



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva
Brasil

Marques Soares Filho, Marden; Martins Gomes Bueno, Paula Michele
Demografia, vulnerabilidades e direito à saúde da população prisional brasileira
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 21, núm. 7, julho, 2016, pp. 1999-2010
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63046188002>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Demografia, vulnerabilidades e direito à saúde da população prisional brasileira

Demography, vulnerabilities and right to health to Brazilian prison population

Marden Marques Soares Filho ¹

Paula Michele Martins Gomes Bueno ²

Abstract *This study investigates the latest research on the profile of the Brazilian prison population, its demography and current laws and regulations. It aims in the direction of ensuring the human right to health. Brazilian prison system is a complex universe in which state and federal criminal contexts keep more than 607,000 people in custody. This population is composed of 75% of young and black people, 67% poorly educated and 41% are pre-trial detainees, living in overcrowded prisons and architecturally vandalized, with population growth of around 575% in 24 years, making this environment a major focus of production of diseases. The prison becomes the object of differentiated intervention by public bodies linked to the executive and the judiciary – it is worth remarking that the data show the high level of inequalities and health vulnerabilities among the prison population, whose needs involve a set of cross-sector of transverse public policies actions towards penal execution.*

Key words *Prison system, Health, Demography, Vulnerability*

Resumo *O presente estudo buscou analisar – na direção da garantia do direito humano à saúde – as pesquisas mais recentes sobre o perfil da população prisional brasileira e a sua demografia, além das leis e normas existentes. O sistema prisional brasileiro configura-se como um universo complexo onde os contextos penais estaduais e federais mantêm sob custódia mais de 607 mil pessoas cujo perfil é de 75% de jovens, negros, 67% com baixa escolaridade e 41% são de presos provisórios, residindo em estabelecimentos prisionais superlotados e arquitetonicamente depredados, com crescimento populacional na ordem de 575% em 24 anos, transformando esse ambiente em um grande foco de produção de doenças. A prisão se torna, então, objeto de intervenção diferenciada por parte dos órgãos públicos vinculados aos poderes executivo e judiciário – tendo em vista que os dados apresentam um alto grau de iniquidades e de vulnerabilidades em saúde entre a população prisional, cujas necessidades envolvem um conjunto de ações intersetoriais de políticas públicas transversais à própria execução penal.*

Palavras-chave *Sistema prisional, Saúde, Demografia, Vulnerabilidade*

¹ Departamento de Monitoramento e Fiscalização (DMF) do Sistema Carcerário e do Sistema de Execução de Medidas Socioeducativas, DMF do Conselho Nacional de Justiça. Pça. Três Poderes/Supremo Tribunal Federal/Anexo I/Sala 361, Zona Cívico-Administrativa. 70175-900 Brasília DF. Brasil. mardenfilho@gmail.com

² Secretaria da Criança e do Adolescente, Governo do Distrito Federal. Brasília DF. Brasil.

Introdução

O perfil demográfico da população prisional brasileira é o reflexo da marginalização histórica da relação cidadão *versus* Estado, da falta de políticas públicas inclusivas, da baixa escolaridade, da pouca perspectiva de futuro e da cultura da violência¹. A iniquidade no acesso às políticas públicas é uma problemática que potencializa as vulnerabilidades que, somada à visão punitivista, ressalta a relação de poder do Estado na dominação dos corpos dos apenados que estão sob a sua responsabilidade².

Nessa visão foucaultiana, entende-se que essas instituições totais foram criadas para serem verdadeiros “depósito de humanos” de pessoas estigmatizadas e segregadas dos bens e serviços públicos, assim como do convívio social, ampliando-se a punição para além da pena aplicada pelo poder judiciário³.

A Lei 7.210/1984, que trata da Lei de Execução Penal – LEP garante ao indivíduo sob custódia do Estado os seus direitos fundamentais³, ainda neste sentido, a Constituição Federal de 1988⁴ oferece uma gama de direitos por meio de ações e de serviços públicos para todos os brasileiros ou estrangeiros em território brasileiro, de tal forma que, não são excludentes as pessoas em situação de privação de liberdade.

Contudo, por inúmeros fatores, socioculturais, financeiros, de organização das estruturas públicas nos territórios, entre outros, estas pessoas são “timidamente visualizadas” pelas políticas públicas brasileiras, sobretudo a de saúde, de tal forma que órgãos responsáveis pela execução penal nos estados (Secretarias de Justiça, Cidadania, Administração Penitenciárias, segurança pública) no decorrer dos anos se organizaram de maneira a ofertar serviços de saúde desvinculados do SUS, dos territórios e da sistemática preconizada pelas diretrizes atuais.

Ao debater a demografia do sistema prisional, o perfil dos presos e as vulnerabilidades e iniquidades identificadas é possível vislumbrar com mais clareza os possíveis caminhos para a efetivação do direito à saúde e da oferta de assistência médica para o sistema prisional, em contraposição às deficiências no que tange ao próprio processo de ressocialização.

A demografia e as vulnerabilidades da população prisional brasileira

Pode-se afirmar que a população encarcerada brasileira vive abaixo da linha de dignidade mínima, não sendo a ela garantidos, malgrados declarados, seus primordiais direitos; em particular, aquele que poderia lhe conferir uma convivência saudável, no plano de um “mínimo existencial”, pelo vácuo legislativo, pela dificuldade de articulação do executivo com o judiciário e no que concerne à existência e efetivação de políticas públicas baseadas nas necessidades das pessoas privadas de liberdade.

Essa afirmação se apoia nos resultados das inspeções do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), onde é exposto que o ambiente prisional se apresenta, em grande maioria, altamente precário e insalubre. Estruturas arquitetônicas em ruínas; celas superlotadas, úmidas e escuras; má-alimentação; sedentarismo; uso generalizado de drogas e falta de higiene criam condições propícias à proliferação de epidemias e ao desenvolvimento de patologias e psicopatologias. Há uma prevalência consideravelmente elevada de casos de agravos transmissíveis, além dos não transmissíveis entre a população privada de liberdade brasileira⁵.

Segundo o Ministério da Justiça, nos países latino-americanos com sérios problemas econômicos e sociopolíticos, a prisão torna-se objeto de urgente e indispensável intervenção. Isto porque a seletividade do sistema penal se exerce, majoritariamente, sobre as populações menos favorecidas econômica e socialmente, bastando conferir com os dados do Censo Penitenciário Nacional: 95% da clientela do sistema são de presos pobres⁶.

Na visão de Goffman⁷, somam-se os problemas decorrentes da superpopulação carcerária (causada principalmente pela inoperância tolerada do Estado) com os fenômenos da institucionalização e estigmatização do preso e do ex-presos (quando de seu retorno à comunidade livre), em que temos em nosso atual sistema penitenciário, centrado na pena de prisão em regime fechado, uma das mais cruéis violências praticadas com aval institucional, conforme podemos observar na Tabela 1.

No fenômeno do aprisionamento, o sistema prisional e o sistema de justiça criminal se reatualizam: por um lado os juízes têm contribuído para o encarceramento em massa, por outro, o poder executivo, por meio das unidades prisionais, não tem sequer condições de manter física e financeiramente o mínimo disposto nas leis vigentes, violando os direitos humanos. O resultado dessa diáde é um grande déficit de vagas no sistema prisional, cuja superlotação inviabiliza grande parte das ações das políticas públicas existentes, gerando iniquidades e vulnerabilizando a população prisional.

Foucault salienta que da mesma maneira que a prisão havia tornado obsoleta a modalidade de punições físicas brutais, o fenômeno do aprisionamento acabaria por tornar-se não mais do que uma mera instância periférica de controle no quadro de uma forma disciplinar, difusa, dispersa na sociedade².

A diáde pode ser observada na série histórica do encarceramento que nos mostra que em 24 anos a população privada de liberdade cresceu 575%, saltando de aproximadamente 90 mil presos no início da década de 90, para mais de 607.731 presos em 2014, conforme demonstra o Gráfico 1, fazendo do Brasil o quarto maior país que encarcera no mundo, atrás dos Estados Unidos, com 2.228.424, China, com 1.657.812, e Rússia, com 673.818⁸. Quanto ao encarceramento feminino, importante destacar que o Brasil cai

para o quinto lugar, porém a população absoluta de mulheres encarceradas no sistema penitenciário cresceu 567% entre os anos 2000 e 2014, com aproximadamente 37.380 mulheres (6,4% da população prisional), enquanto o crescimento masculino foi de 220% no mesmo período⁹.

A taxa de encarceramento (população prisional para cada 100.000 habitantes) é de 698 nos Estados Unidos, 119 na China, 468 na Rússia e de 300 no Brasil. Quando observamos a taxa de pessoas privadas de liberdade por Unidade da Federação, conforme o Gráfico 2, essa taxa é maior nos estados do Mato Grosso do Sul, São Paulo

Tabela 1. População prisional, número de vagas, taxa de ocupação e taxa de aprisionamento.

Brasil - 2014	
População prisional	607.731
Sistema Penitenciário	579.423
Secretarias de Segurança/Carceragens de delegacias	27.950
Sistema Penitenciário Federal	358
Vagas	376.669
Déficit de vagas	231.062
Taxa de ocupação	161%
Taxa de aprisionamento	299,7

Fonte: Infopen⁸.

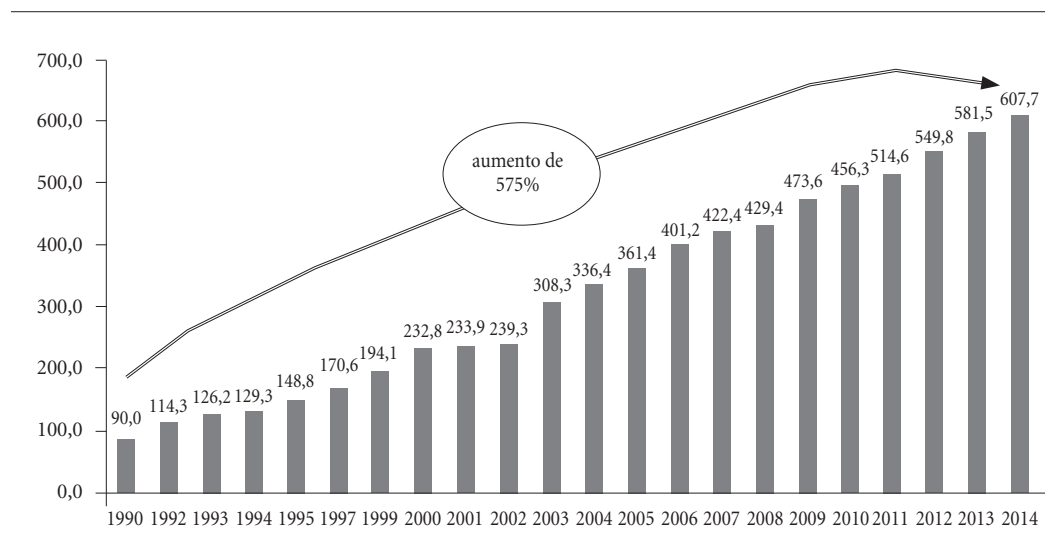


Gráfico 1. Evolução histórica da população prisional.

Fonte: Infopen⁸.

e Distrito Federal e as menores no Maranhão, Piauí e Bahia⁸.

A superlotação é comprovada em todos os estados brasileiros quando observamos o Gráfico 2 sobre a taxa de pessoas privadas de liberdade e o Gráfico 3 com a taxa de ocupação por Unidade da Federação, que trata da proporção de pessoas presas por vaga.

A taxa nacional de ocupação é de 161%, o estado de Pernambuco a lidera com 265%, porém a taxa de pessoas presas é menor comparado aos estados do MS, SP, DF, AC, RO, ES e AP. Já o estado do Maranhão tem a menor taxa de ocupação, 121%, apresentando também a menor taxa de pessoas privadas de liberdade para cada 100 mil habitantes, como mencionado acima⁸.

A superlotação, observada nas análises sobre a taxa de pessoas privadas de liberdade e a taxa de ocupação se torna ainda mais dramática quando contrastamos com o indicador de pessoas privadas de liberdade sem condenação, ou seja, a porcentagem de presos provisórios, que chega a 41% em todo o Brasil. Em alguns estados da região nordeste como o Maranhão, Piauí, Bahia e Sergipe a porcentagem de presos provisórios che-

ga a índices elevados, de 60% a 73%. Os estados Rondônia, Acre, Santa Catarina e Mato Grosso do Sul com os índices mais baixos, de 16% a 29%⁸ (Gráfico 4).

O fenômeno do encarceramento também pode ser observado por meio dos tipos de crimes tentados ou consumados pelos quais as pessoas privadas de liberdade foram condenadas ou aguardam julgamento no Brasil. Percebe-se, no Gráfico 5, em primeiro lugar o tráfico de drogas com 27%, em seguida roubo, furto e receptação com 37% respectivamente e, em último lugar, a violência doméstica com 1%. Apenas aproximadamente 17% das pessoas privadas de liberdade cometeram crimes contra a pessoa, ou seja, homicídios e latrocínio (roubo seguido de morte)⁸.

Importante ressaltar que o encarceramento em massa produzido pelo poder judiciário durante décadas também contribuiu para o atual cenário de superlotação do sistema prisional, comprovado pela enorme massa carcerária provisória e pela grande porcentagem de prisões por furto, receptação, roubo e até mesmo tráfico de drogas, este último tipo de crime merece destaque e será mais bem debatido adiante.

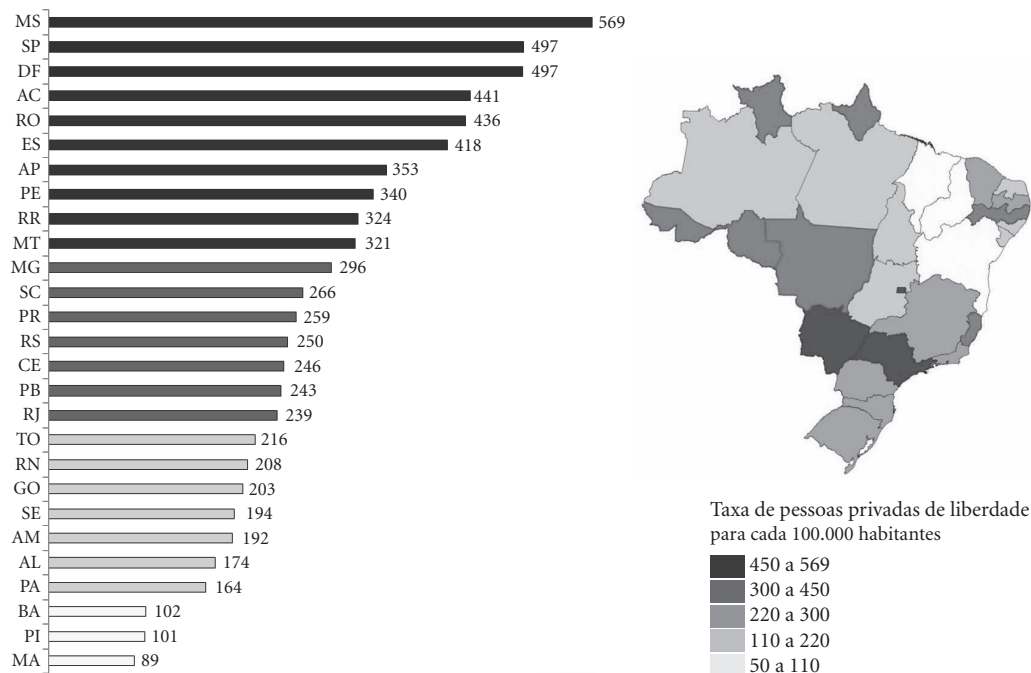


Gráfico 2. População prisional por 100 mil habitantes - Unidades da Federação.

Fonte: Infopen⁸.

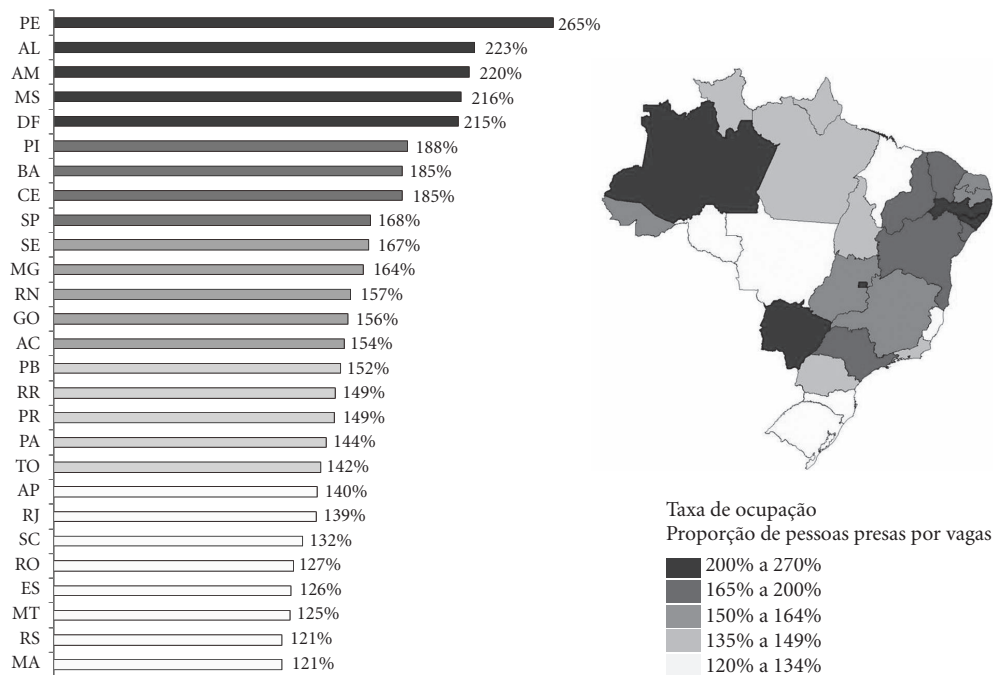


Gráfico 3. Taxa de ocupação por Unidade da Federação.

Fonte: Infopen⁸.

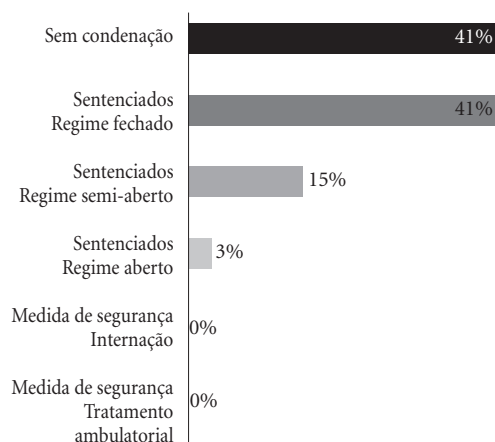


Gráfico 4. Pessoas privadas de liberdade por tipo de regime ou situação processual no Brasil.

Fonte: Infopen⁸.

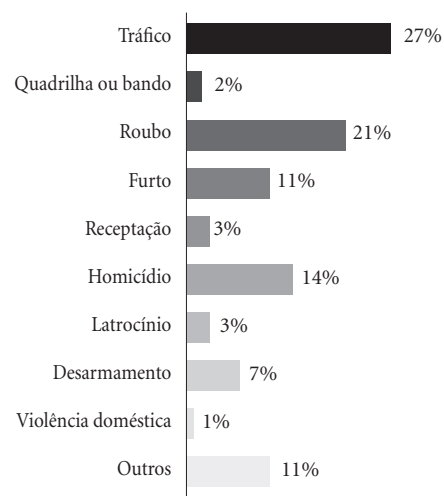


Gráfico 5. Crimes tentados/consumados pelos quais as pessoas foram condenadas ou aguardam julgamento.

Fonte: Infopen⁸.

Nesse sentido, o próprio poder judiciário percebeu e considerou que a prisão em flagrante e as primeiras horas de detenção são apontadas

como momentos em que são avaliadas a necessidade de manter a pessoa presa, se podem sair mediante fiança, se cabe uma medida punitiva de

caráter educativo — como, por exemplo, tornezeiras eletrônicas — ou até mesmo se deve ficar em liberdade, por não ter sua prisão justificada¹⁰.

Esse momento de encontro e avaliação é denominado “Audiência de Custódia”, conferindo ao cidadão preso em flagrante o direito de ter seu caso reanalisado por um juiz, que verá a legalidade da sua prisão em até 24 horas e, ainda, com a garantia do contato pessoal, conforme determinam os pactos e tratados internacionais em que o Brasil é signatário¹⁰.

A reincidência criminal, fenômeno ligado à falta de política pública voltada para o egresso do sistema prisional e ao estigma social sobre o “ex-presidiário”, é outro fator que contribui para a superlotação do sistema prisional, atingindo a cifra média de 70% no país, conforme apontam as pesquisas do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), encomendada pela Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República¹¹.

Um último exemplo que contribui para o crescimento da população prisional brasileira é a Lei nº 11.343/2006, que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad. Desde 2005, a população prisional saltou de 11% para 27% do total de presos por crimes relacionados ao tráfico de drogas, enquanto que no universo feminino esse número chega a 60%. Essa Lei não apresenta critérios objetivos sobre o porte de drogas do usuário, fazendo com que o critério subjetivo da autoridade policial encarcere o usuário como traficante de drogas¹².

A demografia apresentada reflete o perfil do preso brasileiro que se mantém há anos entre jovens, negros e de baixa escolaridade: 75% têm

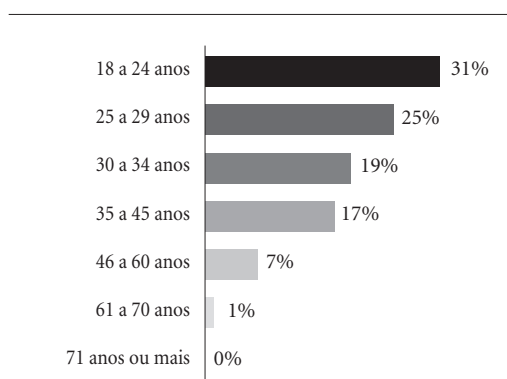


Gráfico 6. Pessoas privadas de liberdade por faixa etária.

Fonte: Infopen⁸.

entre 18 a 34 anos de idade; 67% possuem ensino fundamental incompleto; 67% são compostos por negros⁸, número maior que o apontado pelo Censo do IBGE de 2010, cuja população auto-declarada negra representava 51% da população brasileira¹³. Os dados do perfil podem ser mais bem observados nos Gráficos 6, 7 e 8.

A demografia e o perfil da população privada de liberdade apresentados neste estudo demonstram claramente a falência do sistema prisional brasileiro e a necessidade da mudança de paradigma compondo esforços intersetoriais e investimentos em alternativas penais e em estratégias políticas voltadas para o egresso do sistema, reduzindo-se, assim, os gastos públicos com novas edificações e contratações de novos recursos humanos e ampliando a possibilidade de integrar esses sujeitos na sociedade.

A Lei de Execução Penal (LEP), em seu art. 1º, determina que tenha por objetivo efetivar as disposições de sentença ou decisão criminal e proporcionar condições para a harmônica integração social do condenado e do internado. Esta é uma assertiva que vem como um imperativo: humanizar a sanção penal, com a prescrição de mecanismos concretos e serviços penais para garantia de direitos e criação de condições favoráveis para a “reparação” da pessoa custodiada, com consequente integração social positiva em sua vida pós-prisional³.

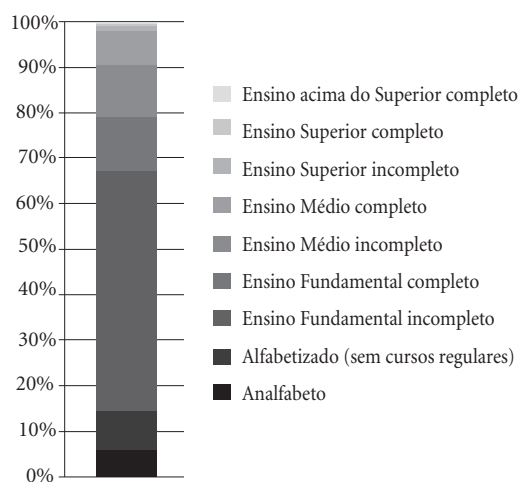


Gráfico 7. Pessoas Privadas de Liberdade por grau de escolaridade.

Fonte: Infopen⁸.

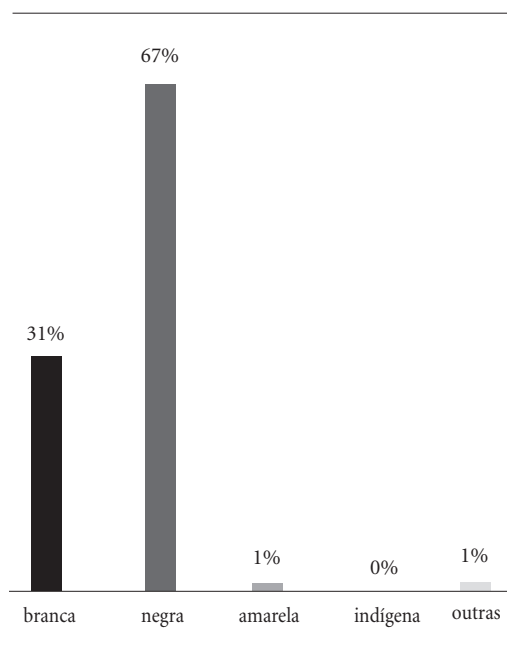


Gráfico 8. Pessoas privadas de liberdade por cor/raça/etnia.

Fonte: Infopen⁸.

A LEP ainda preconiza, em seus artigos 10 e 11, que a assistência ao preso e ao internado é dever do Estado, objetivando prevenir o crime e orientar o retorno à convivência em sociedade³.

Muito mais que o ideal de reintegração social, que pressupõe a ideologia do tratamento, o conceito de integração social supõe um processo de comunicação entre a prisão e a sociedade, objetivando uma identificação entre os valores da comunidade livre com a prisão e vice-versa, caso contrário de nada valeria a LEP. Induz-se aqui o debate sobre a viabilidade do alcance eficaz da integração social daquele que foi condenado¹⁴.

Esse é o espírito das ações intersetoriais e da inclusão das políticas públicas transversais à penal, sendo imprescindível uma maior aproximação e consequente envolvimento de todos os gestores públicos e da comunidade na busca da solução de seus conflitos sociais.

Nesse sentido, a participação da sociedade na política penal poderá dirimir a situação de violação dos direitos humanos da pessoa privada de liberdade, tendo em vista que o Estado desrespeita impunemente as normas nacionais e as internacionais das quais o Brasil é signatário: Constituição Federal de 1988; Lei de Execução Penal de 1984; Regras Mínimas da ONU para o Tratamen-

to de Reclusos, adotadas em 31 de agosto de 1955, pelo Primeiro Congresso das Nações Unidas para a Prevenção do Crime e o Tratamento dos Delinquentes; Regras Mínimas para o Tratamento do Preso no Brasil; Resolução n.º 14, do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCCP)¹⁵; Conjunto de Princípios para a Proteção de Todas as Pessoas Sujeitas a Qualquer Forma de Detenção ou Prisão – Resolução n.º 43/173, da Assembleia Geral das Nações Unidas – 76ª Sessão Plenária, de 9 de dezembro de 1988; Princípios Básicos Relativos ao Tratamento de Reclusos, ditados pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas, visando à humanização da justiça penal e a proteção dos direitos do homem; Princípios de Ética Médica aplicáveis à função do pessoal de saúde, especialmente aos médicos, na proteção de prisioneiros ou detidos contra a Tortura e outros Tratamentos ou Penas cruéis, desumanos ou degradantes; Resolução n.º 37/194, da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 18 de dezembro de 1982.

Diante desse cenário de violação dos direitos fundamentais das pessoas privadas de liberdade – mesmo com a existência de experiências exitosas no campo das assistências em poucas unidades prisionais, mas sem nenhum tipo de direcionamento ou ordenamento hobbesiano do caos social – foram pensadas ações intersetoriais para a política penal, como, por exemplo, as políticas de saúde, de educação e do trabalho, instituídas nas respectivas pastas de responsabilidade do executivo federal, estaduais e municipais, de forma interfederativa e colaborativa¹⁶.

O direito à saúde das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional

Sabe-se que historicamente as ações de saúde no sistema prisional começaram com as entidades religiosas, assim como ocorreu com outras instituições totais como, por exemplo, os manicômios. Com o aparecimento da Aids no Brasil, na década de 80, alguns profissionais de saúde, principalmente os médicos sensíveis ao desespero que se instalou no cárcere, iniciaram ações de prevenção da saúde e tratamento desse agravo.

Alguns anos se passaram até que em 9 de setembro de 2003 foi instituído o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), por meio da Portaria Interministerial n.º 1.777, dos Ministérios da Saúde e da Justiça. Plano responsável por tornar mais congruentes a legislação penal e o SUS, dando alguma visibilidade à po-

pulação custodiada no âmbito da política nacional de saúde¹⁷.

No Brasil, encontram-se qualificados ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), 100% dos estados e o Distrito Federal, o que representa 271 equipes de saúde no sistema penitenciário, habilitadas e ativas, em 239 unidades básicas de saúde prisional em penitenciárias, em 154 municípios¹⁸.

Esse total de equipes consideradas elegíveis ao PNSSP pode garantir acesso a aproximadamente 30% (200.000 pessoas) do total de pessoas sob custódia no Brasil.

Importante destacar que o dado “100% dos estados qualificados” é um dado político, ou seja, os estados se interessaram politicamente pela estratégia do PNSSP e assinaram acordo junto ao Ministério da Saúde (MS). Já o dado de “cobertura de saúde de 30%” é um dado técnico, pois depende da velocidade de habilitação e implantação dos serviços e equipes de saúde no sistema penitenciário pelos estados nas unidades prisionais.

Com o processo de redesenho do PNSSP, ocorrido de 2011 a 2014, foi publicada uma nova Portaria Interministerial de nº 01, de 2 de janeiro de 2014, que instituiu a Política Nacional para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), cujo objetivo é garantir o acesso efetivo e sistemático da população que se encontra sob custódia do Estado às ações e aos serviços de Saúde, com a mobilização de recursos financeiros mais significativos, bem como a alocação de estratégias de gestão e fortalecimento de capacidades locais¹⁹.

Com essa nova política toda unidade prisional habilitada pelo SUS passará a ser ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde, ofertando ações de atenção básica para toda população privada de liberdade em todo o itinerário carcerário, que vai desde presos provisórios em delegacias de polícia e centros de detenção provisória até presos condenados em penitenciárias estaduais e federais.

As equipes de saúde no sistema prisional hoje ocupam pouco mais de 37% das unidades com módulos de saúde, conforme Gráfico 9. Porém, temos formações por meio de dados obtidos nas inspeções do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCC) da existência de espaços de saúde, ainda que precários, em unidades sem módulo de saúde, contemplando salas de atendimento médico, odontológico, psicossocial, todos espalhados por onde houver espaço disponível na unidade prisional²⁰.

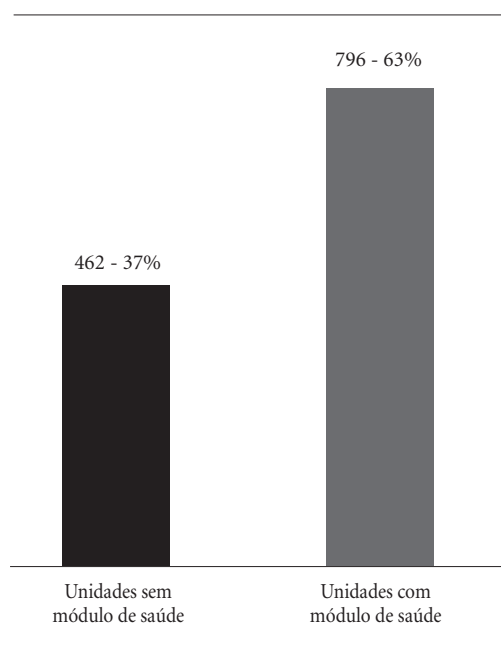


Gráfico 9. Infraestrutura das unidades básicas de saúde prisional (UBSp).

Fonte: Infopen⁸.

Importante destacar que nos espaços de saúde atuam profissionais de diversas formações e com diversos vínculos trabalhistas: são servidores das Administrações Penitenciárias (ou correlatas), da Secretaria Estadual ou Municipal de Saúde, ou são terceirizados.

Entende-se ser necessário, então, o aumento da agenda orçamentária do poder executivo, com o objetivo de garantir incentivos financeiros adequados à estruturação de unidades básicas de saúde prisional e ao custeio dos serviços e equipes, com destaque para a criação de condições mais favoráveis (ambientais, salariais, instrumentais, estratégicas e operacionais) para que, de fato, as Redes de Atenção à Saúde, tanto locais quanto regionais fortaleçam suas capacidades e a população custodiada seja visualizada pelo SUS, de modo universal, integral, resolutivo e contínuo.

Alguns projetos do Governo Federal, em parceria com organismos internacionais e não governamentais, apresentaram impactos positivos na estrutura de algumas Unidades Básicas de Saúde Prisional (UBSp), como espaços complementares que ultrapassam o modelo tradicional da atenção básica – sala de laboratório para diagnóstico, sala de Raio X, “leitos-cela” para observação ou isolamento.

Uma questão que merece destaque e preocupação sanitária diz respeito ao baixo número de consultas médicas. Assim como ocorre nos municípios pequenos do interior e nas áreas destinadas às populações específicas como indígenas e ribeirinhas, no sistema prisional também há um enorme déficit de médicos, em grande parte devido ao estigma relacionado à população prisional, aos baixos salários e às condições de trabalho.

Esse déficit poderá ser resolvido por meio do Programa “Mais Médicos”, permitindo que os médicos possam se deslocar de suas Unidades Básicas de Saúde (UBS) no território e realizar atendimentos em estabelecimentos penais com até 100 pessoas privadas de liberdade. Acima desse recorte populacional, o Ministério da Saúde está estudando a possibilidade de futuro edital para chamamento público desses médicos para atender as unidades prisionais mais adensadas²¹.

Segundo a pesquisa intitulada “Análise epidemiológica da situação de saúde na população privada de liberdade no Brasil: dados de bases de informação”, realizada pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), financiada pelo Ministério da Saúde, a ordem de casos notificados em unidades prisionais segundo agravo e ano de notificação no Brasil, entre 2007 e 2014, apontam em primeiro lugar a tuberculose, seguida da dengue, HIV/Aids, hepatites virais, sífilis adquirida, atendimento antirrábico humano, hanseníase, síndrome do corrimento uretral masculino, doença de chagas aguda, violências, leptospirose, entre outras²².

O aparecimento do agravo “atendimento antirrábico humano”, em sexto lugar na pesquisa da UFES pode ter dois significados: em primeiro lugar pela grande quantidade de animais domésticos, principalmente cães e gatos, coabitando as unidades prisionais, em segundo lugar são utilizados cães para a realização da guarda das unidades prisionais que podem ter atacado os presos por diversos motivos inclusive por tortura (grifo nosso).

De qualquer maneira, esses dados apontam a inexistência de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e cuidado integral, como determina a atenção básica, revelando a forte presença de um modelo que ainda funciona nos moldes da LEP, um modelo de ambulatório que atende somente a demanda espontânea sem os devidos planejamentos e mapeamentos de saúde.

Nesse sentido, as ações de atenção básica prisional devem ser de responsabilidade do SUS, por meio da PNAISP, envolvendo de forma interministerial, interfederativa e tripartite as res-

pensabilidades das Redes de Atenção à Saúde do SUS, além das ações de vigilância sanitária e epidemiológica.

É evidente que o SUS, por meio das Redes de Atenção à Saúde, deve garantir as premissas sustentadas e normatizadas pelo regimento existente em seu âmbito. A gestão de toda a rede assistencial dos estados, Distrito Federal e municípios, bem como a oferta do serviço de maior complexidade a toda a população privada de liberdade, é responsabilidade dessa Rede (estadualizadas, regionalizadas ou municipalizadas, dependendo dos níveis de habilitação dos serviços ao SUS e das formas de contratualização definidas)²³.

A evidência de que o SUS ainda não alcançou a população privada de liberdade é demonstrada nas informações subnotificadas da base de dados do Ministério da Justiça por meio do Sistema de Informação Penitenciária⁸, mas principalmente na base de dados da pesquisa da UFES, que foi realizada na base de dados do Sistema de Informação Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), do Ministério da Saúde (MS)²².

Os profissionais que atuam nas unidades básicas de saúde prisional (UBSp) não utilizam os sistemas de informação do SUS, encaminhando as notificações compulsórias para os municípios, o que pode causar perda de informação, reforçando a subnotificação. Outro sistema de informação importante não utilizado pela saúde no sistema prisional é o prontuário eletrônico do SUS: e-SUS ou Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), fazendo com que a Rede de Atenção à Saúde desconheça os atendimentos e procedimentos realizados pelas equipes de atenção básica prisional²⁴.

No INFOPEN 2014, as informações sobre os quantitativos de pessoas com agravos transmissíveis nas unidades prisionais apresentam a seguinte sequência: em primeiro lugar de HIV/Aids, em seguida sífilis, hepatites, tuberculose, e outras⁸.

Tais informações, dissonantes com os sistemas do SUS, apresentam o abismo sanitário e ao mesmo tempo apontam o caminho a ser trilhado pela PNAISP para a garantia do direito à saúde para todas as pessoas privadas de liberdade no Sistema Prisional.

Essa política atende aos princípios basilares do SUS de universalização do acesso, integralidade da atenção e equidade em saúde, apresentando a unidade prisional, por meio de sua UBSp, como ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde, ofertando ações de promoção da saúde,

prevenção de agravos e tratamento por meio da Atenção Primária em Saúde, demonstrando também que a transversalidade das políticas públicas para o sistema prisional é a única forma de corrigir o histórico de abandono sanitário vivido pelo Sistema Prisional.

Este cenário político garantista é propício para o surgimento de políticas públicas que busquem os direitos, outrora violados, a segmentos que não tiveram o mesmo nível de oportunidades garantido à grande maioria.

Diante dessa discussão, muito se tem escrito sobre a crise do sistema penitenciário e a falência da pena de prisão. Parece que já há um consenso a respeito. É extremamente sério o atual quadro deste sistema, marcadamente punitivo e que atua no contexto de um conjunto arcaico. Na visão de Foucault e na prática do trabalho diário nos presídios, este sistema apenas segrega temporariamente o condenado pela ótica exclusiva da repressão. As conflitantes metas: punir, prevenir e regenerar não alcançam os fins a que se propõem².

Considerações finais

A partir do quadro apresentado verificou-se a necessidade de maior investimento dos poderes executivo e judiciário em capacitações para juízes e gestores do sistema prisional com o intuito primário de alterar a cultura do encarceramento, buscando adotar ações e estratégias intersetoriais principalmente no campo das alternativas penais, da justiça restaurativa, das conciliações e das audiências de custódia, no sentido de se reduzir progressivamente o déficit carcerário que hoje alarma o Brasil e o mundo.

As ações de alternativas penais ao encarceramento deverão reduzir principalmente o número de presos provisórios por meio da adoção de medidas judiciais alternativas nas audiências de custódia, ou, por exemplo, por meio da utilização de tecnologia como as tornozeleiras eletrônicas. Essas ações conjugadas com uma política de Estado voltada para o egresso do sistema prisional poderão barrar a tal retroalimentação do encarceramento em massa.

Nesse sentido, as vulnerabilidades e as iniquidades da população privada de liberdade podem ser compreendidas a partir de sua demografia que apontam os problemas estruturais do sistema prisional.

Atualmente o judiciário manda prender sujeitos em unidades prisionais que, além de extre-

mamente superlotadas, são estruturas majoritariamente antigas e demandantes de reformas, indicadores que dificultam o acesso da população prisional às assistências que lhe garantam o mínimo de dignidade humana.

O quantitativo de recursos humanos atuando nas prisões, além de serem pouco capacitados para atuar nas políticas públicas transversais ao sistema prisional para a oferta das assistências, não conseguirá acompanhar o quadro de superlotação carcerária.

O baixo efetivo de recursos humanos, principalmente de Agentes Penitenciários, apresenta reflexo negativo na segurança das unidades prisionais, com constantes rebeliões, violências ou ameaças, transformando o ambiente de trabalho em produtora de adoecimento. Esse cenário também reflete na população carcerária devido à falta de escolta para os encaminhamentos para as assistências à saúde, educação, trabalho, religiosa.

No campo da saúde pública, as unidades prisionais são compreendidas como lugares de grande desafio sanitário, mas ainda não são visualizadas por grande parte dos gestores de saúde como espaços de intervenção, mesmo após a publicação das normas de saúde prisional datadas de 2003 e de 2014, que instituem a relação estreita do SUS com o sistema prisional.

O controle sanitário dos agravos da população privada de liberdade deve envolver principalmente as ações de atenção básica, tendo em vista o perfil de jovens, em idade produtiva e teoricamente saudáveis, buscando-se, assim, resolver boa parte dos seus problemas de saúde. Controlando os agravos da população prisional se controla também os dos munícipes que rotineiramente adentram as unidades prisionais para realizar visita familiar ou íntima a seus entes privados de liberdade.

Durante essas visitas, os familiares passam a ter contato com os agravos transmissíveis como, por exemplos, a tuberculose e as DST/Aids, adquiridas no meio externo ao presídio ou devido às condições vulneráveis do confinamento, podendo transferi-las diretamente para a comunidade de visitantes.

Além disso, o tratamento tardio desses agravos sobrecarregará a gestão municipal, por meio da porta de urgência e emergência dos equipamentos de saúde da rede ambulatorial e hospitalar, assim como da assistência farmacêutica.

Podemos considerar, então, que a vulnerabilidade da população privada de liberdade torna o município também vulnerável e o gestor deve levar essa demanda de vigilância epidemiológica e

sanitária como prioridade. Controlar os agravos no sistema prisional se torna uma necessidade de urgência sanitária, com a facilidade de controle do território do presídio que tem sua população adstrita.

Essas justificativas sanitárias são o suficiente para que as gestões estaduais e municipais demandem a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), levando para esse público jovem as ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, reduzindo-se, assim, o fluxo para a média e alta complexidade da Rede de Atenção à Saúde.

Por último, deve-se ampliar os investimentos financeiros, as estratégias e as políticas de inclusão social para os jovens, como por exemplo, o Plano Juventude Viva, ampliando-se, assim, as possibilidades de acesso desses jovens aos bens e serviços públicos, buscando reforçar o sentimento de cidadania, pertencimento e diminuição da sensação de desigualdade social extremada. Além disso, deve-se estimular a participação e o controle social no âmbito do sistema prisional para que essas e outras questões, como a tortura, por exemplo, possam ser visibilizadas e trabalhadas.

Colaboradores

MM Soares Filho foi responsável pela pesquisa e redação do artigo e PMMG Bueno foi responsável pela metodologia e revisão final.

Referências

1. Castel R. A dinâmica dos processos de marginalização: da vulnerabilidade à “desfiliação”. *Caderno CRH* 1997; 10(26):19-40.
2. Foucault M. *Vigiar e Punir*. Petrópolis: Vozes; 1977.
3. Brasil. Presidência da República. Institui a Lei de Execução Penal. *Diário Oficial da União* 1984; 13 jul.
4. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União* 1988; 5 out.
5. Brasil. Conselho Nacional de Justiça. Dados das Inspeções nos Estabelecimentos Penais. [Online]. 2014 [acessado 2016 mar 29]. Disponível em: http://www.cnj.jus.br/inspecao_penal/mapa.php.
6. Brasil. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. *Censo Penitenciário Nacional: nível socioeconômico da clientela dos sistemas. Institucional*. Brasília: Ministério da Justiça, Departamento Penitenciário Nacional; 1994.
7. Goffman E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Zahar; 1982.
8. Brasil. Ministério da Justiça (MJ). *Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias - INFOPEN 2014*. Brasília: MJ; 2015.
9. Brasil. Ministério da Justiça (MJ). *Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias - Infopen Mulheres 2014*. Brasília: MJ; 2015.
10. Evangelista I. Jusbrasil: Você sabe o que é – e como funciona – a Audiência de Custódia? [Online]. 2015 [acessado 2016 abr 6]. Disponível em: <http://jurisrael.jusbrasil.com.br/artigos/218131081/voce-sabe-o-que-e-e-como-funciona-a-audiencia-de-custodia>.
11. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Reincidência Criminal no Brasil. [Online]. 2015 [acessado 2016 mar 29]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/porta/images/stories/PDFs/relatoriopesquisa/150611_relatorio_reincidencia_criminal.pdf.
12. Brasil. Presidência da República. Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad). [Online]. 2006 [acessado 2016 mar 29]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico. [Online]. 2010 [acessado 2016 mar 29]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>.
14. Teixeira C. Educação e inclusão social? Os limites do debate sobre o papel da escola na sociedade. [Online]. 2005 [acessado 2016 mar 29]. Disponível em: www.sb-sociologia.com.br/portal/index.php.
15. Brasil. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP). Resolução n.º 14, de 11 de novembro de 1994. *Diário Oficial da União* 1994; 2 dez. 16.
16. Hobbes T. *Leviatã*. São Paulo: Nova Cultura; 1977.
17. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário*. 2ª ed. Brasília: MS; 2005.
18. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde*. [Online]. 2013 [acessado 2016 mar 29]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>.
19. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)*. [Online]. 2014 [acessado 2016 mar 29]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html.
20. Brasil. Ministério da Justiça (MJ). *Relatório de Inspeções do CNPCP*. [Online]. 2014 [acessado 2016 mar 29]. Disponível em: <https://www.justica.gov.br/seus-direitos/politica-penal/cnpcp-1/relatorios-de-inspecao-1/relatorios-de-inspecao-2014-1>.
21. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Programa Mais Médicos*. [Online]. 2014 [acessado 2016 mar 29]. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/>.
22. Miranda AEB. *Análise epidemiológica da situação da saúde na população privada de liberdade no Brasil: dados de bases de informação*. Vitória: Editora da UFES; 2015.
23. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *As Redes de Atenção à Saúde*. [Online]. Brasília; 2010 [acessado 2016 mar 29]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php.
24. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB)*. [Online]. 2016. [acessado 2016 mar 29]. Disponível em: <http://sisab.saude.gov.br/>.

Artigo apresentado em 14/10/2015

Aprovado em 11/04/2016

Versão final apresentada em 13/04/2016