

ASSISTÊNCIA E CONDIÇÕES DE SAÚDE NAS PRISÕES DE SANTA CATARINA, BRASIL

Fernando Balvedi Damas¹

RESUMO

Objetivos: Este estudo analisa as condições das unidades prisionais do estado de Santa Catarina e da aplicação das políticas de saúde voltadas para o sistema prisional. **Métodos:** Estudo qualitativo, transversal, descritivo-observacional. Uma amostra representativa das unidades prisionais foi submetida à análise observacional (observação-participante), e foram conduzidas entrevistas semi-estruturadas com os administradores destas unidades para análise de discurso. **Resultados:** A precariedade das unidades prisionais de Santa Catarina evidencia a má aplicação das políticas de saúde no sistema carcerário. A superlotação, infra-estrutura precária e déficit em recursos humanos estão relacionados a problemas de saúde nas prisões, principalmente, HIV, tuberculose e outras doenças infecciosas, doenças respiratórias, dermatoses e transtornos mentais. A desassistência na saúde compromete a segurança da unidade prisional e da sociedade. **Conclusão:** A ressocialização dos detentos é indissociável das condições de saúde nas prisões. Esta pesquisa mostra como o entendimento de saúde pública e coletiva está intimamente relacionado com o sistema prisional: enquanto os direitos dos detentos foram negligenciados, toda a sociedade sofre com as conseqüências.

Palavras-chave: Prisões. Prisioneiros. Saúde pública. Sistema Prisional.

1 INTRODUÇÃO

Dentre as finalidades da pena privativa da liberdade imposta pelo poder judiciário, estão a inibição da prática criminal, o isolamento de indivíduos socialmente perigosos e sua reabilitação. Este último parece ser o maior desafio, por diversos motivos. Condições de infraestrutura, organização, e de serviços são necessários para alcançar os objetivos propostos. Na perspectiva da saúde coletiva, considerando saúde no seu conceito mais amplo, as unidades prisionais devem propiciar um ambiente favorável através de acesso à assistência à saúde, psicossocial, pedagógico, entre outros direitos previstos em leis.

De acordo com o Departamento Penitenciário Nacional, no ano de 2008, 496.251 indivíduos encontravam-se detidos nas unidades prisionais do país, enquanto que, no estado de Santa Catarina, haviam 14.541 reclusos, distribuídos nas 6.792 vagas disponíveis. Até junho de 2012, a população carcerária brasileira aumentou para 549.577 pessoas, o que

¹ Graduação em Medicina pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) em 2005. Especialização em Psiquiatria pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC) em 2008. Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) em 2011. Médico Psiquiatra da Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina. Membro do grupo condutor da Rede de Atenção Psicossocial de Santa Catarina. E-mail: nandobd@gmail.com.

significa uma média de 288,14 indivíduos presos para cada 100 mil habitantes (BRASIL, 2010; BRASIL, 2012).

O estudo de Carvalho et al (2003), sobre o perfil sociodemográfico, história penal, uso de drogas e doenças sexualmente transmissíveis da população carcerária do Estado do Rio de Janeiro, mostrou que o detento é, em geral, um indivíduo jovem, de baixa escolaridade, que apresenta ruptura de vínculos da vida social em várias dimensões para ambos os sexos. Segundo Assis (2007), aproximadamente 95% do contingente carcerário brasileiro é oriundo das classes socialmente excluídas, ou seja, pobres, com baixa qualificação profissional e desempregados, e que, muitos deles, foram “empurrados” ao crime por não terem tido outras oportunidades. Tal população está sujeita a ambientes altamente precários e insalubres, celas superlotas, além de má-alimentação, sedentarismo, uso de drogas e falta de higiene. Tais condições são propícias à proliferação de epidemias e desenvolvimento de patologias. Ou seja, acaba ocorrendo a dupla penalização do condenado: a privação da liberdade e o precário estado de saúde que ele adquire durante a sua permanência no cárcere. Neste sentido, grande parte das rebeliões e fugas de presos pode ser encarada como uma resposta e um alerta às autoridades para as condições desumanas a que são submetidos (ASSIS, 2007).

Estima-se que ocorra um número considerável de casos de DST/Aids, tuberculose, pneumonias, dermatoses, transtornos mentais, hepatites, traumas, diarreias infecciosas, hipertensão arterial e *diabetes mellitus* (SANTA CATARINA, S/D).

De acordo com informações contidas no site da Secretaria Executiva de Justiça e Cidadania de SC (18/06/2010), foram registrados 14.276 presos em 48 unidades prisionais, representando 0,2% da população e contribuindo com quase 10% dos casos de tuberculose do estado. O risco de contrair a doença nas prisões de SC é mais de 400 vezes mais, sendo a taxa de incidência da doença nas prisões (no ano de 2009) de 1.022 por 100.000 habitantes, enquanto que a mesma taxa no estado é de 27 por 100.000 habitante (JUNKS, 2011).

Coelho et al (2009) encontraram uma prevalência de infecção pelo vírus da hepatite C na Penitenciária de Ribeirão Preto (SP), entre maio a agosto de 2003, de 8,7%. Strazza et al (2007) encontraram uma prevalência para HIV e HCV de 13,9% e 16,2 %, entre mulheres detentas numa penitenciária de São Paulo, em 2000. Autores como Carvalho et al (2006) consideram o uso de drogas dentro das prisões como parte do adoecimento da população carcerária, encontrando-se muitas vezes associado a infecções com hepatite C, infecções potencialmente transmissíveis pela via sexual, como hepatite B, HIV, entre outras.

As prisões são cenários de constantes violações dos direitos humanos, e os problemas demonstram que o Brasil vem aniquilando qualquer possibilidade de os presos virem a se recuperar, ao mesmo tempo em que gasta dinheiro com um sistema cruel que forja mais criminosos (MAGNABOSCO, 1998). Não é de surpreender que, com a tamanha precariedade, o sistema de ressocialização do egresso prisional seja ineficaz - em média, 90% dos ex-detentos voltam a delinquir. O mesmo preso que sofre as penúrias do ambiente prisional será o cidadão que logo estará de volta ao convívio social (ASSIS, 2007).

A situação atual ocorre por falta de dispositivos legais. Com a Declaração dos Direitos Humanos, a comunidade das Nações Unidas buscou assegurar como direitos básicos dos cidadãos a saúde, a segurança pessoal, a presunção da inocência e o direito de justiça, entre outros, além de rejeitar as práticas de tortura ou castigo (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948). Outros instrumentos legais internacionais também foram criados para a preservação dos direitos dos detentos, como p. ex., a Declaração Americana de Direitos e Deveres do Homem e a Resolução da ONU que prevê as Regras Mínimas para o Tratamento do Preso.

Em âmbito nacional, a Constituição da República Federativa Nacional de 1988, baseada nas idéias democráticas da Declaração Universal dos Direitos Humanos, trouxe em sua redação a saúde como direito de todos e dever do Estado, e defende a dignidade, liberdade e igualdade para todos os cidadãos (BRASIL, 1988). O direito à saúde do detento também é amparado pela lei de Execução Penal (Lei 7.210), que prevê o direito à saúde como uma obrigação do Estado (BRASIL, 1984). Há ainda outros instrumentos legais de iniciativa dos ministérios da Saúde e da Justiça, através de Portarias Interministeriais, que buscam prover a atenção integral à saúde da população prisional.

Da mesma forma, instrumentos legais específicos para o estado de Santa Catarina, onde a Secretaria do Estado de Saúde criou o Plano Operativo Estadual de Atenção Integral à Saúde da População Prisional, visando ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças nas Unidades Prisionais (SANTA CATARINA, 2008).

Este artigo objetiva mostrar o panorama do sistema prisional catarinense sob o escopo teórico da Saúde Pública e Coletiva, mostrando como as políticas de saúde pública estão inseridas no contexto da população carcerária.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo-observacional, e que foram utilizados os recursos da revisão bibliográfica, observação participante e entrevistas. A coleta de dados empíricos neste estudo ocorreu através da visitação de uma amostra das unidades prisionais do estado, que foram submetidas à análise observacional, com a participação dos administradores destas unidades que consentiram com a realização de entrevistas. Os instrumentos de pesquisa consistiram, portanto, na observação participante dos locais de estudo, com o registro de dados num roteiro, e as entrevistas semi-estruturadas que foram submetidas à análise das falas, além da análise documental.

Recorreu-se a uma amostra não probabilística das unidades prisionais do estado de Santa Catarina, contemplando a representatividade de todo o sistema prisional catarinense para generalização dos resultados (BARDIN, 2002). De acordo com o grau de complexidade, as unidades prisionais do estado de Santa Catarina podem ser categorizadas em: penitenciária (PT), presídio (PS), unidades prisionais avançadas (UPA), ou ainda outra unidade especial (UE). De um total de 42 unidades prisionais oficiais no estado de Santa Catarina (2011), foi realizada uma amostragem de 17 unidades, considerando-se critérios de regionalização e tipo de estabelecimento prisional. O quadro 1 mostra o perfil das unidades selecionadas, identificadas simbolicamente, para preservação do anonimato dos participantes.

| Tipo de estabelecimento | Unidades | Região do estado | Participação | |
|-----------------------------------|----------|------------------|--------------|------------|
| | | | Observação | Entrevista |
| Penitenciárias (4) | PT1 | A | + | + |
| | PT2 | B | - | + |
| | PT3 | C | + | + |
| | PT4 | D | - | - |
| Presídios (6) | PS1 | A | + | + |
| | PS2 | B | + | + |
| | PS3 | C | + | + |
| | PS4 | D | - | - |
| | PS5 | E | - | - |
| | PS6 | F | + | + |
| Unidades Prisionais Avançadas (4) | UPA1 | A | + | - |
| | UPA2 | D | + | - |
| | UPA3 | E | + | + |
| | UPA4 | F | + | + |
| Unidades especiais (3) | UE1 | B | + | + |
| | UE2 | B | - | - |
| | UE3 | C | - | - |

Quadro 1– Amostra das unidades da pesquisa.

Fonte: Dados da pesquisa, 2011

Todas as unidades que permitiram a entrada do pesquisador na unidade foram incluídas, assim como todas as falas dos administradores que concordaram em participar da entrevista foram incluídas na análise. Das 17 unidades prisionais da amostra, em 11 unidades pôde-se realizar a observação participantes, e em 10 unidades pôde-se aplicar as entrevistas com os administradores (Quadro 1).

De acordo com Ludke & Meda (1986), a posição do pesquisador nesta pesquisa adéqua-se à de “observador-participante”, papel em que a identidade do pesquisador e os objetivos do estudo são revelados ao grupo pesquisado desde o início. Apesar de ter acesso a uma gama variada de informações, até mesmo confidenciais, deve pedir cooperação ao grupo, que poderá controlar o que será ou não tornado público.

As visitas às unidades prisionais foram conduzidas utilizando-se um roteiro, em que se previa o preenchimento de uma grade de observação e a realização de entre entrevista semi-estruturada com os administradores. Nos registros observacionais possibilitou-se a tomada de notas descritivas e analíticas a respeito dos fatos e situações observadas para posterior análise, A entrevista com os administradores seguiu um instrumento de orientação, servindo como facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação, caracterizando-se como entrevista semi-estruturada, pois o entrevistador pode acrescentar perguntas de esclarecimento (MINAYO, 2004). Só foram incluídos como participantes da pesquisa os administradores que consentiram com o procedimento e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para registro dos dados foi utilizada a gravação direta em arquivo de áudio.

Paralelamente às entrevistas, realizou-se uma análise documental crítica sobre os assuntos pertinentes, principalmente no que diz respeito às condições de saúde das prisões e aplicação das políticas públicas de saúde aos detentos. A revisão de literatura sistematizou-se através da busca em banco de dados nacionais e internacionais com as palavras-chaves: saúde, prisões, saúde mental, prisioneiros, sistema prisional, saúde pública, políticas de saúde, etc. Foram pesquisadas bases de dados nacionais em saúde (Bireme, Scielo, Biblioteca Virtual em Saúde), assim como teses e dissertações do banco de teses da CAPES e da biblioteca digital de teses e dissertações. Também se procedeu à pesquisa de bases de dados estrangeiras em saúde (PubMed) e multidisciplinar (Scopus e Web of Science), buscando-se pelos descritores: prisões, prisioneiros, sistema prisional e saúde pública, além de que se recorreu à análise de documentos oficiais nacionais, regionais ou locais a respeito do sistema prisional.

O projeto de pesquisa está cadastrado no Sistema Nacional de Informações Sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (SISNEP). Foi aprovado pelo coordenador do programa de pós-graduação em saúde pública da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), assim como pelo Diretor Geral do Departamento de Administração Prisional (DEAP). Recebeu aprovação pelo ao Comitê de Ética de Pesquisas com Seres Humanos da UFSC (CEPSH), através do processo no. 921, FR 359484.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados serão apresentados em duas partes: a) Assistência à saúde e assistência social na unidade prisional; b) Principais problemas de saúde entre os detentos.

3.1 ASSISTÊNCIAS À SAÚDE E SOCIAL DENTRO DA UNIDADE

Todas as unidades prisionais contam de alguma forma, com um suporte em assistência à saúde dos detentos. Das unidades visitadas, apenas três contam com uma equipe mínima, própria da unidade, capaz de prover assistência próxima aos princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990), de universalidade, equidade e integralidade. As demais dependem de funcionários externos, da prefeitura, de outras unidades, ou mesmo voluntários (Quadro 2).

| Unidade | Serviços e equipe de saúde | Demanda* |
|-----------------------|--|---|
| PT1 | Própria: médicos (clínico e psiquiatra), enfermeiro, técnicos de enfermagem, dentista, psicólogas, assistentes sociais, terapeuta ocupacional. | Farmacêutico |
| PT2 | Própria: enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentistas, psicólogas, assistentes sociais. | Médicos |
| PT3 | Própria: médicos (clínico e psiquiatra), técnico de enfermagem, dentista, psicólogo, assistente social. | Equipe de saúde da família, dentista, assistente social |
| PS1 | Própria: odontólogo. Externo: emergências médicas | Médico, enfermeiro, farmacêutico, etc |
| PS2 | Própria: técnico de enfermagem. Externa: médico clínico, dentista e assistente social (todos voluntários). | Técnico de enfermagem e médico |
| PS3 | Externa: dentista, médico clínico do município e psiquiatra de outra unidade. | Enfermeiro, assist. social, psicólogo e farmacêutico |
| PS6 | Externa: equipe de saúde da família do município (dentista, médico e enfermeiro) e psicólogo de outra unidade. | & |
| UPA1 ^{&} | Externa: médico da família do município. | & |
| UPA2 ^{&} | Própria: psicólogo. Externa: médico da família e técnico de enfermagem do município. | & |

Continua...

Continuação

| Unidade | Serviços e equipe de saúde | Demanda* |
|---------|---|--------------------------------|
| UPA3 | Externa: psicólogo, médico clínico e enfermeiro. | & |
| UPA4 | Externa: equipe de saúde da família (dentista, médico e equipe de enfermagem). | Enfermeiro e assistente social |
| UE1 | Própria: médicos (psiquiatras e clínico), enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentistas, psicólogos, assistentes sociais, educador físico. | Terapeuta ocupacional |

Quadro 2 – Serviços de saúde nas unidades prisionais e demanda.

Fonte: Dados da pesquisa, 2011.

*Maior demanda na percepção do administrador.

&Não informado ou não acessado.

As penitenciárias contam com equipes de saúde próprias, porém uma das penitenciárias visitadas não tem médico, e depende de profissionais de unidades de saúde externas (centros de saúde e hospitais). A unidade especial visitada há equipe de saúde completa, porém insuficiente para a demanda, de acordo com o administrador. Nenhum dos presídios têm equipe de saúde: um conta apenas com um odontólogo, e outro com um técnico de enfermagem. Os presídios dependem de serviços de profissionais do município (centros de saúde), do estado (hospitais), e de voluntários. Em um dos presídios, há três profissionais de saúde que prestam serviços voluntários (médico, dentista e assistente social). As unidades prisionais avançadas, da mesma forma, não contam com equipe de saúde própria – todas dependem de serviços externos. Em apenas uma das UPAs há um profissional de saúde da área da psicologia.

Uma das penitenciárias visitadas possui prédio específico da saúde, onde são realizados os procedimentos relacionados à assistência à saúde dos detentos. Noutra penitenciária, existe no interior uma ala específica para tais procedimentos. Em todas as unidades visitadas os detentos possuem prontuário médico. Faz-se exceção um presídio, em que o administrador está há pouco tempo no cargo e não soube informar. O sistema prisional conta também com um sistema informatizado (IPEN) (CARVALHO et al, 2006), que pode registrar também informações relacionadas à saúde e doenças. Porém, nenhum dos administradores está totalmente satisfeito com os serviços de saúde ofertados em sua unidade. Há duas unidades (um presídio e uma penitenciária) em que a situação é mais crítica, em que uma população de cerca de mil indivíduos não conta com assistência médica interna:

“A demanda aqui é muito grande. São mais de 1200 presos. Existe uma carência natural do preso já, e ele quer ser assistido. E a saúde é um dos pontos que tem quer ser muito bem atendida. E a falta do médico aqui realmente... eu gostaria de ter médico todos os dias, (...) Aí, com certeza metade dos nossos problemas de disciplina resolveria.” (PT2)

O administrador de um presídio, que conta com a visita semanal de um médico, reclama da frequência insuficiente deste profissional

“Não seria suficiente. Mas é o que a gente pode dispor. Porque às vezes acumula, numa semana tem dez presos para atender, na outra tem vinte, trinta.” (PS3)

Em geral, em situações de urgências médicas, os agentes prisionais recorrem para o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), em alguns casos, recorre-se também aos bombeiros ou em centros de saúde (quando se localizam próximo à unidade prisional). Percebe-se como unidades com fraco suporte de saúde internamente, principalmente quando há carência de médicos, acaba por concorrer com os serviços de saúde da comunidade.

Sobre o SAMU: “Muitas vezes não vêm por causa do efetivo, mas é aberto, é chamado, porque como se trata de saúde eu não autorizo ninguém colocar um enfermo dentro da viatura para levar para o hospital. Porque vai que morra dentro da viatura, pode acontecer várias outras coisas, e aí como é que vou justificar, ninguém vai entender. Então o que a gente faz, aguarda aqui chama o SAMU, é aberto o chamado então se acontecer qualquer coisa com o indivíduo está aberto o chamado.” (PS1)

Nas penitenciárias, está previsto o cargo de Gerente de saúde, o que não ocorre em outras unidades. Em presídios, UPAs e outras unidades, é comum o administrador delegar a função de gerenciar a saúde dos detentos para um agente prisional:

“Eu tenho um agente penitenciário, que tirei ele do plantão para cuidar do setor de saúde. Agenda consultas (...) com o detento que está com alguma deficiência, uma moléstia, e faz todo o encaminhamento, até pedido ao judiciário para que atenda os detentos com deficiência na saúde. (...). Nós estamos recorrendo ao pronto atendimento, e consultas marcadas particular pela família dos detentos. (...) O ideal seria que tivesse um médico na unidade, facilitaria até o trabalho. A gente tem que buscar a escolta policial, viatura.” (PS1)

Todas as unidades prisionais visitadas contam com profissional odontólogo prestador de serviço, seja interna ou externamente. Numa UPA, em que o administrador conta com a visita de profissionais da saúde do município, tanto os casos urgentes como queixas odontológicas, o indivíduo é levado nas unidades básicas de saúde, e, tais serviços foram conquistados através de negociação com a secretaria municipal de saúde. Em unidades onde o odontólogo presta serviço dentro da unidade, houve a queixa de alguns administradores de que a falta de material é fator limitante do exercício deste profissional. Dois participantes relatam melhora importante na atenção à saúde bucal nos últimos anos, sendo que, um deles, possui o registro do número de procedimentos realizados.

“Quando cheguei aqui, havia cerca de 250 intervenções anuais fora da unidade prisional como, por exemplo, com relação à saúde bucal - os dentistas. Hoje eu faço 1.500 atividades dentro da unidade prisional, porque a comunidade foi receptiva, ganhamos alguns equipamentos que eram necessários para que isso pudesse dar andamento, e hoje fizemos 1.500 atividades, sem deslocamento para fora da unidade prisional.” (PT1)

Um administrador, que conta com uma equipe de saúde multiprofissional, reclama da necessidade de terapeuta ocupacional. O administrador de um presídio vê a necessidade de psicólogo para acompanhamento dos detentos e identificação de casos de transtorno mental. A necessidade de enfermeiro foi citada por três administradores. Também foram três administradores queixaram-se da falta de assistente social ou da necessidade de maior número destes profissionais em vista da demanda:

“Doutor, você não tem noção da quantidade de família que me liga, pedindo: passagem de ônibus pra visitar o preso... pedindo cesta básica... pedindo dentista... pedindo se eu consigo consulta na policlínica... Eu preciso de uma assistente social!” (UPA4)

Na maior parte das unidades prisionais, não há profissional de saúde habilitado (p. ex, técnico de enfermagem) para a administração da medicação. Nestes casos, é o agente prisional responsável por dispensar a medicação, ou o próprio detento fica com a medicação. Em uma unidade prisional, este serviço é realizado por um detento formado em enfermagem. E, mesmo em unidade grandes, como penitenciárias, onde há técnicos de enfermagem, os recursos humanos são insuficientes para a demanda, sendo comum ocorrerem problemas relacionados:

“A detenta resolveu tomar tudo. Tiveram que internar no hospital. Ele era líquido, mas era remédio semelhante ao diazepam. (...) Aí o médico falou assim: (...) ‘De repente poderia ter mais consequência’. Então precisaria um profissional da área saúde (...) Porque eles acham que o presídio, como é para ser pra presos provisório (...) então não teria essa necessidade para ter esses profissionais.(...) Porém, a gente tem mais de cem em execução de crime, porque não tem vaga na penitenciária, e acabam cumprindo pena aqui. E as mulheres porque não tem lugar, tem que cumprir pena aqui. (...).Os agentes tem que se desdobrar. Pegar atribuições que não são do cargo” (PS3)

Em nenhuma das unidades foi observado a presença de profissionais pertencentes à Estratégia da Saúde da família (ESF) internamente. Dois administradores de penitenciárias intencionam implantar o programa para o atendimento dos detentos. Há a percepção que

alguns segmentos da sociedade discriminam os direitos dos detentos (entre eles, o direito à saúde), o que, na verdade, têm repercussão negativa e aumenta os riscos:

“Se eu deixar de observar que o indivíduo aqui dentro do sistema prisional (...) eu vou ter que tirar ele desse sistema prisional e levar ele para concorrer com o que já é escasso lá fora, sem contar de outras inseguranças que eventualmente pode haver, né. (...) E até subsidiando eles de alguma ação, podendo na verdade facilitar algum tipo de ação de resgate.(...)” (PT1)

3.2 PRINCIPAIS PROBLEMAS DE SAÚDE ENTRE OS DETENTOS

De modo geral, os administradores identificam como corriqueiro entre os detentos as queixas banais relacionadas à saúde, mais freqüentemente relacionadas a dores de cabeça, febre, torções. Por outro lado, não minimizam as doenças de maior gravidade, e neste ponto, não há consenso entre os administradores sobre os principais problemas de saúde nas diferentes unidades (Quadro 3).

| Principais problemas de saúde relatados | No. de citações | Unidades prisionais |
|---|-----------------|-----------------------------|
| Tuberculose | 06 | UE1, PT1, PS1, PS3 PT2, PT3 |
| Dermatoses | 03 | UPA4, PS3, PS6 |
| Problemas de ordem mental | 03 | PS2, UPA4, UPA3 |
| Problemas respiratórios | 03 | PT1, PS3, PS6 |
| HIV | 03 | PS2, PT2, UPA3 |
| Doenças infecciosas em geral | 01 | PS2 |
| Dependência de terceiros | 01 | UE1 |
| Cardiopatia | 01 | PS2 |
| Odontológicos | 01 | PT3 |
| De ordem social | 01 | PT3 |

Quadro 3 – Problemas de saúde relatados.

Fonte: Dados da pesquisa, 2011.

Dois administradores identificam doenças sazonais – no verão são mais comuns as dermatoses, e, no inverno, os problemas respiratórios. Em algumas unidades, os administradores têm a percepção que a maior parte dos problemas de saúde mais graves são crônicos, não relacionados com a detenção ou unidade, e que os detentos já as “trouxeram da rua”, ou então já vem com alguma predisposição para contraí-las:

“Eu vejo assim a saúde: o indivíduo já vem para cá com as mazelas. Então ele é condenado, tem uma bronquite asmática (...) tuberculose, enfim. Quando ele entra dentro da unidade prisional ele vem com esse problema da rua, cardiopata (...), enfim, todas as doenças que ele pode ter em liberdade ele vai ter elas aqui dentro da prisão” (PT1)

Noutras unidades, que apresentam condições mais precárias, é comum o administrador fazer a correlação com a manifestação de doenças entre os detentos:

“Acho que um pouco é devido ao lugar úmido. Que é propiciado pelas infiltrações, pela umidade que tem. E, às vezes, a proliferação de doenças de pele, eles tem muito contato. Porque eles estão na mesma cela, tem que dormir no mesmo colchão. Tem que ficar sempre atento para que haja um controle. (...) Dormem no mesmo colchão. Porque não tem como ter um colchão para cada um. Mais é gripe, resfriado, problemas de respiração.” (PS3)

Reconhece-se que a falta de um diagnóstico precoce favorece a transmissão de doenças infecto-contagiosas, e, conseqüentemente, reduziria o custo com ações envolvendo o tratamento, considerando que, os gastos de tratar um indivíduo dentro do sistema prisional são maiores, por envolver transferências, encaminhamentos, escolta, viatura, etc. Não obstante, também a falta de ações preventivas e de diagnóstico precoce acaba por sobrecarregar os serviços públicos de saúde:

“O que falta mesmo é equipe de saúde. Se tivesse, eu acho que a demanda para outros hospitais também da rede pública seria minorado (...) Acho que o custo de uma equipe de saúde numa unidade prisional acaba sendo mais barato que você ficar deslocando o preso para unidades hospitalares, fora com escolta, e tudo...” (UE1)

Em relação à tuberculose, apenas três das unidades visitadas contavam com infraestrutura física e de recursos humanos para o manejo adequado. A maioria dos administradores revelou não estar preparados para lidar com o problema: Um dos administradores revelou que ocorreu um óbito na semana anterior à visita, devido tuberculose.

“Vem com tuberculose, e aí até identificar, ou fazer exames disso (...) Às vezes não sabe que tem. Então, numa cela, tu põe um com tuberculose lá tem seis, oito” (PS3)

“Não chega perto do ideal, porque a gente teria que ter material para trabalhar com esses detentos, até para saúde dos agentes... máscaras... teria que ter uma conscientização, a gente sabe, (...) eu acho que deveria ser investido nessa prevenção.” (PS1)

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana adquirida (HIV) foi citada por três administradores. Foi possível quantificar a prevalência do número de infectados pelo vírus HIV em duas unidades: numa UPA o percental é de 7,4%, e num presídio é de 5,9%. Parece haver uma minimização, negação e racionalização da situação do HIV no sistema prisional,

tanto pela fala de um deles, quanto pela falta de citação do problema por parte da maioria dos administradores:

“Não é um numero grande a gente tem apenas (5,9%²) aqui dentro pra mim até me surpreendeu que eu acreditava que tinha um numero maior. (...) Eu até acredito que seja uma das unidades mais controladas.” (PS2)

Em uma das unidades, o administrador queixou-se de estar com pessoas dependentes de cuidados intensivos, e da falta de recursos humanos para essa demanda. Um dos participantes relacionou os problemas de saúde e psicológicos dos detentos com a carência de assistente social, e ressaltou os aspectos positivos para a saúde mental do detento de ter suas questões sociais atendidas.

“O preso, ele está 80% do atendimento da segurança, se a gente fazer um levantamento, vão ser referente a assistente social. (...) Social, e conseqüentemente psicológica. Se o preso lá ele está comendo bem - ele está encarcerado mas está comendo bem, ele tem assistente social, ele está sendo ouvido, ele está vendo que o processo dele esta andando, que ele está sendo ouvido, assistido, a penitenciária, enfim, as cadeias elas tendem a ficarem mais tranqüila.” (PT3)

Em duas unidades houve a citação das doenças dermatológicas, sendo que, em ambas, os administradores relacionam-nas diretamente com os hábitos de higiene pessoal do preso. Alguns administradores identificam aspectos psicológicos que identificam nos indivíduos na condição de detento, tais como a regressão, psicossomatização, depressão, identificação e a transferência, e que, em alguns casos, a reação pode se estender, causando transtornos mentais, principalmente quando associado à dependência química:

“O que pega eles geralmente é nos dois primeiros meses, mas eu acho que é mais o efeito psicológico, o impacto de cadeia né. Até eles não dormem, eles querem remédio para dormir, eles querem para dor de cabeça, tal, tal.” (UPA4)

“Usuários provavelmente todos que entram aqui - a maioria, pelo menos 80% com certeza, está relacionada ao uso de drogas, tráfico de drogas. (...) Já esta virando padrão dentro do sistema prisional.” (PT3)

“Muitos eu acho que é pela privação da liberdade, (...) é o que ocasiona esses distúrbios nesses indivíduos, e a falta de droga também, a abstinência. (...) É a dependência química que vai levando eles ao extremo...(PS1)

² Deu-se preferência por citar o número percentual em detrimento do número bruto

Os achados desta pesquisa confirmam que a prisão é, em si, é uma violência à sombra da lei. Porém, o problema da prisão tem sua raiz mais profunda, na estrutura econômica, política e social do país. Tem se observado que a ressocialização é incompatível ao encarceramento, nas condições atuais em que se encontram as prisões brasileiras. Muitos condenados sofrem um efeito devastador sobre sua personalidade com o aprisionamento, através do reforço de valores negativos e agravamento de distúrbios de conduta (MAGNABOSCO, 1998).

A industrialização e a modernização capitalista se traduziram, nos países periféricos e América Latina, na internacionalização acelerada do capital, industrialização e urbanização também aceleradas, fortes migrações do campo para as cidades, uma desigualdade abissal entre os mais ricos e os mais pobres, e, conseqüentemente, maiores níveis de criminalidade. É papel do Estado a socialização das condições gerais de produção, que deve realizar a regulação social para atenuar os efeitos das desigualdades, da exclusão e da mutilação capitalista em relação às classes trabalhadoras, assim como empregar da melhor maneira os recursos públicos destinados aos meios de consumo coletivo - serviços de saúde, educação, transporte, saneamento, lazer, etc. (MINAYO, 2004).

Considerando-se as origens sociais da criminalidade, seus níveis de refletem diretamente a situação social que se encontra o país. Embora o Direito Penal e o sistema prisional sejam apresentados como de natureza igualitária, visando atingir indistintamente as pessoas em função de suas condutas, têm na verdade um caráter eminentemente seletivo, estando estatística e estruturalmente direcionados às camadas menos favorecidas da sociedade. Ou seja: não se pode vislumbrar uma expectativa de melhoria do sistema penitenciário e nem uma redução dos índices de criminalidade se não for revisto o modelo de política econômica e social do nosso país, que desde o período colonial privilegia a exclusão social e a concentração de renda. A comprovação de que a pena privativa de liberdade não tem se mostrado eficaz no Brasil para ressocializar o indivíduo preso está no elevado índice de reincidência, em torno de 90% (ASSIS, 2007).

4 CONCLUSÃO

A precariedade das unidades prisionais de Santa Catarina mostra a discrepância entre as legislações e a realidade do sistema prisional. Esta pesquisa encontrou como principais achados:

1. Grande diversidade entre as unidades prisionais catarinenses, em que a grande maioria encontra-se em estado precário, e a regra é a superlotação;
2. São reconhecidos como os principais problemas no ambiente prisional o HIV, tuberculose e outras doenças infecciosas, doenças do sistema respiratório, os transtornos mentais, e as dermatoses;
3. Outros problemas de saúde nas unidades prisionais estariam relacionados a problemas crônicos que os detentos já possuíam antes de ingressar no sistema prisional;
4. Há uma carência enorme por profissionais de saúde de diversas áreas, principalmente médicos, assistentes sociais, enfermeiros e técnicos de enfermagem. A grande maioria das unidades não conta com equipe de saúde mínima, e, das que contam, na vasta maioria a oferta de serviços não é suficiente para a demanda;
5. Dentro das ações de saúde, a saúde bucal é a que melhor vem sendo desenvolvida dentro do sistema prisional;
6. A desassistência na saúde compromete a segurança da unidade prisional e da sociedade.

Há uma relação intrínseca entre os problemas relacionados com a saúde dos detentos e a segurança das unidades prisionais. A falta de acesso à saúde dos detentos pode afetar a segurança interna das prisões ou mesmo em nível de segurança pública, sendo identificadas diferentes situações: a) Eventos e doenças agudas em detentos podendo gerar de rebeliões internas, dando oportunidade de ações de fuga e investidas contra o agente prisional; b) Falta de assistência à saúde sendo usada por grupos criminosos como um “motivo” para rebeliões internas, aliciamento de outros detentos para ações criminosas complexas; c) Procedimentos de saúde realizados externamente e internações geram necessidade de escolta policial ou de agentes prisionais, retirando o efetivo da polícia militar das ruas para a segurança da população ou de agentes prisionais para a segurança da unidade prisional; d) Procedimentos de saúde realizados externamente dando oportunidade para ações criminosas na rua em unidades de saúde.

A reflexão sobre o campo de saúde no sistema prisional catarinense se abre inevitavelmente para as ciências sociais e políticas, pois a deterioração das condições de vida de contingentes imensos da população aglomerados nas cidades (e, no caso, nas cadeias), levanta questões que exigem respostas mais amplas que a definição apenas biológica da

doença não consegue explicar. A crescente consciência social de que a luta pela saúde faz parte da construção da cidadania e a contrapartida de que a saúde também é tema de interesse político-social reafirmam este ponto de vista.

A ressocialização dos detentos é indissociável das condições de saúde nas prisões, que, em sua definição mais ampla, está associada a oferta de uma abordagem integrada de assistência médica, pedagógica, jurídica e laboral aos detentos, favorecendo a inclusão social. Esta pesquisa como o entendimento de saúde pública e coletiva está intimamente relacionado com o sistema prisional: enquanto negligenciamos os direitos dos detentos, toda a sociedade sofre com as conseqüências.

Não é o aumento na quantidade de criminosos atrás das grades que significa melhora na sensação de segurança da população; é a repetição de delitos que mantém a sensação de medo nas pessoas. Portanto, enquanto continuarmos negligenciando os direitos dos detentos, toda a sociedade pagará as conseqüências: a convivência com os altos níveis de criminalidade, com repercussões negativas na saúde e qualidade de vida, além do custo financeiro em manter um sistema prisional caro e ineficaz - atualmente, o custo médio de um preso é maior do que de um estudante universitário. Na realidade brasileira, esbarra-se, com freqüência, na questão econômica e de retorno de investimento. Se, por um lado, o custo da implementação de serviços de saúde e reinserção social nas unidades prisionais é alto, por outro lado, o retorno ocorre a longo prazo. Em termos políticos, significa que investir em recursos para as unidades prisionais não traz retorno em votos.

CARE AND HEALTH CONDITIONS IN THE PRISONS OF SANTA CATARINA, BRAZIL

ABSTRACT

Objectives: This study examines the conditions of prisons in the state of Santa Catarina (Brazil), and the implementation of health policies to the prison system. **Methods:** Qualitative study, transversal, descriptive and observational. A representative sample of prisons was submitted to the observational analysis (participant observation), and were conducted semi-structures interviews with the managers of these units for speech analysis. **Results:** The precariousness of the prisons of Santa Catarina shows the poor implementation of health policies in the prison system. Overcrowding, poor infrastructure and a deficit in human resources are related to the health problems in prisons, especially HIV, tuberculosis and other infectious diseases, respiratory diseases, skin diseases and mental disorders. The lack of health services compromises the security of the prison unit and the society. **Discussion:** The rehabilitation of prisoners is linked to the health conditions in prisons. This research shows

how the collective and public health is closely related to the prison system: while the rights of the detainees were neglected, the whole society suffers the consequences.

Keywords: Prisons. Prisoners. Public health. Prisional System.

REFERÊNCIAS

ASSIS, R. D. A realidade atual do sistema penitenciário brasileiro. **Revista CEJ**, Brasília, v. 11, n. 39, p. 74-78, out./dez. 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2002.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988.

BRASIL. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de execução penal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, jun. 1984.

BRASIL. Lei no. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, set. 1990.

BRASIL. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. Infopen. **População carcerária brasileira**. 2010. Disponível em: < <http://portal.mj.gov.br>>. Acesso em: jul. 2010.

BRASIL. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. **Relatórios estatísticos – analíticos do sistema prisional de cada Estado da Federação**. Brasília: Ministério da Justiça, 2008. Disponível em: < <http://www.mj.gov.br/data/Pages/MJD574E9CEITEMIDC37B2AE94C6840068B1624D28407509CPTBRIE.htm> >. Acesso em: jul. de 2010 a mar. de 2012.

CARVALHO, M. L. et al. Perfil dos internos no sistema prisional do Rio de Janeiro: especificidades de gênero no processo de exclusão social. **Ciência da Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 461-471, abr./jun. 2006.

CARVALHO, M. L. **Sistema prisional e drogas: interfaces em uma sociedade violenta**. 2003. 134 f. Tese (Doutorado em Medicina Social)-Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

COELHO, H. C. et al. Marcadores preditivos para infecção do vírus da hepatite C em presidiários brasileiros. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, MG, v. 42, n. 4, p. 369-372, jul./ago. 2009.

JUNKS, N. M. **Análise da situação da tuberculose no sistema prisional de Santa Catarina**. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde, 2011.

LUDKE, M.; MEDA, A. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. **Métodos de coleta de dados: observação, entrevista e análise documental**. São Paulo: EPU, 1986.

MAGNABOSCO, D. Sistema penitenciário brasileiro: aspectos sociológicos. **Jus Navigandi**, Teresina, v. 3, n. 27, dez. 1998.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucite, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DAS NAÇÕES UNIDAS. Assembléia Geral das Nações Unidas. **Declaração dos direitos humanos**. Paris: ONU, 1948.

SANTA CATARINA. Secretaria do Estado da Saúde. Diretoria Estadual de Vigilância Sanitária. **Manual de orientações sobre as normas sanitárias do sistema carcerário**. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde, 2005.

STRAZZA, L. et al. Estudo de comportamento associado à infecção pelo HIV e HCV em detentas de um presídio de São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 197-205, jan. 2007.

Submetido em: 20/11/2012
Aceito para publicação em: 13/12/2012