



Revista Bioética

ISSN: 1983-8042

ISSN: 1983-8034

Conselho Federal de Medicina

Valim, Edna Maria Alves; Daibem, Ana Maria Lombardi; Hossne, William Saad

Atenção à saúde de pessoas privadas de liberdade

Revista Bioética, vol. 26, núm. 2, 2018, Abril-Junho, pp. 282-290

Conselho Federal de Medicina

DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422018262249>

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361558416015>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em [redalyc.org](http://www.redalyc.org)

UABEM
[redalyc.org](http://www.redalyc.org)

Sistema de Informação Científica Redalyc

Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal

Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto



PESQUISA

Atenção à saúde de pessoas privadas de liberdade

Edna Maria Alves Valim¹, Ana Maria Lombardi Daibem², William Saad Hossne³

1. Universidade Federal do Triângulo Mineiro; Departamento de Microbiologia, Imunologia e Parasitologia; Instituto de Ciências Biológicas e Naturais; Uberaba/MG, Brasil. 2. Centro Universitário São Camilo; Programa de Pós-Graduação em Bioética, São Paulo/SP, Brasil. 3. *In memoriam*

Resumo

O direito à saúde, assegurado pela atual Constituição, ainda não foi efetivado para as pessoas privadas de liberdade. Somente nos últimos anos ocorreram ações governamentais visando reintegrar socialmente essas pessoas pela educação, trabalho e saúde. Trata-se de estudo qualitativo para verificar a realização de consulta e orientação sobre serviço de saúde no momento do ingresso em uma penitenciária de Minas Gerais, Brasil. Foram entrevistadas 21 pessoas nessa situação, e a maioria referiu ausência de consulta no ingresso, inexistência de orientação sobre funcionamento da unidade de saúde prisional, bem como situações nas quais são encaminhadas para atendimento extramuros. Ainda foram relatadas dificuldade para atendimento, insatisfação com conduta terapêutica e preocupação com transmissão intrainstitucional de doenças. Considerando que a falta de consulta e orientação nesse momento podem gerar danos irreparáveis, buscou-se, com base na bioética, refletir sobre a negligência do Estado para com o custodiado em situação de vulnerabilidade.

Palavras-chave: Bioética. Acesso aos serviços de saúde. Atenção à saúde. Prisoneiros. Prisões.

Resumen

Atención de la salud de personas privadas de libertad

El derecho a la salud, garantizado por la actual Constitución, aún no se ha efectivizado para las personas privadas de libertad. Solo en los últimos años tuvieron lugar acciones gubernamentales destinadas a la reinserción social de estas personas, a través de la educación, el trabajo y la salud. Se trata de un estudio cualitativo para verificar la realización de consultas y orientaciones sobre el servicio de salud en el momento del ingreso a una penitenciaría de Minas Gerais, Brasil. Se entrevistaron 21 personas en esta situación, y la mayoría hizo referencia a la falta de atención en el ingreso y a la inexistencia de orientación sobre el funcionamiento de la unidad de salud de la prisión, y a las situaciones en las que se deriva a la atención extramuros. Además, reportaron dificultades en la asistencia, insatisfacción con el enfoque terapéutico y preocupación por la transmisión intrainstitucional de enfermedades. Considerando que la falta de atención y orientación en este momento puede causar daños irreparables, se buscó, sobre la base de la bioética, reflexionar sobre la negligencia del Estado hacia el custodiado en situación de vulnerabilidad.

Palabras clave: Bioética. Accesibilidad a los servicios de salud. Atención a la salud. Prisioneros. Prisiones.

Abstract

Attention to the health of people deprived of their liberty

The right to health, guaranteed by the current Constitution, has not yet been implemented for persons deprived of their liberty. Only in the last years did government actions aim at the social reintegration of these people, through education, work and health. This is a qualitative study to verify the accomplishment of consultation and guidance on health service at the time of admission to a penitentiary in the State of Minas Gerais, Brazil. Twenty-one people in this situation were interviewed. The majority reported an absence of consultation at admission, and the lack of guidance on the functioning of the prison health unit as well as on the situations in which they would be referred for extramural care. There were also reports of difficulties in being attended to, dissatisfaction with therapeutic conduct, and concern with intra-institutional transmission of diseases. Considering that the lack of consultation and guidance at the time of admission can cause irreparable damage, this study, based on Bioethics, sought to reflect on State negligence regarding inmates in a vulnerable situation.

Keywords: Bioethics. Health services accessibility. Health care (public health). Prisoners. Prisons.

Aprovação CEP-UFTM CAAE 49917315.0.0000.5154 e CEP-Unisc CAAE 49917315.0.3001.0062

Declararam não haver conflito de interesse.

Os direitos sociais, previstos na Constituição Federal¹, não foram implementados de forma simultânea à população brasileira. O direito à saúde, *direito de todos e um dever do Estado*, assegurado pelo artigo 196 da Constituição¹ e pelas Leis 8.080², que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), e 8.142³, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, não foi garantido a pessoas privadas de liberdade (PPL). Com o objetivo de orientar a reintegração social do prisioneiro, somente nos últimos anos foram adotadas medidas governamentais para cumprir o dever do Estado na assistência a PPL por meio de educação, trabalho e saúde, conforme disposto na Lei 7.210⁴, a Lei de Execução Penal (LEP).

No que concerne à saúde, após anos de discussões, foi publicada a Portaria Interministerial do Ministério da Saúde/Ministério da Justiça (MS/MJ) 1.777/2003⁵, que instituiu o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), enfatizando a necessidade de política pública de saúde especializada. Assegurando a transferência de recursos, essa política deve ter como base principal justiça, ética, cidadania, direitos humanos, equidade e participação no processo democrático de direitos e do controle social. Existem grandes distorções na efetivação do direito à saúde para parte expressiva da população brasileira, na qual se incluem as PPL.

As PPL no país têm maior vulnerabilidade social, devido à posição que ocupam na sociedade, com acesso restrito a bens e serviços e poucas oportunidades. Encontram-se reclusas em unidades prisionais, em condições desfavoráveis de habitação, salubridade e acesso a ações de saúde. Com isso, essas pessoas podem ter a saúde física e mental mais comprometidas, se comparadas à população em geral⁶.

O PNSSP tem sido considerado marco na atenção à saúde no contexto prisional brasileiro ao estabelecer a lógica da atenção básica para as equipes de saúde do sistema. Entretanto, ainda que o PNSSP não tenha sido implementado de forma homogênea e simultânea em todas as unidades do sistema penitenciário do país, em 2014 foi instituída, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (Pnaisp)⁷. A Portaria Interministerial MS/MJ 1/2014⁷ dispõe sobre as condições para a adesão a essa política e à pactuação para o prestar atenção básica de saúde no sistema prisional.

No Brasil, os cidadãos são considerados como inseridos nas relações sociais; porém, isso não garante que pessoas vulneráveis tenham suas

necessidades e direitos atendidos. Segundo Sarmiento, *é no processo de universalização que se vislumbra o aspecto mais patológico do processo de afirmação da dignidade humana no Brasil*⁸. O fator econômico está relacionado à geração da desigualdade, mas outros fatores interferem na definição dos que serão atingidos. Os pobres são estigmatizados, e, em circunstâncias específicas, *outros grupos vulneráveis como os negros, os indígenas, as mulheres, os homossexuais, os presos e as pessoas com deficiências, cada um do seu modo*⁸.

É responsabilidade do Estado proteger os direitos da pessoa, em especial daquelas que se encontram impossibilitadas de exercê-los plenamente. Conquanto existam marcos jurídicos de abrangência internacional ou regional, observa-se a manutenção, de modo particular em cada estado, das dificuldades que impedem que pessoas vulneráveis exerçam plenamente seus direitos. Para prisioneiros essas dificuldades assumem proporção maior em variados aspectos, entre os quais os relacionados ao acesso à educação, ao trabalho e também à atenção à saúde.

Existem atualmente oito tratados internacionais que buscam garantir os direitos humanos na atenção ao paciente. Esses tratados são vinculantes para os Estados que os ratificaram, mas possuem força moral e política mesmo em países que não o fizeram⁹. A Organização das Nações Unidas (ONU) supervisiona o cumprimento dos tratados por parte dos Estados e pode receber e examinar denúncias de violação dos direitos humanos⁹. Um desses tratados é o *Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos*¹⁰, ratificado pelo Brasil em 1992¹¹.

Existem ainda instrumentos internacionais que não têm a força vinculante dos tratados, mas auxiliam a interpretar os direitos do paciente. Entre eles, com estreita relação ao tema em estudo, está o *conjunto de princípios para a proteção de todas as pessoas submetidas a qualquer forma de detenção ou prisão*¹². Essas orientações preveem, em seu 24º princípio, que a pessoa *deve passar por exame médico adequado, em prazo tão breve quanto possível após seu ingresso no local de detenção ou prisão; posteriormente, deve desfrutar de cuidados e tratamentos médicos sempre que se mostrar necessário*¹².

Considerando que cabe ao Estado proteger os direitos dos cidadãos e que pessoas em condição de vulnerabilidade têm mais dificuldades em garantir seus direitos, busca-se, por meio da bioética e dos direitos humanos, encontrar condutas alicerçadas nos valores e bens essenciais da sociedade que atendam às necessidades desses indivíduos para convivência harmoniosa e adequada às condições

de vida. Os referenciais da bioética propostos por Hossne¹³ podem constituir meio para discussão e reflexão, de forma que *a voz do outro esteja sempre presente*¹⁴ quando da definição de prioridades e adoção de medidas para atingir a equidade, a partir da identificação, do reconhecimento e da análise das desigualdades, suas causas e eventuais consequências¹⁵.

Existem poucos trabalhos sobre as condições de saúde das PPL. Conhecer seus problemas e suas necessidades de atenção à saúde, à luz da bioética, para assegurar a dignidade humana foi o objetivo geral da pesquisa realizada por Valim¹⁶. Este estudo é recorte dessa pesquisa e teve o objetivo de verificar se os prisioneiros são atendidos por equipes de saúde prisional ao entrarem em penitenciária localizada no estado de Minas Gerais, Brasil, e se recebem orientação sobre o funcionamento da unidade de saúde existente no local.

Método

Trata-se de estudo de abordagem qualitativa, do tipo descritivo e exploratório, realizado em janeiro de 2016 em penitenciária localizada no estado de Minas Gerais, destinada a abrigar prisioneiros de ambos os sexos não sentenciados e sentenciados a penas nos regimes fechado e semiaberto. Participaram do estudo 24 PPL de ambos os sexos. Essas pessoas haviam sido capacitadas como agentes promotores de saúde (APS) entre 2012 e 2014 e se encontravam reclusas no momento da realização do estudo. A escolha de trabalhar com prisioneiros e prisioneiras formados como APS justifica-se por terem participado de atividades em que foi apresentada a organização do SUS, principalmente quanto a ações de promoção da saúde e prevenção que devem ser prestadas pela equipe de saúde prisional.

Após o aceite da direção da penitenciária, a pesquisa foi cadastrada na Plataforma Brasil e aprovada. A administração da penitenciária realizou o levantamento de quais PPL formadas como APS ainda se encontravam reclusas. Concluído o levantamento, definiu-se, com a direção da penitenciária, em função da logística e da segurança, a ordem dos convites, o cronograma das entrevistas e o local para sua realização. Na escolha do local das entrevistas foram consideradas condições que assegurassem privacidade.

A participação na pesquisa não foi compulsória, e a confidencialidade das informações prestadas foi garantida. Foram entrevistados somente os presos

que, após esclarecimento, concordaram livremente com a participação e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. As entrevistas foram individuais, semiestruturadas e registradas em áudio.

Todas as falas foram transcritas e digitadas, e cada uma delas foi conferida e comparada com os respectivos áudios para verificar e corrigir eventuais erros no entendimento das falas. Visando assegurar a confidencialidade, em alguns trechos as falas foram suprimidas, substituídas por reticências entre parênteses. Pausas na fala do entrevistado foram marcadas com reticências contínuas no texto¹⁷. Onde não foi possível entender o que foi dito utilizou-se linha contínua “_____”¹⁷. Para preservar a identidade das pessoas entrevistadas, serão identificadas apenas como “participantes” e seus perfis não serão apresentados. Assim, nos trechos transcritos das entrevistas, foi empregado “P” para participante e “E” para entrevistador.

Resultados

Todas as PPL contatadas para participar do estudo foram receptivas. Não foi detectado desconforto emocional durante as entrevistas, que transcorreram em clima agradável. Vinte e uma pessoas concordaram livremente em participar, uma informou, após o esclarecimento, que não gostaria de ser incluída, e duas não foram consultadas, pois se encontravam em regime semiaberto, com trabalho em serviço externo à instituição. Para que fosse possível abordar essas PPL para convite, esclarecimento e eventual participação no estudo seria necessário que faltassem ao trabalho, em função dos horários de retorno para a instituição, por volta de 16h. Também seria inviável programar as entrevistas para logo após o retorno das PPL, devido às rotinas administrativas de encerramento de atividades regulares diárias e à proximidade dos horários de troca de equipes dos setores de segurança da penitenciária. Em decorrência disso, optou-se por excluí-las do estudo.

Os relatos obtidos nas entrevistas não foram editados. Os dados foram analisados segundo a proposta de análise de conteúdo de Bardin¹⁸, culminando com a definição das seguintes categorias e subcategorias temáticas: 1) ingresso no sistema prisional; 2) acesso ao serviço de saúde; 2.1) existência de problema anterior de saúde; 2.2) desenvolvimento de problema de saúde após a reclusão; e 3) acesso a atenção à saúde à luz da bioética.

Este trabalho é um recorte da pesquisa, com ênfase no ingresso no sistema prisional, no qual serão abordadas a realização de consulta inicial e a orientação sobre o funcionamento do serviço de saúde. Os relatos dos participantes sugerem que não existe conduta padronizada para consulta inicial e orientação sobre o funcionamento do serviço de saúde nos últimos dez anos, visto que o tempo de detenção de dezoito PPL entrevistadas variou de dois a dez anos e nove meses e somente três PPL estavam detidas há menos de um ano. A aparente contradição entre o tempo de detenção inferior a um ano e a formação como APS entre 2012 a 2014 deve-se ao fato de as PPL estarem detidas no período de formação como APS, terem saído do sistema e então retornado em decorrência de recurso de sentença ou novo ato ilícito. Das 21 pessoas privadas de liberdade que participaram do estudo, cinco mencionaram atendimento de saúde próximo à admissão, conforme relatos:

“Quando a gente chega, uns três ou quatro dias depois, vem na enfermaria e eles perguntam se você tem algum problema de saúde, se tomava algum remédio... controlado... essas coisas, mas exames mesmo não são feitos, não” (P);

“Exame não pediu, não. Só perguntou se tinha problema... essas coisas” (P).

Não foi possível identificar, a partir do levantamento do tempo de detenção, em quais anos foram realizadas regularmente consultas no momento da admissão. Igualmente, não foi possível associar o número de PPL reclusas e a capacidade de ocupação da penitenciária para verificar se a superlotação acarretou aumento de demanda para atendimentos de urgência na unidade da saúde prisional e, em consequência, a não realização das consultas no momento de entrada na instituição. Pode-se, no entanto, considerar a hipótese.

Dois participantes mencionaram a realização de atendimento, sendo um deles em decorrência de necessidade pontual: *“Não, assim, às vezes, assim, na hora que a gente passa mal, às vezes leva, né? (...) Não. Não. Só quando eu fiquei doente que eu fui”* (P). Um participante relatou que somente foi atendido próximo à saída do sistema prisional, no momento de ser recebido pela Comissão Técnica de Classificação (CTC): *“Não. Não, não tive não. Nunca perguntou. Só quando você passa pelo CTC mesmo, pra ir embora”* (P). Chama também a atenção a fala de uma PPL, que permite inferir que os exames não são rotina – ao contrário, são feitos apenas em

situações específicas: *“Não, não. Fui direto pra cela. O certo seria, né? A gente fazer alguns exames, né? Pra ver se a gente tem HIV, ver se tem outros tipos de doença. Isso seria o certo. Mas não foi o que aconteceu”* (P).

Em relação à segunda questão pesquisada, todos os 21 participantes relataram que não receberam orientação da administração do estabelecimento prisional sobre o funcionamento do serviço de saúde existente ou sobre os tipos de atendimento que podem ser prestados pela equipe da unidade local de saúde ou em quais situações a equipe encaminha para atendimento em outras unidades da rede pública municipal de saúde.

Três presos relataram ter recebido orientação, mas somente durante a participação em atividades para a formação como APS. Um participante informou que repassa com frequência a orientação para os demais prisioneiros do pavilhão em que se encontra. Quando uma PPL necessita de atendimento, a informação sobre o atendimento de saúde na instituição é obtida com os reclusos dos pavilhões onde os recém-ingressos são alojados, com o “cela-livre” ou com os agentes de segurança penitenciários. Essa comunicação informal é realizada por “bilhete”, denominado internamente de “fale comigo”, que é entregue a determinado recluso, o “cela-livre” que executa atividades internas na galeria, ou seja, que não fica restrito à sua própria cela, conforme se observa na fala a seguir:

“Não, geralmente quando a gente chega, que a gente pede assistência, igual, os[as] agentes fala pra nós (...) que a gente tem que esperar! Porque é tudo marcado! Que é mil e tanto preso, pra dois médicos, então a gente tem que aguardar a vez da gente.” (P)

“Então, mas alguém te explicou assim... se você precisa de um atendimento, o que você tem que fazer, quem você procura?” (E)

“Não, nós faz um fale comigo, entrega pros[as] agente, eles[as] traz aqui pra baixo... Aí quando tem a vaga pra nós, o médico marca e chama.” (P)

“Então é o fale comigo que você...” (E)

“É, o fale comigo.” (P)

“...entrega para o agente?” (E)

“Nós entrega para o[a] cela livre, o[a] cela livre entrega pro[a] agente e eles[as] traz aqui pra baixo e chama nós para o atendimento. Ou se passar mal também, gritar lá, fazer um barulho e você vem no

médico também! E aí eles[as] tira também. Se for um caso mais grave, né?” (P)

“Mas quem te explicou? É isso que eu queria entender, quem explicou...” (E)

“Quem me explicou?” (P)

“É, que você tinha que fazer o fale comigo?” (E)

“Não, isso aí, quando você chega aqui na prisão. Quando você acaba de ser preso[a].” (P)

“Certo.” (E)

“Você chegou, você tá passando mal. Um[a] companheiro[a] da cela já tá sabendo do seu problema, ele[a] já vai te falar, cê tá muito ruim? Ele[a] vai chamar os[as] agentes. Se for uma coisa menos, vamos fazer um fale comigo, entregar pra eles[as], que eles[as] vai te dando assistência.” (P)

“Então os seus colegas que...” (E)

“Você sempre chega lá, alguém te dá uma orientação.” (P)

“Mas aqui, do serviço, ninguém te falou, assim, da penitenciária, que trabalha; quem orienta é geralmente um[a] outro[a] preso[a]?” (E)

“É, mas um[a] companheiro[a] lá.” (P).

No relato a seguir, observa-se dificuldade que pode decorrer da ausência de orientação sobre o tipo de atendimento prestado pela equipe de saúde da instituição e os atendimentos que são realizados extramuros:

“Só falou assim, no dia que eu passei mal, que eu queria que chamassem, falasse com o Dr. (...). Falei com (...), com (...). Marca um médico pra mim, se o Dr. (...) não puder atender. Então ele[a] falou assim: ‘o[a] senhor[a] vai pagar?’ Eu falei: ‘Eu não tenho condições de pagar!’ Aí ele[a] virou assim: ‘então não tem como, porque do Estado, não tem como marcar pro[a] senhor[a]. Porque pra poder marcar tem que ser pago’. Porque no Estado não adiantava, e só eles que podiam marcar” (P).

Além disso, é possível observar no relato a seguir, além da ausência de orientação, o não atendimento e a insatisfação pela conduta terapêutica e pela transferência interna de PPL com suspeita de tuberculose:

“Aí não dá atenção, fica enrolando nós lá. (...) É sempre. O atendimento lá é difícil mesmo. Eles custam

ir lá. (...) Eles não traz nada, arruma remédio procê mas num traz. (...) Mas às vez tá ali, que nem tuberculose ali, tem vez que chega gente vinda dos anexos ali que nunca ____ ali, já leva pra lá e põe junto com você (...) Tuberculose, que nunca passou aqui pra ver o quê que é. (...) Chega da rua, aí jogam lá junto com você lá, aí acaba pegando tuberculose. Aí você pede pra vim cá, não tem como, tem que marcar, vixe, aí _____. (...) A gente vai pedir pra trazer o atendimento aqui, os agentes falam que tem que agendar. (...) Aí, se vai e encaminha seu nome, nunca tá agendado, aí é aonde tem que ficar sacudindo o pavilhão” (P).

Discussão

Os relatos obtidos a partir das entrevistas sugerem irregularidade na realização do protocolo mínimo para o diagnóstico de saúde previsto no PNSSP, que objetiva desenvolver *ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos por ocasião do ingresso da pessoa presa no Sistema*⁵.

A observação do conjunto de princípios da ONU para proteger pessoas sujeitas à detenção assegura que sejam submetidas a exame médico para detecção de eventual necessidade de cuidados e tratamentos, evitando assim a ocorrência de agravos ao estado de saúde¹². Da mesma forma, a *Convenção Americana sobre Direitos Humanos*, de 22 de novembro de 1969, conhecida como *Pacto de São José da Costa Rica*¹⁹ e promulgada somente em 1992 pelo governo brasileiro²⁰, assegura a todas as pessoas o respeito à vida e a sua integridade física, psíquica e moral. Garante ainda a toda pessoa privada de liberdade o respeito à sua dignidade como ser humano¹⁹.

Em publicação recente, a Corte Interamericana de Direitos Humanos se pronunciou sobre a situação das pessoas privadas de liberdade nos países sob sua jurisdição. Destacou casos contenciosos, decisões e medidas propostas para cumprimento das obrigações do Estado quanto às condições para a detenção, inclusive as condições sanitárias e a assistência médica²¹. Observou-se nos casos submetidos à Corte²¹ a existência de fatos que configuram desrespeito aos direitos das PPL, em especial a ausência de atenção à saúde, e a Corte²¹, em seus pronunciamentos, tem considerado nas suas decisões que o direito à vida e a integridade pessoal estão diretamente ligados à atenção à saúde humana. A ausência desse protocolo, acrescido da falta de orientação, por parte da administração da penitenciária, sobre os procedimentos concernentes à prevenção, promoção e

assistência à saúde disponíveis no sistema podem estar provocando danos às PPL. Esses danos revelam que o Estado não tem assumido sua responsabilidade em relação às pessoas sob sua custódia.

São relativamente raras as investigações sobre as condições dos prisioneiros, assim como dos tipos de atendimento de saúde prestados no sistema. Destaca-se publicação de 2007 da Organização Mundial de Saúde (OMS), o guia “Saúde nas Prisões”²². Esse guia, além de abordar doenças infecciosas, sexualmente transmissíveis, mentais, abstinência de drogas, entre outras, também reafirma o princípio de que os prisioneiros não devem sair da prisão em situação pior que a de ingresso. Essa preocupação quanto à saúde dos prisioneiros é até o momento incipiente. Ainda há muito a ser feito para mudar o quadro existente na quase totalidade das instituições prisionais do país.

Na *Declaração Universal dos Direitos Humanos* está disposto que *o reconhecimento da dignidade inerente a todos os membros da família humana e dos seus direitos iguais e inalienáveis constitui o fundamento da liberdade e da justiça e da paz no mundo*²³. Em consequência, a dignidade é a essência dos direitos humanos que foram reafirmados pelos países das Nações Unidas por meio da *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos* (DUBDH). Em seu artigo 2º, a DUBDH dispõe como um de seus objetivos *contribuir para o respeito pela dignidade humana e proteger os direitos humanos, garantindo o respeito pela vida dos seres humanos e as liberdades fundamentais*²⁴.

Portanto, é fundamental à discussão sobre direitos humanos considerar, entre outras questões, como é possível assegurar o respeito aos direitos das pessoas e como impedir o desenvolvimento de ações que os restrinjam. Com o apoio dos instrumentos internacionais e, em menor medida, dos regionais, tem sido possível certo consenso na interpretação dos direitos, inclusive dos pacientes⁹. E dois pontos centrais com estreita relação com o tema em discussão estão presentes nos instrumentos legais: o direito à vida e o respeito à dignidade inerente ao ser humano, ou seja, igualdade e proteção contra discriminação.

A todos os seres humanos é devido o mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, ou seja, as pessoas privadas de liberdade devem também ser tratadas com humanidade e dignidade. E, ao se omitir na oferta de atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade, o Estado brasileiro desrespeita os artigos 6º e 10 do *Pacto Internacional sobre Direitos Civis e*

Políticos, promulgado em 1992¹¹, e o artigo 4º e inciso 2 do artigo 5º da *Convenção Americana sobre Direitos Humanos*¹⁹.

A análise da ocupação carcerária da penitenciária onde foi realizada a pesquisa revelou que, no ano seguinte à sua inauguração, a população prisional era 1,59 vez maior que a capacidade de ocupação. Quatro anos após a inauguração, a capacidade foi ampliada em 75%. No ano seguinte, a ocupação carcerária atingiu 1,38 vez a capacidade e, em 2016, atingiu o dobro da capacidade²⁵, ou seja, está em desacordo com o disposto na legislação estadual em vigor²⁶.

Tendência semelhante é observada no estado de Minas Gerais de maneira geral, visto que, em 2007, em instituições com capacidade para 24.876 vagas estavam detidas 37.354 pessoas. Em 2010, a situação continuou a se agravar: para 30.905 vagas, 46.296 prisioneiros, atingindo, em 2014, 61.392 pessoas para 36.685 vagas²⁷. A superlotação é realidade em Minas Gerais assim como em todo o país, ainda que, comparativamente, existam estados em que as unidades se encontrem em piores condições, seja por causa da deterioração da infraestrutura física ou da própria superlotação.

A detenção em celas superlotadas, em condições degradantes, desrespeita a dignidade humana. A superlotação e a falta de avaliação para adoção de medidas ininterruptas de assistência, prevenção e promoção de saúde dirigida para as PPL podem agravar os quadros anteriores e desenvolver enfermidades, assim como a transmissão intrainstitucional de doenças infecciosas. A tuberculose representa importante problema de saúde no país. O risco de adoecimento por tuberculose em populações mais vulneráveis é elevado, se comparado com a população brasileira em geral. O risco observado na população em situação de rua no município de São Paulo foi 56 vezes maior, nos indígenas, três vezes, nas pessoas com HIV/aids e na população privada de liberdade, 28 vezes²⁸. Nas prisões, o problema é reconhecido, porém a grandeza ainda não foi determinada em função da falta de ações regulares de detecção de casos e tratamento dos doentes^{29,30}.

Ao discutir a endemicidade da tuberculose nas prisões, Larouzé e colaboradores³¹ chamam atenção para o equívoco em atribuir às características das PPL – ou seja, provenientes de classes desfavorecidas, portadores de HIV e usuárias de drogas – a justificativa para essa situação. A transmissão de tuberculose dentro dessas instituições é uma realidade, portanto não procede atribuir os

elevados índices às características predominantes na população encarcerada^{31,32}.

A irregularidade na realização do protocolo mínimo⁵ no momento do ingresso pode gerar riscos de transmissão intrainstitucional de várias doenças, entre elas a tuberculose. Além disso, a reclusão em celas superlotadas, com pouca ventilação, pode ocasionar a disseminação dessa doença, gerando risco tanto para as PPL quanto para suas famílias, profissionais que atuam nas penitenciárias e até mesmo para as comunidades para as quais as PPL irão retornar após a saída das prisões³⁰.

Tanto nas normativas da ONU³³ quanto na LEP⁴, a assistência à saúde, de caráter preventivo e curativo, é assegurada aos prisioneiros. Constata-se em trabalhos publicados sobre atendimentos à saúde no sistema prisional do país que, na maioria das vezes, as ações são de pronto atendimento, repercutindo na resolutividade, ou seja, sem prevenção de agravos e cuidado integral, e, portanto, sem a observância do disposto na LEP³⁴⁻³⁶.

É importante ressaltar que a instituição do PNSSP⁵ almejava harmonizar o disposto na LEP⁴ e o SUS², de modo que as PPL fossem menos invisíveis na política de saúde pública vigente no Brasil. Por sua vez, a Pnaisp⁷ é voltada para a ampliação das ações de saúde no sistema, além da preocupação com seu financiamento. Ainda que um dos objetivos do PNSSP fosse o acesso dos prisioneiros à atenção à saúde, via SUS, observa-se na penitenciária onde este estudo foi realizado que a concretização desse objetivo ainda está distante. A Pnaisp buscou assegurar avanços, se comparados às condições previstas no PNSSP, mas diversas instituições do sistema prisional do país ainda não aderiram completamente a essa política. Assim, pode-se concluir que ainda há muito a ser feito para reverter a situação atual.

Somente poderá ser garantido o atendimento que o prisioneiro necessita e ao que tem direito se ele passar por avaliação no momento de entrada ou, na impossibilidade, nos primeiros dias de reclusão. Não ocorrendo essa avaliação, a continuidade do tratamento de PPL que ingressam no sistema com problemas de saúde é inviabilizada. Essa condição também foi observada por Minayo e

Ribeiro³⁶, em estudo realizado no sistema prisional do Rio de Janeiro.

A falta de avaliação das condições de saúde nessa situação inicial, aliada à ausência de orientação sobre o acesso ao serviço de saúde localizado na instituição prisional, certamente provoca danos a essas pessoas. Esses danos comprometem a dignidade humana e podem gerar consequências irreparáveis. Assim, é necessário empenhar-se na observância do disposto na legislação específica e nas políticas correlatas, buscando modificar o atual quadro. Sendo assim, é imprescindível que os envolvidos estejam realmente comprometidos, dispostos, despidos de preconceitos e orientados pelos referenciais da bioética¹³ para abordar a situação e adotar as condutas necessárias, considerando que se deve promover não somente deveres e direitos, mas também valores, conceitos e compromissos.

Atualmente, no Brasil, as relações sociais ainda são permeadas pela diferença entre pessoas, o que afeta o acesso a direitos. É indispensável universalizar a dignidade humana⁸: além de reconhecer as desigualdades que estigmatizam grupos vulneráveis, a sociedade precisa estar disposta a reverter essa situação. É necessário então refletir e agir no sentido de identificar rumos para superar os desafios existentes.

Considerações finais

Visando práticas que assegurem a atenção à saúde das PPL, é essencial observar as normas internacionais de iniciativas da ONU e da OMS, assim como as legislações relativas ao sistema prisional e ao atendimento dessas pessoas. Igualmente, é fundamental seguir regularmente o protocolo mínimo para o diagnóstico de saúde das PPL no momento que são admitidas no sistema e efetivar a orientação relativa ao acesso às ações de saúde intramuros e aos tipos de atendimento realizados extramuros, na rede conveniada com o SUS. Por meio da reflexão crítica que a bioética possibilita, considerando a dignidade humana, torna-se necessário alterar a perspectiva vigente, que tem levado ao desrespeito e à discriminação.

Trabalho produzido no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Bioética do Centro Universitário São Camilo, São Paulo/SP, Brasil.

Referências

1. Brasil. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília; 5 out 1988 [acesso 9 set 2016]. Disponível: <https://bit.ly/1bIJ9XW>
2. Brasil. Presidência da República. 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 [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília; 20 set 1990 [acesso 13 set 2016]. Disponível: <https://bit.ly/1UVpr2U>
3. Brasil. Presidência da República. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros de áreas da saúde e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília; 31 dez 1990 [acesso 30 maio 2015]. Disponível: <https://bit.ly/2Evzrei>
4. Brasil. Presidência da República. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília; 13 jul 1984 [acesso 21 abr 2015]. Disponível: <https://bit.ly/1JelrCR>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial MS/MJ nº 1.777, de 9 de setembro de 2003. Aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília; nº 176, p. 39-43, 11 set 2003 [acesso 21 abr 2015]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/2GMbxBm>
6. Diuana V, Lhuillier D, Sánchez AR, Amado G, Araújo L, Duarte AM *et al.* Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2008 [acesso 11 maio 2018];24(8):1887-96. Disponível: <http://ref.scielo.org/965w5x>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial MS/MJ nº 1, de 2 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (Pnaisp) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília; nº 2, p. 18-23, 3 jan 2014 [acesso 21 abr 2015]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/2G11YmN>
8. Sarmento D. Dignidade da pessoa humana: conteúdo, trajetórias e metodologia. 2ª ed. Belo Horizonte: Fórum; 2016. p. 376.
9. Escuela Andaluza de Salud Pública. Guía práctica sobre derechos humanos en la atención al paciente: capítulos internacionales y regionales actualizados [Internet]. 2015 [acesso 8 mar 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2qfpHAA>
10. United Nations. International covenant on civil and political rights [Internet]. 1966 [acesso 8 mar 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2qhEdaf>
11. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 592, de 6 de julho de 1992. Atos internacionais: pacto internacional sobre direitos civis e políticos: promulgação [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília; 7 jul 1992 [acesso 31 ago 2016]. Disponível: <https://bit.ly/1UeolAo>
12. United Nations. Body of principles for the protection of all persons under any form of detention or imprisonment [Internet]. 9 dez 1988 [acesso 6 out 2016]. Disponível: <https://bit.ly/1M9rtL4>
13. Hossne WS. Bioética: princípios ou referenciais? *O Mundo da Saúde* [Internet]. 2006 [acesso 11 maio 2018];30(4):673-6. Disponível: <https://bit.ly/2G9abeE>
14. Hossne WS, Pessini L. Bioética: ouvir é preciso. *Bioethikos* [Internet]. 2011 [acesso 11 maio 2018];5(4):359-61. p. 359. Disponível: <https://bit.ly/2G68PkY>
15. Hossne WS. Dos referenciais da bioética: a equidade. *Bioethikos* [Internet]. 2009 [acesso 11 maio 2018];3(2):211-6. Disponível: <https://bit.ly/2Ker8qw>
16. Valim EMA. Atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade à luz da bioética [tese]. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2017.
17. Navarrete MLV, Silva MRF, Pérez ASM, Sanmamed MJF, Gallego MED, Lorenzo IV. Introdução às técnicas qualitativas de pesquisa aplicadas em saúde. Recife: Imip; 2009. p. 130.
18. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Almedina; 2011. p. 279.
19. Organização dos Estados Americanos. Comissão Interamericana de Direitos Humanos. Convenção americana sobre direitos humanos [Internet]. 22 nov 1969 [acesso 20 set 2016]. Disponível: <https://bit.ly/29HCHYS>
20. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 678, de 6 de novembro de 1992. Promulga a Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica), de 22 de novembro de 1969 [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília; 9 nov 1992 [acesso 9 jun 2016]. Disponível: <https://bit.ly/2bGzS93>
21. Corte Interamericana de Derechos Humanos. Cuadernillo de jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos nº 9: personas privadas de libertad [Internet]. 2017 [acesso 20 set 2016]. Disponível: <https://bit.ly/2HlpuTZ>
22. World Health Organization. Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health [Internet]. Copenhagen: WHO; 2007 [acesso 15 fev 2017]. Disponível: <https://bit.ly/2H6PpkA>
23. Organização das Nações Unidas. Declaração universal dos direitos humanos [Internet]. 1948 [acesso 19 set 2016]. Disponível: <https://bit.ly/1yAeHbb>
24. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Declaração universal sobre bioética e direitos humanos [Internet]. 2005 [acesso 6 fev 2017]. Disponível: <https://bit.ly/1TRJFa9>

25. Costa BEC. Secretaria de Estado de Defesa Social. Parecer de aprovação de projeto e emenda CEP-UFTM [Mensagem pessoal recebida 29 nov 2016].
26. Minas Gerais. Decreto nº 46.647, de 11 de novembro de 2014. Dispõe sobre a organização da Secretaria de Estado de Defesa Social [Internet]. Diário Oficial de Minas Gerais. Belo Horizonte; 12 nov 2014 [acesso 13 set 2016]. Disponível: <https://bit.ly/2IEVMZr>
27. Brasil. Ministério da Justiça. Relatórios estatísticos: analíticos do sistema prisional do estado de Minas Gerais [Internet]. 2015 [acesso 15 fev 2017]. Disponível: <https://bit.ly/2GHhwY9>
28. Brasil. Ministério da Saúde. Tuberculose: populações vulneráveis [Internet]. 2016 [acesso 6 fev 2017]. Disponível: <https://bit.ly/2IDM9du>
29. Sánchez AR, Massari V, Gerhardt G, Barreto AW, Cesconi V, Pires J *et al*. A tuberculose nas prisões do Rio de Janeiro, Brasil: uma urgência de saúde pública. Cad Saúde Pública [Internet]. 2007 [acesso 11 maio 2018];23(3):545-52. Disponível: <http://ref.scielo.org/bt62pm>
30. Sánchez A, Larouzé B. Controle da tuberculose nas prisões, da pesquisa à ação: a experiência do Rio de Janeiro, Brasil. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2016 [acesso 11 maio 2018];21(7):2071-9. Disponível: <http://ref.scielo.org/bs28x7>
31. Larouzé B, Ventura M, Sánchez AR, Diuana V. Tuberculose nos presídios brasileiros: entre a responsabilização estatal e a dupla penalização dos detentos. Cad Saúde Pública [Internet]. 2015 [acesso 11 maio 2018];31(6):1127-30. Disponível: <https://bit.ly/2KbM6X5>
32. Le Marcis F. A impossível governança da saúde em prisão? Reflexões a partir da MACA (Costa do Marfim). Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2016 [acesso 11 maio 2018];21(7):2011-9. Disponível: <http://ref.scielo.org/kkz8vb>
33. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. Resolution ONU 45/111, de 14 dez 1990. Basic principles for the treatment of prisoners [Internet]. 14 dez 1990 [acesso 6 fev 2017]. Disponível: <https://bit.ly/2IEXOJ3>
34. Fernandes LH, Alvarenga CW, Santos LL, Pazin-Filho A. Necessidade de aprimoramento do atendimento à saúde no sistema carcerário. Rev Saúde Pública [Internet]. 2014 [acesso 11 maio 2018];48(2):275-83. Disponível: <https://bit.ly/2Gaq2tk>
35. Soares Filho MM, Bueno PMMG. Demografia, vulnerabilidades e direito à saúde da população prisional brasileira. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2016 [acesso 11 maio 2018];21(7):1999-2010. Disponível: <https://bit.ly/2wB8mYo>
36. Minayo MCS, Ribeiro AP. Condições de saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2016 [acesso 11 maio 2018];21(7):2031-40. Disponível: <https://bit.ly/2KgR6Ka>

Correspondência

Edna Maria Alves Valim – Praça Manoel Terra, 330, Centro CEP 38015-050. Uberaba/MG, Brasil.

Edna Maria Alves Valim – Doutora – edna.valim@uftm.edu.br
 Ana Maria Lombardi Daibem – Doutora – amldaibem@gmail.com
 William Saad Hossne – Doutor – andreaahossne@gmail.com

Participação dos autores

Edna Maria Alves Valim concebeu e desenhou o estudo, e colaborou na coleta, análise e interpretação dos dados e redação do artigo. Ana Maria Lombardi Daibem contribuiu com a análise e interpretação dos dados do estudo e redação do artigo. William Saad Hossne participou da concepção e desenho do estudo e contribuiu com a análise dos dados.

