição de quase todos os países que visam a um mundo mais imparcial e igualitário.

Na Paraíba, a representação dos Direitos Humanos é realizada pelo Conselho Estadual de Defesa dos Direitos do Homem e do Cidadão – CEDDDHC. Esse Conselho foi criado por meio da Lei nº 5.551, de 14 de janeiro de 1992, cuja proposta de criação foi formulada e enviada à Assembleia Legislativa Estadual. Propondo-se a contribuir com um trabalho fiscalizador e de conscientização sobre os direitos do homem e do cidadão, tem como objetivos:

promover o respeito aos direitos do homem e do cidadão; empreender esforços através do ensino, da pesquisa, da educação e da orientação na formação de políticas públicas, para assegurar o reconhecimento e a observância efetiva a esses direitos e garantias, adotando medidas administrativas ou judiciais que conduzam à sua defesa e proteção (PARAÍBA, 1992).

O Conselho Estadual de Defesa dos Direitos do Homem e do Cidadão é composto por organizações governamentais e não governamentais – dentre as quais destacamos a Universidade Federal da Paraíba (UFPB), o Conselho Regional de Medicina, o Conselho Regional de Economia, a Ordem dos advogados do Brasil, a Procuradoria da República da Paraíba –, bem como por Órgãos Públicos Estaduais – Ministério Público, Procuradoria da Defensoria Pública, Secretaria de Segurança Pública, Corregedoria Geral do Tribunal de Justiça, Assembleia Legislativa do Estado, Universidade Estadual da Paraíba –, além de entidades da sociedade civil – Fundação de Defesa dos Direitos Humanos Margarida Alves, Centro de Defesa dos Direitos Humanos João Pedro Teixeira, Sociedade de Assessoria ao Movimento Popular e Sindical, Associação Paraibana de Imprensa e Associação Paraibana dos Amigos da Natureza (PARAÍBA, 1992).

Os Conselheiros representantes do CEDDDHC têm mandato, não remunerado, de 02 anos, e assumem a defensoria de todas as vítimas, de vários segmentos ou classes sociais, tais como policiais, presos, portadores de HIV, pacientes usuários de medicamento continuado, vítimas da violência urbana e institucional, racial, opção sexual, ideológica, religiosa, desaparecidos e, ameaçados de qualquer espécie (CARNEIRO; ZENAIDE, 201?).

A forma de atuação do CEDDHC tem sido permanente, desenvolvendo atividades nas áreas jurídica, de segurança e de educação, junto aos presídios, academias de polícia, escolas, bairros populares e movimentos sociais, dispondo também de um serviço de plantão para atendimento de denúncias de violações dos direitos humanos. Muitas dessas atividades são desenvolvidas em estreita parceria com os órgãos membros.

O público do CEDDHC é, em potencial, toda e qualquer pessoa do Estado da Paraíba que tenha seus direitos violados. O conselho funciona através do Serviço de Atendimento de Denúncias de Violações de Direitos Humanos, das comissões permanentes (prevenção e combate à violência, acompanhamento ao sistema penitenciário, assuntos econômicos e sociais e de cidadania), das comissões especiais e da diretoria.

Os recursos financeiros do CEDDHC provém de dotação orçamentária do Governo do Estado, por meio da Secretaria de Segurança Pública e de convênios com o Ministério da Justiça/ Secretaria de Estado dos Direitos Humanos/Departamento Nacional de Direitos Humanos.

O CEDDHC tem-se mantido como um órgão com autonomia política, distinto de outros conselhos, uma vez que tem sua direção eleita pelos órgãos membros.

Os Conselheiros realizam, periodicamente, inspeções agendadas com emissão de relatórios, que são encaminhados aos órgãos competentes, objetivando a tomada de providências coercitivas, de maneira a assegurar a integridade física e moral das vítimas. Esses representantes realizam visitas a presídios, quartéis e todos os lugares onde se encontrem pessoas segregadas.

Em termos operacionais, é possível afirmar que o trabalho do CEDHPB é investigativo, para fins de denúncias, visando a promover mudanças de atitudes daqueles que se encontram desrespeitando as normas, preconizadas pela Constituição Federal, que estabelecem os direitos fundamentais.

Embora o objeto de trabalho do Conselho Estadual dos Direitos Humanos da Paraíba coincida, em tese, com a pesquisa que aqui desenvolvemos, cabe salientar que nosso objeto de estudo é a saúde do presidiário, e nossa pesquisa não tem fins denunciativos, mas acadêmicos, razão pela qual abriremos mão de seu conteúdo, não desmerecendo o mérito de suas atividades e o valor de seus achados sociais.

6SAÚDE E DIREITO SOCIAL

O conceito de Saúde, de acordo com a Organização Mundial de Saúde – OMS, é um estado de completo “bemestar físico, psíquico e social”. Esse conceito influencia as legislações dos Estados membros, que reconhecem a saúde como um dos direitos fundamentais de todo ser humano. Para a OMS, pessoa saudável é aquela que, além de apresentar-se em perfeitas condições de higidez física e mental, encontra-se convenientemente integrada à vida em sociedade, desfrutando dos meios necessários ao seu bem estar. Reconhece-se a saúde como indispensável à dignidade humana, assim como a estreita e recíproca relação da saúde do homem com as condições socioambientais e econômicas em que vive (OLIVEIRA, BESSO, 2009; SILVA, 2007).

Saldanha (2005) menciona os principais determinantes de saúde, subdividindo-os em comportamentos relativos à sua manutenção e desgaste: consumo excessivo de tabaco, álcool e drogas, dieta e exercício físico, ambiente (casa, trabalho, estudo, acesso a transporte, ruído, qualidade do ar e da água, saneamento, radiações e biodiversidade), aspectos sociais (desemprego e pobreza) e serviços de saúde (sistema de saúde dos países, políticas de promoção e prevenção, padrões de cuidados, utilização de hospitais, qualidade dos fármacos e investigação).

A saúde enquanto tratada como direito social é dever do Estado e deve ser acessível a todos os homens, inclusive aqueles privados de liberdade (presidiários). “O preso conserva todos os direitos não atingidos pela perda da liberdade, impondo-se a todas as autoridades o respeito à sua integridade física e moral” em conformidade com os Artigos 40, 41 e 43 da Lei de Execução Penal e com o Artigo 38 do Código Penal (VADE MECUM, 2011.p.1450).

É nesse contexto que assume destaque o comportamento ativo do Estado, buscando o bem-estar social dos indivíduos na efetivação dos direitos fundamentais sociais. A atuação estatal, no sentido de viabilizar as prestações de saúde, educação, assistência social, trabalho e outros, revela a transição das liberdades formais abstratas para as liberdades materiais concretas e aproxima os direitos fundamentais sociais do conceito material do princípio da igualdade. Para Telles (2007), a importância de tais direitos é proporcional à procura por um mundo mais justo e igualitário, daí fazerem parte da Constituição de quase todos os países.

Os direitos sociais, mesmo assegurados constitucionalmente, encontram-se desprestigiados e impotentes para alterar as desordens do mundo, como as discriminações, as exclusões e a violência, particularmente no tratamento dos presidiários.

Os direitos sociais visam ao bem-estar da pessoa humana, sendo assim considerados aqueles que se direcionam à inserção do ser humano na vida social, para que tenham acesso aos bens que satisfaçam a suas necessidades básicas. De certa forma, procuram atender a uma finalidade de vida igual para todos, através da proteção aos mais fracos (MOTTA; SANTOS 2003).

Nesse sentido, Moraes (2009, p. 177) conceitua direitos sociais como

(...) verdadeiras liberdades positivas, de observância obrigatória em um Estado Social de Direito, tendo por finalidade a melhoria de condições de vida, aos menos favorecidos, visando à concretização da igualdade social, e são consagrados como fundamentos do Estado democrático, pelo Art. 1º, IV, da Constituição Federal.

Para Sarlet (2007), a dimensão dos direitos fundamentais concede aos indivíduos a possibilidade de exigir prestações sociais estatais, sejam de assistência social, seja relativa à saúde, à educação, entre outros. Entretanto, apesar de atenderem às necessidades individuais do ser humano, os direitos sociais têm caráter global, pois, uma vez não atendidas as necessidades de cada um, tem-se efeitos que recaem sobre toda a sociedade. Desse modo, embora tendo como titular o indivíduo, pode ser concebidos como direito de natureza coletiva, o que inclusive justifica a expressão “social”.

Segundo Silva (1998, p. 289), direitos sociais são *prestações positivas proporcionadas pelo Estado, direta ou indiretamente, enunciadas em normas constitucionais, que possibilitam melhores condições de vida aos mais fracos*. Nesse sentido, podemos afirmar que os direitos sociais, como dimensão dos direitos fundamentais do homem, são direitos que se relacionam com o direito de igualdade. Valem como pressupostos do gozo dos direitos individuais, na medida em que criam condições materiais mais propícias ao aferimento da igualdade real, o que, por sua vez, proporciona condição mais compatível com o exercício efetivo da liberdade.

Em conformidade com Araújo (2004), os direitos sociais por serem direitos fundamentais do ser humano, constituem a dimensão essencial da democracia, porque não se referem apenas à “forma” – ao quem e ao como- mas sim, à “substância” ou “conteúdo” das decisões.

A Constituição da República Federativa do Brasil, assegura:

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade

e a infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (BRASIL, 1988; VADE MECUM, 2011).

No que se refere ao acusado de um crime, constitucionalmente este tem direitos assegurados, os quais devem ser preservados pelo Estado, tendo em vista ser ele sujeito passivo dos direitos sociais. Conforme salientam Fragoso, Catão e Sussekind (1980, p. 63), “[o acusado] tem o direito de permanecer calado, de ser preso somente em flagrante ou por ordem escrita da autoridade judiciária competente, de prestar fiança.”

Os autores prosseguem afirmando que os presos têm direito ao respeito à sua integridade física e moral, direito de ampla defesa e do contraditório, de liberdade e locomoção. Têm, ainda, direito de ter conhecimento dos responsáveis pela sua prisão ou interrogatório policial, de assistência judiciária (ter um defensor), além de outros direitos que garantam sua dignidade humana.

Os direitos sociais não devem ser entendidos como uma ficção jurídica. É preciso considerar a universalidade e a igualdade em sua expressão plena, transitando entre a forma de sua aplicabilidade e a materialidade efetiva. Assim, é necessário se deslocar de uma perspectiva formalista, para alcançar a prática concreta no cotidiano.

É, portanto, possível evidenciar que os presidiários devem ser respeitados em seus direitos, particularmente o da saúde, enquanto Direito Social. Devem, também, usufruir de todas as políticas públicas de saúde que lhes tragam benefícios no processo de saúde/doença, devendo buscar sua integração no ambiente carcerário.

Mendonça (2009) assegura que a constante interação entre as pessoas que buscam o direito à saúde, a difusão do ideário sanitário, a extensão das ações de saúde emanadas do Sistema Nacional de Saúde quanto à promoção, proteção e recuperação da saúde do indivíduo, família e comunidade, tornou-se ação fundamental para a superação dos entraves no processo de democratização da saúde, com ênfase ao SUS, que faz parte da Constituição Federal, devendo ser direito de todo cidadão brasileiro que necessita de atendimento multidisciplinar em saúde.

O SUS tem sido definido como uma nova formulação política e organizacional, e sua implantação colocou em debate a mudança de um modelo de assistência, voltado apenas ao objeto saúde/doença. O processo de criação do Sistema Único de Saúde teve início a partir das definições legais estabelecidas pela Constituição Federal de 1988 e pela Lei Orgânica da Saúde de 1990, sempre em conformidade com as representações dos secretários estaduais e municipais da saúde.

O SUS também influencia nas mudanças da sociedade. Hoje, por exemplo, a noção de direito à saúde é muito mais forte e difundida e influenciou outras áreas sociais. Também a noção ampliada de saúde, entendida em suas determinações sociais mais gerais, é compartilhada por mais pessoas. Outro exemplo é que os municípios são hoje muito mais responsáveis, no que tange à atenção à saúde, do que eram antes da implantação desse Sistema (LOBATO; GIOVANELLA, 2008).

Além disso, o SUS é reflexo de lutas originadas no movimento de reforma sanitária, podendo ser considerado ainda como um sistema em construção, uma vez que, nos dias atuais, ancora-se em cenários diferenciados, no qual a garantia da saúde ainda não foi alcançada por todos os cidadãos.

Concordamos com Mendonça (2009), quando menciona que o direito à saúde ainda não foi alcançado por todos os cidadãos. Para tanto, evidencia-se que no Sistema Penitenciário a aplicabilidade do SUS encontra-se incipiente, deixando esses cidadãos à margem do direito à saúde, sem assistência necessária no âmbito dos presídios, vindo a sofrer as mais variadas patologias, inclusive as que requerem um atendimento especializado, muitas vezes sendo necessária uma continuidade de atendimento de forma secundária e terciária, dependendo do grau de complexidade.

Lobato e Giovanella (2008) afirmam que o direito à cidadania vem como condição de igualdade entre todos os indivíduos da mesma comunidade. A universalidade é a indistinção entre todos os cidadãos. A noção de prestação pública é decorrente da garantia do direito à cidadania e da ideia de saúde como bem público não comercializável, sendo o Estado a instituição correspondente. Por esse motivo, sua presença é indispensável na garantia do acesso universal e no controle e regulação dos mecanismos que interferem na saúde.

Figueiredo e Tonini (2009) chamam a atenção para os direitos assegurados pelo SUS, como uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde que possibilitou a ampliação do olhar para a coletividade e, com isso, também mudou o olhar e as ações para as práticas e os serviços.

Objetivando a garantia do direito à saúde a todo e qualquer cidadão, lembramos o que estabeleceu a Lei de nº 8.080/90, que preconiza como princípios doutrinários, a Universalidade, a Integralidade e a Equidade e, como princípios organizativos, a Descentralização e Comando Único, a Regionalização e a Hierarquização, além da Participação Popular (BRASIL, 1990).

Os presidiários, portanto, devem poder usufruir não só de projetos sociais de atenção à saúde, mas serem amparados e resguardados do ponto de vista da proteção ao bem jurídico e de sua relação com o direito e a vida humana.

Nesse sentido, de acordo com Oliveira e Vasconcelos (2009, p.144):

A saúde é tida como um “bem jurídico” não apenas um esquema conceitual, visando proporcionar uma solução técnica da questão: é o bem humano ou a vida social que se procura preservar, cuja natureza e qualidade dependem, sem dúvida, do sentido que a norma tem ou que a ela é atribuído, constituindo, em qualquer caso, uma realidade, completada pelo direito. Bem jurídico é bem protegido pelo Direito. É, portanto, um valor da vida humana que o direito reconhece, e cuja preservação é disposta à norma jurídica.

Em conformidade com a constatação de Ferreira (2008), o SUS enfrenta grandes desafios, como o Modelo de Atenção à Saúde, a adequação de utilização dos recursos e a busca contínua da atenção integral, da equidade e da acessibilidade de todos os segmentos da população. Por essa razão, o princípio da equidade, entendido como o reconhecimento das diferenças e dos direitos de cada um, está sempre em relevo.

O autor prossegue afirmando que o acesso à saúde é condicionado por vários fatores: a forma como estão organizados os serviços de saúde, a qualificação dos profissionais dessa área, a localização dos serviços, a adequação dos recursos tecnológicos, o financiamento das ações e serviços, a oferta de serviços e as necessidades de saúde das pessoas. Portanto, organizar ações e serviços singulares para a satisfação das necessidades específicas da população de detentos significa ampliar o acesso aos direitos.

4. METODOLOGIA

4.1 CENÁRIO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no Instituto Penal Desembargador Sílvio Porto, estabelecimento de segurança média, destinada a abrigar presidiários com condenação em regime fechado, cumprindo sentença privativa de liberdade com pena superior a (4) anos. O Instituto é dotado de celas coletivas, para presidiários do sexo masculino, e encontra-se localizado na área central do bairro Parque Residencial Tarcísio de Miranda Burity, mais conhecido como Mangabeira, Município de João Pessoa-PB. Essa Penitenciária possui 640 vagas. (BRASIL, 2011b).

O Instituto foi escolhido como cenário para investigação por possuir equipe multidisciplinar de saúde, exigência do Plano Operativo Estadual de Saúde do Sistema Penitenciário- (POESSP), em respeito aos critérios estabelecidos pelo Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário –(PNSSP).

4.2 TRAJETÓRIA PERCORRIDA

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública – (ENSP), da Fundação Oswaldo Cruz –(FIOCRUZ), tendo sido apreciado e aprovado em 07 de Dezembro de 2011, sob o Protocolo CEP/ENSP – nº 304/11, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 0321.0031.000-11 (Anexo B).

Após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública, o projeto foi encaminhado, por meio de ofício, ao então Excelentíssimo Juiz da Vara de Execuções Penais da cidade de João Pessoa (Anexo C), sendo autorizado para operacionalização. Na sequência, a pesquisadora apresentou-se, através da emissão de ofício, ao então Diretor do Instituto Penal Desembargador Sílvio Porto João Pessoa – Paraíba, o qual providenciou o acesso para a realização da coleta de dados (Anexo D).

4.3 MÉTODO UTILIZADO

O método utilizado para a construção desta Tese foi o **Estudo de Caso**, que, segundo Yin (2010), trata-se de uma investigação empírica, a partir do desejo de entender os fenômenos sociais complexos, permitindo aos investigadores a retenção das características

holísticas e significativas dos eventos da vida real, como os ciclos individuais da vida, o comportamento dos pequenos grupos, os processos organizacionais, administrativos e individuais, além dos políticos, e a eles relacionados. A utilização deste método é comum na psicologia, na sociologia, na ciência política, na antropologia, no serviço social, na administração, na educação, na enfermagem e no planejamento comunitário.

A existência de uma equipe de saúde dentro da unidade prisional que se constituiu cenário da pesquisa e é referência para outros estabelecimentos penais, por ser a pioneira nessa iniciativa na cidade de João Pessoa, fundamentou a opção pelo método para construção desta investigação acadêmica.

4.4 SUJEITOS DA PESQUISA

No que se refere à amostra dos sujeitos da pesquisa, não houve um número pré-determinado, pois, de acordo Minayo (2010), ao realizar uma investigação qualitativa, a preocupação deve ser menos com a generalização e mais com o aprofundamento, a abrangência e a diversidade no processo de compreensão, seja de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação.

O critério proposto por Minayo, portanto, não é numérico, embora quase sempre o investigador precise justificar a delimitação de pessoas entrevistadas, a dimensão e a delimitação do espaço. Pode-se considerar que uma amostra qualitativa ideal é a que reflete a totalidade das múltiplas dimensões do objeto do estudo. Para esta investigação, foi considerada uma amostra de 35 presidiários, embora tenham sido feitas 75 entrevistas. O critério utilizado para a exclusão de 40 participantes foi o tempo de admissão no presídio, pois, com menos de dois meses de permanência, ainda não haviam necessitado de atendimento por parte da equipe de saúde.

No que se refere à equipe de saúde, a amostra foi composta por 08 profissionais, que optaram por responder ao roteiro de entrevista coletivamente. O profissional médico não contribuiu com a equipe, retirando-se de imediato da unidade de saúde no momento em que a equipe se reuniu.

4.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS E A TÉCNICA UTILIZADA

A coleta dos dados ocorreu entre os meses de dezembro de 2011 a agosto de 2012 e foi, obrigatoriamente, precedida pelo conhecimento e aquiescência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do entrevistado (Apêndice A), o qual garantia, aos presidiários e aos profissionais da equipe de saúde participantes da pesquisa, explicações sobre os objetivos da investigação, a importância da fidedignidade das informações concedidas, a garantia do anonimato, a importância de sua contribuição e o direito à liberdade de retirar-se da pesquisa a qualquer momento, se assim desejassem.

Utilizou-se a técnica da Entrevista do tipo estruturada ou padronizada, onde as falas dos presidiários foram gravadas, além de serem registradas em formulários desenhados exclusivamente para essa finalidade (Apêndices B, C, D). Alternativamente, também foram aplicados roteiros de entrevista para os presidiários que não aceitavam o uso da gravação, por sentirem medo de ser identificados, mesmo após esclarecimentos acerca do anonimato de seus depoimentos.

Para Marconi e Lakatos (2010) a entrevista é um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional. As autoras prosseguem afirmando que trata-se de um procedimento utilizado na investigação social para coleta de dados ou para ajudar no diagnóstico ou no tratamento de um problema social. Vale salientar que a entrevista é um importante instrumento de trabalho nos vários campos das ciências sociais e em outras atividades.

No tocante aos tipos de entrevistas, as autoras esclarecem que elas variam de acordo com o propósito do entrevistador, podendo ser estruturada ou padronizada, despadronizada ou não estruturada, focalizada, clínica, não dirigida e painel. Para esta investigação, utilizou-se a Entrevista Padronizada ou Estruturada, seguindo-se um roteiro previamente estabelecido. A princípio, as entrevistas eram realizadas no turno oposto ao funcionamento da unidade de saúde; no entanto, foram evidenciados alguns obstáculos como:

- Dificuldade da liberação do preso do pavilhão, devido à abertura e fechamento dos portões, requerendo um maior número de agentes penitenciários para realizar a escolta;
- Morosidade na chegada do preso à entrevista, na sala destinada para esse fim, demorando cerca de 40 minutos;
- Presença contínua do agente penitenciário no local da entrevista, o que deixava o preso sem a devida liberdade para responder às perguntas;

- Queixa dos Presidiários sobre a possibilidade de conflitos no pavilhão, pois seus pares acreditavam na hipótese da delação de algo importante do dia-a-dia dos pavilhões.

Por essas razões, o horário das entrevistas passou a coincidir com o horário de trabalho da equipe de saúde. Para os presidiários analfabetos, foram solicitados o consentimento verbal e a impressão digital. O grupo caracterizado como analfabetos funcionais assinou o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, havendo explicações, quando solicitadas pelo entrevistado.

Conforme já explicitado no item anterior (sujeitos da pesquisa), a equipe de saúde respondeu ao roteiro de entrevista coletivamente, sem a presença da profissional médica.

Na sequência, os depoimentos foram transcritos e interpretados, seguindo a técnica da Análise Temática, que, segundo Minayo (2010), consiste na busca dos núcleos de sentido para se construir uma comunicação em que a presença de determinados temas expressam os valores de referência e os modelos de comportamento presentes nos discursos relacionados ao objeto analítico.

4.6 ETAPAS DO ESTUDO E SUA INTENCIONALIDADE

A pesquisa foi realizada em cinco etapas. Entretanto, para pontuar fatos ocorridos inerentes ao contexto da saúde, durante o processo de coleta de dados, foi adicionado um sexto item, com outras informações, julgadas importantes para a consolidação da tese.

- Descrição do campo da pesquisa;
- O perfil da equipe multidisciplinar prestadora da assistência à saúde no presídio;
- Depoimentos da equipe multidisciplinar de saúde, em relação às atividades desenvolvidas, no serviço de saúde do presídio;
- O perfil dos presidiários;
- Depoimentos dos presidiários, em relação à qualidade do serviço de saúde prestada do presídio;
- Outros fatos, julgados importantes para a consolidação da tese.

4.6.1 Primeira Etapa – Descrição do campo da pesquisa

Nessa etapa, foram colhidas informações sobre os aspectos administrativos do Instituto Prisional, como localização geográfica, condições de estrutura física da unidade de saúde (Apêndice B), estrutura física dos pavilhões e das celas, especificada (quantidade e

capacidade de ocupação, situação das paredes, janelas, pisos, iluminação, ventilação, condições das grades), bem como a estrutura funcional do Instituto, também detalhada (número de gestores administrativos, agentes de segurança penitenciária, quantidade total de pavilhões e de presidiários por celas, além da vinculação ou não a algum programa de reinserção social, onde o presidiário desenvolva algum tipo de atividade laboral, pertencente à composição regimentar do Instituto Prisional). O programa de reinserção social auxilia no aporte à saúde mental do preso, além de possibilitar sua ajuda com as despesas familiares. Por se tratar de presos em regime fechado, o trabalho deve ser desenvolvido no interior do presídio, e o preso ainda se beneficia com a remição da pena, na proporção de um dia por três trabalhados.

Para a representação dos pavilhões, utilizaram-se as letras K – X – M – N – P – Q e R, dada a necessidade de preservação do anonimato aos presidiários entrevistados. As informações sobre a estrutura física das celas foram liberadas pela direção do presídio, que também disponibilizou agentes penitenciários para nos acompanhar na visita ao interior dos pavilhões. Vale salientar que a visita às celas possibilitou a identificação de variáveis, importantes para a compreensão do objeto de estudo da pesquisa.

4.6.2 Segunda Etapa- O perfil equipe de multidisciplinar prestadora da assistência à saúde no presídio.

Nessa etapa, foi aplicado um formulário de entrevista (Apêndice C) aos profissionais pertencentes à equipe multidisciplinar de atenção a saúde, objetivando identificar o perfil sociodemográfico e as seguintes variáveis: idade, sexo, renda salarial, tempo de formação, tempo de exercício profissional, tempo de atuação no presídio, carga horária de trabalho, capacitação e/ou pós-graduação na área e forma de ingresso no sistema.

4.6.3 Terceira Etapa – Depoimentos da equipe multidisciplinar da saúde, em relação às atividades desenvolvidas no serviço de saúde do presídio.

Nessa etapa, a equipe de enfermagem lotada no Instituto Penal Silvio Porto nos forneceu o “modelo de prontuário geral padronizado”, utilizado pela equipe de saúde para atendimento dos presidiários (Anexo E).

Os profissionais responderam às seguintes perguntas:

- Quantos presidiários encontram-se acometidos por doenças dentro dos pavilhões?

- Quais as doenças que acometem esses presidiários?
- Esses presidiários doentes estão sendo tratados?
- Quais as atividades desenvolvidas pela equipe?
- Quais as dificuldades encontradas no serviço que interferem no desenvolvimento das ações realizadas pela equipe de saúde?

4.6.4 Quarta Etapa - O perfil dos presidiários

Nessa etapa, foram colhidas informações sobre o perfil sociodemográfico dos presidiários, mediante utilização de formulário de entrevista (Apêndice D) e gravação de voz, respeitado o termo de consentimento livre e esclarecido. Esse formulário forneceu informações sobre faixa etária, grau de escolaridade, estado civil, número de filhos, profissão exercida antes da chegada ao presídio, atividade desenvolvida dentro do presídio, crime praticado e tempo da pena cumprida e da pena a cumprir.

4.6.5 Quinta Etapa –Depoimentos dos presidiários, em relação à qualidade do serviço de saúde prestada no presídio.

Nessa etapa, colheram-se informações sobre a percepção dos presidiários em relação à qualidade do serviço de saúde prestada no presídio. Os presidiários responderam às seguintes perguntas:

- Você percebe melhoria no espaço físico destinado à unidade de saúde?
- Você sabe quem são os profissionais da saúde?
- Quando vocês adoecem como é realizado o atendimento nessa unidade de saúde?
- Como é realizado o atendimento em situação de emergência?
- Quais as atividades para prevenir doenças, utilizadas pela equipe de saúde?
- Você acha que seus direitos à saúde, enquanto preso, estão sendo respeitados?

Justifique a sua resposta.

- O que você acha que poderia melhorar para que a atenção à sua saúde fosse garantida?
- Em sua opinião, o Estado tem cumprido o seu papel no contexto do direito à saúde?

As respostas obtidas mediante os questionamentos foram agrupadas e categorizadas empiricamente, sintetizando-se os depoimentos dos presidiários entrevistados.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 DESCRIÇÃO DO CAMPO DA PESQUISA

a) Estrutura Física dos pavilhões e das celas do Instituto Penal Desembargador Silvio Porto.

Quadro 1 - Demonstrativo das especificações dos pavilhões em relação ao número de celas. João Pessoa – PB. Ago. 2012.

ESPECIFICAÇÕES DOS PAVILHÕES	PAVILHÕES (LETRAS)	NÚMERO DE CELAS
Seguro*	K	08
Geral	X	54
Geral	M	52
Geral	N	54
Geral	P	14 (Alas a, b)
Geral	Q	14 (Alas a, b)
Geral	R	15 (Alas a, b)
TOTAL	07	211

*Termo utilizado para identificar o pavilhão dos presos que trabalham no presídio.

Fonte: pesquisa de campo/Instituto Penal Desembargador Silvio Porto. João Pessoa – PB 2012.

O quadro demonstrativo acima revela a existência de (07) pavilhões, sendo o pavilhão K, destinado aos presidiários que trabalham no interior do presídio, composto por (08) celas. Os pavilhões de letras X, M, N apresentam o maior número de celas, perfazendo um total de (160), e são denominados Gerais, por congregarem todos os tipos de presidiários e os mais variados tipos de crimes por eles cometidos. Durante a visita, observou-se que muitos presidiários moram nos corredores. Os pavilhões de letras P, Q, R possuem um menor número de celas e, conseqüentemente, são mais acessíveis para a equipe de saúde em casos de urgência e emergência clínicas.

Destaca-se, ainda, uma área de reconhecimento, não caracterizada como pavilhão, mas que possui (04) celas, sendo destinada à separação dos presos do convívio diário com seus pares, para prevenir embates. Essas celas também servem como abrigos provisórios, quando da admissão do presidiário no presídio. Durante a permanência dos presidiários nestas celas

provisórias, os agentes penitenciários avaliam sua conduta e os distribuem para o pavilhão correspondente a essa avaliação.

O Instituto Penal Desembargador Silvio Porto possui capacidade para abrigar 640 presidiários, embora concentre 804 presos em suas celas, evidenciando uma superlotação carcerária em todos os pavilhões, o que favorece a ocorrência de diversos problemas, sobretudo na área da saúde. Em relação ao número de presidiários por celas, em consequência da superlotação, não foi possível a obtenção desse dado.

Para conhecimento da real situação física e funcional dos pavilhões em relação ao quantitativo carcerário, a pesquisadora empreendeu uma visita aos pavilhões X, M e Q - alas a e b, por possuírem as mesmas características dos demais pavilhões, como excesso de presidiários nos corredores e nas celas, além de muita falta de higiene. Na contramão desses achados, verificou-se que o pavilhão K diferenciava-se dos demais, pela higiene e conduta dos presidiários, formada por trabalhadores em final de cumprimento de pena.

A nossa visita aos pavilhões ocorreu no dia 03 de abril de 2012, das oito e trinta às onze horas, foi liberada pela direção do presídio e contou com escolta policial. Nesse ínterim, os presidiários foram conduzidos ao banho de sol, para que as celas ficassem livres, possibilitando nossa circulação, observação e anotações acerca da constituição física do pavilhão. Fotos ou filmagens não foram autorizadas, em respeito às normas internas do presídio.

Dentre os pavilhões visitados, nos chamou a atenção a situação de superlotação do pavilhão X, no qual foi constatado um ambiente perfeito para incubação e proliferação de diversas doenças, tanto infecciosas quanto parasitárias. Os residentes desse pavilhão cumprem pena privativa de liberdade por crimes contra a pessoa e o patrimônio, sendo considerados de alta periculosidade. Vale salientar que os crimes que eles praticaram e pelos quais foram sentenciados, agora, lhes são impostos pelo próprio Estado, pois o Artigo 40 da Lei de Execução Penal, citado por Angher (2009, p. 1387), preconiza que: *“impõe-se a todas as autoridades o respeito à integridade física e moral dos condenados e dos presos provisórios.”* A superlotação das celas e a falta de higiene daí decorrentes caracterizam, por si só, um desrespeito à integridade física e moral do presidiário, sem falar na predisposição ao adoecimento, o que trará mais despesas ao Estado e trabalho à equipe de saúde.

A superlotação e a precária atenção básica à saúde constituem um dos fatores contributivos para o adoecimento dos presidiários. O excesso de pessoas em um mesmo espaço, respirando o mesmo ar e falando ao mesmo tempo, sem privacidade alguma, dividindo simples conversas, murmúrios, choros, conflitos e muitos gritos, constitui uma

severa agressão à saúde mental das pessoas. Por outro lado, o descuido com as ações mais básicas de saúde também é uma porta aberta para a entrada de doenças. No pavilhão visitado, a eliminação dos dejetos humanos é feita quase sem privacidade, e a limpeza é precária, dada a escassez de material para esse fim.

O corredor central do pavilhão X, que, em tese, deveria servir apenas como passagem, parecia cumprir outra função naquele contexto. Verificamos a existência de colchões, alguns ainda no chão e outros enrolados e presos à parede, todos em péssimas condições de higiene, além de lençóis rasgados e alguns travesseiros, dando-nos a impressão de que aquele espaço também era utilizado como uma espécie de “cela aberta”. Do ponto de vista da saúde, a existência de materiais de higiene pessoal, como barbeador e sabão em barra, entre outros objetos, confirmava a hipótese de moradia de presidiários no corredor, o que fez aumentara nossa preocupação com a manutenção mínima da higiene pessoal e a possibilidade de proliferação de doenças.

Alguns presidiários prendiam um lençol na parede, com pregos, e os deixavam esticados por cima dos colchões, já amarrados na parede, caracterizando uma cortina, cuja função era ocultar a presença de alimentos, calçados e roupas. Cada espaço do corredor estava encoberto por essas empanadas e parecia ser disputado pelos presidiários -posteriormente, viemos a saber que a ocupação dos espaços era motivo de conflitos, e a ordem de chegada era o critério de posse.

Ainda referente à ocupação do corredor, também tomamos ciência, por intermédio de um presidiário, que cada cela possui um líder, a quem os demais residentes devem obediência, embora não tenhamos chegado a conhecer como são eleitos e qual o processo para essa mobilidade social interna. Dentre as prerrogativas desse líder está a admissão do morador do corredor da cela onde exerce sua liderança. O recém-admitido ocupa um espaço, mas sem direito a cama.

No tocante à iluminação do ambiente, verificamos a falta de lâmpadas, gerando pouca ou quase nenhuma visibilidade, mesmo no período da manhã, momento em que fizemos a visita. Ao longo de nossa caminhada por esse “vale de lágrimas”, nos deparamos com um presidiário, maltrapilho, deitado no chão molhado, devido ao que nos pareceu ser um vazamento. Desorientado e balbuciando palavras de difícil entendimento, aquele ser humano findava-se no cumprimento de sua pena, sob a “proteção do estado”. Próximo dele, encontramos outro presidiário, acometido por doença vascular, que, na tentativa de socorrê-lo, nos informou:

“ele está tuberculoso e não conseguiu subir para ser atendido e faz tempo que ninguém chama ele para o médico, inclusive está com febre e passou a noite tossindo”.P15

Os dois presos encontravam-se no pavilhão por não terem condições de ir para o banho de sol, devido às suas precárias condições físicas. Vale salientar que, na unidade de saúde do presídio, ouvimos muitas queixas de dor de cabeça, resfriado e tosse, certamente decorrentes da vivência naquele ambiente insalubre.

A situação estrutural das celas do pavilhão é precaríssima. Não há fechadura nos portões, que permanecem constantemente abertos, propiciando a livre circulação dos presidiários por todos os ambientes, fazendo com que a disseminação de vírus e bactérias naquele ambiente ocorra livremente. Nossa escolta informou que de nada adiantava o conserto dos portões, pois, no dia seguinte ao reparo, sempre se verificava a retirada de materiais para confecções de armas brancas.

A penumbra das celas, aliada à sujeira e à umidade do ambiente, guardam grandes ameaças à saúde dos residentes, devido ao elevado número de Ácaros (parasita que se alimenta da pele humana e provoca reações alérgicas como dermatites, rinites e asma), mas, contraditoriamente, lembram uma colcha de retalhos multicoloridos que demarcam espaços de moradia, adornados com fotos de mulheres sem roupas, artistas globais, cantores de preferência e jogadores de futebol.

Fomos autorizados a entrar numa área isolada, delimitada por cobertores, onde a escuridão quase não nos possibilitava movimento. Nossa escolta mostrou inúmeros artifícios utilizados pelos presidiários para ocultar objetos ilícitos, tais como azulejos soltos, pequenos buracos encobertos por fotografias, que, apesar de serem descobertos por ocasião das operações de “pente fino”, sempre insistiam em reaparecer e cumprir seu papel de mantenedor da ilusão de poder fazer aquilo que se deseja. “Reservamos-nos ao direito de não especificar os tipos de objetos, pois entendemos não ser de relevância para a pesquisa”.

Um fato que nos chamou bastante atenção foi o artifício utilizado para abastecimento individual de energia. Cada presidiário, com anuência do líder da cela, improvisa, com fios desnudos enrolados por plásticos velhos, sua tomada particular para funcionamento de eletroeletrônicos ou simplesmente aquecimento de água, em baldes de plástico já bastante gastos. Do ponto de vista da saúde, destacamos o perigo de incêndios, visto que tais ações são praticadas por pessoas não habilitadas para o trabalho com energia elétrica, e sua sobrecarga encontrará, nos cobertores e papéis colados na parede, o combustível ideal para uma rápida disseminação.

Também nos causou grande preocupação, do ponto de vista da saúde dos presidiários, a estocagem de alimentos, perecíveis e não perecíveis, no interior das celas. Sem condições de armazenamento e verificação de prazos de validade, esses alimentos podem predispor seu usuário a contaminações bacterianas e infestações parasitárias. No interior de algumas celas, identificamos frutas, tomates, cebolas e pimentões, pendurados em cordas de estender roupas, bem como prateleiras na área destinada ao banho e muito próximas ao bojo sanitário. Observamos, também, depósitos plásticos com salsicha deteriorada, de aspecto esbranquiçado, e um enorme odor fétido, além de sucos em garrafas pet com prazos de validade vencidos.

Por fim, com a quantidade de alimentos expostos, verificamos a presença de muitas moscas dentro das celas e também nos corredores, atuando como vetores entre presos, que apresentavam doenças graves de pele, com alto teor de supuração, e os alimentos, que eles mesmos consomem.

No tocante à água consumida nas celas, observamos que é acondicionada em garrafas plásticas velhas, revestidas por pano, frequentemente umedecido, para manutenção do resfriamento do líquido. A estocagem dessas garrafas é feita nas janelas gradeadas do banheiro, no mesmo local onde é depositado o material de higiene pessoal. O chão e os leitos de alvenaria também são utilizados para a estocagem das garrafas com água, via de regra, amarradas por cordões junto ao restante dos utensílios pessoais.

A aeração das celas constituiu outro item de grande preocupação para a pesquisadora, quando analisado sob o ponto de vista da saúde. O acesso ao vento é feito por uma única janela existente no banheiro, que se abre para a área externa do pavilhão. O calor quase insuportável justifica a presença de inúmeros ventiladores ligados a fios desnudos, favorecendo ainda mais a ocorrência de acidentes envolvendo choques elétricos e queimaduras daí decorrentes.

Um oásis no meio do deserto!

No meio de tanta agressão aos direitos humanos, descaso, falta de higiene, condições precárias de vida e sofrimentos de toda ordem, encontramos, no mesmo pavilhão X, algo que poderia ser comparado a um “oásis no meio do deserto”. Era uma cela impecavelmente limpa, arejada, clara, sem cortinas ou lençóis para separação de ambientes e camas forradas com colchas lavadas. Prateleiras espalhadas nas paredes, separadas de acordo com o que

guardavam, ficando as verduras de um lado e as frutas e biscoitos de outro, nada devendo a uma boa despensa doméstica.

Na cela, que chamamos “diferenciada”, também havia prateleiras destinadas aos livros, dentre eles algumas Bíblias, o que nos levou a pensar que os presidiários ali residentes eram evangélicos, o que não se verificou, pois fomos posteriormente informadas que seus dois ocupantes eram católicos. Nesta cela, também visualizamos equipamentos eletroeletrônicos, como rádio, Disco Versátil Digital (DVD), ventilador, todos em perfeitas condições de uso, muito diferente dos equipamentos que havíamos visto nas outras celas.

Para aumento de nossa surpresa, evidenciamos uma corda com roupas lavadas e cheiro de amaciante. No portão de entrada da “cela diferenciada” havia um pano para a limpeza dos pés. Não havia odores fétidos, nem fotografias de mulheres nuas coladas na parede, e, muito menos, a aparência de caos verificada nas celas visitadas anteriormente.

Nossa curiosidade para identificar os moradores daquela cela esbarrou na lei do silêncio entre os presidiários e da própria escolta, que nada soube informar a respeito daquela situação. Mais tarde, entre a pesquisadora e sua equipe, houve várias suposições, dentre as quais a de estarmos diante da cela do líder geral dos pavilhões ou de alguém com formação acadêmica e educação doméstica muito além de seus pares naquele local. Sem respostas aos nossos questionamentos, nos acostamos ao pensamento de Antoine de Saint-Exupery, em *O Pequeno Príncipe*, publicado em 1943: “*quando o mistério é muito grande, não ousamos desafiá-lo*”.

b) Estrutura Física da Unidade de Saúde do Instituto Penal Desembargador Silvio Porto.

A Unidade de Saúde do Instituto Penal Desembargador Silvio Porto é constituída por uma área de aproximadamente 30 m², utilizada para atendimento médico e de enfermagem. As atividades do psicólogo e da assistente social são realizadas no mesmo espaço físico, dividido, entretanto, por uma parede. Os presidiários em atendimento fazem um rodízio entre esses serviços.

A mobília é composta por quatro birôs, dez cadeiras plásticas e uma maca para utilização de serviços diversos, sem biombos, além de um carro de curativos e um lavabo, justaposto a uma bancada com pia.

O material de consumo utilizado pelos profissionais e técnicos, tais como, gases, esparadrapo, medicamentos, faixas de crepom, formulários para composição do prontuário do presidiário, entre outros, é acondicionado em uma área muito pequena e

aparentemente improvisada. Em relação ao material permanente, constatamos a presença de nebulizador, esfigmomanômetro, estetoscópio, glicosímetro e material cirúrgico para pequenos procedimentos. Os medicamentos que requerem resfriamento são guardados num frigobar.

O serviço odontológico possui espaço próprio, apartado do espaço destinado às demais profissões da saúde. A área destinada a esse serviço, aparentemente, condiz com o tipo de atividade desenvolvida, embora não saibamos, ao certo, se o profissional dispõe do material que necessita para suas intervenções técnicas. Por ocasião da entrega do instrumento, foi solicitado, pelo grupo de profissionais da saúde, excetuando-se o profissional médico, que as respostas fossem dadas coletivamente, uma vez que os problemas da instituição eram comuns a todos os profissionais. Por essa razão, não houve respostas específicas sobre a questão da odontologia, em particular.

A revisão da literatura acerca da montagem de uma estrutura física para Unidades de Saúde Prisional revelou a existência de uma série de dispositivos legais que amparam a matéria. A Resolução de nº 50 da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. A estrutura física também é regulada pela Portaria Interministerial nº 1.777/GM de 09/09/2003, o Decreto Federal de nº 5.296/2004, a Resolução de nº 03, de 23/09/2005, e a Resolução 06/2006, do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária do Ministério da Justiça (BRASIL, 2006b).

Segundo a Resolução nº 06/2006 do CNPCP/MJ (BRASIL, 2006b), a padronização da estrutura física das unidades de saúde nos estabelecimentos penais para atendimento de 501 até 800 presos deve levar em consideração a existência de ambientes específicos para cada profissão, com área construída previamente determinada, bem como os equipamentos que compõem cada ambiente. O Quadro 2 descreve esses ambientes, suas áreas e equipamentos para sua funcionalidade.

Quadro 2 – Padronização física da Unidade de Saúde nos estabelecimentos penais para atendimento de 501 a 800 pessoas presas. Brasil, 2006b.

AMBIENTE	ÁREA	DESCRIÇÃO
Sala p/ atendimento médico *	7,50 m ²	Deve possuir pia de lavagem. Sugere-se a previsão de ponto de lógica e ar condicionado.
Sala Odontológica	9,00 m ²	Deve possuir bancada de apoio com pia (cuba) de lavagem. Sugere-se a previsão de ponto de lógica e ar condicionado. Pode ser prevista exaustão para eliminar vapores anestésicos.
Posto de Enfermagem e sala de curativos /suturas/vacinas.	12,00 m ²	Posto de enfermagem com visão de leitos deve possuir bancada de apoio com pia (cuba) de lavagem. Pode possuir banheiro com aumento de área de 1,6 metros quadrados, no mínimo.
Sala da Assistente Social	6,00 m ²	Sugere-se a previsão de ponto de lógica e ar condicionado.
Sala para atendimento psicológico	6,00 m ²	Sugere-se a previsão de ponto de lógica e ar condicionado.
Farmácia	1,50 m ²	Espaço para armazenamento de material e de medicamentos. Pode ser um armário com chave sobre ou sob a bancada do posto de enfermagem.
Sala de Coleta de Material para o laboratório.	3,60 m ²	Deve possuir bancada de apoio com pia (cuba) de lavagem. Deve ser prevista exaustão.
Celas de observação**	9,00 m ² (cada)	Com visão do posto de enfermagem. É recomendável um mínimo de quatro celas. Cada uma deve possuir um leito cada e pia de lavagem.
Central de Material Esterilizado – Simplificada	12,00 m ²	Formada por: sala de lavagem e descontaminação: deve possuir bancada de apoio com pia (cuba) de lavagem e pia de despejos com descarga. Deve ser prevista exaustão. Área de 4,5m ² no mínimo. Sala de esterilização deve possuir bancada de apoio com pia (cuba) de lavagem. Ligada à sala de lavagem e descontaminação por guichê. Área de 3,0m ² no mínimo. Antecâmara (vestiário): barreira às salas de lavagem e descontaminação e esterilização. Deve possuir pia de lavagem. Área de 3,0 m ² no mínimo.
Sala de Utilidades	4,00 m ²	Deve possuir bancada de apoio com pia (cuba) de lavagem e pia de despejos com descarga. Deve ter uma dimensão mínima de 1,5m. No caso de hampers (dois) serem estacionados nesta sala (e não na sala de curativos) deverão ser previsto 2m ² . Pode ser previsto exaustão.
		Um masculino e um feminino. Pode ser prevista ainda área para banho e troca de roupas (vestiário) aumento de área de 2m ² , cada um no mínimo.
Rouparia *		Espaço para guarda de roupa limpa. Pode ser um armário.
Banheiros para pacientes *	1,60 m ²	É recomendável cada cela possuir o seu banheiro (pia, bacia sanitária e chuveiro), sendo pelo menos um deles para acessibilidade o que exige uma área maior.
Pátio externo e solário		Deverá atender o mínimo de 6,00m ² por usuário e dimensão mínima de 3,00m (até quatro presos). Pode ser dotado de uma pequena cobertura com banco e área de sanitário.

Nota: * Cresceriam em área de demanda de espaço; **O dobro de salas para o atendimento.

Fonte: Resolução nº06/2006. CNPCP. BRASIL, 2006b.

A Resolução nº 06/2006do CNPCP/MJ (BRASIL, 2006b) também considera como relevantes, para a padronização física das unidades de saúde nos estabelecimentos penais, as medidas arquitetônicas dos corredores para circulação de cadeirantes e não cadeirantes, as

dimensões de portas, a ventilação e a iluminação, além de normas de seguridade para combate a incêndios, aprovadas pelo Corpo de Bombeiros.

Sobre as medidas dos corredores para circulação de cadeiras de roda, além de camas e macas, a Resolução em baila assevera que os corredores devem ter uma largura mínima de 2,00 metros, quando o comprimento do corredor cobrir uma distância superior a 11,0m e 1,20m de largura mínima, quando o comprimento do corredor cobrir uma distância inferior a 11,0m. Esses espaços não podem ser utilizados como áreas de espera.

Sobre as dimensões das portas nas unidades de saúde prisionais, a Resolução de nº 06/2006 do CNPCP/MJ orienta sua confecção com 80 x 210 cm, inclusive para os sanitários. A ventilação e a iluminação devem ser naturais para os consultórios e devem existir salas para coleta de material de exames diversos e observações dos presidiários em atendimento. Sobre as áreas molhadas da unidade, o dispositivo legal orienta a existência de fechos hídricos (sifões) e tampa para fechamento escomoteável. Nessa área, é proibida a instalação de ralos em todos os ambientes onde os pacientes são examinados e tratados (BRASIL, 2006b).

Com base na Resolução supracitada, nota-se que a unidade de saúde do Instituto Penal Desembargador Silvio Porto não se enquadra no modelo arquitetônico legalmente preconizado pela Resolução em vigor, o que dificulta a atuação dos profissionais durante o atendimento ao preso.

De acordo com a nossa observação, a média de atendimentos no turno da manhã era de doze presos, sendo atendidos pela equipe de saúde de quatro em quatro, em sistema de rodízio entre os profissionais. O atendimento era feito sem nenhum tipo de privacidade, uma vez que a estrutura física não conta com espaços individuais para o trabalho de cada profissional. Face ao exposto, os presidiários demonstravam constrangimento, além de se tornarem vulneráveis aos seus pares por terem que relatar suas fragilidades e enfermidades próximo a outros presos, que se encontravam dividindo o mesmo espaço físico. Destacamos os depoimentos do P2 e do P17, quando questionados sobre o seu direito a saúde.

[...] venho muito pouco aqui, não gosto disso aqui não, porque a gente diz o que sente e os outros colegas escutam e vão comentar lá em baixo, daí é fogo, o colega tava com doença na parte íntima, não sabe! e precisou fazer uns curativos, aqui no posto e todo mundo nos pavilhões soube e ficou dizendo um para o outro. Isso deixa a gente fraco e com vergonha (P2).

[...] tem conversa aqui que bate lá em baixo, eu não sei como isso acontece, não tem explicação uma coisa dessa. Aqui só tem direito de sofrer e nada mais, o pior que a gente aqui paga mais é para sofrer, o Estado só ganha em cima da gente (P17).

Verifica-se, mediante estes depoimentos, que a incompatibilidade da estrutura física reservada para o atendimento de saúde repercute diretamente na qualidade das ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde. Sem opção de outro local, adequado ao atendimento das particularidades exigidas por cada diagnóstico, continuam desenvolvendo suas ações em espaço insatisfatório, gerando revolta entre os presidiários, devido à exposição de suas intimidades, por ocasião dos atendimentos.

Além da precariedade arquitetônica do espaço físico e dos prejuízos ocasionados por essa falha, evidenciamos que a maioria dos equipamentos que constituem este espaço ou que deveriam fornecer suporte para sua funcionalidade encontrava-se ausente, o que agravava ainda mais a situação. Elencamos a ausência de uma sala específica para sutura, vacina, observação, coleta de material para o laboratório, central de material e esterilização, além de banheiro. Esses elementos estruturais, quando ausentes, geram precariedade no atendimento, corroborando o desrespeito à individualidade do preso durante as ações de saúde.

Segundo o Código de Ética da Saúde –Agência Nacional de Saúde (ANS, 2011), as ações de saúde devem ser sempre pautadas pela integridade, confiança e lealdade, bem como pelo respeito à pluralidade e valorização do ser humano, em sua privacidade, individualidade e dignidade. É repudiada qualquer atitude guiada por preconceito relacionado à origem, raça, crença, classe social, sexo, cor, idade, incapacidade física e/ou qualquer outra forma de discriminação.

c) Estrutura Funcional Administrativa e Programas de Ressocialização

O organograma administrativo do Instituto Penal Desembargador Silvio Porto é composto por 1 Diretor Geral, 2 Diretores Adjuntos, 4 Coordenadores, sendo um por plantão, 2 Chefes de Disciplina, com déficit de três, e 48 Agentes de Segurança Penitenciária, sendo 1 por plantão.

Em relação aos Programas de Ressocialização, tomamos conhecimento da existência de três projetos: Projeto Plantando a Liberdade, que consiste na confecção de bolas; Projeto Programa de Saúde, que consiste na prevenção e manutenção da saúde dos presidiários; e o Projeto da Gráfica, que conta com uma central distribuidora de produtos produzidos pelos detentos para serviços penitenciários e educação em salas de aulas. Não obtivemos resposta em relação ao número exato de presidiários inseridos nesses Programas.

Para Hassen (1999, p.165), “a ressocialização surge quando a prisão deixa de ser pena secundária”. Entende-se por pena secundária aquela aplicada pelo magistrado ao caso concreto,

após a análise do mérito do caso. Na fase de ressocialização, procura-se ativar os corpos e as mentes para a disciplina no trabalho. A partir dessa concepção, a prisão passa a ter um caráter disciplinar, visando à recondução dos sujeitos considerados *desobedientes* ao universo da *ordem* e da *harmonia*. Assim, o trabalho torna-se mais importante, fortalecendo o seu interior. Para esse autor, aressocialização une disciplina e trabalho, além de obediência à hierarquia.

O trabalho desenvolvido pelos presidiários não só promove a ressocialização, como também insere o presidiário neste mundo, uma vez que, sendo trabalhador, cumpre normas, conduz-se com disciplina e inspira confiança aos superiores hierárquicos, respeitando-os e sendo respeitado em seu meio. Em face desse pensamento, chamamos a atenção para o depoimento de um presidiário em caráter de ressocialização, que desenvolve ações dentro da área administrativa da Penitenciária.

[...] sou da confiança do Diretor e trabalho na administração, tem pessoa que não pode trabalhar lá porque não é de confiança e só pensa em ruindade, prejudicar o outro, me chamam de babão, o povo conversa comigo, me mandam fazer as coisas sou educado, respeitoso e todos me consideram, melhor assim acertar e não ficar tentando errar de novo, como muitos presos fazem. Na Administração eu ocupo minha cabeça e não coloco coisa ruim dentro dela é difícil para um preso ganhar a confiança dos outros, o pessoal aqui sabe dar valor mesmo. *Trabalhar com a confiança do Diretor a gente não sente preso* (P25).

Ressocializar-se, no contexto dos institutos penais, significa reaprender a viver em sociedade. Significa também ganhar a condição de viver em coletividade. Nesse sentido, é preciso proporcionar as condições para o reingresso destas pessoas na sociedade, mesmo considerando as longas penas e a morosidade da justiça no tratamento de seus processos penais.

5.2 O PERFIL DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR PRESTADORA DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO PRESÍDIO.

O perfil da equipe multidisciplinar na atenção básica de saúde requer uma prévia reflexão acerca da interseção entre os Processos Saúde-Doença e Processo de Trabalho em Saúde. Esses dois processos, de notório interesse para o objeto de estudo desta pesquisa, remetem ao trabalho pioneiro de Maria Cecília Ferro Donnangelo, sobre a medicina como prática técnica e *social* (grifo nosso), utilizando-se da Sociologia em seus referenciais teóricos.

Segundo Peduzzi e Schraiber (2009), as reflexões de Donnangelo permitiram a construção de análises consistentes sobre as relações entre saúde e sociedade, rompendo com a visão de independência entre a vida social e o modo de execução das práticas em saúde. Os estudos de Donnangelo fizeram emergir duas grandes temáticas no campo da saúde: de um lado, as políticas de estruturação da assistência, que abriram a perspectiva para a realização de estudos sobre o sistema de saúde brasileiro, até o atual Sistema Único de Saúde (SUS); de outro, os estudos sobre profissões, mercado e práticas de saúde.

Ricardo Bruno Mendes Gonçalves (1992) formulou o conceito de Processo de Trabalho em Saúde, a partir da análise do processo de trabalho médico, em particular. Para esse autor, o termo “trabalho” remete à ideia de “energia e transformação”, processadas em trajeto único.

Para Faria, Wernewck e Santos (2009), trabalho é um conjunto de procedimentos pelos quais os seres humanos atuam (utilizando-se de energia), por intermédio de meios de produção, sobre algum objeto, para, transformá-lo e obter determinado produto com utilidade.

Particularmente, o trabalho em saúde é caracterizado, por Merhy e Franco (2005), como uma forma de “trabalho vivo em ato”. Nesse caso, o trabalho humano realizado determina a produção do cuidado e direcionam a tomada de decisão, por meio da interação com instrumentos, normas, máquinas, além de diversos tipos de tecnologia. Estes autores classificam as tecnologias utilizadas na produção do trabalho em saúde como Duras, Leve-duras e Leves. As tecnologias Duras são aquelas que envolvem o uso de instrumentos, enquanto as Leve-duras envolvem o uso do saber técnico, e as Leves emergem das relações entre os sujeitos envolvidos no processo.

Em nosso cenário de pesquisa, a produção, composta por tecnologias duras, leve-duras e, sobretudo, leves, é desenvolvida por uma equipe que, em termos quantitativos, atende, *apenas em parte*, ao disposto no Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário (PNSSP), posto que conta com os profissionais relacionados no Plano, mas não atende ao pré-requisito numérico.

Conforme já foi mencionado, “por ocasião da coleta de dados para esta pesquisa, constatou-se a existência de 804 presidiários e apenas uma equipe de saúde, composta por 01 enfermeiro, 02 técnicos de enfermagem, 01 médico, 01 psicólogo, 01 assistente social, 01 odontólogo e 01 auxiliar de odontologia, trabalhando em um turno, o que corresponde a vinte horas semanais de trabalho para cada profissional”.

O Processo de Trabalho da equipe mostrou-se deficitário, devido ao elevado número de usuários em relação ao reduzido número de profissionais compondo a equipe de saúde,

bem como em relação à capacidade da unidade. O processo é ininterrupto e segue a seguinte processualidade:

- Início do expediente, às 08h00min da manhã, com a chegada dos profissionais na unidade de saúde.

- Início das atividades profissionais, com a chegada dos presidiários, escoltados por agentes penitenciários, e distribuídos para cada profissional, em sistema de rodízio.

- Rodízio dos presidiários em atendimento pelos profissionais, por grupos de quatro usuários em média de 20 a 30 minutos, podendo variar conforme os procedimentos a serem realizados.

- Finalização dos atendimentos, por volta das 12h00min horas e encerramento das atividades do dia.

As principais queixas relatadas durante os atendimentos foram: “Dor de Cabeça” - Cefaléia; Tontura; “Queimor no Estômago” - Pirose Estomacal; “Coceiras” - Prurido em várias partes do corpo; Febre; “dor de barriga” - Disenteria; Fraqueza; Insônia; “Palpitação” - Taquicardia; “Vontade de chorar” -Angústia e “Dor de Dente” - Odontalgia. As doenças mais incidentes foram as patologias sexualmente transmissíveis, AIDS e doenças infectocontagiosas.

O acompanhamento do processo de trabalho dos profissionais da saúde lotados no Instituto Penal Desembargador Silvio Porto evidenciou a ocorrência de um volume de trabalho muito superior à capacidade da equipe, não apenas em termos numéricos, mas, também, em relação à complexidade dos problemas trazidos pelos usuários à unidade. Vale a pena salientar que as atividades de saúde, concentradas apenas no turno da manhã, não garantem o atendimento da população carcerária e, provavelmente, tão pouco garantem o acesso dos que de fato estão doentes.

O PNSSP determina que os estabelecimentos com menos de cem presos não devem ter equipes de saúde exclusivas, devendo os presidiários ser atendidos na rede pública de saúde. Os estabelecimentos penais que contarem com um número entre cem e quinhentos presos deverão contratar uma equipe de saúde com carga horária de vinte horas semanais, e os estabelecimentos com lotação acima de quinhentos presos, como é o caso do Instituto Penal Desembargador Silvio Porto, deverão possuir duas equipes de saúde. (BRASIL, 2008a).

Dos oito profissionais que compõem a atual equipe de saúde no cenário da pesquisa, cinco possuem nível superior, enquanto três são de nível médio. A equipe desenvolve ações de caráter multidisciplinar e interdisciplinar, na Atenção Básica em Saúde.

As ações de caráter multidisciplinar ocorrem quando os titulares das diversas profissões da área da saúde executam suas atividades específicas sem, necessariamente,

guardarem conexão com as demais, enquanto as ações de caráter interdisciplinar são aquelas em que as ações específicas de cada profissão guardam uma relação de dependência entre si, ou pelo menos entre duas ou mais profissões, no contexto da atenção básica.

A Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, do Ministério da Saúde, define Atenção Básica como:

“um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos” (BRASIL, 2011d).

Idade

A faixa etária predominante entre os profissionais de saúde lotados no Instituto Penal Desembargador Silvio Porto é de 40 a 50 anos. Na faixa etária entre 60 e 70 apenas foi encontrado um profissional, enquanto dois estão nas faixas etárias entre 20 a 30 e entre 50 a 60 anos, respectivamente.

Renda Salarial

A renda mensal dos profissionais de nível superior é de aproximadamente R\$ 3.300,00 (três mil e trezentos reais), enquanto a faixa salarial do nível médio gira em torno de R\$ 678,00(seicentos e setenta e oito reais).

Tempo de Formação, de exercício profissional e áreas de atuação em Presídios.

De acordo com os dados obtidos na pesquisa, verificou-se que metade da amostra, isto é, quatro encontra-se na faixa entre 28 e 33 anos para o tempo de formação, exercício profissional e atuação em presídios, dois encontram-se na faixa inferior a cinco anos, e o restante, dois, não responderam a este questionamento.

No tocante às áreas de atuação, dois dos entrevistados disseram haver atuado na saúde mental, especialmente em âmbito prisional; quatro atuaram em diversas áreas da enfermagem, como clínica médica e saúde coletiva, e dois não responderam à questão.

Capacitação, pós-graduação na área, forma de ingresso no sistema e dificuldades encontradas no serviço.

Sobre a capacitação, a totalidade da amostra entrevistada informou ter frequentado curso referente à área profissional, no que diz respeito a assistência à saúde do preso. Asseguraram que este item é bem atendido pela gestão do Instituto e que, recentemente, participaram do I Seminário Estadual da Gestão Penitenciária, além de um treinamento sobre ressocialização do preso, humanização e acolhimento.

Nos aspectos relativos aos cursos de pós-graduação na área da saúde, com enfoque no objeto de trabalho de cada profissional de nível superior (oito), a metade afirmou não possuir curso nesse grau de educação. Entretanto, um possui o curso de sexualidade Forense e Saúde da Família, enquanto um em pedagogia da saúde e saúde mental. O restante, equivalente a dois, não possui curso de pós-graduação, e sim capacitação ou aperfeiçoamento.

No que se refere ao ingresso no serviço de saúde, dois responderam ter sido através de processo seletivo, e seis, contratados pelo Estado.

5.3 DEPOIMENTOS DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DA SAÚDE, EM RELAÇÃO ÀS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO SERVIÇO DE SAÚDE DO PRESÍDIO.

De acordo com o serviço de enfermagem do Instituto Penal Desembargador Silvío Porto, a equipe de saúde desenvolve as seguintes ações com os presidiários que solicitam atendimento:

- Administração de vacinas do tipo H-Proteína Viral Hemaglutinina e N- Enzima Neuraminidase na superfície do vírus (H1N1), influenza, tríplice viral e pneumococos, além da administração de outros medicamentos;
- Realização de teste rápido para identificação de HIV;
- Controle e acompanhamento da tuberculose – TB;
- Tratamento e acompanhamento de portadores de hanseníase;
- Hipertensão e medicação controlada;

- Inclusão, educação em saúde;
- Distribuição de material educativo;
- Distribuição de preservativos no dia da visita íntima para as companheiras;
- Assistência à família do interno, buscando dirimir dúvidas;
- Promoção de apoio emocional à família do preso;
- Inclusão e acolhimento, com a reeducação para a ressocialização;
- Avaliação psicológica;
- Acolhimento psicoterapêutico;
- Realização da anamnese médica, de enfermagem e da psicologia;
- Encaminhamento para outros serviços de média e alta complexidade;
- Busca ativa das doenças mais incidentes que acometem os presos, como tuberculose, AIDS e as doenças sexualmente transmissíveis, bem como dos comunicantes, com recolhimento de material para exames;
- Recebimento, para tratamento, de presidiários oriundos de outros presídios, por saberem da existência do programa;
- Procedimentos administrativos burocráticos inerentes a cada profissão.
- Extrações dentárias devido à falta de material para restaurações.

Atualmente, a equipe de saúde do Instituto assiste trinta e dois presidiários, acometidos por tuberculose, hipertensão arterial, doenças sexualmente transmissíveis, diabetes e AIDS, todos submetidos a tratamento com esquema medicamentoso. Em relação aos medicamentos e equipamentos utilizados pela equipe de saúde, no cenário da pesquisa, alguns não foram encontrados. Destacamos o elenco de medicamentos (Anexo A) e equipamentos (Anexo F), instituídos através do PNSSP, necessários para o atendimento em unidades de saúde prisionais do Brasil.

Todavia, além das patologias citadas anteriormente, outras patologias poderiam ser acrescidas a lista, caso fosse mantido um fluxo de atendimento contínuo na unidade de saúde. No entanto, muitas vezes, esse fluxo é interrompido, devido à deficiência numérica de agentes penitenciários para conduzir o recluso ao serviço de saúde, além de constantes atrasos e faltas do profissional médico, que prejudicam o atendimento à demanda. Vale salientar que a não participação desse profissional no estudo acarretou o pouco aprofundamento nos problemas relativos a esta área, em particular.

De acordo com o Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário Brasil (2008a), as ações desenvolvidas pela equipe de saúde devem estar articuladas a redes assistenciais de

saúde, tendo em vista que suas atribuições fundamentais devem ser centradas no planejamento das ações de saúde, na promoção e na vigilância, além da manutenção de um trabalho interdisciplinar em equipe.

Considerando-se que trabalho interdisciplinar é aquele em que as ações específicas de cada profissão guardam uma relação de dependência entre si ou pelo menos entre duas ou mais profissões, no contexto da atenção básica, esse item do Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário no Instituto Penal Desembargador Silvio Porto é extremamente deficiente.

Sobre esses dilemas propostos, nos acostamos ao pensamento de Pires (2003), que defende a posição de que é preciso propor formas de organização do trabalho que tenham impacto na qualidade da assistência e, ao mesmo tempo, considerem a possibilidade da realização de um trabalho interdisciplinar, criativo e integrador. O autor prossegue, afirmando que o trabalho em saúde é um trabalho essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços, encontrando-se na esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização. Trata-se de um trabalho coletivo, realizado por diversos profissionais de saúde e outros grupos de trabalhadores, que desenvolvem uma série de atividades necessárias para a manutenção da estrutura institucional.

O modelo assistencial vigente na grande maioria dos serviços de saúde guia-se pela ótica neoliberal e especialista, o que, na prática, define a missão dos serviços de acordo com outros interesses poderosos e considerados legítimos. Para Merhy (2007), esses interesses desprotegem o trabalho e o trabalhador, interferindo em seus processos laborais. O autor considera que o trabalho dos profissionais de saúde ainda sofre influências tayloristas, traduzidas em acumulação de normas administrativas e padronizações técnicas, guiadas pela crença na possibilidade de controlar e regulamentar o conjunto total do trabalho. A influência Taylorista nos serviços de saúde ocorre quando pessoas são administradas como se fossem instrumentos, coisas ou recursos, destituídos de vontade ou de projeto próprio.

A noção de trabalho em saúde, utilizada por Mendes-Gonçalves (1992), baseia-se na divisão do trabalho, para defender que a atenção à saúde, planejada e executada de forma a atingir o que se propõe, compreende uma série diversificada de ações, para as quais se torna necessário um elenco diversificado de trabalhadores. Dessa forma, é necessário conseguir o relacionamento consciente e coordenado de certo número de profissionais, para que o conjunto do trabalho executado, o serviço de atenção à saúde, constitua-se em um só movimento em direção a um só fim, e não na justaposição alienada de certa quantidade de trabalhos desconexos.

Com relação às dificuldades encontradas no serviço que interferem no desenvolvimento das ações de saúde, os profissionais da equipe foram unânimes ao afirmar que os problemas abaixo elencados concorrem decisivamente para sua criação e proliferação:

- Número reduzido de agentes penitenciários para conduzir o recluso ao setor de saúde, ocasionando uma baixa demanda ao serviço.
- Obstáculos administrativos ocasionados pela condição de confinamento dos internos;
- Dificuldades para os atendimentos de média complexidade, que não dependem da equipe, mas que interferem na melhora de saúde do presidiário;
- Falta de transporte e de escolta para conduzir o presidiário para o serviço externo, dificultando o agendamento de consultas e/ou exames, retardando o atendimento e, conseqüentemente, agravando o estado de saúde do presidiário;
- Rebeliões ocasionais, que promovem a suspensão do atendimento, com quebra na continuidade dos tratamentos;
- Morosidade da justiça em relação aos processos individuais de cada presidiário, retardando sua liberdade e, conseqüentemente, aumentando sua vulnerabilidade às doenças.

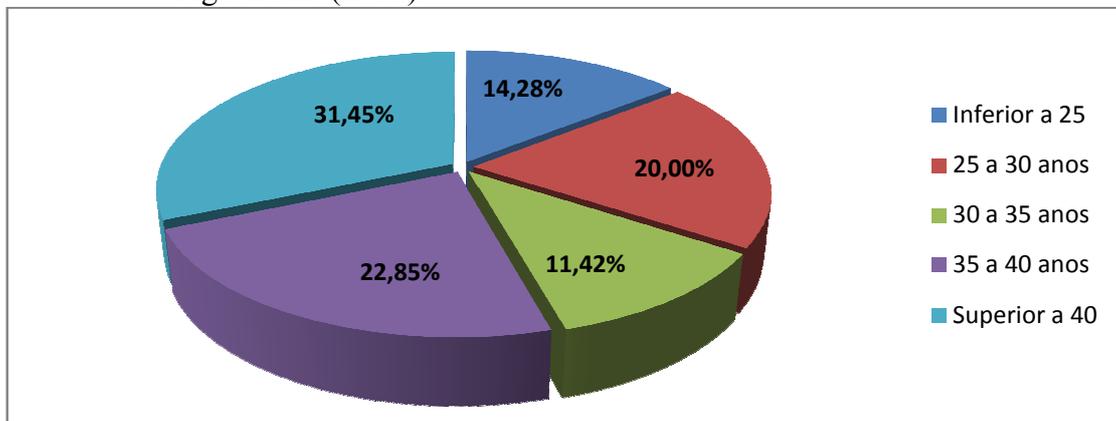
5.4 O PERFIL DOS PRESIDÁRIOS

O perfil dos presidiários envolveu o conhecimento de algumas variáveis de interesse para o objeto de estudo da pesquisa, tais como: faixa etária, grau de escolaridade, estado civil, número de filhos, profissão exercida antes da chegada ao presídio, atividade desenvolvida dentro do presídio, crime praticado, tempo da pena cumprida e tempo a cumprir.

Faixa Etária

O gráfico 1 revela, em percentuais estatísticos, a faixa etária dos presidiários do Instituto Penal Desembargador Silvio Porto em João Pessoa/PB. Observou-se que a maioria dos presidiários 11 (31,45%) encontra-se na faixa etária superior a 40 anos, enquanto 5 (14,28%) são constituídos de presidiários com idade inferior a 25 anos. Os presos pertencentes às faixas etárias intermediárias, isto é, aqueles que possuem idades variando entre 35/40, 30/35 e 25/30, representam, respectivamente, 8 (22,85%), 4 (11,42%) e 7 (20,00%).

Gráfico 1 – Distribuição percentual dos presidiários quanto à faixa etária. João Pessoa – PB. Ago. 2012. (n=35).



Fonte: pesquisa de campo/Instituto Penal Desembargador Silvio Porto. João Pessoa – PB – 2012.

De acordo com dados do Sistema Integrado de Informações Penitenciárias - Depen/InfoPen, o Brasil conta com uma população encarcerada que gira em torno de 496.251 presos, dos quais 61.423 encontram-se em faixa etária superior a 45 anos. Esse mesmo Sistema revela ainda que, do total informado, cerca de 122.616 presos estão na faixa etária entre 18 e 24 anos (BRASIL, 2010b).

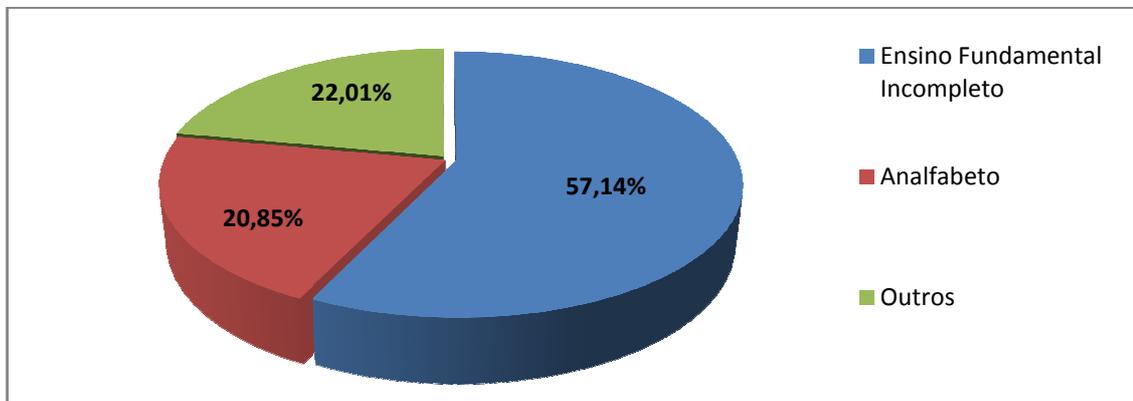
Na atualidade, evidencia-se através dos registros do Sistema de Informações que as faixas etárias mais incidentes encontram-se entre 18 a 24 anos com 122.616 presidiários e entre 25 a 29 anos com 105.396 para uma população carcerária de 549.577 (BRASIL, 2012a).

O panorama numérico das faixas etárias de presidiários no Brasil e na Paraíba é extremamente preocupante, pois, ao ingressar no sistema prisional, os jovens trazem problemas de saúde que, muito provavelmente, não receberão a atenção devida por parte do sistema de saúde local e, por consequência, se agravarão, devido à precariedade das condições de moradia, alimentação e assistência (BRASIL 2004).

Por outro lado, o convívio entre jovens e adultos no sistema prisional também gera problemas de natureza social, pois, durante o convívio sem restrições em pavilhões abertos os jovens tendem a aprender, com os mais velhos, todos os truques que estes conhecem e, mais tarde, aqueles tentarão pô-los em prática, configurando aquilo que convencionou-se chamar de “Universidade do Crime”, cuja aprendizagem desvirtuada gera transtornos psíquicos, muitos dos quais irreversíveis (BRASIL, 2011b).

Grau de Escolaridade

Gráfico 2 – Distribuição percentual dos presidiários quanto ao grau de escolaridade. João Pessoa – PB. Ago. 2012.(n=35)



Fonte: pesquisa de campo/Instituto Penal Desembargador Silvio Porto. João Pessoa – PB – 2012.

O gráfico 2 revela, em percentuais estatísticos, a escolaridade dos presidiários do Instituto Penal Desembargador Silvio Porto, em João Pessoa/PB. Observou-se que mais da metade dos entrevistados 20 (57,14%) possuíam o ensino fundamental incompleto e que aqueles classificados como “outros” 8 (22,01%) reuniam o grupo de entrevistados que havia cursado: o ensino fundamental completo 4 (10,45%); o ensino médio completo 2 (5,71%); o ensino médio incompleto 1 (3,00%) e o 3º grau completo 1 (2,85%). O grupo enquadrado como “analfabeto” constituía 7 (20,85%) da amostra.

Sobre a escolaridade dos presidiários em todo o Brasil, o Depen/InfoPen, (Brasil, 2010b), relata que, dos 496.251 presos, 175.087 possuem o ensino fundamental incompleto; 62.532 possuem o ensino fundamental completo; 28.787 presos têm o ensino médio completo; 47.839 presos são alfabetizados e 25.000 são analfabetos. Os demais presidiários, ou seja, 157.006 presos possuem outros graus de escolaridade.

Os dados coletados no Instituto Penal Desembargador Silvio Porto em João Pessoa/PB seguem a tendência nacional apresentada pelo Depen/InfoPen Brasil (2010b), representativo da realidade brasileira.

No ano de 2012, os dados apresentados pelo Depen/Infopen Brasil (2012a) revelaram que 45,6% de presos possuem o ensino fundamental incompleto de uma população carcerária de 549.577 o que demonstra que, mesmo com o passar dos anos os encarcerados não evoluíram em grau de escolaridade e os sentenciados nos últimos anos, possuem o mesmo grau de instrução.

Vale salientar que, embora o Instituto em análise tenha entre seus programas de ressocialização um trabalho educacional em andamento, a compreensão de que saúde e educação são fortes aliados parece não ser conhecida. Isto é, mesmo com uma escolaridade compatível com a compreensão de que pequenas ações no dia-a-dia asseguram condições mínimas de saúde, a população carcerária estudada parece não se dar conta de sua responsabilidade pessoal neste particular. Reconhecemos a falta de estrutura do sistema carcerário, mas, também, não podemos deixar de considerar o pouco envolvimento dos presidiários com a manutenção mínima do seu ambiente físico, até para o combate ao ócio, tantas vezes lembrado pela maioria dos detentos.

Ao longo das entrevistas realizadas durante a pesquisa, foi muito comum ouvir dos presos que a *“mente vazia é oficina do Satanás”*, estando, aí, a razão de muitos conflitos e o *“mote”* para promoção de mudanças no interior dos presídios, com a inserção de programas de educação em saúde incentivados e ministrados pela equipe de saúde do Instituto.

Hassen (1999, p.128) destaca a importância do trabalho nos presídios, como combate à ociosidade, que favorece os maus pensamentos e desvirtua as ações. Enfatiza, ainda, que o *“diabo”* frequenta os temas de conversas dos presos e, mais do que isso, povoa seus pensamentos, ocupando-os mentalmente.

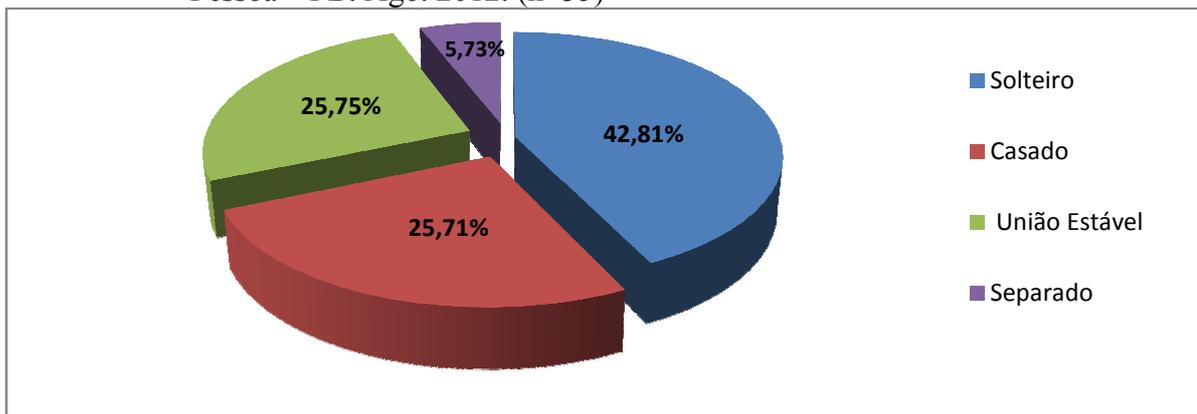
Varella (2010, p.57) chama atenção para a falta do que fazer na prisão e assegura que, nesses lugares, pior do que as restrições administrativas são a falta do que fazer, a sucessão dos dias idênticos e a nostalgia nos fins da tarde, destacando que *“tão grande é o perigo que o maior anseio do homem preso não é a liberdade como se poderia imaginar, mas permanecer vivo na cadeia”*.

Ressaltamos, ainda, que o oferecimento de estudo e trabalho aos presidiários está previsto na Lei de Execução Atualizada (Lei nº 12.433/2011), que alterou os Artigos 126, 127, 128, 129 da Lei de Execução Penal (Lei de nº 7.210/1984) e dispõe sobre a remição da pena pela execução de atividades ligadas aos mundos da educação e do trabalho.

Compreende-se por “remição” o benefício concedido ao preso para reduzir o tempo de pena privativa de liberdade, por meio de tempo de trabalho ou estudo, estabelecido no Artigo 126, da Lei de nº 12.433/2011. A nova redação da lei incluiu o estudo como forma de remição, redação essa que vem oficializar uma prática já desenvolvida por parte de alguns Juízes e Tribunais. Prevê que a frequência a curso de ensino formal deva ser causa de remição de parte do tempo da execução de pena sob regime fechado ou semi-aberto. Para o condenado conseguir remir um dia da pena, terá que desenvolver atividade de estudo pelo período de 12 horas, não consecutivas, divididas em três dias. Nos casos de presidiários que trabalham, três dias de atividades laborais equivale a remição de um dia de pena (SILVA, 2011b).

Estado Civil

Gráfico 3 – Distribuição percentual dos presidiários de acordo com o estado civil. João Pessoa – PB. Ago. 2012. (n=35)



Fonte: pesquisa de campo/Instituto Penal Desembargador Silvio Porto. João Pessoa – PB – 2012.

O gráfico 3 revela que, a maioria 15 (42,81%) dos entrevistados são solteiros, 9 (25,71) são casados, 9 (25,75%) vivem em união estável e 2 (5,73%) são separados. A análise desses percentuais sob o prisma da saúde é preocupante, pois as péssimas condições de higiene a que estão expostos estes casais por ocasião das visitas íntimas favorecem ao adoecimento das parceiras, e as constituem vetores para contaminação extramuros.

Sobre as visitas íntimas, o Ministério da Justiça, através Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária – CNPCP, (Brasil 2011c, p.5) recomenda a Medida 5, que *as diferenças devem ser respeitadas, para gerar igualdade de direitos, e que as questões de gênero, de condição sexual, de deficiência, de idade, de nacionalidade, entre outras, devam ser vividas também no campo criminal e penitenciário.* O CNPCP assegura as visitas íntimas

para a população carcerária LGBTTT (lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros) e estuda a possibilidade de criação de unidades específicas para essa população, em particular.

Nogueira (2009) chama a atenção para o fato de que os detentos não estão completamente isolados do mundo exterior, e que uma contaminação não controlada entre eles representa um grave risco à saúde pública.

Em relação ao estabelecimento prisional em estudo, evidenciou-se através de registro setorial da equipe de saúde que foram realizados 95 testes rápidos em presidiários, no ano de 2011, para a identificação de HIV/AIDS, com consentimento prévio, aconselhamentos posteriores e encaminhamento para Hospitais de referência. Foram detectados nove reclusos acometidos, além de um com tratamento em andamento de um Condiloma Acuminado conhecido como HPV, este evidenciado durante uma de nossas entrevistas.

O PNSSP estabelece as principais ações relacionadas à assistência dessa população, através de aconselhamentos sobre AIDS, hepatites virais e outras doenças sexualmente transmissíveis, no momento do ingresso no sistema prisional, testagem laboratorial para a detecção dessas doenças, tratamento nos casos diagnosticados de infecção por HIV ou por outra DST e distribuição de preservativos aos presos e servidores prisionais. (BRASIL, 2008a).

Além das ações de prevenção, tratamento e acompanhamento das DST'S e de Atenção Básica, a equipe de saúde deve desenvolver “Ações Complementares”, instituídas pelo PNSSP, por meio de:

- Diagnóstico, aconselhamento e tratamento de DST/HIV/AIDS, com ações de coleta para o diagnóstico (Teste Rápido);
- Distribuição de preservativos para presidiários e servidores;
- Elaboração de material educativo e instrucional;
- Ações de redução de danos na unidade prisional;
- Fornecimento de medicamentos específicos para a AIDS e outras DSTs;
- Ações de diagnóstico e tratamento das DSTs;
- Ações de vigilância em saúde sobre estas doenças;
- Alimentação do Sistema Integrado de Controle de Medicamentos - SICLOM e do Sistema Integrado de Controle de Exames laboratoriais – SISCEL.

Sobre a realização de testes rápidos, na Atenção Básica, para a detecção de HIV, Sífilis e outros agravos, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2013) emitiu o Parecer

Normativo de nº 001, de 2013, referente à competência do profissional Enfermeiro para realizar esses exames, desde que estejam devidamente capacitados, sendo essa atividade restrita ao profissional de nível superior, de acordo com as diretrizes estabelecidas pelo Departamento de DST, AIDS e Hepatites virais do Ministério da Saúde.

A Portaria de nº 77, de 12 de janeiro de 2012, do Ministério da Saúde, estabeleceu o acesso das gestantes e suas parcerias sexuais à realização de testes rápidos para diagnóstico e tratamento em tempo oportuno desses agravos. O diagnóstico durante o pré-natal possibilita a realização de intervenções durante a gestação e o parto, reduzindo, assim, a transmissão vertical. Paralelamente, permite que populações vulneráveis tenham acesso ao tratamento e medidas de prevenção (BRASIL/MS, 2012b).

Número de Filhos

Nessa variável, optamos por captar os aspectos qualitativos relativos ao quantitativo existente, pois a ocorrência de filhos entre casais onde um dos cônjuges é presidiário e os sentimentos informados sobre as responsabilidades de ambos nesta relação familiar podem guardar uma conexão importante com o objeto deste estudo, que é a saúde dos presidiários.

Quantitativamente, registramos um número bastante significativo de presidiários que informaram ser pai de um a três filhos 16 (45,71%), de três a seis filhos 8 (22,87%) e acima de seis filhos 1(2,85%), perfazendo um total de 25 (71,43%) de pais que, anteriormente ao evento da prisão, detinham a condição de chefes de família, com relativa extensa prole, enquanto 10 (28,57%) informaram não possuir filhos.

Do ponto de vista qualitativo, obtivemos os seguintes depoimentos:

[...] meu filho vive com a mãe, sinto muito sua falta, vou sair logo, falta pouco apenas um ano e já cumpri um ano e dois meses (P23).

[...] tenho um filho, está crescendo longe de mim, sei que vai ter mais sorte que eu na vida (P30).

[...] a coisa mais linda dessa vida, não tenho palavras, está com a mãe (P32).

[...] não sei muito como meus filhos tão, é melhor, sofro menos, amos meus filhos, a mãe cuida bem, tenho certeza (P34).

[...] estou longe dos meus filhos, eles são tudo para mim, sempre tenho notícias, estão crescendo sem o pai, fazer o que? Errei estou pagando minha dívida, estou me corrigindo agora, 13 anos aqui e ainda faltam 19, mas estou tranquilo estão com a mãe (P25).

[...] dez anos Dra. longe dos filhos e vivendo essa vida, a gente até esquece, melhor dizendo aprende a viver sem as pessoas que a gente ama, cumpri dez anos dos

sessenta e três que faltam, nunca mais ficarei junto dos meus filhos, nem sei o que pensam de mim, a mãe assumiu tudo (P27).

[...] tenho um filho, a mãe cuida dele, fico sossegado demais (P26).

[...] filhos tenho quatro, mais não me preocupo, são pequenos e sei que a mãe cuida deles, daí fico despreocupado, faço artesanato para ela vender lá fora, as vezes ela traz o material e eu faço, agora já cumpri toda minha pena, preciso me ocupar para não me revoltar com o justiça que esquece nós aqui (P18).

Para Costa (2012), a desestruturação familiar afeta os aspectos cognitivos, morfológicos, fisiológicos, afetivos e emocionais da criança. Comungamos do mesmo pensamento, pois entendemos que é no seio da família que se fundamenta a base para os processos de socialização e inserção na vida comunitária e a desestruturação determina certos desvios ao longo da vida, pois a convivência familiar saudável é indispensável para modular o temperamento e instrumentalizar o caráter dos homens. O autor prossegue, afirmando que alterações nos processos de convivência pessoal podem acarretar prejuízos à saúde do homem, asseverando que a harmonia familiar é fundamental para um crescimento sadio.

Costa (2012) argumenta, ainda, que a crescente desagregação social registrada nas últimas décadas condenou principalmente as mulheres, pois a ela caberá a responsabilidade de, muitas vezes sozinhas, sustentar sua prole, quase sempre formada por crianças e adolescentes.

Almeida (2007), Levandowski (2006) e Freitas (2009) analisam essa questão sob o ponto de vista da ideologia patriarcal, que exerce uma forte pressão social sobre o homem, gerada pela imposição de papéis que, quando não cumpridos, põem em xeque sua masculinidade.

Por outro lado, alguns depoimentos registram certa tranquilidade por parte dos pais (presidiários) que transferem para a mãe (esposa ou companheira) a total responsabilidade pelos cuidados com a prole, ora assumindo seu papel de provedor material e esquecendo-se de sua função afetiva, ora assumindo esse papel, embora consciente de suas limitações espaciais.

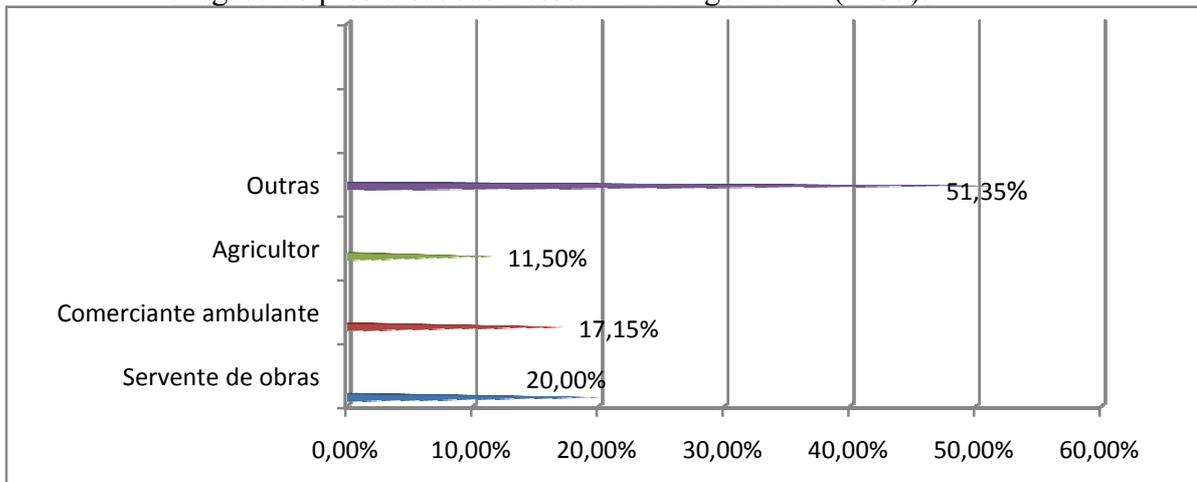
A Portaria de nº 2, de 6 de janeiro de 2012, do Ministério da Previdência, prevê a concessão de valores relativos ao auxílio reclusão, que é um benefício devido aos dependentes do segurado recolhido à prisão, durante o período em que estiver preso sob regime fechado ou semi-aberto. Atualmente, o valor deste benefício é de novecentos e quinze reais e cinco centavos (R\$ 915,05) por filho (BRASIL, 2012c).

A aludida oferta não retrata fielmente a situação dos presidiários na Instituição tomada como cenário de nossa pesquisa, uma vez que registramos a ausência de oportunidades de trabalho para todos. Esse tema precisa ser melhor discutido, considerando seus efeitos para o

processo saúde-doença dos presidiários. Particularmente, nos posicionamos favoráveis à dispensação do auxílio, mas defendemos a ideia de que esse pagamento seja precedido da execução de tarefas disponibilizadas pela Instituição Penal.

Profissão exercida antes da chegada ao presídio.

Gráfico 4 – Distribuição percentual dos presidiários quanto à profissão exercida antes da chegada ao presídio. João Pessoa – PB. Ago. 2012. (n=35).



Fonte: pesquisa de campo/Instituto Penal Desembargador Silvio Porto. João Pessoa – PB – 2012.

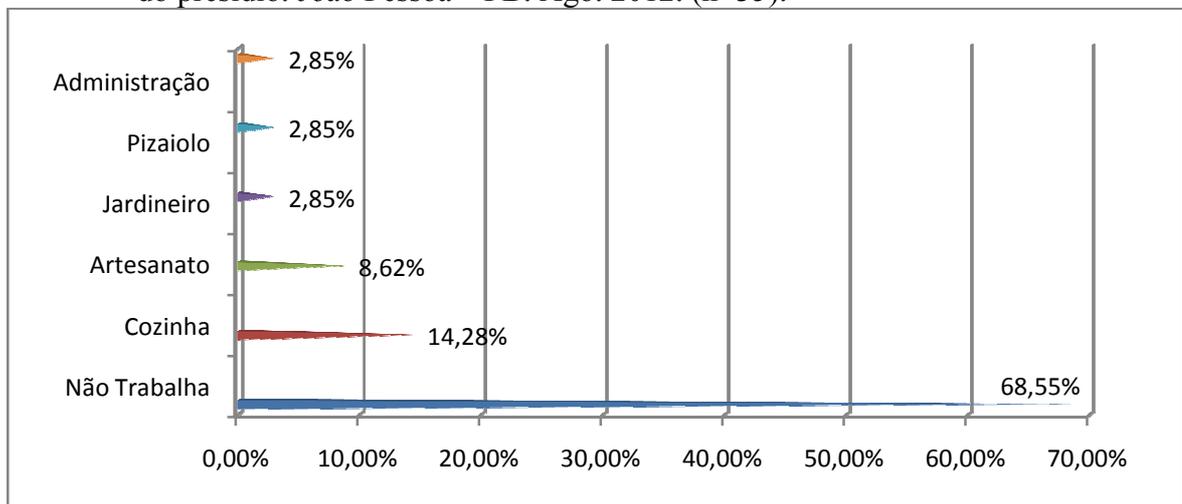
Das profissões exercidas pelos presidiários do Instituto Penal Desembargador Silvio Porto, em João Pessoa/PB, antes da chegada ao presídio, as ocupações de servente de obras 7 (20,00%), comerciante ambulante 6 (17,15%) e agricultor 4 (11,50%) sobressaem-se, dentre as demais da amostra. Também foi significativa a diversidade de profissões encontradas em nossa pesquisa. Padeiros, carroceiros, garis, mecânicos, funileiros, técnicos em telecomunicações, ajudantes de caminhoneiro, desportistas, funcionários públicos, motorista, carpinteiro, operadores de produção, pintores e maquinistas constituíram 18 (51,35%) de nossa amostra.

Para Lacerda (2006) e Simões (2011), os serventes de obras (em nossa pesquisa, maior contingente de ex-trabalhadores e agora presidiários) constituem um dos maiores grupos de risco para o câncer ocupacional. A exposição excessiva à radiação solar inscreve-se na classificação dos riscos físicos, uma vez que as atividades desenvolvidas a céu aberto e os efeitos dos raios solares determinam um altíssimo risco de desenvolvimento de câncer de pele.

Objetivando assistir o trabalhador, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria 1339/GM, de 18 de novembro de 1999, listou as doenças relacionadas com o processo de trabalho. Essa Portaria derivou da Lei de nº 8.080 de 1990, também conhecida como Lei Orgânica da Saúde, e seguiu a taxonomia, nomenclatura e codificação da Classificação Internacional das Doenças (CID) CID-10. Essa Portaria visa identificar precocemente as patologias relacionadas ao trabalho, e é adotada como referência, no âmbito deste processo, no contexto da assistência a ser prestada pelo Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1999).

Atividade desenvolvida dentro do presídio

Gráfico 5 – Distribuição percentual dos presidiários quanto à atividade desenvolvida dentro do presídio. João Pessoa – PB. Ago. 2012. (n=35).



Fonte: pesquisa de campo/Instituto Penal Desembargador Silvio Porto. João Pessoa – PB – 2012.

Indagados sobre as atividades desenvolvidas dentro do presídio, 68,55% dos entrevistados informaram não estar desenvolvendo nenhum tipo de atividade laboral, sendo que, deste total, 1 (2,85%) afirmaram não ter condições de trabalhar por estarem doentes, 1 (2,85%) mencionaram a falta de oportunidade para exercer sua profissão e cogitaram a ocorrência de “arrumadinho” para o acesso a este direito e, em contrapartida, 22 (62,85%) alegaram não querer trabalhar, justificando que não possuem interesse para desenvolver qualquer tipo de atividade dentro do presídio, pois estão ali para pagar uma dívida com a sociedade, e não trabalhar para ela, até porque não podem receber remuneração.

Por outro lado, uma parcela significativa dos entrevistados informa trabalhar no presídio, sendo 5 (14,28%) na cozinha, 3 (8,62%) desenvolvem artesanato e 3 (8,55%) fazem

atividades de jardinagem, pizzaiolo e na área administrativa, dentro da própria instituição penal.

Os depoimentos a seguir fornecem uma ideia da complexidade que envolve esse tema nas unidades prisionais, sendo, por si só, um vasto campo de pesquisa, sobre o qual muito poderia ser revelado.

Alguns presidiários, conforme depoimentos a seguir, não se esforçam para trabalhar e entendem ser explorados pelo Estado, de onde, provavelmente se origina a resistência em relação a essa atividade.

[...] trabalho, que nada! Eu quero é ir-me embora daqui, isso aqui é um inferno e trabalhar aqui não vai mudar minha vida, não! nem aqui dentro e nem lá fora, vou trabalhar pro outros, doutora, pra que? O Estado já ganha dinheiro em cima de nós, já é suficiente, não acha? E agora até o material pra nós trabalhar tá difícil faltando é tudo, só vejo a reclamação dos colegas (P23).

[...] nada haver trabalhar aqui pro outros, até porque tenho AIDS e aqui não posso trabalhar, estou fraco e os colegas tem medo de mim de pegar minha doença, daí ninguém briga comigo porque tem medo de contaminar daí ninguém me machuca e também quem vai, me querer trabalhando (P21).

[...] quero trabalhar aqui não, é só exploração, a gente termina escravo do Estado que come o dinheiro da gente, já não vou ver o dinheiro mesmo, então pra que! Meus filhos tem quem cuide e eu sou solteiro no papel, a companheira acho que nem me quer, pra que trabalhar? (P35)

De acordo com os depoimentos, verifica-se uma grande insatisfação por parte de alguns presos, que entendem o trabalho no interior do presídio como algo que beneficia apenas o Governo. Para esse grupo, o Estado se beneficia com seu encarceramento e não oferece a contrapartida esperada para sua manutenção, de modo que não há uma preocupação com suas condições de vida e preservação ambiental, tornando-os apenas escravos do trabalho.

Hassen (1999) considera que o trabalho prisional é tão insignificante e marcado por baixas remunerações e explorações que se assemelha ao trabalho escravo. Por outro lado, Guimarães (2006) menciona que o trabalho, para o apenado e sua família, constitui referência econômica, simbólica e cultural, o que permite a inserção na vida social, além de ser a prova do valor humano para a sociedade.

Nesse aspecto, concordamos com Guimarães, por entender que o trabalho dignifica o homem, contribui para uma melhoria nas mudanças de valores, além de ser um indicativo de ressocialização necessário para o momento de sua saída do presídio, o que garantirá o seu sustento e de sua família.

Quanto ao trabalho realizado no interior do presídio, os depoimentos dos presidiários revelam:

[...] trabalho na cozinha e lá, é considerado local de confiança da Direção, muitos querem trabalhar lá, lá a gente vê muitas pessoas diferentes é um mundo de gente daí ocupa a cabeça é diferente de ficar no pavilhão ouvindo besteira, a gente circula lá fora, por dentro para servir o Diretor, tem mais liberdade. Lá na cozinha doutora a gente usa faca, é local perigoso de armamento, tem facão, fogo, objeto que não pode ir lá para baixo, porque arma o inimigo, todos tem inveja de quem trabalha na cozinha, ficam de olho na gente (P20);

[...] o trabalho ocupa minha mente e adoro ser artesão o problema é que agora tô parado, não tem material para fazer nada daí à mente fica triste e dá depressão, sono e fico só ouvindo as conversas dos outros, só pensam em matar e matar (P22);

[...] eu junto lixo de todo canto, mantenho tudo organizado, deixo o lixo lá fora do presídio, isso é prestígio não é para qualquer um, a gente é considerado de confiança daí começa a inveja e a perseguição (P24);

[...] trabalho como servente e sair da cela para trabalhar é muito bom, parece que a gente sai da nossa casa para cumprir tarefas no trabalho (P26);

[...] gostaria de trabalhar, mas, falta oportunidade, não sei como a gente faz para isso acontecer, dizem que depende do Diretor, eu já acho que ele nem se envolve com isso, porque é um homem humano, se dependesse dele sei que tava trabalhando, ocupando a mente (P32)

[...] tem que botar o preso para trabalhar, porque a conversa dentro da cadeia é só sobre droga, vou matar fulano, vou fazer aquilo, vou fazer isso, agora sabe por que também? Porque o presídio era para ter pelo menos uma pequena empresa para ocupar a mente do preso para trabalhar, fazer alguma coisa, porque pega o peso e joga aqui dentro da cadeia somente para comer e dormir, o preso não se regenera, como? Tem como não!, exemplo, como é seis anos, uma comparação, então tu vai trabalhar, vai quebrar pedra, fazer como nos Estados Unidos quebrar pedra ai, vai dormir cansado, agora. Agora, joga o cara aqui dentro aí o cara aqui, vai dormir, fumar droga, é! Só o que a cadeia tem para oferecer e mais nada, ai o preso vai pensar o que? Aquilo ali não é cadeia não, aquilo ali é um lazer, homem! Tô passando férias, como tem preso ai que diz que tá tirando férias (P03).

[...] hoje tenho que trabalhar na cozinha e estou triste e sofrido, com muita vontade de chorar, vim aqui para falar com a psicóloga e ela nunca falta é competente e todos se sentem acolhidos por ela, queria falar com ela porque sei que ia melhorar para poder trabalhar mais aliviado (P20).

[...] faço meu trabalho com satisfação, ocupo minha mente esqueço as coisas ruins, aqui o povo diz que a mente vazia o satanás entra, daí procuro ocupar minha mente com coisa boa, penso nos meus filhos e a falta que me faz, estou 10 anos aqui e nunca mais vou sair, falta uma vida e já cumpri uma vida, não é fácil é sofrido, então o trabalho é tudo que resta (P27).

O incentivo ao trabalho do presidiário está assegurado pelo Artigo 29 da Lei de Execução Penal, como dever social e condição de proporcionar dignidade humana ao apenado. Para Zacarias (2003), o trabalho no interior do presídio tem finalidade educativa e produtiva.

Entretanto, segundo Oliveira (2003), não há trabalho para os presidiários na maioria dos estabelecimentos penais, e, quando isso vem a acontecer, as vagas são para serviços gerais e de cozinha, não contribuindo para a aprendizagem de uma profissão, que poderia ser utilizada, ao término do cumprimento da pena, como facilitadora de acesso a novos empregos.

Por outro lado, ancorados no pensamento de Catão (2010, p. 137), nos posicionamos favoráveis ao trabalho no interior dos presídios, entendendo-o como “*possibilidade de mudança de vida, e o desemprego, como gerador da falta de identidade social e de impossibilidade de mudança*”. O autor prossegue, afirmando que o trabalho deve ser entendido como elemento que viabilizará a reinserção social e a não reincidência criminal.

Estudo realizado no mesmo cenário desta pesquisa, por Mello (2010), concluiu que o trabalho na produção de bolas, gráfica, reciclagem de cartuchos e confecção de próteses poderá vir a ser uma profissão dos egressos do sistema, aumentando as chances de acesso a empregos, ao término da pena.

De acordo com os depoimentos da maioria dos presidiários, o trabalho, como ocupação para a mente, evita a depressão, é reconhecido como uma atividade de confiança e os leva a sentir-se como se estivessem saindo de casa para trabalhar. Isso promove uma maior satisfação frente à situação na qual se encontram, sendo, portanto, uma atividade que deveser promovida pelos gestores, visão com a qual, particularmente, concordamos.

Crime Praticado

Tabela 1– Demonstrativo dos crimes praticados pelos presidiários e seus respectivos artigos no Código Penal. João Pessoa – PB. Ago. 2012.(n=35).

CRIME PRATICADO ARTIGO DO CÓDIGO PENAL	Nº PRESOS	%
Roubo qualificado / 157§2º	12	34,35
Matar alguém / 121	08	22,85
Subtrair, para si (...) / 155 associado ao Roubo qualificado / 157 §2º	05	14,28
Matar alguém / 121 associado ao Roubo qualificado / 157§2º	03	8,57
Matar alguém / 121 associado a Provocar aborto (...)/125 associado a Penas cominadas (...)/ 127	01	2,85
Importar, exportar, remeter, (...) / 33 e associado a Matar alguém / 121	01	2,85
Divulgar alguém (...) / 153 associado ao Roubo qualificado / 157 § 2º	01	2,85
Estupro / 213	01	2,85
Causar incêndio (...) / 250	01	2,85
Frustrar mediante fraude (...) / 204	01	2,85
Subtrair, para si (...) / 155	01	2,85
TOTAL	35	100

Fonte: pesquisa de campo/Instituto Penal Desembargador Silvio Porto. João Pessoa- PB – 2012.

A tabela 1 demonstra que a maioria dos participantes da pesquisa 12 (34,35%) da amostra foi sentenciada com base no Artigo 157 §2º do Código Penal Brasileiro (CP) e que um percentual não menos significativo está incurso nos Artigos 121,8(22,85%) e associado ao Roubo qualificado 155, 5 (14,28%); Artigos 121 associado ao Artigo 157, 3 (8,57%) e referentes a outros artigos tipificados no Código Penal 7 (20%).

Artigo 157 do CP

Subtrair coisa móvel alheia, para si ou para outrem, mediante grave ameaça ou violência à pessoa, ou depois de havê-la, por qualquer meio, reduzido à impossibilidade de resistência. Pena de 4 a 10 anos

(...)

Parágrafo segundo

A pena aumenta de um terço até metade:

I - se a violência ou ameaça é exercida com emprego de arma;

II - se há o concurso de duas ou mais pessoas;

III - se a vítima está em serviço de transporte de valores e o agente conhece tal circunstância.

IV - se a subtração for de veículo automotor que venha a ser transportado para outro Estado ou para o exterior;

V- se o agente mantém a vítima em seu poder, restringindo sua liberdade [...] (VADE MECUM, 2009, p.556).

Artigo 121 do CP

Matar alguém: Homicídio simples pena reclusão, de 6 (seis) a 20 (vinte) anos. Em Caso de diminuição de pena; § 1º - Se o agente comete o crime impelido por motivo de relevante valor social ou moral, (...).

Homicídio qualificado -§ 2º - Se o homicídio é cometido: (...) por motivo fútil; com emprego de veneno, fogo, explosivo, asfixia, tortura ou outro meio insidioso ou cruel, ou de que possa resultar perigo comum; à traição, de emboscada, (...) crime: pena de reclusão de 12 (doze) a 30 (anos).

Homicídio culposo - § 3º - Se o homicídio é culposo: detenção, de 1 (um) a 3 (três) anos. (...) § 4º - No homicídio culposo, a pena é aumentada de um terço, se o crime resulta de inobservância de regra técnica de profissão, arte ou ofício, (...) aumentada de um terço, se o crime é praticado contra pessoa menor de 14 (catorze) anos e maior que 60 (sessenta) § 5º - Na hipótese de homicídio culposo, o juiz poderá deixar de aplicar a pena, se as consequências da infração atingirem o próprio agente de forma tão grave que a sanção penal se torne desnecessária. (VADE MECUM, 2009, p.552).

Artigo 155 do CP

Subtrair, para si ou para outrem, coisa alheia móvel:

Pena - reclusão, de um a quatro anos, e multa.

§ 1º - A pena aumenta-se de um terço, se o crime é praticado durante o repouso noturno.

§ 2º - Se o criminoso é primário, e é de pequeno valor a coisa furtada, o juiz pode substituir a pena de reclusão pela de detenção, diminuí-la de um a dois terços, ou aplicar somente a pena de multa.

§ 3º - Equipara-se à coisa móvel a energia elétrica ou qualquer outra que tenha valor econômico.

Furto qualificado

§ 4º - A pena é de reclusão de dois a oito anos, e multa, se o crime é cometido:

I - com destruição ou rompimento de obstáculo à subtração da coisa;

II - com abuso de confiança, ou mediante fraude, escalada ou destreza;

III - com emprego de chave falsa;

IV - mediante concurso de duas ou mais pessoas.

§ 5º - A pena é de reclusão de três a oito anos, se a subtração for de veículo automotor que venha a ser transportado para outro Estado ou para o exterior (VADE MECUM, 2009, p.556).

Sobre os delitos praticados por homens no Brasil, o Depen/InfoPen Brasil (2010b) relata que, dos 50.471 crimes tentados e consumados contra a Pessoa, 27.584 foram homicídios qualificados, incurso no Artigo 121 do Código Penal. O Depen/InfoPen assevera ainda que, no tocante aos Crimes Contra a Pessoa, dos 217.247 Crimes, 13.327 infringiram o Artigo 157 §2º, relativo ao roubo qualificado.

Em 2012 no que se referem aos delitos praticados, os dados estatísticos do Depen/InfoPen Brasil (2012a) demonstram que, dos 50.471 crimes tentados e consumados, 27.584 foram homicídios qualificados (Artigo 121 do Código Penal – crime contra a pessoa).

No Estado da Paraíba, em 2010, ocorreram 6.774 crimes contra a pessoa, e, no ano de 2011, este número elevou-se para (7.118) crimes. Em João Pessoa, capital do Estado da Paraíba, de janeiro a agosto de 2012, foram contabilizados 351 homicídios, o que representou uma queda de 13,1% em relação ao mesmo período do ano passado, quando aconteceram 404 crimes contra a vida. (BRASIL, 2012, c, d).

No tocante aos Crimes contra o Patrimônio, em 2010, no Estado da Paraíba, o número de ocorrências foi de 2.582 casos, aumentando para 2.849 no ano de 2011. Na capital do Estado, em 2010, foram registrados 1.549 roubos à pessoa, e, em 2011, os registros apontaram para 1.723 casos do mesmo crime (BRASIL, 2012 d, e).

Ainda em relação aos Crimes contra o Patrimônio, observou-se que o horário de maior incidência é o turno da tarde e início da noite, chegando ao ápice por volta das 19 horas. Em relação aos dias da semana, o domingo é o dia que registra maior incidência de casos, com 226 ocorrências em 2010 e 232 casos em 2011. Os Bairros apontados com maior número de ocorrências policiais foram Centro, Manaíra e Bessa (praia), além de Mangabeira localizada na zona sul da cidade (BRASIL, 2012 e).

Dos crimes contra o Patrimônio, os mais incidentes na capital Paraibana são os roubos à pessoa, furto em residência, furto de carro e de moto e roubo de veículos (BRASIL, 2012 e).

Em relação aos tipos de crimes praticados pelos participantes da pesquisa, também chamou a atenção a diversidade de atos delituosos e a associação entre eles: Artigo 121 associado ao Artigo 157; Artigo 121 associado aos artigos 125 e 127; Artigo 33 associado ao Artigo 121; Artigo 153 associado ao Artigo 157, além dos Artigos 213, 250, 204 e 155 do Código Penal Brasileiro. A associação de Artigos do Código Penal para composição da pena, via de regra, implica no aumento do tempo de reclusão do presidiário. O cruzamento desta Tabela com os números constantes no Quadro 2 nos conduz a um dado preocupante, pois os Pavilhões ditos “Gerais” congregam todos os tipos de presidiários e os mais variados tipos de crimes por eles cometidos. Dado que o trânsito de presos dentro dos pavilhões é livre, o presídio acaba se tornando uma espécie de “escola”, com aprendizagem franqueada a tantos quantos queiram conhecer e especializar-se no conhecimento de seus pares.

O Conselho Nacional de Justiça sugere a separação de infratores em relação ao tipo de crime cometido, onde traficantes, homicidas, estupradores, etc., devem ocupar seus devidos espaços nos estabelecimentos penais (BRASIL, 2011a). Entretanto, a realidade nacional, e também a do Estado da Paraíba, não é essa.

Foucault (1987, p.196) afirma que *o presídio é a detestável solução de que não se pode abrir mão*, pois são conhecidos todos os inconvenientes desses estabelecimentos, embora não se conheça o que possa ser posto em seu lugar.

Tempo de pena cumprida e a cumprir

Tabela 2– Demonstrativo do tempo de pena cumprida e a cumprir. João Pessoa – PB. Ago. 2012.(n=35).

TEMPO DE PENA CUMPRIDA	FREQ. (f)	PERC. %	TEMPO DE PENA ACUMPRIR	FREQ. (f)	PERC. %
Inferior a 1 ano	02	5,71	Inferior a 1 ano	—	—
01 a 3 anos	11	31,47	1 a 3 anos	04	11,42
03 a 6 anos	08	22,85	3 a 6 anos	08	22,85
06 a 9 anos	04	11,42	6 a 9 anos	03	8,57
09 a 12 anos	03	8,57	9 a 12 anos	02	5,56
12 a 15 anos	02	5,71	12 a 15 anos	06	17,14
15 a 18 anos	01	2,85	15 a 18 anos	09	25,89
Superior a 18 anos	04	11,42	Superior a 18 anos	03	8,57
TOTAL	35	100	—————	35	100

Fonte: pesquisa de campo/Instituto Penal Desembargador Silvio Porto. João Pessoa- PB – 2012.

De todas as informações colhidas junto aos presidiários, aquelas referentes ao *tempo de pena cumprida e a cumprir* foram, sem dúvida, as que mais nos chamaram a atenção, devido às reações individuais de cada entrevistado. Alguns falavam efusivamente sobre o tema, enquanto outros permaneciam calados, diante da perspectiva de ficar confinados por quase duas décadas, fora do convívio com a família e a sociedade com um todo. Os depoimentos a seguir revelam o quanto essa perspectiva de longo confinamento pode afetar a saúde dos presidiários.

[...] não sei quanto tempo falta eu cumpri, não subi mode ver com o Diretor, to sabendo pela boca dos outros que é 54 anos, o artigo que peguei foi 213 e cumpri dois anos, aqui é assim, pra entrar é rápido pra sair ninguém se lembra de nós, quem tem dinheiro sai logo quem não tem fica esquecido. Sou do errado mais sou do certo também, a gente entra aqui porque tá errado, na hora de sair que é o certo, daí a gente não sai e o povo erra com a gente(P14).

[...] to aqui para pagar, erreí peguei 12 anos e cumpri 2 anos, a gente tem que colocar na cabeça que errou e agora é rezar para sair e ver se acerta (P9).

[...] peguei 18 anos pelo 157, cumpri toda minha pena pelo pé e até hoje não sei de nada, acho que me esqueceram aqui, não consigo chegar perto dos advogados, acho até que não existem, mesmo, isso; é o Estado..acho é pouco pra nós (P18).

[...] já cumpri 30 anos e ainda tem 3 anos, peguei 121 e 157, trinta anos para mim é uma eternidade até já me considero morto, o pior é que quando a gente fica muito tempo aqui nesse inferno, quer sair mais não, fica é com medo do mundo lá de fora (P20).

[...] Dra. isso aqui é o maior castigo que alguém pode ter na vida e o pior é que muitos não aprende, se revolta ainda mais eu não sou um revoltado e sim um homem sem esperança e sem vida, qualquer coisa para mim tá bom (P21).

[...] meu crime foi pesado, to pagando, sei que vou morrer aqui dentro mesmo, fazer o que? Já to aqui 20 anos fechado faltam 14 anos e peguei dois anos de benefício (P29).

[...] eu escapei, cumpri 10 anos, faltava 53anos e 6 meses, agora não sei como vai ficar, porque acho que perdi o benefício, só o Major pode dizer agora e o advogado. Só Jesus! (P27).

Mesmo não entrando no mérito da questão temporal, pois a cada presidiário foi dada a pena compatível com seu delito, não é possível desconsiderá-la em relação às suas consequências mais imediatas, como, por exemplo, a superlotação da instituição penal. Segundo dados do Relatório resultante do II Mutirão Carcerário do Estado da Paraíba, Brasil (2011a), há um déficit de aproximadamente 3.000 vagas, considerando-se todo o sistema prisional do Estado, que conta hoje com aproximadamente 8.500 detentos.

Conforme já foi ventilado em análises anteriores, a superlotação tem como consequência direta a impossibilidade de manutenção da saúde dos presidiários, entre outros problemas não menos graves. Os próprios presidiários reconhecem a relação de interdependência entre os elementos da tríade “tempo – superlotação – doença” e suas consequências danosas para si e para os demais companheiros de infortúnio. O depoimento colhido junto ao entrevistado P14 revela essa constatação “*Quando a gente demora pra sair, a gente adocece, e tem gente demais lá embaixo um por cima do outro, um tumulto*”

Tantarola et al. (2008) tem procurado avançar na compreensão da interdependência entre saúde e direitos humanos, buscando a maximização de sinergias na orientação e no acompanhamento das políticas públicas para melhorar as condições de vida e saúde, principalmente daqueles mais vulneráveis ou submetidos à violação de seus direitos.

A tríade tempo – superlotação – doença é uma realidade inquestionável no cenário dessa pesquisa. O desespero estampado na face de alguns presidiários e a sensação de que, por mais que seja feito, o resultado ainda será insuficiente, transmitida subliminarmente por alguns membros da equipe de saúde, constituem o combustível ideal para a desmotivação. Todavia, os problemas identificados ainda não alcançaram um patamar de irreversibilidade, e

isso deve constituir-se uma esperança para a mudança daquele cenário, afinal, fomos nós que o deterioramos; por que não seríamos capazes de reorganizá-lo?

5.5 DEPOIMENTOS DOS PRESIDÁRIOS EM RELAÇÃO À QUALIDADE DO SERVIÇO DE SAÚDE PRESTADO NO PRESÍDIO.

Os depoimentos dos presidiários em relação à atenção à saúde recebida no presídio foi captada mediante respostas desse grupo social a uma série de perguntas sobre o processo de adoecimento e tratamento em espaços apropriados para esse fim, no interior do Instituto Penal Desembargador Silvio Porto. Destacamos os seguintes depoimentos:

Espaço para o atendimento

No que se refere aos depoimentos relativos ao questionamento sobre a percepção do presidiário em relação ao espaço físico destinado à unidade de saúde, para a realização de atendimentos, a falta de privacidade gerou uma insatisfação unânime entre os entrevistados, conforme se constata a seguir:

[...] o espaço deveria ser maior, porque a gente fala na frente dos outros e ficam escutando (P24).

[...] poderia ser maior porque a gente sobe em grande quantidade (P29).

[...] acho que deveria ser separado a gente tem vergonha de falar na frente dos outros (P33).

[...] se tivesse divisão a gente ficava mais a vontade (P8).

[...] todo mundo junto não tem privacidade (P17).

Em seus depoimentos, os entrevistados revelam insatisfação em relação ao espaço utilizado para assisti-los, principalmente quanto à falta de privacidade durante o atendimento prestado pela equipe de saúde. Essa realidade encontra-se em desacordo com a Resolução nº 06/2006 do CNPCP, Brasil (2006b), que estabelece áreas mínimas necessárias para alocação dos elementos constituintes de uma unidade de saúde prisional.

O respeito às áreas destinadas aos compartimentos das unidades de saúde prisional promove seguridade para a atuação da equipe, favorecendo a utilização de equipamentos e materiais necessários para o desempenho das ações, além de promover conforto aos usuários, quando em atendimento na Atenção Básica de Saúde.

Starfield (2004) assevera que a atuação da equipe de saúde, no alcance da atenção básica, pressupõe a existência de um local e de indivíduos associados, que sirvam como fonte de atenção por um determinado período de tempo. Dito de outra forma, para promover a saúde na atenção básica, faz-se necessário o uso de recursos necessários para alcançá-los, além da observância ao princípio da integralidade.

Equipe de Saúde

A manutenção da saúde na atenção básica pressupõe a existência de profissionais reconhecidos pela população usuária de seus serviços. Quando questionados sobre o reconhecimento da equipe de saúde lotada na unidade instalada para esse fim, praticamente todos os presidiários do Instituto Penal Desembargador Silvio Porto demonstraram que os desconheciam, com exceção do Presidiário ajudante do setor. Os depoimentos a seguir constataam essa revelação:

[...] sei que tem médico, que escuto lá em baixo, a revolta é grande porque chega atrasada e a gente perde o banho de sol, só Jesus! Sem contar que ainda atrapalha o almoço, porque a gente desce muito tarde (P21).

[...] se tivesse médico para atender aqui eu já tinha descido. Não me preocupo com esse espaço, penso é no atendimento (P15).

[...] não sei muito bem, isso não me interessa, só sei que na frente do povo tudo é perfeito e é uma coisa e nas costas é outra coisa (P32).

[...] tem a enfermeira, médico, não sei muito bem quem são os outros, mais todos me atendem bem (P16).

[...] sei nada, mais tem uma médica que só chega atrasada, daí nós sobe e volta e às vezes nem sobe, tem um monte de preso doente precisando se subir, desse jeito! (P22).

[...] enfermeiro, médico, só conheço esses aí, tem o dentista, sei que tem outros não sei informar (P4).

[...] a médica falta muito daí fica ruim para nós, além de ter pouca gente para cuidar de nós ainda falta (P41).

[...] conheço todos e sou capaz de dizer o nome de cada um e o que eles fazem, porque ajudo aqui (P9).

De acordo com a Portaria do MS, de nº 1286/93- Art. 8º, e nº 74, de 04/05/94, todo paciente tem direito a identificar o profissional, por crachá preenchido com o nome completo, função e cargo. Na unidade de saúde prisional, cenário desta pesquisa, não observamos o uso de crachá por parte dos profissionais. Esse procedimento contraria os Códigos de Ética das

várias profissões, que sugerem a apresentação do profissional e o esclarecimento acerca de suas funções (BRASIL, 1993).

Em todos os serviços de saúde, sejam de alta, média ou baixa complexidade, os usuários assistidos devem ser tratados pelo nome e saber por quem estão sendo cuidados. Na unidade de saúde prisional, cenário desta pesquisa, verificou-se que não há uma preocupação por parte da maioria dos profissionais de se identificarem ao presidiário, fato que dificulta a diferenciação dos profissionais sob a ótica dos presos, levando-os a abordar temas incoerentes com a especialidade de quem o atende. Entendemos que esse fato corrobora para a ineficácia do atendimento, pois a precariedade na comunicação entre profissionais e usuários pode gerar interpretações errôneas, que serão posteriormente disseminadas nos pavilhões, quando do regresso do presidiário/cliente às celas de origem.

Também chamou a nossa atenção as queixas referidas pelos presidiários contra procedimentos e atitudes da profissional médica que desenvolve suas funções do Instituto Penal Silvio Porto. Os presidiários relatam os constantes atrasos e faltas ao serviço, onde entendemos que esta situação obstaculiza o bom andamento do serviço e gera, entre os presos, a falta de confiança necessária ao processo terapêutico.

Para que o presidiário possa se sentir acolhido pelo profissional e assistido de forma holística e individualizada, faz-se necessário o respeito à legislação vigente e aos fundamentos éticos disciplinares estabelecidos pelas profissões da saúde.

Atendimento à saúde

Para a discussão dos depoimentos relativos ao atendimento à saúde em caráter eletivo e emergencial, optou-se pela separação dessas situações conforme o entendimento dos presidiários. Contudo, verificou-se que, na unidade de saúde do Instituto Penal Desembargador Silvio Porto, esses atendimentos não apresentam características muito diferenciadas, entre situações eletivas ou emergenciais.

Situações Eletivas:

[...] já adoeci várias vezes, com dor de cabeça e aqui é uma loucura, aqui até em carro de mão a gente sai das celas e dependendo da equipe de agentes a gente não sai da cela, tem vez que levam a gente para o parlatório e deixa lá, se for final de semana, aí piora porque o agente chama o homem lá, um preso que pensa que é enfermeiro e ele dá remédio e no outro dia a gente volta para a cela (P17).

[...] A gente pede a um preso que ajuda no posto para levar a gente, daí ele decide, porque tem dia que é tanto preso para subir, aqui tem 600 e as vezes 800 homens doutora e tem dia que tem uma ruma doente, quando o posto tá aberto a gente é socorrido quando tá fechado fica no parlatório esperando a viatura (P16).

[...] foi a primeira vez que eu precisei vim ao dentista, queria muito vim aqui no posto, vim obter ai disseram que era para “crique” (arrancar) daí é melhor ficar assim (P 10).

[...] é muito difícil chegar aqui, tenho problema de pressão alta, tomo remédio controlado todo dia, só subo quando to perturbado, o problema aqui é que tem um enfermeiro preso que é dessa casa que distribui remédio é um espanto, só que tem que botar na cabeça que ele nunca foi enfermeiro na rua não, nunca foi médico na rua não, ai quer aplicar injeção nos presos, aí o cabra não aceita, se fosse especializado, um cabra que vivia na rua assaltando, matando ai chega na cadeia quer virar enfermeiro, eu não dou meu braço não, corro risco não (P03).

[...] tenho erisipela, febre, inflama tudo, supura, muita dor, essa noite não dormi e lá em baixo não tenho como cuidar (P13)

Segundo Ferreira (2008), o acesso à saúde é condicionado por vários fatores: a forma como estão organizados os serviços de saúde, a qualificação dos profissionais de saúde, a localização dos serviços, a adequação dos recursos tecnológicos, o financiamento das ações e serviços de saúde, a oferta de serviços e as necessidades de saúde das pessoas.

A realidade do atendimento à saúde em nosso cenário de pesquisa chega a ser dramática, se analisada segundo os itens propostos pelo autor supracitado. Embora a qualificação dos profissionais para o desempenho de suas atividades seja indiscutível, a forma como está organizado o serviço, bem como sua oferta, não atendem às necessidades da população usuária, pois ocorre em apenas um expediente do dia, ficando os presidiários que adoecem no período da tarde e à noite completamente entregues à própria sorte ou, a bem da verdade, sob os cuidados de um presidiário que assume, irresponsavelmente, a posição de “enfermeiro”.

Do ponto de vista da adequação dos recursos tecnológicos, sobretudo, das tecnologias leve-dura e leve, no período da manhã, quando a unidade encontra-se em funcionamento, os presidiários são relativamente atendidos, caso consigam acesso ao posto.

Situações emergenciais

[...] tive tosse muito forte e cheguei a sangrar, daí vim aqui, mas deu nada não, hoje to aqui para resolver o problema do meu braço, levei um barrote e um cara lá deslocou meu braço, daí disse que não tinha viatura era final de semana, me colocaram no parlatório senti muita dor quase morro de dor, daí a viatura não apareceu e voltei para o pavilhão e os colegas de cela seguraram e botou no lugar o braço, daí depois a dor passou e desinchou e a viatura não veio, o posto tava fechado (P12).

[...] tiram a gente e colocam no parlatório e as vezes a gente volta lá para baixo do jeito que começou doente (P8).

[...] vim para o dentista me encabulei logo com ela, quase que acaba comigo, uma dor de dente e ela arrancou, deixou um pedaço dentro, não vim mais e fiquei muito tempo com dor, depois veio outro doutor deu três anestesia, pense um negócio difícil e não pegou aí tirou no cru de todo jeito, quase que eu morro de dor, depois fiquei feliz da vida porque me livrei, me lasquei todo, aqui é cadeia Dra (P16).

[...] uma vez eu precisei o joelho inchou e a água secou e voltou ao normal e nem me levaram para o hospital, passei duas noites no parlatório me deram um remédio par dormir para eu não perturbar em tempo de morrer, quando acordei vi a hora ser morto, porque quando sobe para o parlatório os cabras pensam que vai caguetar (P7).

[...] é uma maior dificuldade chegar aqui, lá em baixo tem muita gente doente precisando basta descer e olhar é muito preso para pouca pessoa cuidar, acho que deve aumentar a equipe pra cuidar da gente (P5).

[...] rapaz o que eu vi passando mal, tiraram rápido no carro de mão, depois sei mas não, homem eu quero é ir me embora (P23).

[...] só Jesus! Se for de manhã a gente vem para o posto e se for depois disso é só rezar (P21).

O atendimento à saúde dos presidiários no Instituto Penal Desembargador Silvio Porto, em situações emergenciais, não difere muito das situações eletivas, em termos de dramaticidade. Seu diferencial é que, a não prestação da assistência pode resultar em morte.

Segundo Pinto, Céspedes e Windt (2010), o Artigo 14 da Lei 7.210 de 1984, mais conhecida como Lei de Execução Penal (LEP), garante a assistência à saúde do preso, mesmo antes da instituição do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa Lei assegura o atendimento médico, farmacêutico e odontológico, garantindo, inclusive, que, quando o estabelecimento penal não estiver aparelhado para promover a assistência médica necessária, ela será prestada em outro local, mediante autorização da direção do estabelecimento.

Lima (2006) e Mendonça (2009) afirmam que os presidiários sofrem das mais variadas patologias, o que requer atendimento especializado, muitas vezes carente de continuidade de forma secundária e terciária, dependendo do grau de complexidade identificado pela equipe de saúde.

Para Pereira (2004), a sequência de atendimento aos usuários deve priorizar os mais graves, seguido dos outros graus de complexidade, de forma que todos possam ser atendidos. Pacientes angustiados ou com grande ansiedade também podem ter prioridade no atendimento pela equipe de saúde.

Atividades de prevenção

Os depoimentos acerca das atividades de prevenção realizadas pela equipe de saúde do Instituto Penal Desembargador Silvio Porto são enfáticos e também contraditórios. Enquanto a maioria dos entrevistados afirma não receber nenhuma informação a esse respeito, um dos respondentes (P30) posiciona-se contrariamente, informando, inclusive, haver recebido um livro sobre esse tema. Os depoimentos abaixo fazem emergir a referida contradição:

[...] camisinha! Só vejo isso porque as companheiras diz receber e traz para cá, para dentro as vezes nem fazem questão de usar (P22).

[...] sei não senhora, nunca me disseram nada não (P6).

[...] só fornecimento de camisinha mesmo, fora isso não vejo outro tipo de informação (P1).

[...] explica né! Dá um livro, um negócio para a gente olhar, seria interessante aula para explicar as doenças (P30).

[...] quando venho aqui ninguém fala nada não senhora, sei que minha mulher pega as camisinhas (P5).

[...] sei que a gente tem direito a camisinha, mas quem recebe é a parceira, antes de entrar aqui e pega e lá dentro dá a nós, tem colega que nem usa e ainda troca lá dentro por cigarro ou qualquer coisa que precise (P9).

[...] sei não senhora, só sei que lá embaixo não tem como fazer isso não, é um amontoado de gente no mesmo canto, eu nunca fiquei separado não (P11).

[...] nem sei, nem sabia que recebia camisinha, a gente aqui não sabe nem como não pegar tuberculose e AIDS (P33).

Conforme já foi explicitado no item *Avaliação da percepção da equipe multidisciplinar da saúde, em relação às atividades desenvolvidas na unidade de saúde*, constituem-se responsabilidades daquela equipe, entre outras atividades, a educação em saúde, a distribuição de material educativo, a distribuição de preservativos no dia da visita íntima para as companheiras e a assistência à família do interno, buscando dirimir dúvidas. Mediante informações repassadas por componentes da equipe de saúde, essas atividades são de fato realizadas, todavia, sem a eficácia desejada, pois a entrega dos panfletos educativos para uso dos preservativos é feita por uma agente penitenciária, cujo foco de atenção é barrar a entrada de objetos ilícitos, e não de fazer promoção da saúde.

Por outro lado, mediante informação do entrevistado P9, há, no interior do Instituto Penal Desembargador Silvio Porto, um grande comércio clandestino, onde tudo pode ser vendido ou trocado, inclusive os objetos de proteção e promoção da saúde, distribuídos pela

equipe. Por este comércio clandestino, os presidiários são condenados a mais uma pena, para além daquela imposta pelo Estado, a do adoecimento por causas perfeitamente evitáveis.

De acordo com Rabelo, Viegas e Resende (2011), pesquisas realizadas nos presídios estimam que aproximadamente 20% dos condenados brasileiros são portadores do HIV, principalmente em decorrência de relações sexuais sem preservativo ou compartilhamento de seringas para uso de drogas injetáveis.

Também nos chamou a atenção o fato de que os preservativos são entregues às parceiras dos presidiários e, nesta ação, a educação em saúde é suprimida, como se a responsabilidade do Estado terminasse no início desse processo. Vale salientar que, por estar privada de liberdade, a população carcerária é totalmente dependente do Estado para ter acesso a informações de qualidade, sobretudo quanto à prevenção de doenças e à saúde sexual. (BRASIL, 2012f).

Direitos do preso à saúde

O confinamento não retira dos presidiários seu direito à saúde. Assistência específica a esse grupo social está assegurada pelo Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário - PNSSP, instituído pela Portaria Interministerial n.º 1.777, de 09 de setembro de 2003, envolvendo os Ministérios da Saúde e da Justiça (BRASIL, 2003).

O PNSSP tem por objetivo organizar o acesso da população penitenciária às ações e serviços de saúde do SUS, implementando diversas unidades de atenção básica nas unidades prisionais e organizando as ações de referência para os serviços ambulatoriais especializados, além dos serviços hospitalares.

Os depoimentos a seguir contradizem a norma legal e evidenciam um flagrante desrespeito ao Artigo 196 da Constituição da República Federativa do Brasil, que prevê a saúde como um direito de todos e dever do Estado, com acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

[...] tudo bom, a gente é preso mesmo, qualquer coisa tá bom, tem dia que preciso do médico e nem consigo subir e tem dia que ele não vem (P34).

[...] é difícil dizer, porque quem tá aqui dentro é quem sabe o que é lá embaixo, o nosso direito aqui não existe é faz de conta (P4).

[...] a gente não tem direito a nada, eu não sei nem como a gente chega aqui, o cara vai buscar a gente para o posto, não sei nem como ele escolhe (P35).

[...] aqui é cadeia! cadeia é um inferno é coisa do diabo, se sair com vida e sem nenhum arranhão pode agradecer a Deus, que é milagre. Aqui é cadeia só quem sabe é quem tá dentro, já viu ter direito a nada (P16).

[...] a gente sabe o direito que tem, mas na hora que precisa do direito, para falar com o médico é o maior sacrifício do mundo, na hora que precisa não tem (P 35).

[...] que nada! Preso tem direito de ficar preso, adoecer preso e morrer preso (P21).

[...] para mim direito é trabalhar, ter educação com aula no presídio, sair da cadeia no tempo certo, é ter material de limpeza, é ter advogado o defensor público, aqui a gente tem aula, mais só que é aquela coisa, é para uns e outros não, também se você morar no convívio e sair para estudar, caso o pavilhão levar uma geral diz logo que foi o cara que cabuetou, tem muitos que nem sai com medo (P3).

Os depoimentos dos presos do Instituto Penal Desembargador Silvio Porto carregam um fatalismo desconcertante. Para a maioria deles, o curso natural de suas vidas está previamente determinado, e o pessimismo é o sentimento predominante. A falta de informações sobre seus direitos os tornam presas fáceis do conformismo, completamente vulneráveis aos desígnios sobrenaturais “*cadeia é um inferno, é coisa do diabo, se sair com vida e sem nenhum arranhão pode agradecer a Deus, que é milagre*” (P16)

O fatalismo e o conformismo concorrem para o adoecimento do corpo, minando a alma e destruindo a esperança. Para Rocha (2011), o direito à saúde passa, necessariamente, pela materialização e exercício da cidadania como fundamento da dignidade humana. Lamentavelmente, somos impelidos a concordar com Mendonça (2009), para quem a saúde ainda não foi alcançada por todos os cidadãos. No Sistema Prisional, a aplicabilidade do SUS ainda se encontra incipiente, deixando os indivíduos confinados à margem do direito à saúde e sem a assistência compatível com suas necessidades.

Por outro lado, também caberia uma reflexão sobre as barreiras criadas pelos próprios presidiários para o acesso a seus direitos. O depoimento do entrevistado P3 revela a crueldade do sistema prisional, e como ele é capaz de gerar, com a ajuda dos próprios presidiários, situações desfavoráveis para eles próprios. Ao vislumbrar seus direitos, sobretudo o da educação, esse presidiário esbarra na possibilidade de ser acusado de delator por seus pares, todas as vezes que o pavilhão vier a sofrer uma revista, pelo simples fato de poder sair para estudar.

Melhoria na Atenção a Saúde

Quando instados a relatar que melhorias o Instituto Penal Desembargador Silvio Porto poderia ter, de modo a garantir a saúde dos presidiários, os entrevistados aludiram a questões

de natureza administrativa (recursos humanos), estrutural (recursos materiais) e operacional (processo de trabalho)

[...] mais pessoa para atender a gente e vim mais preso todos os dias, porque vem doze e é atendido de quatro em quatro, e tem dia que alguns voltam sem ser atendido e quando a médica não vem a gente não sobe, o que atrapalha muito, a gente poderia subir para falar com a psicóloga a enfermeira. O bom de subir é porque a gente sai um pouco lá de baixo(P5).

[...] o rapaz que vai buscar a gente deveria ser mais humano, ele vai buscar a gente e diz não ter vaga para mim, to com minha perna aqui, não to aguentando, levei um chute de um a agente no Serrotão e torou os pontos então acho que a platina ela coisou dentro, tá saindo secreção não aguento dormir (P6).

[...] aumentar o tamanho do ambulatório e a comida poderia ser melhor (P24).

[...] mais remédios que a gente precisa são seiscentos presos aqui (P9).

[...] ter uma ambulância para levar nós pro hospital (P11).

[...] alimentação, transporte, comida e dormida (P29).

[...] material de higiene pessoal, limpeza nos pavilhões porque é tudo sujo (P21).

[...] só subir para o posto que tiver doente para se tratar, tem muitos que não conseguem ir lá não (P23).

[...] melhorar o direito da gente, porque só tá no papel, um rapaz foi pego com um cigarro de maconha, já vai fazer quatro anos que tá aqui, nem pegou a regressão, aqui só sai quem tem dinheiro, um rapaz chegou par tirar um ano e já faz quatro, eu não tenho família nenhuma até para vim aqui no posto que é o direito da gente, parece que a gente não tem, e se for questionar sobre isso castiga mais ainda (P15).

As questões de natureza administrativa resumiram-se à carência de recursos humanos e à desumanização por parte de alguns agentes penitenciários. A primeira observação dos presidiários coincidiu com o problema proposto para essa investigação, pois, com um número reduzido de profissionais de saúde em sua equipe, muito provavelmente, o Instituto Penal Desembargador Silvio Porto não será capaz de cumprir com a responsabilidade assumida junto ao Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário. A segunda observação, embora esteja fora do alcance do objeto de estudo desta pesquisa, termina por alcançá-la, devido à repercussão das ações pessoais dos agentes administrativos sobre os presidiários, que acabam não tendo acesso ao sistema de saúde pela ausência de critério técnico na escolha daqueles que serão atendidos na unidade de saúde.

As questões de natureza estrutural encaminharam deficiências em relação ao tamanho da unidade de saúde e carência de recursos materiais. As dimensões da unidade de saúde já foram discutidas em etapa anterior, tendo sido apontadas como insatisfatórias, por

propiciarem falta de privacidade e encontrar-se em desacordo com a Resolução do CNPCP, Brasil, (2006b). A carência de recursos materiais foi muito bem observada pelo entrevistado P29, que visualizou a melhoria do sistema mediante a solução de problemas ligados a alimentação, transporte, comida e dormida.

Finalmente, as questões de natureza operacional fizeram alusão ao processo de trabalho em vigência na unidade de saúde prisional. A escolha dos presidiários que receberão assistência de saúde por parte de um agente promotor de saúde obstaculiza o processo para alguns presos, e o inviabiliza para outros.

Vale salientar que todas as ações elencadas pelos entrevistados como garantia de acesso a saúde estão consignadas em termos legais como direitos adquiridos por este grupo social, em conformidade com a Constituição da República Federativa do Brasil, com a Lei de nº 8080 de 19/09/1990 (Lei Orgânica da Saúde), com a Lei de nº 7.210 de 11/07/1984 Lei de Execução Penal – (LEP) e com a Portaria Interministerial de nº 1777, de 09/09/2003, que aprova o Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário – PNSSP e a Cartilha da Pessoa Presa. (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2010).

Papel do Estado no contexto do direito à saúde

Mesmo contando com inúmeras disposições legais para a garantia da dignidade do preso e a manutenção de sua saúde, a situação da população carcerária no Brasil permanece precária, se analisada do ponto de vista prático. A percepção dos presidiários do Instituto Penal Desembargador Silvio Porto sobre o papel do Estado no contexto do direito à saúde foi unânime quanto à incúria estatal. Os depoimentos abaixo deixam claro que, apesar do aparato disponível em termos legais, a execução prática do direito à saúde prisional ainda constitui-se uma utopia para os presidiários.

[...] que Estado é esse que só quer o nosso dinheiro e bota a gente para comer milho como se fosse um bando de galinhas (P17).

[...] o Estado está muito longe da gente, só fica perto quando decide a direção e coloca aqui dentro para piorar as coisas (P8).

[...] diz que é para proteger nós, ele não protege nem quem tá lá fora trabalhando que dirá nós apenados, não dá para esperar nada não (P2).

[...] acho que pode fazer mais por nós, tem tanta coisa que ele pode fazer! É só querer. Pode melhorar a comida, aumentar os remédios poderia colocar mais pessoa para cuidar da gente nesse posto (P12).

[...] acho que nem lembra que a gente existe (P10).

[...] só com os poderosos da administração porque lá em baixo os passos são de tartarugas (P31).

[...] ambulância para socorrer a gente e equipe no posto de saúde a tarde e que Estado é esse! Que termina o diretor às vezes levando a gente no carro dele para socorrer nós (P32).

Para Rua (1997) e Oliveira (2007), o Estado é visto como produto da interação entre os grupos livremente formados e, portanto, permeável às pressões e aos interesses desses grupos. Nesse sentido, o aparato legal é difuso e distribuído igualmente entre os diversos atores e/ou grupos sociais, dependendo da capacidade e da disposição de cada um de articular estratégias e recursos, na disputa por seus interesses.

Para Nucci (2008), o Estado tem dado pouca atenção ao Sistema Carcerário, nas últimas décadas, deixando de lado a necessária humanização, em especial no tocante à pena privativa de liberdade, permitindo que muitos presídios sejam transformados em autênticas masmorras, bem distantes do respeito à integridade física e moral dos presos, direito constitucionalmente imposto.

Segundo Silva (2011a), o Estado brasileiro reconhece a importância do respeito à legislação vigente e à manutenção dos processos de cuidado em relação à saúde do preso; porém, o arcabouço legal, isoladamente, não é capaz de suprir as fragilidades do sistema, no tocante à manutenção das ações de saúde adotadas no interior dos presídios. Nesse sentido, mesmo contando com um competente conglomerado de programas, decretos, leis e portarias, não conseguem superar os problemas que cotidianamente se apresentam.

5.6 OUTRAS INFORMAÇÕES JULGADAS IMPORTANTES PARA A CONSOLIDAÇÃO DA TESE

As produções acadêmicas da última década do atual século colocam o *modo de produção da saúde* como uma das temáticas mais instigantes em relação aos atores sociais que o protagonizam, seja no campo público, seja no privado. Essa interface da saúde como influenciadora da vida e, sobretudo, influenciada por ela, é justificada pelo processo de luta histórica por direitos e espaço, bem como pela intensa atividade produtiva de trabalhadores, usuários, agentes governamentais e operadores de serviços.

Ao comentar esse tema, Mery e Franco (2003) tecem o seguinte comentário:

O modo de produção da saúde traz em si a ideia de um campo social, onde se articulam poderosas forças instituídas e instituintes, encenando um jogo que ao mesmo tempo é tenso na sua constituição, rico na capacidade inventiva, e generoso quanto às possibilidades que se apresentam para o desenvolvimento de redes e sistemas articulados em torno do tema do cuidado. Essa diversidade, que torna complexo esse suposto sistema produtivo, é ao mesmo tempo a fonte da sua potência, o que pode ser percebido através de um olhar dirigido à micropolítica dos processos de trabalho, ou melhor dizendo, no tempo e lugar de onde se realiza a atividade produtiva e em especial, o agir cotidiano dos trabalhadores no seu trabalho. É no lugar do encontro entre os serviços e os usuários, onde está a riqueza e intensa atividade de cuidado. Como uma malha que é tecida com grande energia, se cruzam saberes, fazeres, e linhas de cuidado que atravessam o dia a dia de uma Equipe de Saúde (MERHY, FRANCO, 2003, p.1).

Os autores prosseguem, afirmando que algumas características que fundamentam o modo de produção da saúde, entre elas o *autogoverno* (grifo nosso), acaba direcionando seus pares e usuários do sistema, erroneamente, a um cuidado burocrático, pouco cuidadoso e ineficaz.

No intuito de construir um modo diferente de produzir cuidado, mudanças são propostas no modelo de saúde, no sentido de promover uma transição tecnológica, instalando a prática do trabalho vivo aos processos de trabalho, sendo necessário, para tanto, o compartilhamento do poder médico. Esse processo posto em prática, ressignificaria o vínculo entre os membros da equipe de saúde e entre estes e os usuários do sistema, criando referências seguras para seu empoderamento, por meio de processos de aprendizagem do autocuidado deixando os usuários aptos para se cuidar.

É nesse sentido que apresentaremos alguns fatos observados durante nossa permanência nas dependências do Instituto Penal Desembargador Silvio Porto, que concorrem para a comprovação de nossa Tese, não sendo necessário o alerta para o fato de que os eventos aqui relatados deverão ser compreendidos e refletidos do ponto de vista acadêmico, e não denunciativo.

A obediência ao horário de trabalho, além de constituir-se uma obrigação do trabalhador, é, também, o passaporte seguro para o desenvolvimento de todo o processo de trabalho a ser viabilizado no expediente. Em instituições penais, a atenção ao componente temporal é fundamental para a manutenção da ordem e, sobretudo, da harmonia interna, sempre muito susceptível a alterações, em função das sequelas do confinamento.

Ressalvados os casos de extrema necessidade, em função das exigências da profissão, o atraso do profissional médico gera um encadeamento de transtornos de difícil superação ao

longo do expediente. Dentre outros problemas, impõe aos demais componentes da equipe de saúde sua permanência na instituição fora do horário estabelecido no contrato de trabalho, retarda o retorno dos presidiários às suas celas e, não raro, prejudica o horário de almoço dos usuários do sistema, além de, para ambos os segmentos (membros da equipe e usuários do sistema), provocar mal estar e instabilidade emocional.

Essa desatenção às exigências do trabalho em equipe quase sempre resulta em quebra das boas relações entre os atores do sistema, isto é, internamente, entre os membros da equipe e entre eles e os usuários, cuja condição de presidiário não retira seu direito humano de ser bem tratado e acolhido para superação de seu problema de saúde. Incluem-se nesse mesmo “nó crítico” as formas de tratamento durante as consultas e a preservação da ética profissional.

6 CONCLUSÃO

O estudo possibilitou a condensação de dados importantes sobre o Instituto Penal Desembargador Silvio Porto, no contexto da atenção à saúde dispensada aos presidiários que se encontram cumprindo sentença privativa de liberdade, com pena superior a quatro (4) anos. Esses dados poderão ser utilizados para reajustes no sistema prisional e reposicionamentos administrativos das gestões do próprio Instituto e das secretarias estaduais com inserção nesta esfera.

Os resultados revelaram que a atenção à saúde dos presidiários não tem sido desenvolvida de modo a atender a legislação vigente, pois o Instituto Penal Desembargador Silvio Porto atende, somente em parte, ao disposto no Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário (PNSSP), posto que conta com os profissionais relacionados no Plano, mas não atende ao seu pré-requisito numérico, devido ao reduzido contingente de profissionais de saúde na equipe contratada para esse fim, bem como do pessoal de apoio (agentes penitenciários) para viabilização desse processo. O reduzido número de profissionais impede o acompanhamento diário dos presidiários, que poderia ser realizado mediante busca ativa dos casos eletivos, mas potencialmente complexos, o que reforça a necessidade imediata de ampliação desta equipe, em consonância com a determinação da legislação em vigor.

Do ponto de vista da prevenção, manutenção e tratamento da saúde dos presidiários e da superlotação das celas e dos pavilhões, a situação é caótica, embora apresente condições para reversibilidade, mediante o emprego de políticas públicas, vontade política dos gestores governamentais e alguns reajustes administrativos locais.

A reversibilidade dos problemas evidenciados passa pela superação de questões estruturais do sistema, como é o caso das reduzidas dimensões da unidade de saúde, o que acarreta prejuízos para os usuários e prestadores de serviços. A falta de privacidade durante a consulta constrange os presidiários e os desestimulam a expor seus problemas, tanto somáticos quanto psicológicos. A enorme carência de insumos apropriados para as especificidades de cada profissão também gera ineficiência na atenção à saúde e desestímulo ao profissional prestador de serviços.

No dia-a-dia do processo de trabalho da equipe de saúde do Instituto Penal Desembargador Silvio Porto, o desconhecimento da especialidade dos membros da equipe de saúde pelos usuários do sistema também foi identificado como um importante gerador de ineficiência dos serviços de saúde. Esse desconhecimento dificulta o processo terapêutico, pois o usuário acaba expondo problemas específicos a profissionais diversos, e a retomada do

tema compatível com a expertise do profissional em atendimento ocasiona perda de tempo e, não raras vezes, desestimula o interno a expor outros temas que o afligem naquele momento. Esse descompasso dificulta a comunicação entre emissor e receptor, além de prejudicar o processo terapêutico.

No tocante aos aspectos psicológicos resultantes do processo de confinamento, chamou-nos a atenção o sentimento de conformismo e fatalismo apresentado pela maioria significativa dos entrevistados. Esses sentimentos concorrem para o aprofundamento dos problemas de saúde e são, de certa forma, incentivados por alguns membros da equipe que, contraditoriamente, acabam sendo os responsáveis pelos problemas que, a curto prazo, terão que tratar.

A contradição gerada pela própria equipe de saúde tem seu epicentro nas ações e procedimentos de um profissional que ainda não se adaptou às exigências de um trabalho com características próprias, onde o cumprimento de horários e a manutenção da ordem constituem a chave para o alcance dos objetivos do sistema de saúde local. A desestabilização desta sutil “ordem” local afeta o humor dos usuários e da própria equipe de saúde. Muito nos impressionou uma discussão entre a profissional médica e um presidiário nas dependências da unidade de saúde. O descontrole com o qual a profissional da saúde tratou a questão em debate e o desequilíbrio emocional que daí resultou em ambos reafirmam a nossa hipótese que fundamenta a nossa investigação: ***“Com um número quantitativamente insuficiente de profissionais de saúde incompatível com as necessidades de prevenção de doenças, promoção, tratamento e manutenção da saúde, em curto prazo, este setor do sistema prisional paraibano entrará em uma situação de colapso dos problemas identificados”***.

Por outro lado, o não funcionamento da unidade de saúde no período da tarde também constitui um delicado problema a ser superado, pois a ausência de profissionais de saúde nesse horário dá margem a que alguns internos acabem assumindo esse papel perante seus pares, ou que agentes penitenciários assumam parte das ações deste processo de trabalho, particularmente das ações de educação em saúde.

Nesse contexto, as péssimas condições de higiene local e a total falta de condições materiais para promovê-la e/ou mantê-la constituem um entrave fundamental a ser superado. A exposição dos internos aos agentes patógenos gerados pelo acúmulo de lixo acaba inviabilizando qualquer tentativa de manutenção da saúde no Instituto Penal, cenário da pesquisa. Esse grave problema não afeta apenas a vida dos internos, mas, também, a saúde dos visitantes, sobretudo de suas parceiras, no momento das visitas íntimas, configurando-se,

portanto, uma questão de saúde pública. Expostas ao adoecimento, essas pessoas constituem vetores para a contaminação extramuros da prisão.

Quanto às atividades laborais desenvolvidas no interior do Instituto por parte dos presidiários, concluímos que a instituição não aproveita o potencial produtivo dos presos, pois, em que pese à existência de um significativo número de internos com expertises técnicas facilmente aproveitáveis naquela realidade, elas não são aproveitadas pela administração do presídio.

Na outra ponta do sistema, os agentes penitenciários também promovem importantes contradições, com necessidade de intervenções urgentes. A interferência desse grupo no processo de trabalho da equipe de saúde, segundo a percepção dos internos, obstaculiza o acesso ao serviço, seja pela desumanização de alguns, seja pela participação concedida pela equipe de saúde quanto à escolha dos presos que serão atendidos. Verifica-se, portanto, a necessidade inadiável de uma reflexão, por parte da direção do presídio, sobre o processo de trabalho dos agentes penitenciários, sobretudo em relação às suas funções de apoio à equipe de saúde. Enfatizamos que nem sempre a existência da legislação compatível com os problemas enfrentados é suficiente para resolvê-los, ou mesmo evitá-los.

A busca pela fundamentação teórica dos dados empíricos revelou ainda, uma relativa escassez de produções acadêmicas sobre a temática em questão, principalmente de estudos sobre a saúde dos presidiários do gênero masculino, relacionados ao sistema prisional brasileiro.

Ao final desta pesquisa, esperamos ter contribuído, fazendo emergir caminhos para a superação de pelo menos parte dos problemas revelados. Pessoalmente, vivenciar este processo investigativo custou-me lágrimas e noites de insônia, mas, também, foi decisivo para a realização de importantes reflexões sobre meus próximos passos, enquanto profissional da Saúde e do Direito.

7 SUGESTÕES

Com os resultados obtidos, sugere-se: Aumento quantitativo da equipe de saúde, para suprimimento do turno que se encontra desprovido de atendimento, em respeito ao que preconiza o Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário (PNSSP);

Aumento quantitativo do número de agentes penitenciários, para a manutenção de um fluxo de atendimento contínuo e ininterrupto na unidade de saúde, e para a viabilização das atividades de condução do presidiário ao local de atendimento;

Adoção de medidas educativas em saúde, visando a orientar os presidiários e suas parceiras, quanto às condições de higiene e quanto a condutas para a prevenção de AIDS, DST'S e hepatite viral, além de tipos e acondicionamentos de alimentos no interior das celas;

Visitas periódicas aos pavilhões e às celas pela equipe de saúde, objetivando a identificação de situações insalubres que venham a comprometer as condições de saúde dos internos;

Disponibilidade de uma Unidade de Saúde Móvel, de forma a assegurar o transporte imediato de presidiários para atendimento de média e alta complexidade, em unidades de referência, nas situações de urgência e emergência;

Ampliação do espaço físico da Unidade de Saúde, de modo a atender o que determina a Resolução do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCCP);

Elaboração de critérios de atendimento na unidade de saúde pela própria equipe, visando a ordenar as atividades do Agente Promotor de Saúde, em conformidade com o Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário (PNSSP);

Supervisão do processo de trabalho do Agente Promotor de Saúde, de modo a melhorar o acesso dos presidiários ao serviço de saúde;

Aproveitamento das expertises técnicas dos presidiários nas atividades laborais, desenvolvidas no interior do presídio, e alocação em grupos específicos de trabalho do Instituto Penal Desembargador Silvio Porto;

Inserção de um maior número de presidiários no programa educacional existente no interior do presídio, mediante reposicionamentos gerenciais internos;

Emprego das etapas administrativas de planejamento, implementação e avaliação para atendimento dos presidiários por pavilhão, de modo a racionalizar as atividades da equipe de saúde, respeitando a existência de atendimentos de urgência e emergência;

Realização de dinâmicas grupais multiprofissionais em saúde, com assistência de um psicólogo externo, visando à minimização do stress profissional e à consequente prevenção de danos à saúde mental da equipe;

Inserção do tema humanização na realização das dinâmicas grupais, de modo a favorecer a inter-relação entre profissional/profissional; profissional/responsável pela atividade meio e profissional/presidiário;

Provisão de materiais médicos e odontológicos para utilização a médio e longo prazo, de maneira a não obstaculizar o processo de trabalho em saúde;

Incentivo à produção de materiais didáticos pedagógicos sobre a realidade prisional, local e nacional, de forma a sensibilizar as instituições de ensino superior para a realização de pesquisas nessa área e divulgação de seus resultados;

Promoção de intercambio institucional entre as instituições de ensino superior e o Instituto Penal Desembargador Silvio Porto, particularmente na área da saúde, de modo a preparar os futuros profissionais para a realização de atividades nesse setor, através de trocas acadêmicas com o staff local.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, R. M. C. M. **Diagnóstico da tuberculose na população carcerária dos Distritos Policiais da zona oeste da cidade de São Paulo** [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2003. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde.

ADORNO, S. História e desventura: o 3º Programa Nacional de Direitos Humanos. **Novos estudos - CEBRAP [online]**, ano 5, n.86, p. 5-20, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0101-3002010000100001&script=sci_arttext>. Acesso em: 30 de out. de 2012.

ALMEIDA, A. F.F, HARDY, E. Vulnerabilidade de gênero para a paternidade em homens adolescentes. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.43, n.1, p. 85-90, fev. 2007.

ANGHER, Anne Joyce. **VadeMecum. Acadêmico de Direito**. 6. ed. São Paulo: Rideel, 2009.

ARAGÃO, S.R. **Direitos Humanos: do Mundo Antigo ao Brasil de Todos**. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2001.

ARAÚJO, F. A. F. M de; NAZANO, T. de C; GOUVEIA, M. L. de L. Prevalência de depressão e ansiedade em detentos. **PeríodicosEletronicos em Psicologia – PEPSIC**. Aval. Psicol. v.8, n.3. Porto Alegre. Dez. 2009. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/scielo>>. Acesso em: 18 de ago. de 2011.

ARAÚJO, C. **Razão Pública, bem comum e decisão democrática**. In: Coelho, V. S. P; NOBRE, M. Organizadores. Participação e deliberação: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil Contemporâneo. São Paulo: Editora 34, 2004.

ASSIS, R. D. de. A realidade atual do Sistema Penitenciário Brasileiro. **Rev. CEJ**, Brasília, ano XI, n. 39, p. 74-78, out./dez., 2007.

BEZERRA, F. T. B. **Realidade do Sistema Penitenciário**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito)- Centro Universitário de João Pessoa, João Pessoa, 2010.

BOBBIO, N. **A Era dos Direitos**. 11. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BOSCHI, J. A. P. **Das Penas e seus Critérios de Aplicação**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2000.

BRASIL, Código de Direito Penal. **Lei de nº 7.210/1984**. Dispõe sobre a Execução Penal Alterada. Brasília 1984. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/legislação>>. Acesso em: 18 de ago. de 2011.

_____. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4.ed. São Paulo: Saraiva. 1990.

_____. **Constituição Federal do Brasil**. Atual. Até Emenda Constitucional art. 57 de 18 de 12 de 2008. São Paulo: Escala, 2009.

_____. Ministério da Justiça. **Secretaria de Justiça**. Departamento Penitenciário Nacional. Censo Penitenciário de 1997. Brasília; 1998.

_____. Ministério da Justiça. **Departamento Penitenciário Nacional**: Sistema Integrado de Informações Penitenciária. Brasília: 2010b. Disponível em: <<http://infopen.mj.gov.br/infopen>>. Acesso em: 01 de nov. de 2011.

_____. Ministério da Justiça. **Departamento Penitenciário Nacional**: Sistema Integrado de Informações Penitenciária. Brasília: 2012a. Disponível em: <<http://infopen.mj.gov.br/infopen>>. Acesso em: 01 de fevereiro de 2013.

_____. Ministério da Justiça. **Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária**. Resolução nº 14 de 11 de novembro de 1994. Fixa as Regras Mínimas para o tratamento do preso no Brasil. Disponível em: www.crpsp.org.br/sistemaprisional/.../regras_minimas_para_o_tratamento_do_preso. Acesso em 04 de abr. de 2013.

_____. Ministério da Justiça. **Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária**. Resolução nº 06 de maio de 2006b. Dispõe sobre a nova Redação ao Anexo I, da Resolução nº 07, de 14 de abr. de 2003.

_____. Ministério da Justiça e da Saúde. **Portaria Interministerial de nº 1.777/2003**, que aprova o Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário. 2003. Disponível em: <www.portal.mj.gov.br>. Acesso em: 12 de abr. de 2010.

_____. Ministério da Justiça. **Departamento Penitenciário Nacional**. Brasília: 2011a. Disponível em: <<http://portal.mj.gov/depend/data/pages/MJC45OEDBPtbRNN.htm>>. Acesso em: 29 de ago. de 2012.

_____. Ministério da Justiça. **Departamento Penitenciário Nacional**. Brasília: 2013. Disponível em: <http://staticsp.atualidadesdodireito.com.br/iab/files/sistema_penitenciario_jun_2013.pdf>. Acesso em 22 de abr. 2013.

_____. Ministério da Justiça. **Conselho Nacional de Justiça**. Relatório do II Mutirão Carcerário do Estado da Paraíba. Departamento de Monitoramento e Fiscalização, mutirão carcerário. Ano 2011b. Disponível em: <wwwwh.cnj.jus.br/portal/imagens/programas/mutirao-carcerario/relatorios/Paraiba_final.pdf>. Acesso em: 24 de set. de 2012.

_____. Ministério da Justiça. **Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária**. Ano 2011c. Disponível em: <www.portal.mj.gov.br/-plano+nacional+de+politica+criminal/medida>. Acesso em: 30 de set. de 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos>>. Acesso em: 12 de abr. de 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1286 de outubro de 1993**. Que estabelece os direitos do paciente. Disponível em: <http://www.anad.org.br/Multiprofissionais/direitos_paciente.asp>. Acesso em: 18 de fev. de 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Política de Saúde no Sistema Penitenciário**. 1.ed. Brasília: Esplanada dos Ministérios, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário**. Revisado. 2008a. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br/saude>>. Acesso em: 17 de abr. de 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1.163 de junho de 2008**. Qualifica o Estado da Paraíba a receber o Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário. DOU – 111, p. 50, Seç – 1 de 12/6/08. Brasília: 2008b. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/saudelegis/gm/2008>>. Acesso em: 15 de mai. de 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial n.º 3.343/2006**. Altera os valores do Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário e dá outras providências. Brasília: 2006a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 15 de mai. de 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1339/GM de 18 de novembro de 1999**. Dispõe sobre o Diagnóstico e Manejo das Doenças relacionadas com o trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: 1999. Disponível em: <portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lista_doencas_relacionadas_trabalho.pdf>. Acesso em: 12 de nov. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.270 de 26 de outubro de 2010**. Estabelece o elenco de medicamentos para o atendimento de pessoas presas vinculadas às equipes de saúde do Sistema Penitenciário Brasileiro cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde- CNES – Serviço/classificação 100 dos Estabelecimentos Qualificados para o Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário. Brasília: 2010a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt3270_26_10_2010_rep.html>. Acesso em: 20 de nov. de 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: 2011d. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 15 de nov. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 77 de 12 de janeiro de 2012**. Dispõe sobre a realização dos testes rápidos, na atenção básica, para a detecção de HIV e Sífilis, assim como outros agravos no âmbito da atenção pré natal para gestantes e suas parceiras sexuais. Brasília: 2012b. Disponível em: <<http://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012>>. Acesso em: 01 de mar. 2013.

_____. Ministério da Previdência. **Portaria Ministério da Previdência Social de nº 02 de 06 de janeiro de 2012**, que dispõe sobre os Benefícios da Previdência – auxílio reclusão. Brasília. 2012c. Disponível em: <www.previdenciasocial.gov.br>. Acesso em: 12 de nov. de 2012.

_____. Governo do Estado da Paraíba. **Secretaria de Comunicação Institucional**: Paraíba: 2012d. Disponível em: <<http://www.paraiba.pb.gov.br/56155/agosto-de-2012-registra-menor-numero-de-homicidios-desde-2009>>. Acesso em: 01 de out. de 2012.

_____. Governo do Estado da Paraíba. **Policia Militar**. Crimes contra o Patrimônio: comparação dos registros da Policia Militar. João Pessoa. Paraíba: 2012e. Disponível em: <<http://www.arquivos.mp.pb.gov.br/criminal/accph.pdf>>. Acesso em: 01 de out. de 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais**. Portal sobre AIDS, Doenças Sexualmente Transmissíveis e Hepatite Virais. Brasília: 2012f. <Disponível em: <http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 01 de out. de 2012.

CATÃO, M. de F. M. **Projeto de vida em construção**: exclusão social. João Pessoa: editora Universitária - UFPB, 2010.

CANAZARO, D.; ARGIMON, I. I. de Lima. Characteristics, depressive Symptoms, and associated factors in incarcerated women in the State of Rio Grande do Sul, Brazil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n.7, p. 1323-1333, jul, 2010.

CARNEIRO, G.M; ZENAIDE, M. N. T. **História e Direitos Humanos na Paraíba**. 201? Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/nazarezenaide/histdhp.html>. Acesso em: 10 de abr. de 2013.

COIMBRA, M. B.; LOBO, L. F.; NASCIMENTO, M.L. POR UMA INVENÇÃO ÉTICA PARA OS DIREITOS HUMANOS. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, ano 4, n.2, p.89 – 102, 2008. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=291022017007>>. Acesso em: 30 de out. de 2012.

COMPARATO, F. K. **A Afirmação Histórica dos Direitos Humanos**. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2003.

CÓDIGO DE ÉTICA DA SAÚDE BRB. **Agência Nacional de Saúde - ANS nº41431-0**. Órgão executor. Brasília, 2011. Disponível em <http://WWW.brb.saude.com.br/formulários_pdf/codigo>. Acesso em: 25 de fev. de 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. **Parecer Normativo de nº 001 de 2013**, que aprova a competência do profissional Enfermeiro para realizar testes rápidos para diagnósticos de HIV/ Sífilis e outros agravos. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://novo.portalcofen.gov.br/enfermeiro-passa-a-realizar-testes-rapidos-de-hiv-sifilis-e-hepatites-virais/1877.html>>. Acesso em: 01 de mar. de 2013.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA – CNJ. **Cartilha da Pessoa Presa**. 2.ed. Brasília: Defensoria Pública. DP.Especializada Criminal e de Execuções Penais. 2010. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br>>. Acesso em: 03 de mar. de 2013.

COSTA, T. J. M. **A desestruturação familiar e a conduta juvenil desviada**. 2012. Disponível em: <www.abmp.org/textos>. Acesso em: 12 de nov. de 2012.

DALLARI, D.A. *A Luta pelos Direitos Humanos*. In: LOURENÇO, M.C.F. (Org.) **Direitos Humanos em Dissertações e Teses da USP (1934-1999)**. São Paulo: Edusp, 2000.

DIUANA, V. et al. Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, Brasil, v.24, n. 8, p.1887-1896, ago. de 2008. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n8/17.pdf>>. Acesso em: 26 de ago. de 2012.

FARIA, H.; WERNECK, M.; SANTOS, M.A. **Processo de trabalho em saúde**. 2^a ed. Belo Horizonte: Nescon/ UFMG. Coopmed. 2009. 68p

FERREIRA -FILHO, M. G.**Direitos Humanos Fundamentais**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 1998.

FERREIRA, M. C. F. **Necessidades Humanas, Direito à Saúde e Sistema Penal**. Brasília 2008. 138f. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Departamento de Serviço Social, Instituto de Ciências Humanas, Universidade de Brasília. Programa de Pós Graduação em Política Social. Universidade de Brasília. Brasília/DF, 2008.

FERREIRA, J. A de. **Comunicação dos enfermeiros com usuários do gênero masculino: um estudo representacional**. Natal, 2011a. 99 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal/RN, 2011a.

FERREIRA, S. S. **Plano Operativo Estadual de Saúde do Sistema Penitenciário**. Governo do Estado da Paraíba. 2011b. Disponível em: <<http://www.paraiba.pb.gov.br/administraçãopenitenciaria/programas/saude-nos-presidios>>. Acesso em: 14 de ago. de 2010.

FIGUEIREDO, N. M. A; TONINI, T. **SUS E PSF para enfermagem: práticas para o Cuidado em Saúde Coletivo**. São Caetano do Sul. São Paulo: Yendis Editora, 2009.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir: história da violência nas prisões**. Trad. Ramallete, R. 29. Ed. Petrópolis: vozes, 1987.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes, 2000.

FRAGOSO, C. H.; CATAO, H; SUSSEKIND, E. **Direitos dos presos**, São Paulo: Forense, 1980.

FREITAS, W. M. F; et al. Paternidade: responsabilidade social do homem no papel de provedor. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.43, n.1, p. 85-90, 2009.

GUIMARÃES, C. F.; et. al. Homens Apenados e Mulheres Presas: estudo sobre mulheres de presos. **Rev. Psicologia& Sociedade**, Rio Grande do Sul, v. 18, n.3, p. 48-54, set./dez. 2006.

HASSEN, M. N. A. **O trabalho e os dias: ensaio antropológico sobre o trabalho, crime e**

prisão. Porto Alegre: ThomoEditorial, 1999.

KUJAWA, H; BOTH, V; BRUTSCHER (orgs). **Direito á Saúde**. Fórum Sul da Saúde e CEAP. Rio Grande do Sul, 2007, p.27. Disponível em http://www.saude.al.gov.br/files/pacto_da_saude/manuais/cartilha_direito_saude.pdf. Acesso em: 25 de jul. 2010.

LACERDA, L. B. **Análise de situações de vulnerabilidade de trabalhadores da construção civil do Rio de Janeiro** [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2006.

LALAGUNA, P. D. **Manual de Derechos Humanos**. 1. ed. Granada: Comares, 1993.

LEITE, A. J. M; MAXIMIANO, V. A. Z. (2011) Pacto Internacional sobre Direitos Civis e políticos (1966) Disponível em: <<http://dhnet.org.br/direitos/sip/onu/textos/tratado.05.htm>>. Acesso em 06 de maio de 2013.

LEVANDOWSKI, D.C; PICCNINI, C.A. Expectativas e sentimentos em relação à paternidade entre adolescentes e adultos. **Psic. Teor. Pesq.** Brasília, v. 22, n.1, p. 17-28, 2006.

LIMA, F. O. A. G. de. **Soluções legais para a recuperação do presidiário no Brasil: a proposta e a realidade**. 2006. Disponível em: <<http://jus.com.br/revista/texto/9101/solucoes-legais-para-a-recuperacao-do-presidiario-no-brasil>>. Acesso em: 25 de out. de 2011.

LOBATO, L. V. C. L.; GIOVANELLA, L. **Sistema de saúde: origens, componentes e dinâmica**. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato L. V. C, Noronha, J. C, Carvalho A. L. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008 p.107-140.

LUÑO, A. E. P. **Derechos Humanos, Estado de Derecho y Constitucion**. 6. ed. Madrid: Tecnos, 1999.

MAIA, C. N; SÁ NETO, F.; COSTA, .M; BRETAS,M. L. **História das Prisões no Brasil**. V.1, V.2. Rio de Janeiro: Rocco, 2009.

MAIA, C. A. de Oliveira. **Sistema penitenciário brasileiro e sua ineficácia na ressocialização do apenado**. 2010. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito)- Centro Universitário de João Pessoa, João Pessoa, 2010.

MARCHEZI, T.; MENANDRO, P. R. M. **Atestado de Exclusão com Firma reconhecida: o sofrimento do Presidiário Brasileiro**. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 24, n. 2, p. 86-99, 2004.

MARTINS, F. J. B. **Dignidade da Pessoa Humana: Princípio Constitucional Fundamental**. 1. ed. Curitiba: Juruá Editora, 2003.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 7.ed. São Paulo: Atlas, 2010

MERHY, E.E; FRANCO, T.B. **Reestruturação Produtiva e Transição Tecnológica na Saúde**. 2003. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/faced/pesquisa/educasaude/banco_de_textos/6-Merhy%20&%20Franco.pdf>. Acesso em: 17 de nov. de 2012.

_____. **Trabalho em saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 2005.

MERHY, E. E. Um dos desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E. E. ET al. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 4.ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MENDES-GONÇALVES, R.B. **Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades**. Centro de Formação de Trabalhadores em Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, São Paulo: Cadernos CEFOR 1, 1992.

MELLO, H. A. **O trabalho na prisão: um estudo no Instituto de Reeducação Penal Desembargador Silvío Porto**. João Pessoa, 2010. Dissertação (Mestrado em Serviço Social)-Centro de Ciências Humanas e Letras e Artes – CCHLA. Universidade Federal da Paraíba – UFPB, 2010.

MENDONÇA, E. T. de. **Enfermagem – Saúde: construindo um saber sobre políticas de saúde, 1977 – 1980**. Rio de Janeiro, 2009. 127 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) -Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO/ RJ, 2009.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MONDAINI, M. O respeito aos direitos dos indivíduos. In: PINSKY, J.; PINSKY, C. B. (Org.). **História da cidadania**. 2 ed. São Paulo: Contexto, 2003.

MONTORO, A. F. **Introdução à Ciência do Direito**. 25. ed. São Paulo: RT, 1999.

MORAES, A. de. **Direito Constitucional**. 24. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MOTTA, F. S. C. da; SANTOS, William Douglas Resinente dos. **Direito Constitucional: teoria, jurisprudência e 1000 questões**. 13. ed. Rio de Janeiro: 2003.

NOGUEIRA, P. A.; ABRAHÃO, R. M. C. de M. O. A infecção tuberculosa e o tempo de prisão da população carcerária dos Distritos Policiais da Zona Oeste da cidade de São Paulo. **Rev. Bras. Epidemiologia**, São Paulo, v.12, n.1, p.30-38, 2009.

NUCCI, G.de S. **Manual do Processo Penal e Execução Penal**. São Paulo: Revista dos Tribunais. 2008.

OLIVEIRA, E. A. **Política de produção pública de medicamentos no Brasil: o caso do Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco (LAFEPE)**. *Tese de doutorado*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. 2007.

OLIVEIRA, H. C. **O trabalho do apenado e o processo de ressocialização no mercado de trabalho**. Natal, 2003. Dissertação. (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. RN. 2003.

OLIVEIRA, M. H. B; VASCONCELLOS, L. C. F DE. **Direito e Saúde: um campo em construção**. Rio de Janeiro: Ediouro, 2009.

OLIVEIRA, M. H. B; BESSO, S. M. **Abordagem em Direito e Saúde a partir da vigilância sanitária no Estado de Roraima**. Rio de Janeiro: Ediouro, 2009.

PARAÍBA. Secretaria da Cidadania e Administração Penitenciária. **Plano Diretor do Sistema Penitenciário do Estado da Paraíba**. 2008. Disponível em:
<<http://www.portal.mj.gov.br/services/document>>. Acesso em: 20 de jul.2011.

_____. **Lei Estadual de nº 5.551/1992** promulgada em 14 de janeiro de 1992. que dispõe sobre a Criação da Conselho Estadual de Defesa dos Direitos Humanos e do Cidadão. Disponível em:<[http://www. Noticias.pgr.mpf.gov.br](http://www.Noticias.pgr.mpf.gov.br)>. Acesso em: 12 de abr. 2013.

PEDUZZI, M.; SHRAIBER, L.B. **Processo de Trabalho em Saúde**. Dicionário da educação profissional em saúde FioCruz. 2009. Disponível em:
<<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html>>. Acesso em: 10 de nov. de 2012.

PINTO, A. L.T.; CÉSPEDES, L.; WINDT, M. C. V. S. **VadeMecum**. 9. ed. Atual. Ampl. São Paulo: Saraiva, 2010.

PIOVESAN, Flávia. A Constituição Brasileira de 1988 e os Tratados Internacionais de Proteção dos Direitos Humanos. **Rev. Jur. Faculdade de Direito**. 2008; v.2(1) II: 20-33. Disponível em
<http://www.dombosco.com.br/faculdade/revista_direito/3edicao/3%C2%AA%20edi%C3%A7%C3%A3o%20completa.pdf> Acesso em 20 set. 2011.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e consequência para o trabalho em saúde. **Rev.Bras. Enfermagem**, v.53, p.251-63, 2003.

PEREIRA, L. A. **Aspectos éticos e legais do atendimento de emergência**. Rev. AMRIGS. Porto Alegre, v.48, n. 3, p. 190-194. jul/set, 2004.

QUEIROZ, C. A. M. **Resumo de direitos humanos e da cidadania**. 1. ed. São Paulo: Paulistanajur, 2001.

RABELO, C. L. A.; VIEGAS, C. M. A.; RESENDE, C. J. **A privatização do sistema penitenciário brasileiro**. Jus Civitatis [internet]. Pernambuco, 2011. Disponível em:
<<http://jus.com.br/revista/texto/19719>>. Acesso em: 18 de nov. 2012.

REIS, C. B.; BERNARDES, E. B. **O acontece atrás das grades: estratégias de prevenção desenvolvidas nas delegacias civis HIV/AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis**. **Ciências & Saúde Coletiva**, v.16, n.7, p. 3338, 2011.

ROCHA, A. P. da. **O Estado de o direito de punir: a superlotação no Sistema Penitenciário Brasileiro**. Brasília, 2006. 194 f. Dissertação. (Mestrado em Ciências Políticas) - Instituto de Ciência Política. Universidade de Brasília. DF. 2006.

ROCHA, J. C. de S. **Direito da Saúde: Direito Sanitário na perspectiva dos interesses difusos e coletivos**. 2.ed. São Paulo: Atlas, 2011.

ROSSI, Z. O. **A tuberculose pulmonar nos presídios da região de saúde de Presidente Prudente – SP DIR XVI_1998-2002**. Botucatu - SP, 2006. 94 f. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Estadual Paulista- Faculdade de Medicina de Botucatu.São Paulo, 2006.

RUA, M. G. **Análise de Políticas Públicas: Conceitos Básicos**. Washington, Indes/BID, 1997, mimeo.

RUBIO, V. L. **Introduccion a la Teoria de los Derechos Humanos: Fundamento, Historia, Declaracion Universal de 10 de diciembre de 1948**. 1. ed. Madrid: Civitas, 1998.

SALDANHA, P. **Geografias da Saúde e do desenvolvimento**. Coimbra: Almediana, 2005.

SANCHEZ, R. A. et al. A tuberculose nas prisões do Rio de Janeiro, Brasil: uma emergência de Saúde Pública. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.3, p. 545-552, mar, 2007.

SARLET, I. W. **A eficácia dos direitos fundamentais**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007.

SILVA, B. M. P da. **O Sistema Único de Saúde: o descompasso entre a realidade normativa e a realidade fática**. 2007. 374 p. Tese (Doutorado) Pontifica Universidade Católica de São Paulo – PUC. São Paulo/SP. 2007.

SILVA, J. A. da. **Direito Constitucional Positivo**, 15. ed., São Paulo: Malheiros, 1998.

SILVA, M. **Que pode a educação na prisão?** Rio de Janeiro: Publit, 2011a.

SILVA, M. R. da. Modificações implementadas à Lei de Execução Penal ao Instituto da remição pela Lei nº 12.433/11. **Rev. Jus Navigandi**. 2011b. Disponível em: <<http://jus.com.br/revista/texto/1942/modificações>>. Acesso em: 30 de set. de 2012.

SIMÕES, T. C. et al. Medidas de Prevenção contra câncer de pele em trabalhadores da construção civil: contribuição da enfermagem. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**. (online) v.32, n.1, Porto Alegre, mar. 2011.

SIQUEIRA, D. P.; PICCIRILLO, M. B. Direitos fundamentais: a evolução histórica dos direitos humanos, um longo caminho. **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, fev. 2009. Constitucional. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=5414>. Acesso em: 05 de set. de 2012.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2004.

TARANTOLA, D. et al. **HumanRights, Health andDevelopment** .Technical Series Paper Sydney: The UNSW, 2008.Disponível em: <<http://www.ihhr.unsw.edu.au/publications/papers.html>>. Acessado em: 10 de fev. de 2011.

TELLES, V. S. **Direitos Sociais, afinal de que se trata?** 2007. Disponível em: <<http://pt.shvoong.com/social-sciences>>. Acesso em: 12 de set. de 2011.

VADE Mecum. **Código Penal**. Compacto de Direito. 2.ed. São Paulo: Ridell, 2011.

VADE Mecum. **Código Penal**. 8ª.ed. São Paulo: Sarava. 2009.

VARELLA, D. **A teoria das janelas quebradas**: crônicas/Drauzio Varella. São Paulo: companhia das letras, 2010.

VENTURA, M. Direitos Humanos e Saúde: possibilidades e desafios. **Saúde e Direitos Humanos**, Brasília, ano 7, n. 7, p.87-100, 2010. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/popup/saude_direitos_humanos_ano7_n7.html> . Acesso em: 23 de ago. de 2012.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 4. ed. Bookman, Porto Alegre: 2010.

ZACARIAS A. E. C. **Lei de Execução Penal comentada**. 2 ed. São Paulo: Edijur; 2003.

ANEXOS

ANEXO A-
RELACÃO DOS MEDICAMENTOS PARA ATENDIMENTO DE PESSOAS PRESAS

Gabinete do Ministro - MS

PORTARIA Nº 3.270, DE 26 DE OUTUBRO DE 2010(*)

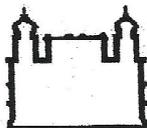
Estabelece o elenco de medicamentos para o atendimento das pessoas presas vinculadas às Equipes de Saúde do Sistema Penitenciário Brasileiro cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES Serviço/Classificação 100, dos Estados qualificados para o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário.

Quadro 3 - Elenco de medicamentos para atendimento ao sistema penitenciário para população feminina e masculina . Brasil, 2010a.

Medicamentos	Especificação Técnica
Albendazol comprimido Mastigável 400 mg	antiparasitário / anti-helmínticos
Amoxicilina comprimido 500 mg	antibiótico/antibacteriano
Atenolol comprimido 50 mg	Antihipertensivo
Beclometasona, Dipropionato 250 Mcg Spray Oral	Antiasmático
BenzilpenicilinaBenzatina pó para suspensão injetável 1.200.000 UI	antibiótico/antibacteriano
Benzilpenicilina Potássica + Benzilpenicilina Procaína pó para suspensão injetável 100.000 UI + 300.000 UI	antibiótico/antibacteriano
Captopril comprimido 25 mg	urgência hipertensiva
Cloridrato de Clindamicina Cápsula 300 mg	anti-infecante / lincosamidas
Dexametasona Colírio 0,1%	anti-inflamatório
Dexametazona creme 0,1%	anti-inflamatório
Dexclorfeniramina, Maleato de comprimido 2 mg	Antialérgico
Enalapril, Maleato comprimido 10 mg	vasodilatador/anti-hipertensivo
Fluconazol comprimido 150 mg	Antifúngico
Furosemida comprimido 40 mg	Insuficiência cardíaca / diurético
Gentamicina - Sulfato Colírio 5 mg/ml	anti-infecante
Glibenclamida comprimido 5 mg	antidiabético/hipoglicemiante
Gliconato de Clorexidina solução Bucal 0,12% c/ 500 ml	antissépticos/desinfetantes
Hidroclorotiazida comprimido 25 mg	diurético/anti-hipertensivo
Ibuprofeno comprimido 300 mg	anti-inflamatório/analgésico
Ibuprofeno comprimido 600 mg	anti-inflamatório/analgésico
Ivermectina comprimido 6 mg	antiparasitário / anti-helmínticos
Metformina 850 mg comprimido 850 mg	antidiabético/hipoglicemiante
Metoclopramida - Cloridrato comprimido 10 mg	Antiemético
Metronidazol comprimido 250 mg	tricomonocida/amebicida/antiprotozoário
Miconazol, Nitrato de creme 2% (kit masculino)	antifúngico / anti-infecante
Omeprazol comprimido 10 mg	Antissecretores
Omeprazol comprimido 20 mg	Antissecretores
Paracetamol comprimido 500 mg	analgésico/antitérmico
Permetrina Loção cremosa 5% Fr. c/60 MI	Antiparasitário
Prednisona comprimido 20 mg	antiinflamatório corticosteroide
Prednisona comprimido 5 mg	antiinflamatório corticosteroide
Preservativo Masculino – Unidade	contraceptivo/preservativo
Propranolol, cloridrato de comprimido 40 mg	bloqueadores adrenérgicos
Sais para reidratação oral - pó para solução oral	Reidratante
Salbutamol spray oral 100 mcg/dose - spray oral 100 mcg	Antiasmático
Sulfametoxazol+ Trimetropima comprimido 400 mg + 80 mg	Antibacteriano
Sulfato Ferroso comprimido 40 mg Fe	Antianêmico

Fonte:Brasil, 2010^a.

ANEXO B- CERTIDÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa



Rio de Janeiro, 10 de fevereiro de 2012.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – CEP/ENSP, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo, discriminado:

PROTOCOLO DE PESQUISA CEP/ENSP - Nº 304/11
CAAE: 0321.0031.000-11

Título do Projeto: “Saúde dos presidiários e direito social: um estudo de caso na unidade prisional de João Pessoa”

Classificação no Fluxograma: III

Será encaminhado à Conep (áreas temáticas especiais) e, portanto, deve aguardar a apreciação final desta para início da execução? Não

Pesquisadora Responsável: Aurilene Josefa Cartaxo Gomes de Arruda

Orientadora: Maria Helena Barros de Oliveira

Instituição Proponente: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP/FIOCRUZ

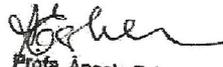
Data de recebimento no CEP-ENSP: 18 / 11 / 2011

Data de apreciação: 07 / 12 / 2011

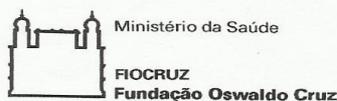
Parecer do CEP/ENSP: Aprovado.

Ressaltamos que a pesquisadora responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII.13.d., da resolução CNS/MS Nº 196/96*) de acordo com o modelo disponível na página do CEP/ENSP na internet.

Esclarecemos, que o CEP/ENSP deverá ser informado de quaisquer fatos relevantes (incluindo mudanças de método) que alterem o curso normal do estudo, devendo a pesquisadora justificar caso o mesmo venha a ser interrompido.


Profª Angela Esher
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa

***ANEXO C- OFÍCIO DE ENCAMINHAMENTO AO JUIZ DA VARA DE EXECUÇÕES
PENAIIS***



**AO EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ TITULAR DO 1º TRIBUNAL DO
JÚRI DA COMARCA DE JOÃO PESSOA- PARAIBA,**

Doutor Marcos William de Oliveira,

A Coordenação do Doutorado Inter-Institucional em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz, vem através desta apresentar a Vossa Excelência a Doutoranda **Aurilene Josefa Cartaxo Gomes de Arruda**, cuja proposta de Tese de Doutorado intitula-se “**Sistema Penitenciário da Paraíba: saúde dos apenados enquanto direito social garantido pelo Estado**”, que tem por objetivos analisar a conquista do direito à saúde dos apenados do Sistema Penitenciário da Paraíba, enquanto direito social, garantido pelo Estado; com também identificar a saúde sob a óptica do apenado em regime fechado e semi-aberto, buscando deste modo contribuir para a garantia do direito a saúde dos apenados do ponto de vista dos dois regimes mencionados. Na ocasião da pesquisa, teremos a participação voluntária para a coleta de dados do estudante de Direito do 9º período da Faculdade Paraibana Carlos André Guedes Linhares.

Dessa forma, solicitamos a autorização de Vossa Excelência para ingresso da referida pesquisadora no cenário do estudo afim de que a mesma possa iniciar a construção de sua Tese de Doutorado.

Informamos ainda, que o projeto está submetido ao Comitê de Ética da ENSP, exigência legal nas pesquisas que lidam com seres humanos, como também o resultado de todo estudo será devolvido para todas as interessadas participantes.

Sem mais, aproveitamos a oportunidade para reiterar votos de estima e consideração, nos colocando ao interior dispor de V. Exa. para quaisquer outras informações.

Atenciosamente,

Dr.ª Maria Helena Barros de Oliveira

Coordenadora do Doutorado Inter-Institucional em Saúde Pública ENSP/FIOCRUZ
Pesquisadora Titular e Doutora em Saúde Pública e Advogada da Fiocruz

Rio de Janeiro, 18 de Abril de 2011.

ANEXO D- OFÍCIO DE ENCAMINHAMENTO DO JUIZ PARA DIREÇÃO DO PRESÍDIO



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA
COMARCA DA CAPITAL
FÓRUM CRIMINAL MIN. OSWALDO TRIGUEIRO DE ALBUQUERQUE MELLO
7ª VARA CRIMINAL - PRIVATIVA DE EXECUÇÃO PENAL
 Av. João Machado, s/n - Centro - João Pessoa (PB) - CEP 58060-140 - Fone: (83) 3214-3944

Ofício nº 3814/2011

João Pessoa, 3/8/2011.

A Sua Senhoria, O Senhor,

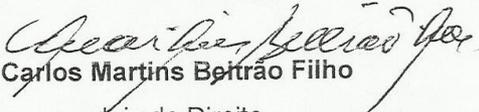
Diretor do Presídio Sílvio Porto

Mangabeira - Nesta

Senhor Diretor:

Informo a Vossa Senhoria que está autorizada a entrada da Sra. AURILENE JOSEFA CARTAXO GOMES DE ARRUDA, nessa Casa Penal a fim de realização de pesquisa com os apenados nos termos mencionados no requerimento, datado de 18/04/2011, cópia anexa, desde que observadas as devidas cautelas.

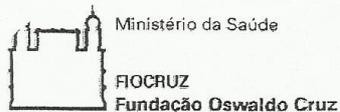
Atenciosamente,


Carlos Martins Beirão Filho
 Juiz de Direito

R. H.
15/08/11


 JOSE TORALDO COSTA DE ALBUQUERQUE
 Diretor Adjunto da Penitenciaría Des. Sílvio Porto

Verônica/Vep



Ao Juiz Titular da Vara de Execução Penal,

Excelentíssimo Doutor Juiz de Direito Carlos Martins Beltrão Filho

A Coordenação do Doutorado Inter-Institucional em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz, vem através desta apresentar a Vossa Excelência a Doutoranda Aurilene Josefa Cartaxo Gomes de Arruda, "Sistema Penitenciário da Paraíba: saúde dos apenados enquanto direito social garantido pelo Estado", que tem por objetivos analisar a conquista do direito à saúde dos apenados do Sistema Penitenciário da Paraíba enquanto direito social, garantido pelo Estado; com também identificar a saúde e a óptica do apenado em regime fechado e semi-aberto, buscando deste modo contribuir para a garantia do direito a saúde dos apenados do ponto de vista dos dois regimes mencionados. Na ocasião da pesquisa, teremos a participação voluntária para a coleta de dados do estudante de Direito do 9º período da Faculdade Paraibana Carlos André Guedes Linhares.

Dessa forma, solicitamos a autorização de Vossa Excelência para ingresso da referida pesquisadora no cenário do estudo afim de que a mesma possa iniciar a construção de sua Tese de Doutorado.

Informamos ainda, que o projeto está submetido ao Comitê de Ética da ENSP, exigência legal nas pesquisas que lidam com seres humanos, como também o resultado de todo estudo será devolvido para todas as interessadas participantes.

Sem mais, aproveitamos a oportunidade para reiterar votos de estima e consideração, nos colocando ao interior dispor de V. Exa. para quaisquer outras informações.

Atenciosamente,

Dr.ª Maria Helena Barros de Oliveira

Coordenadora do Doutorado Inter-Institucional em Saúde Pública ENSP/FIOCRUZ
Pesquisadora Titular e Doutora em Saúde Pública e Advogada da Fiocruz

Rio de Janeiro, 18 de Abril de 2011.

ANEXO E- MODELO DE PRONTUÁRIO GERAL PADRONIZADO



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA CIDADANIA E ADMINISTRAÇÃO
PENITENCIÁRIA
GERÊNCIA EXECUTIVA DO SISTEMA PENITENCIÁRIO - GESIPE
GERÊNCIA DE SAÚDE

PRONTUÁRIO GERAL PADRONIZADO

Observações Gerais:

- Este prontuário tem uma seqüência de atendimentos, que caracteriza a acolhida do apenado em sua chegada ao Sistema Prisional. Portanto, deverá seguir a ordem: serviço social/psicologia/atendimento médico e de enfermagem/odontologia/exames laboratoriais (pré-admissionais/pré-livramento)/prontuário específico (caso o apenado seja portador de HIV positivo ou TBC).
- Todas as vacinações deverão ser anotadas no modelo do cartão anexo, com cópia arquivada na Unidade.
- Este prontuário deverá acompanhar o apenado em caso de transferência para uma outra unidade prisional.
- O prontuário deverá ser encaminhado integralmente, inclusive resultados de exames e/ou radiografias, ultrassom, etc.

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS
ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO
AValiação DO ESTADO DE SAÚDE DO INGRESSO

Unidade: _____		Data da Avaliação: . /		
Nome do Ingresso: _____				
Data de Nascimento: / /		Nome da Mãe: _____		
HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL	Tuberculose? SIM () NÃO ()	Bronquite/Asma? SIM () NÃO ()		
	Pressão Alta? SIM () NÃO ()	Doença do Coração SIM () NÃO ()		
	Diabetes? SIM () NÃO ()	Anemia? SIM () NÃO ()		
	Hanseníase? SIM () NÃO ()	Doença de Pele? SIM () NÃO ()		
	Chagas? SIM () NÃO ()	Malária? SIM () NÃO ()		
	HIV-Aids? SIM () NÃO ()	DST? SIM () NÃO ()		
	Leishmaniose? SIM () NÃO ()	Esquistossomos? SIM () NÃO ()		
	Hepatite? SIM () NÃO ()	Ferimento/Trauma SIM () NÃO ()		
	Uso de Medicamento Contínuo? SIM () NÃO () Qual?			
	Portador de Necessidades Especiais? SIM () NÃO () Qual?			
Uso Abusivo de Alcool e Outras Drogas? SIM () NÃO ()				
SAÚDE BUCAL				
Dor de Dente? SIM () NÃO ()		Ferida na Boca? SIM () NÃO ()		
		Sangramento Genital? SIM () NÃO ()		
SAÚDE MENTAL				
Uso de medicamento controlado? SIM () NÃO () Qual?				
Faz acompanhamento na rede de saúde mental (CAPS)? SIM () NÃO ()				
SAÚDE DA MULHER				
Gravidez? SIM () NÃO ()		Se sim, fez Pré-Natal? SIM () NÃO ()		
Último exame preventivo (cérvico-uterino/mama): Mais de um ano () Menos de um ano ()				
Método Contraceptivo? SIM () NÃO () Qual?				
SINAIS E SINTOMAS	Febre? SIM () NÃO ()		Tosse há mais de duas semanas? SIM () NÃO ()	
	Perda de peso recente? SIM () NÃO ()		Mancha na pele/Cocleira? SIM () NÃO ()	
	Aumento do número de micções ao dia? SIM () NÃO ()			
	Tem problema de visão? SIM () NÃO ()		Tem Problema de audição? SIM () NÃO ()	
	Corrimento Genital? SIM () NÃO ()		Ferida Genital? SIM () NÃO ()	
		Verruga Genital? SIM () NÃO ()		
ENCAMINHAMENTOS				
Urgência () consulta Ambulatorial ()				
Clínico () Psiquiatra () Enfermeiro ()		Psicólogo () Cirurgião Dentista ()		
Assistente Social () Outros profissionais de saúde ()		Encaminhamentos externos ()		
OBSERVAÇÕES: _____				

Responsável pela aplicação do questionário: _____

Confeccionado por Apenados Presídio Sílvia Porto

FICHEIRO		FICHEIRO	
FICHA DE ATENDIMENTO			
Identificação da Unidade		Data: / /	
Nome da Unidade:			
Nome do profissional/e rubrica:			
Identificação do usuário - Nome social: _____ Profissão: _____			
Nome do usuário: _____			
Nome da Mãe: _____			
Sexo: () Masculino () Feminino Travesti/transsexual () Sim () Não Gestante: () Sim () Não			
Raça/Cor (auto-referida): () Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena			
Data de nascimento: / / Idade: _____			
Local de residência		Município: _____	
Bairro:		Estado: _____	
		[se estrangeiro] País: _____	
Situação Conjugal:		Escolaridade (anos concluídos):	
() Casado(a)/união estável () Viúvo(a)		() Nenhuma () de 8 a 11	
() Separado(a) () Não Informado		() de 1 a 3 () 12 ou mais	
() Solteiro(a)		() de 4 a 7 () Ignorado	
É a primeira vez que faz um teste anti-HIV na vida? () Sim () Não			
Como ficou sabendo do serviço?			
() Material de divulgação () Banco de Sangue () Serviço/Prof de Saúde			
() Amigos/Usuários () Jornais/rádio/TV () Serviço de Informação telefônica			
() Escola () Outra, qual: _____			
Tipo de parceiro nos ult. 12 meses:		Nº de parceiros sexuais nos últimos 12 meses:	
() Nunca teve relações sexuais		() Nenhum () 11 a 20	
() Só homens		() 1 () 21 a 50	
() Só mulheres		() 2 () 51 a 100	
() Homens e Mulheres		() 3 a 5 () + de 100	
() Travestis/Transsexuais		() 6 a 10 () Não Informado	
() Não Informado			
Tipo de exposição		Recorte Populacional:	
() Relação sexual sem camisinha () Transm/ Materno-infantil		() Usuário de Drogas	
() Uso de droga injetável (UDI) () Hemofílico/Transfusão		() Usuário de Drogas INJETÁVEIS	
() Uso de outras drogas (UD) () Não possui risco		() Profissional do sexo	
() Outros, quais: _____		() Homem que faz sexo com homem	
Teve alguma DST nos últ. 12 meses ano? () Sim () Não		() Outro: _____	
Uso de Drogas () Bebe ou já bebeu álcool com frequência			
na vida: () Usa ou usou drogas injetáveis (na veia)			
() Usa ou usou outras drogas (cocaína, crack, ecstasy, etc)			
() Tem ou teve parceiro(a) que usou drogas injetáveis			
Uso de camisinha nas relações com parceiro(a) fixo(a):			
() Nunca () Sempre () Às vezes () Não tem parceiro(a) fixo(a)			
Uso de camisinha nas relações com parceiro(a) eventual:			
() Nunca () Sempre () Às vezes () Não tem parceiro(a) eventual:			
Abordagem Consentida			
Permite contato:		Tipo de contato:	
() Sim () Não		() Telefônico () Correio () e-mail	
		() Visita () Outro, qual: _____	
Se permite visita ou por correio coletar endereço: _____			
Se permite telefone : Nº _____			
() Apenas com o (a) próprio (a) e/ou		Assinatura	
() Falar com: _____		do usuário:	

3

**GOVERNO
DA PARAÍBA**

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA EXECUTIVA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
GERÊNCIA OPERACIONAL DAS DST/AIDS

LAUDO PARA TESTE RÁPIDO COMO DIAGNÓSTICO DO HIV 1/2

AMOSTRA DE SANGUE TOTAL

Data da Coleta da Amostra: ___/___/___

TESTES UTILIZADOS:

Rapid Check () Bio-Manguinhos () Uni-Gold ()

RESULTADO DO TESTE RÁPIDO:

Amostra Não Reagente para HIV () Amostra Reagente para o HIV () Amostra Inválido para o HIV ()

() Resultado definido com a segunda amostra, conforme estabelecido pela portaria SVS/MS nº 151, de 14/10/2009.

ATENÇÃO:

"Em caso de suspeita de infecção pelo HIV, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data da coleta desta amostra".

Técnico Responsável/carimbo: _____



Av. Dom Pedro II, 1826 - Torre - João Pessoa-PB
☎ (83) 3218-7327 - 1 one/fax 3218-7444
E-mail: dstaids@saude.pb.gov.br



RX	
Torax	
US	
TC	

EXAME FÍSICO

Peso: Estatura: Pressão Arterial:

IMC (índice de massa corporal) Temperatura axilar:

VACINAÇÃO:

Influenza:	SIM ()	NÃO ()
Hepatite B	SIM ()	NÃO ()
Dupla Viral (sarampo/rubéola):	SIM ()	NÃO ()
Típlice Viral (sarampo/rubéola/caxumba)	SIM ()	NÃO ()
Dupla Adulto (difteria/tétano)	SIM ()	NÃO ()
Pneumococo:	SIM ()	NÃO ()
Febre Amarela:	SIM ()	NÃO ()

Antecedentes:

História Atual:

Impressão Diagnóstico:

Prescrição:

Planejamento de Atendimento:

ENTREVISTA COM O PARENTE:

ANTECEDENTES SOCIAIS, CURVA DE VIDA:

Conduta/Forma de Tratamento:

Outros Dados:

Encaminhamentos (se houver):

Evolução:

Data para o retorno: ____/____/____

Observações Gerais:

Local: _____

Data: ____/____/____

Psicólogo responsável:



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA CIDADANIA E ADMINISTRAÇÃO
PENITENCIÁRIA
GERÊNCIA EXECUTIVA DO SISTEMA PENITENCIÁRIO - GESIPE
GERÊNCIA DE SAÚDE

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO MÉDICOS/ENFERMAGEM

Unidade: _____

Anamnese: _____

Data: _____ / _____ / _____

Nome: _____

Prontuário: _____ Cor: _____

Data de Nascimento: _____ / _____ / _____ Idade: _____

Sexo: _____

Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____

Profissão: _____

QP:

HMA:

02BPP:

Passado de Hemotransfusão:

Data: _____ / _____ / _____

História Ginecológica:

HPP/HIV -:

HPP/DST:

HPP/Hepatite:

Hábitos:

Atitude de Risco:

Epidemiologia:

HF:

Passado de Hemotransfusão:

AMILASE								
UREIA								
F.Alcalina								
TGO								
TGP								
BT								
BD/BI								
PROTEÍNA								
TOTAL								

EXAMES	DATA							
A.G								
COLESTEROL								
TRIGLICÉRIDES								
GLICEMIA								
AC ÚRICO								
LDH								
PAPANICOLAU CITOLOGIA ONCÓTICA								

EPF - EXAMES PARASITOLÓGICO DE FEZES (citar o método)

DATA	RESULTADO

URINA ROTINA: (data/destacar os valores/achados anormais)

Profissional: _____

Data: _____ / _____ / _____

(exames subsequentes assinar e datar)



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
 SECRETARIA DE ESTADO DA CIDADANIA E ADMINISTRAÇÃO
 PENITENCIÁRIA
 GERÊNCIA EXECUTIVA DO SISTEMA PENITENCIÁRIO - GESIPE
 GERÊNCIA DE SAÚDE

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PSICOLÓGICO

Unidade: _____

ANAMNESE:

IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____

Vulgo: _____

Filiação:

Pai: _____ Prof: _____

Mãe: _____ Prof: _____

Idade: _____ Data de Nascimento: _____

Cor: _____ Religião: _____

Grau de Escolaridade: _____ Prof: _____

Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____

Data da Entrevista: _____ / _____ / _____

Motivo da Entrevista:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anamnese | <input type="checkbox"/> Acompanhamento Individual |
| <input type="checkbox"/> Acompanhamento Familiar | <input type="checkbox"/> Escuta Terapêutica |
| <input type="checkbox"/> Terapia Individual | <input type="checkbox"/> Terapia de Grupo |
| <input type="checkbox"/> Emissão de Parecer | |

Obs: Caso seja emissão de parecer, citar o tipo de benefício:

Queixa Principal:

Há Quanto Tempo?

Atitude Frente às Queixas:

Pai:

Mãe:

Antecedentes Familiares e Colaterais:

Antecedentes Pessoais:



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
 SECRETARIA DE ESTADO DA CIDADANIA E ADMINISTRAÇÃO
 PENITENCIÁRIA
 GERÊNCIA EXECUTIVA DO SISTEMA PENITENCIÁRIO-GESIPE
 GERÊNCIA DE SAÚDE

Prontuário do Paciente Portador de TBC

Nome: _____

Prontuário: _____

Unidade Prisional Atual:
 (especificar o local acometido): _____

Cultura: _____ Data: ____/____/____

Pesquisa direta BAAR: _____ Data: ____/____/____

Histologia: _____

Medidas de controle realizadas (inclui busca de sintomatologia respiratórios):

Esquema Prescrito de Medicamentos:

Evolução:

Alta/Cura _____ Data: ____/____/____

Profissional Responsável: _____

Atendimentos Subseqüentes (datar e assinar): _____

Confeccionado por Apenados Presídio Sílvia Porto



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
 SECRETARIA DE ESTADO DA CIDADANIA E ADMINISTRAÇÃO
 PENITENCIÁRIA
 GERÊNCIA EXECUTIVA DO SISTEMA PENITENCIÁRIO - GESIPE
 GERÊNCIA DE SAÚDE

Prontuário de Paciente Portador de Hanseníase

Nome: _____

Prontuário: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade Atual: _____

Unidade Prisional: _____

História da Moléstia Atual:

Há casos de Hanseníase na família? _____ Quantos? _____

Convive com algum caso de Hanseníase atualmente? _____

Exame de Pele:

Manchas e/ou placas e/ou nódulos? () não () sim

Local das lesões: _____

Diminuição da sensibilidade nas áreas correspondentes a estes nervos?

() não () sim

Diminuição da força muscular nas áreas correspondentes a estes nervos?

() não () sim

Diagnóstico:

Hanseníase? () não

Conduta: _____

() sim/forma clínica () I () T () D () V

Classificação operacional: () Paucibacilar () Multibacilar

Obs: Se confirmado o diagnóstico de Hanseníase, preencher e encaminhar a ficha de notificação Sinan-Hanseníase.

TRATAMENTO:

- () Paucibacilar () PQT 06 doses
() Multibacilar () PQT 12 doses
() PQT 24 doses

Outros medicamentos (tratamento de surto reacional): _____

BACILOSCOPIA: () não realizado () negativo () positivo

Outras informações: _____

Nome do profissional ao atendimento: _____

Assinatura:

Atendimento subsequente datar e assinar.



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA CIDADANIA E ADMINISTRAÇÃO
PENITENCIÁRIA
GERÊNCIA EXECUTIVA DO SISTEMA PENITENCIÁRIO - GESIPE
GERÊNCIA DE SAÚDE

Prontuário de Saúde Bucal

Nome: _____ Idade _____

Unidade Prisional: _____

AVALIAÇÃO GERAL			
Palpitações?	Sim Não	Hepatite?	Sim Não
Pressão Alta?	Sim Não	Asma?	Sim Não
Portador de Prótese?	Sim Não	Bronquite?	Sim Não
Marcapasso?	Sim Não	Enfisema?	Sim Não
Sopro no Coração?	Sim Não	Pneumonia?	Sim Não
Doença Reumática?	Sim Não	Tuberculose?	Sim Não
Falta de Ar ao Exercitar?	Sim Não	Sinusite?	Sim Não
Pés e Pernas que Incham?	Sim Não	Tosse com Frequência?	Sim Não
Infarto do Miocárdio?	Sim Não	Cicatrização Difícil?	Sim Não
Sangramento Prolongado?	Sim Não	Diabetes?	Sim Não
Anemia?	Sim Não	Perda de Peso?	Sim Não
Transfusão de Sangue?	Sim Não	Micção Frequente?	Sim Não
Doenças no Sangue?	Sim Não	DST?	Sim Não
Citar:		Citar:	
Desmaios?	Sim Não	Sede Intensa?	Sim Não
Tonturas?	Sim Não	Vacinas em Dia?	Sim Não
Convulsões?	Sim Não	Traumatismo Facial?	Sim Não
Distúrbio Psiquiátrico?	Sim Não	Tratamento por Radiação?	Sim Não
Deficiente Mental?	Sim Não	Uso de Alcool?	Sim Não
Glaucoma?	Sim Não	Uso de Fumo?	Sim Não
Úlcera Apar. Digestivo?	Sim Não	Hospitalização?	Sim Não
Cirrose?	Sim Não	Cirurgia?	Sim Não
Faz Tratamento Médico?	Sim Não	Grávida?	Sim Não
Alergia a Medicamentos?	Sim Não	Citar:	
Medicamentos em uso:			
Posologia:			

ANOTAÇÕES COMPLEMENTARES:

Já Fez Trat. Odontol? Sim	Não	Fez Trat. Completo? Sim	Não
Halitose? Sim	Não	Respirador Bucal? Sim	Não
Dor	Dentes	Gengiva	Rosto ATM
Hábitos Relacionados a Cav. Bucal			
Uso de Próteses Não Fixa Rem Total Parcial Infer. Super.			
Anotações Complementares:			

EXAME EXTRA-ORAL:

EXAME EXTRA-ORAL:		DATA: ___/___/___
Faces	ATM	
Lesões	Edemas	
Simetria Facial	Linfonodos	
Conjuntiva	PA	
Respiração	Pulso	
Anotações Complementares:		

EXAME BUCAL:

EXAME BUCAL:		DATA: ___/___/___
Lábios	Freios	
Assoalho	Palato	
Lingua	Oro-Faringe	
Mucosa Jugal		
Gengiva	Sadia	Edemosa
Sangramento Gengival	Ausente	Com estímulo Espontaneo
Lesão de Mucosa	Localização	Sintomatologia
Característica		
Biópsia	CID	
Higiene Bucal		
Anotações Complementares:		

DATA: ____ / ____ / ____

CD

DENTES															
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

CÓDIGOS: H - Hígido/Cárie Incipiente O - Restauração Aceitável C - Cárie Envolvendo Dentina/Cárie Envolvendo Polpa/Rest. Não Aceitável
 EX - Extraído EI - Extração Indicada

EXAMES SOLICITADOS:

DATA	REGIÃO/DENTE	TRABALHO REALIZADO	ASSINATURA/CD

Declaro que as informações prestadas são verdadeiras e autorizo a execução do tratamento

ASSINATURA: _____

DATA: ____ / ____ / ____

DATA: ____ / ____ / ____ CD:

DENTES															
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38



SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA
 Gerência Executiva de Saúde do Sistema Penitenciário
 Secretaria de Estado da Saúde
 Núcleo de Doenças Crônico-Degenerativas

CONTROLE MENSAL DE DIABETES MELLITUS

MÊS/ANO: _____/2012

Unidade Prisional	Nº de Consultas		Sexo		Nº de Pacientes com exames de Glicemia			Tratamento		
								Dieta	Insulina	
	Inicial	Subsequente	Masc.	Fem.	Leve	Moderada	Severa		NPH	Regular

CONTROLE MENSAL DE HIPERTENSÃO ARTERIAL

Unidade Prisional	Nº de Consultas		Sexo		Nº de Pacientes com Pressão Arterial			Tratamento		
								Dieta	Hidroclorotiazida	Propranolol
	Inicial	Subsequente	Masc.	Fem.	Leve	Moderada	Severa			

RESPONSÁVEL TÉCNICA: _____

SECRETARIA DE CIDADANIA E ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA
 GERÊNCIA DE SAÚDE PENITENCIÁRIA/PB
 AV. DOM PEDRO II, 1826 - TORRE - JOÃO PESSOA/PB
 FONE/FAX: (83)3218-6584



SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA
 Gerência Executiva de Saúde do Sistema Penitenciário
 Secretaria de Estado da Saúde

REGISTRO DOS PRINCIPAIS PROCEDIMENTOS REALIZADOS PELA EQUIPE DE SAÚDE

PROCEDIMENTO	Nº DE PROCEDIMENTOS REALIZADOS NO MÊS /2012
CURATIVO	
INJEÇÃO	
INALAÇÃO	
SUTURA	
RETIRADA DE PONTOS	
DIARREIA	
TRO	
FRATURA	
AVC	
INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO	
EXAME DE ESCARRO	
TUBERCULOSE	
COMUNICANTES DE TB EXAMINADOS	
HANSENIASE	
COMUNICANTES DE HANSENIASE EXAMINADOS	
INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
HEPATITES VIRAIS	
AIDS	
DST	

RESPONSÁVEL TÉCNICA: _____

FICHA 06

SECRETARIA DE CIDADANIA E ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA
 GERÊNCIA DE SAÚDE PENITENCIÁRIA /PB
 AV. DOM PEDRO II, 1826 - TORRE - JOÃO PESSOA/PB
 FONE/FAX: (83)3218-8684

 Sistema Único de Saúde		 ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS)			
				NOME: _____		CNPJ/CPF: _____	
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL ATENÇÃO BÁSICA		ENDEREÇO: _____		ESTADO: _____ UF: _____			
		MUNICÍPIO: _____		DATA DO ATENDIMENTO: ____/____/____			
		PROFISSIONAL: _____		FOLHA: _____			
		ESPECIALIDADE: _____		CBO: _____			
Nº	PACIENTE				PROCEDIMENTO	DIAGNÓSTICO/TRATAM. REALIZADO	
	NOME DO PACIENTE	ENDEREÇO DO PACIENTE	SEXO	IDADE	CÓDIGO		
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL							
D1				09			
D2				10			
D3				11			
D4				12			
D5				13			
D6				14			
D7				15			
D8				16			
ASS. DO PROFISSIONAL - CARIMBO				ASS. DO REVISOR - CARIMBO			

***ANEXO F-LISTAGEM DE EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS PARA OS SERVIÇOS DE
SAÚDE NAS UNIDADES PRISIONAIS***

Quadro 3 – Listagem de equipamentos elencados no Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário. Brasil, 2004, 2008a.

EQUIPAMENTOS GERAIS	EQUIPAMENTOS ODONTOLÓGICOS
Microcomputador compatível com Pentium 3-800 MHZ	Amalgamador
Frigobar para armazenamento de material biológico coletado para exames	Aparelho fotopolimerizador
2 mesas tipo escritório	Cadeira odontológica
6 cadeiras	compressor
1 escada com dois degraus	Equipo odontológico
1 foco com haste flexível	Estufa ou autoclave
1 esfigmomanômetro adulto	Mocho
1 estetoscópio	Refletor
1 balança antropométrica adulto	Unidade auxiliar
1 mesa de instrumentos	Instrumental Odontológico Mínimo*:
1 carrinho de curativos	Alveolótomo
1 recipiente para esterilização de instrumentos	Aplicador para cimento (duplo)
2 caixas térmicas para transporte de material biológico	Bandeja de aço
1 autoclave vertical	Brunidor
1 balde com pedal	Cabo para bisturi
1 banqueta giratória cromada	Cabo para espelho
1 armário vitrine	Caixa inox com tampa
1 lanterna clínica para exames	Condensadores (tamanhos variados)
1 negatoscópio	Cureta de periodontal tipo de Gracey (vários números)
1 oftalmoscópio	Curetas alveolares
1 cuba retangular com tampa	Elevadores (alavancas) para raiz adulto
1 suporte para soro	Escavador de dentina (tamanhos variados)
1 glicosímetro	Esculpidor Hollemback
1 tesoura SIMS reta	Espátula para cimento
1 tesoura de Mayo - Reta 14 cm	Espelho odontológico
2 portas agulha Hegar	Fórceps adultos (vários números)
6 pinças Halstead (mosquito)	Frascos Dappen de plástico e de vidro
6 pinças Kelly reta	Lamparina
6 pinças Pean	Lima óssea
6 pinças Kocher reta	Pinça Halstead (mosquito) curva e reta
6 pinças Kocher curva	Pinça para algodão
6 pinças Foerster (coração)	Placa de vidro
2 tambores médios	Porta agulha pequeno
6 cubas redondas	Porta amálgama e Porta Matriz
6 cubas retangulares	Seringa Carpule e Sindesmótomo
6 cubas rim	Sonda exploradora e periodontal milimétrica
Cubas para solução	Tesoura cirúrgica reta e curva, de íris e standard

*Em quantidade proporcional ao número de atendimentos diários previstos.

Nota: Por se tratar o estudo em presídio masculino, os equipamentos a serem utilizados em presídios femininos não foram apontados nessa tabela, embora estejam contemplados no anexo B do PNSSP.

Fonte: BRASIL, 2004 e 2008a.

APÊNDICE

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA – ENSP - RJ
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ-RJ
MINISTÉRIO DA SAÚDE**

Você está sendo convidado pela aluna do Doutorado Interinstitucional em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública / Fundação Oswaldo Cruz- FIOCRUZ/RJ, Ministério da Saúde, **AURILENE JOSEFA CARTAXO GOMES DE ARRUDA**, sob a orientação das Professoras **Dras. Maria Helena Barros de Oliveira e Dra. Maria Cristina Rodrigues Guilam**, para participar da pesquisa **“Saúde dos presidiários e direito social: um estudo de caso na Unidade Prisional de João Pessoa- Paraíba”**, cujo objetivo é analisar a atenção à saúde prestada aos presidiários da Unidade Prisional do Município de João Pessoa-PB. **A seleção para obtenção de suas respostas será de forma aleatória, sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, você poderá desistir e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a Instituição.** A pesquisa é pertinente, pois trata-se do cumprimento dos direitos sociais enquanto saúde que devem ser assegurados a você. Sua participação consistirá em nos informar como está sendo prestada a saúde para vocês. Vamos utilizar um gravador e complementações através de anotações em nosso roteiro. Iremos garantir a confidencialidade das informações e o anonimato - vamos utilizar nomes fictícios escolhidos por nós - de maneira a preservar o anonimato perante pessoas e instituições. Utilizaremos um local apropriado e reservado, de forma a evitar constrangimentos e assegurar o seu bem-estar e liberdade para responder aos questionamentos. Os benefícios com o resultado dessa pesquisa aplicada a vocês, presidiários, dar-se-á pelo problema do tema, a situação da atenção à saúde prestada a indivíduos em situação de privação de liberdade, problemas de direitos sociais e a correta aplicação da legislação vigente.

Ao término desta pesquisa, gostaria de solicitar sua autorização para apresentá-la em eventos científicos, seminários, congressos, bem como publicar em revistas científicas.

Declaro que entendi os objetivos da pesquisa, riscos e benefícios de minha participação e concordo em participar de livre e espontânea vontade.

Ass. do Sujeito da Pesquisa _____

Ass. da Pesquisadora _____

Pesquisadora – Aurilene Josefa Cartaxo Gomes de Arruda

Telefax para contato João Pessoa-PB (83) 32167248 E-mail; aurilene_cartaxo@ensp.com.br

Contato: Escola Nacional de Saúde Pública-RJ, Rua: Leopoldo Bulhões nº1480, CEP: 21041-210, Terreo/ Fundação Oswaldo Cruz- FIOCRUZ – MS. Telefone 0XX(21)2598-2863. Ou Av: Brasil, nº 4365 – Manguinhos, CEP: 21040-360, Rio de Janeiro - RJ Brasil.

Apenas para Analfabetos Polegar Direito



APÊNDICE B – FORMULÁRIO PARA ESTUDO DESCRITIVO DO CAMPO DA PESQUISA**FORMULÁRIO PARA ESTUDO DESCRITIVO DO CAMPO DA PESQUISA**

1-Localização Geográfica:

2-Descrever as condições de estrutura física da unidade de saúde.

3- Descrever a estrutura física dos pavilhões das celas, especificando:

Quantidade e capacidade das celas, situação das paredes, janelas, pisos, iluminação, ventilação e condições das grades.

4-Descrever outras variáveis encontradas.

5- Condições de estrutura funcional

Número de agentes de segurança penitenciária

Quantidade total de presidiários

Quantidade de presidiários por celas

Existência de programa de reinserção

APÊNDICE C – FORMULÁRIO DIRIGIDO AOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE SAÚDE**FORMULÁRIO DIRIGIDO AOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE SAÚDE****1-PERFIL DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR PRESTADORA DA ASSISTÊNCIA DE SAÚDE NO PRESIDIO**

1.1 Quantidade de equipes _____

1.2 Categorias por equipe:

1.2.1 Enfermeiro

Idade

Sexo

Renda salarial

Tempo de formação

Tempo de exercício profissional

Tempo de atuação no presídio

Carga Horária

Possui cursos de capacitação? Especifique a área

Possui Pós – Graduação? Especifique a área

Forma de ingresso no Sistema

1.2.2 Técnico de Enfermagem

Idade

Sexo

Renda salarial

Tempo de formação

Tempo de exercício profissional

Tempo de atuação no presídio

Carga Horária

Possui cursos de capacitação? Especifique a área

Possui Pós – Graduação? Especifique a área

Forma de ingresso no Sistema

1.2.3 Médico

Idade

Sexo

Renda salarial

Tempo de formação

Tempo de exercício profissional

Tempo de atuação no presídio

Carga Horária

Possui cursos de capacitação? Especifique a área

Possui Pós – Graduação? Especifique a área

Forma de ingresso no Sistema

1.2.4 Odontologo

Idade

Sexo

Renda salarial

Tempo de formação

Tempo de exercício profissional

Tempo de atuação no presídio

Carga Horária

Possui cursos de capacitação? Especifique a área

Possui Pós – Graduação? Especifique a área

Forma de ingresso no Sistema

1.2.5 Assistente Social

Idade

Sexo

Renda salarial

Tempo de formação

Tempo de exercício profissional

Tempo de atuação no presídio

Carga Horária

Possui cursos de capacitação? Especifique a área

Possui Pós – Graduação? Especifique a área

Forma de ingresso no Sistema

1.2.6 Psicologo

Idade

Sexo

Renda salarial

Tempo de formação

Tempo de exercício profissional

Tempo de atuação no presídio

Carga Horária

Possui cursos de capacitação? Especifique a área

Possui Pós – Graduação? Especifique a área

Forma de ingresso no Sistema

1.2.7 Auxiliar de Consultório Odontológico

Idade

Sexo

Renda salarial

Tempo de formação

Tempo de exercício profissional

Tempo de atuação no presídio

Carga Horária de Trabalho

Possui cursos de capacitação e/ou pós - graduação na área?

Forma de ingresso no Sistema

2-DEPOIMENTOS DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DA SAÚDE EM RELAÇÃO ÀS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO SERVIÇO DE SAÚDE DO PRESIDIO

Quantos presidiários encontram-se acometidos por doenças dentro dos pavilhões?

Quais as doenças que acometem esses presidiários?

Esses presidiários doentes estão sendo tratados?

Quais as atividades desenvolvidas pela equipe?

Quais as dificuldades encontradas no serviço que interferem no desenvolvimento das suas ações realizadas pela equipe de saúde?

APÊNDICE D – FORMULÁRIO DIRIGIDO AOS PRESIDÁRIOS

FORMULÁRIO DIRIGIDO AOS PRESIDÁRIOS

1-PERFIL DOS PRESIDÁRIOS

Faixa etária

Grau de escolaridade

Estado civil

Número de filhos

Profissão exercida antes da chegada ao presídio

Atividade desenvolvida dentro do presídio

Crime praticado

Tempo da pena cumprida e a cumprir

2-DEPOIMENTOS DOS PRESIDÁRIOS EM RELAÇÃO À QUALIDADE DO SERVIÇO DE SAÚDE PRESTADA NO PRESIDIO.

Você percebe melhoria no espaço físico destinado à unidade de saúde?

Você sabe quem são os profissionais da saúde?

Quando vocês adoecem, como é realizado o atendimento nessa unidade de saúde?

Como é realizado o atendimento em situação de emergência?

Quais as atividades, utilizadas pela equipe de saúde, para prevenir as doenças?

Você acha que, enquanto preso, seus direitos à saúde estão sendo respeitados? Justifique a sua resposta.

O que você acha que poderia melhorar para que a atenção à sua saúde fosse garantida?

Em sua opinião, o Estado tem cumprido o seu papel no contexto do direito à saúde?