

CENTRO UNIVERSITÁRIO CATÓLICO DE VITÓRIA

MARIANE FRANCISCO

**PRODUÇÃO DE SAÚDE NOS PRESÍDIOS DO BRASIL: UMA REVISÃO  
INTEGRATIVA**

VITÓRIA

2018

MARIANE FRANCISCO

**PRODUÇÃO DE SAÚDE NOS PRESÍDIOS DO BRASIL: UMA REVISÃO  
INTEGRATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Centro Universitário Católico de Vitória -  
UCV, como requisito obrigatório para obtenção  
do título de Bacharel em Enfermagem.  
Orientador: Prof. Me Jeremias Campos  
Simões.

VITÓRIA

2018

MARIANE FRANCISCO

**PRODUÇÃO DE SAÚDE NOS PRESÍDIOS DO BRASIL: UMA REVISÃO  
INTEGRATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro Universitário Católico de Vitória, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, por:

---

Prof.Me Jeremias Campos - Orientador

---

Prof. Marcos Ferreira, UCV

---

Prof.<sup>a</sup> Tarsila Thomaz da Cunha, UCV

Dedico aos meus pais, irmãos, a minha família e primeiramente a Deus, por ter sido minha rocha e fortaleza.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus por ter estado comigo, por ter sido o meu Deus, por ter me sustentado com a destra da sua justiça. Em especial ao meu orientador Jeremias Campos, por ter sido mais que um professor e sim um amigo, por toda atenção, paciência, empenho e colaboração, obrigado por compartilhar seu conhecimento que foi essencial na elaboração deste trabalho, seus conselhos foram valiosos! Aos meus pais Volmar José e Sonia Mara, sou grata também ao meu padrasto Alcemar Simão e minha irmã Loriani Francisco por terem me ajudado a correr atrás dos meus sonhos, por terem visto em mim o dom de cuidar que nem eu mesma tinha percebido. Ao meu Noivo Théo Arrhernius, por ter suportado minha ausência em muitos momentos, por ter me encorajado a seguir em frente e buscar conhecimento. Aos meus irmãos Keith, Kassia e Haylandher, por suas orações e apoio. Aos meus colegas de classe pelo companheirismo durante toda a faculdade. Agradeço aos professores que sempre estiveram dispostos a ajudar e contribuir para um melhor aprendizado, As minha amigas Eliadina, Dayane, Regiane e Kawany por me socorrerem nos momentos que eu mais precisei ao anjo Daniela por suas dicas e ajuda sobre o trabalho de conclusão de curso, A minhas primas Elaine e Andressa por sempre me apoiar e por todo carinho e atenção. A minha Enfermeira do estágio extracurricular Rafaela Ravani por ser um exemplo para minha formação, por sua paciência, carinho e atenção durante todo o estágio, por ter sempre me ouvido e me ajudado quando eu mais precisei. A toda minha família Francisco por terem sempre acreditado em mim. Este é um momento de celebração, louvo a Deus por ter me proporcionado essa oportunidade.

Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades,  
lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram  
conquistadas do que parecia impossível. Charles Chaplin

## RESUMO

Falar sobre saúde dentro do sistema penitenciário é chamar a atenção para que políticas públicas voltadas para essa área sejam criadas, pois é notório o aumento da população carcerária no Brasil nos últimos anos. Quanto maior o número de egressos no sistema prisional, maiores são as chances dos internos desenvolverem alguma doença, visto que além dos fatores genéticos, a história pregressa associada ao processo do encarceramento leva a uma pré-disposição para o desenvolvimento de doenças, devido mudanças de hábitos e estilo de vida. Dessa forma este trabalho teve como objetivos realizar levantamento da literatura sobre as produções de saúde nos presídios do Brasil, identificar os agravos de saúde que acometem a população carcerária e descrever as ações de saúde desenvolvidas no ambiente prisional. Trata-se de uma revisão de literatura do tipo integrativa. Foram selecionadas produções científicas das bases bibliográficas da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com bases de dados da Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências e Saúde (LILACS), *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO), BDNF-Enfermagem e Medline e Index Psicologia - Periódicos Técnico-científicos, no período de 2010 á 2017. A partir dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 6 (seis) artigos. Os resultados encontrados possibilitaram a construção de três eixos, Primeiro eixo: intervenções de saúde desenvolvidas no ambiente prisional; Segundo eixo: Agravos de saúde na população carcerária; e o Terceiro eixo: Desafios para a implementação de ações de saúde no ambiente prisional. Foi possível observar que para a saúde dentro deste sistema existem políticas publicas que na prática frente à realidade do quantitativo de profissionais não é suficiente, portanto é necessário falar sobre as condições de Saúde nos presídios a fim de mostrar a real importância de políticas de saúde que realmente funcionem.

Palavras chave: Cárcere, condições de saúde, perfil de saúde.

## **ABSTRACT**

Talk about health within the prison system is to draw attention to that public policies for this area to be created, because it is notorious the increased prison population in Brazil in recent years. The greater the number of graduates in the prison system, the greater the chances of the interns develop disease, since in addition to genetic factors, early history associated with the incarceration process leads to a predisposition for the development of disease, because of changes in habits and lifestyle. Thus this work aimed to conduct survey of the literature on health care productions in Brazil's prisons, identify health hazards that affect the prison population and describe the health actions developed in the environment prison. This is a literature review of the integrative type. Scientific productions were selected bibliographic bases of the Virtual Health Library (VHL), with databases of the Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), BDNF-nursing and MEDLINE and Index Psychology-technical-scientific Journals, in the period from 2010 to 2017. From the inclusion and exclusion criteria, we selected 6 (six) articles. The results enabled the construction of three axes, first axis: health interventions carried out in the prison environment; Second axis: Aggravations in the prison population; and the third axis: Challenges for implementing health actions in the prison environment. It was possible to observe that for health within this system there are public policies in practice vis-à-vis the reality of the number of professionals is not sufficient, therefore it is necessary to talk about the health conditions in prisons in order to show the actual importance of health policies that actually work.

Keywords: Jail, health conditions, health profile.

## **LISTA DE SIGLAS**

AIDS- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

APAC- Associação de Proteção e Assistência aos Condenados

BVS- Biblioteca Virtual em saúde

CDP- Centros de Detenção Provisório

DST- Doenças sexualmente transmissíveis

ES- Espírito Santo

ESF- Estratégia de Saúde da Família

ESP- Equipes de Saúde do Sistema Prisional

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

HIV- vírus da imunodeficiência humana

IST's- Infecções sexualmente transmissíveis

LEP- Lei de Execução Penal

LILACS- Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências e saúde

MS- Ministério da Saúde

OMS- Organização Mundial De Saúde

PNAISP- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional

PNSSP- Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário

SESA- Secretária de Estado de Saúde

SEJUS- Secretaria de Estado de Justiça

SCIELO- Scientific Eletronic Library Online

SCNES- Sistema De Cadastro Nacional De Estabelecimentos De Saúde

SUS- Sistema Único de Saúde

TB- Tuberculose

UBS- Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>19</b>
1.1 OBJETIVOS .....	21
1.1.1 <b>Objetivo geral</b> .....	<b>21</b>
1.1.2 <b>Objetivos específicos</b> .....	<b>21</b>
1.2 JUSTIFICATIVA .....	21
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>23</b>
2.1 O SISTEMA PENITENCIÁRIO NO BRASIL .....	23
2.2 O SISTEMA PENITENCIÁRIO NO ESPIRITO SANTO.....	29
2.3 A SAÚDE DO SISTEMA PENITENCIÁRIO NO BRASIL .....	31
2.3.1 <b>A saúde no sistema penitenciário do Espírito Santo</b> .....	<b>35</b>
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	<b>41</b>
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO DA PESQUISA</b> .....	<b>45</b>
4.1 PRIMEIRO EIXO: INTERVENÇÕES DE SAÚDE DESENVOLVIDAS NO AMBIENTE PRISIONAL.....	51
4.2 SEGUNDO EIXO: AGRAVOS DE SAÚDE NA POPULAÇÃO CARCERÁRIA ....	53
4.3 TERCEIRO EIXO: DESAFIOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES DE SAÚDE NO AMBIENTE PRISIONAL .....	55
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>57</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>59</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Constitui-se como cárcere um lugar onde uma pessoa esta isenta de sua liberdade ou lugar que seja destinado a reclusão (FERRERA, 2006).

O sistema penitenciário vem passando por diversas alterações ao longo dos anos. Entre diversas normativas é estipulado no sistema prisional regras, princípios embaixadores de ordenamento, direitos e deveres. O fato de um indivíduo estar privado de liberdade, não o impede de ser um cidadão e assim ter direitos já pré-estabelecidos mundialmente, direitos que todos os seres humanos têm como exemplo a manutenção dos laços afetivos com os familiares e direito a dignidade da pessoa humana. Direitos que são de extrema importância para a ressocialização e reinserção deste indivíduo a sociedade novamente (DULLIUS; HARTMANN, 2011).

A justiça humana sempre sofreu alterações e passou por diversas mudanças, e essas modificações dependem sempre das forças políticas da época (BECCARIA, 2008).

Silva (1997), diz que a prisão é um meio para a recuperação do indivíduo que cometeu uma infração, crimes ou pecados e por estar retido, isolado em um confinamento esse infrator pensa nos seus atos cometidos, assim tem um encontro com sua consciência, proporcionando a ele uma reforma moral.

Após a independência do Brasil percebeu-se a necessidade de criação de uma legislação adequada para a nação, porém em 1880 foi abolida a pena de morte no País e assim foi surgir o modelo de regime correccional que tinha a intenção de ressocializar este indivíduo, mas que só entrou em vigor em 1891. Durante o governo de Getúlio Vargas em 1940 foi publicado a consolidação das leis penais chamado de Código Penal Brasileiro que sofreu modificações nos anos seguintes se adequando a ideologia vigente da época. Em 1988 a Constituição da Republica Federativa do Brasil reforçou varias normas já pré-estabelecidas dando ênfase ao princípio da dignidade da pessoa humana. O art. 5º desta constituição nos mostra entre outras coisas a proibição da tortura e respeito à integridade física e moral dos indivíduos (MAGNABOSCO, 1998).

No Brasil o sistema penitenciário é cheio de problemas e falhas, os presídios são superlotados, poucas condições de higiene e saúde, as unidades prisionais no geral

são controladas por facções criminosas e a lentidão na análise de processos já julgados. Além de todos esses problemas o sistema prisional convive com o abandono e a cadeia que deveria ser um lugar para o preso ser ressocializado e ser novamente inserido no meio social acaba funcionando como escola para o crime, a falta de atenção do Estado e o abandono da família são fatores que contribuem para essa realidade (ASSIS, 2007).

Visto a importância da definição e implementação de ações e serviços com o princípio e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) os Ministros de Estado da Saúde e Justiça resolvem aprovar o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário o (PNSSP). Esse plano apresenta-se com o intuito de viabilizar atenção integral de saúde a todas as pessoas compreendidas no sistema penitenciário nacional, seja em unidades femininas, masculinas ou nas psiquiátricas. A finalidade desse plano é promover a saúde e contribuir para o controle e redução dos agravos (BRASIL, 2003).

A população prisional cresce de forma bastante acelerada a superlotação vem se tornando um problema crônico e mostra com maior evidencia o déficit de vagas no sistema prisional, revelando um quadro agravante e sem precedentes. E considerando as varias portarias, leis de execução penal, decretos, princípios institucionais e a politica nacional de atenção integral a saúde das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional com os seguintes princípios de equidade, integralidade, promoção, prevenção, recuperação de agravos, valorização e considerando a lei 8080/90 que regulamenta o SUS, entende-se então que como a saúde é um direito de todos, inclusive dos que estão isentos de sua liberdade, essas politicas voltadas para o sistema prisional vieram para garantir atenção de forma integral a 100% da população penitenciária brasileira (BRASIL, 2014a).

O Brasil tem a 4º maior população carcerária do mundo. Atualmente existem mais de 600.000 mil presos que na sua grande maioria são compostas pelas minorias, negros, jovens e sem estudo. No Brasil a população carcerária só cresce enquanto os Países mais desenvolvidos que tinha as maiores populações carcerárias do mundo vem diminuindo seus números (BRASIL, 2015).

Com esse aumento na população carcerária aumentou-se também o número de problemas de saúde pública tanto em nível nacional como estadual. No estado do Espirito Santo existe a cooperação entre secretarias municipais, estaduais de saúde

e Secretaria de Estado de Justiça (SEJUS) a fim de prestar assistência à saúde em todos os níveis de atenção a toda população carcerária das unidades prisionais (MACEDO, 2014).

O aumento da população carcerária associado às precárias condições do cárcere levanta outra preocupação, que é o risco já confirmado de altos índices de doenças crônicas, as carências estruturais e processuais afetam diretamente nesses resultados. Assim como o restante da população os internos precisam que seus problemas de saúde sejam tratados, pois do contrário suas patologias podem se torna mais complexas e assim custarem ainda mais caras para os gastos públicos além de terem suas doenças causando danos irreversíveis (OLIVEIRA; GUIMARÃES, 2011).

## 1.1 OBJETIVOS

### 1.1.1 Objetivo Geral

Realizar levantamento da literatura sobre as produções de saúde nos presídios do Brasil.

### 1.1.2 Objetivos Específicos

Identificar os agravos de saúde que acometem a população carcerária.

Descrever as ações de saúde desenvolvidas no ambiente prisional.

## 1.2 JUSTIFICATIVA

Esse trabalho se torna relevante, pois falar de saúde é fundamental e falar sobre a saúde no sistema penitenciário é indispensável visto que o número de egressos no sistema prisional cresce de forma considerável e aumenta assim o número de internos com algum tipo de patologia. Para a saúde dentro deste sistema existem políticas públicas que na prática frente à realidade do quantitativo de profissionais não é suficiente, portanto é necessário falar sobre as condições de saúde nos

presídios a fim de mostrar a real importância de políticas de saúde que realmente funcionem.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 O SISTEMA PENITENCIÁRIO NO BRASIL

As penas eram bastante severas até o século XVIII, sendo marcado como um período por penas de mortes e torturas. Não existia a privação de liberdade como forma de punição para o acusado, ele era mantido sob custódia com a finalidade de aguardar o julgamento e pena, nesse tempo em que aguardava ele era torturado com a intenção de se obter provas contra ele. O acusado aguardava o julgamento em cárcere e esse encarceramento era de caráter provisório e não era considerado como uma punição final (SANTIS, 2012).

No governo de Getúlio Vargas em 1940 foi publicado o chamado Código Penal Brasileiro que sofreu modificações nos próximos anos se adequando a ideologia que estava em vigor da época. Em 1988 a Constituição do Brasil reforçou varias normas já pré-estabelecidas dando ênfase ao princípio da dignidade humana. O art. 5º desta constituição nos mostra entre outras coisas a proibição de atos de tortura e respeito à integridade tanto física como moral dos indivíduos (MAGNABOSCO, 1998).

Durante muitos anos o Brasil não teve um código penal próprio, o fato do Brasil ser uma colônia de Portugal o fazia ser sempre submetido as “leis” de Portugal que adotava como punição a pena de morte. (MAGNABOSCO, 1998)

De acordo com SANTIS; ENGBRUCH, 2012, p. 147:

Entre as penas, previam-se as de morte, degrado para as galés e outros lugares, penas corporais (como açoite, mutilação, queimaduras), confisco de bens e multa e ainda penas como humilhação pública do réu; não existia a previsão do cerceamento e privação de liberdade, posto que as ordenações são do século XVII e os movimentos reformistas penitenciários começam só no fim do século seguinte, os estabelecimentos prisionais do Brasil seguiam o antigo entendimento de prisão como meio de evitar a fuga para a pena que viria e não como fim, como pena (SANTIS; ENGBRUCH, 2012, p. 147).

Somente após o Brasil criar um código penal próprio que a pena de morte passou a não existir mais e a pena de prisão foi inserida, isso a partir de 1830. Houve mudanças outro código penal foi criado e só em 1984 que foi criada a lei que esta em vigor até hoje que é a Lei de Execução Penal (LEP) (NUCCI, 2014).

A definição de justiça humana sempre sofreu alterações e teve diversas mudanças, e essas modificações dependem sempre das forças políticas da época (BECCARIA, 2008).

O País tem 1436 unidades prisionais e mais de 600.000 presos, tanto julgados como presos provisórios. Sendo que 40% da população prisional ainda estão em regime provisório, ou seja, não foram julgados ainda. O Brasil ocupa a 38ª posição entre os países com mais presos provisórios, isso entre os países com mais de 10 milhões de habitantes, quase 250 mil presos antes de serem julgados (BRASIL, 2014b).

Estudos mostram que o País tem a 4ª maior população carcerária do mundo. Entre 2004 e 2014 essa população aumentou mais que 80% nos presídios brasileiro que na sua grande maioria são negros e que estudaram no máximo até o ensino fundamental. O Brasil está indo contra a tendência dos países que tem as maiores populações carcerárias do mundo. Enquanto países como a Rússia, Estados Unidos e China diminuem a taxa de superlotação, no Brasil esse número só cresce (BRASIL, 2015).

O Brasil chegou a uma taxa de mais de 300 presos a cada 100 mil habitantes, uma taxa duas vezes maior que a taxa mundial do aprisionamento que é de 144 presos a cada 100 mil habitantes, ficando atrás apenas da China, dos Estados Unidos, e Rússia, além disso, o Brasil vai contra as tendências mundiais, enquanto nos últimos anos os outros Países tem diminuído a sua população carcerária o Brasil cresce 7% ao ano a sua população carcerária. E entre as mulheres presas esse número é ainda maior, cresce 10,7% ao ano, em 2005 eram 12.925 mulheres presas e em 2014 esse número já chegou a 33.793. O perfil da população prisional no país é formado na sua maioria por jovens 55,07% dessa população que está em cárcere tem até 29 anos. E para uma representação por raça a população negra tem o maior número de apenados com 61,67% da população e menos de 10% da população encarcerada total concluíram o ensino médio (BRASIL, 2014b).

Conforme a Tabela 1. No início da década de 90 existiam 90 mil presos em média e em 2014 existem mais de seiscentos mil, em 25 anos a violência vem acompanhando a sociedade brasileira. Esse aumento da população carcerária trouxe outros problemas como a superlotação das prisões do Brasil. Existe a falta de mais de 250 mil vagas, são 250.318 mil pessoas além da capacidade dos presídios no País. No Brasil a taxa de ocupação é de 167%. Nos últimos 14 anos essa

população teve um aumento de 267,32%. Ao longo de 2014 tendo como base o número de egressos e de pessoas que saíram do sistema, pode-se afirmar que pelo menos 1 milhão de pessoas passaram pelos presídios no Brasil (BRASIL, 2014c).

Tabela 1. Panorama da evolução da População Prisional no Brasil de 1990 a 2015.

<b>População Prisional Brasileira entre 1990 á 2015.</b>	
<b>Ano</b>	<b>População Prisional</b>
1990	90 mil
1992	114,2 mil
1993	126,2 mil
1994	129,2 mil
1995	148,8 mil
1997	170,6 mil
1999	194,1 mil
2000	232,8 mil
2001	233,9 mil
2002	239,3 mil
2003	308,3 mil
2004	336,4 mil
2005	361,4 mil
2006	401,2 mil
2007	422,4 mil
2008	429,4 mil
2009	473,6 mil
2010	496,3 mil
2011	514,6 mil
2012	549,8 mil
2023	581,5 mil
2014	607,7 mil
2015	609,5 mil
<b>Crescimento de 577, 231%.</b>	

Fonte: Espírito Santo (2016). Adaptada pelo autor

No Brasil conforme falado o sistema prisional é cheio de problemas e falhas os presídios são superlotados, poucas condições de saúde e higiene, os presídios no geral são controladas muitas vezes facções e a lentidão na análise de processos já julgados. Além disso o sistema penitenciário convive com o abandono e a cadeia que seria um lugar para o preso ser ressocializado e ser novamente inserido na

sociedade acaba funcionando como escola para o crime. A desatenção do Estado e o abandono da família são fatores que contribuem para isso (ASSIS, 2007).

As políticas adotadas pelo Governo Federal são voltadas para questões emergenciais, criando mais vagas por causa da superlotação. E acabam deixando questões importantes sobre o sistema penitenciário desassistidas. Dessa forma o sistema penitenciário está esse caos sem precedentes, as condições de habitualidade são impróprias e surreais, nos últimos anos houve um investimento de R\$ 1.530.975.617 em construção, ampliação e reformas de presídios e ainda assim o sistema penitenciário brasileiro não é capaz de dar conta da demanda, e a superlotação ultrapassa mais da metade do número de vagas (DULLIUS; HARTMANN, 2011).

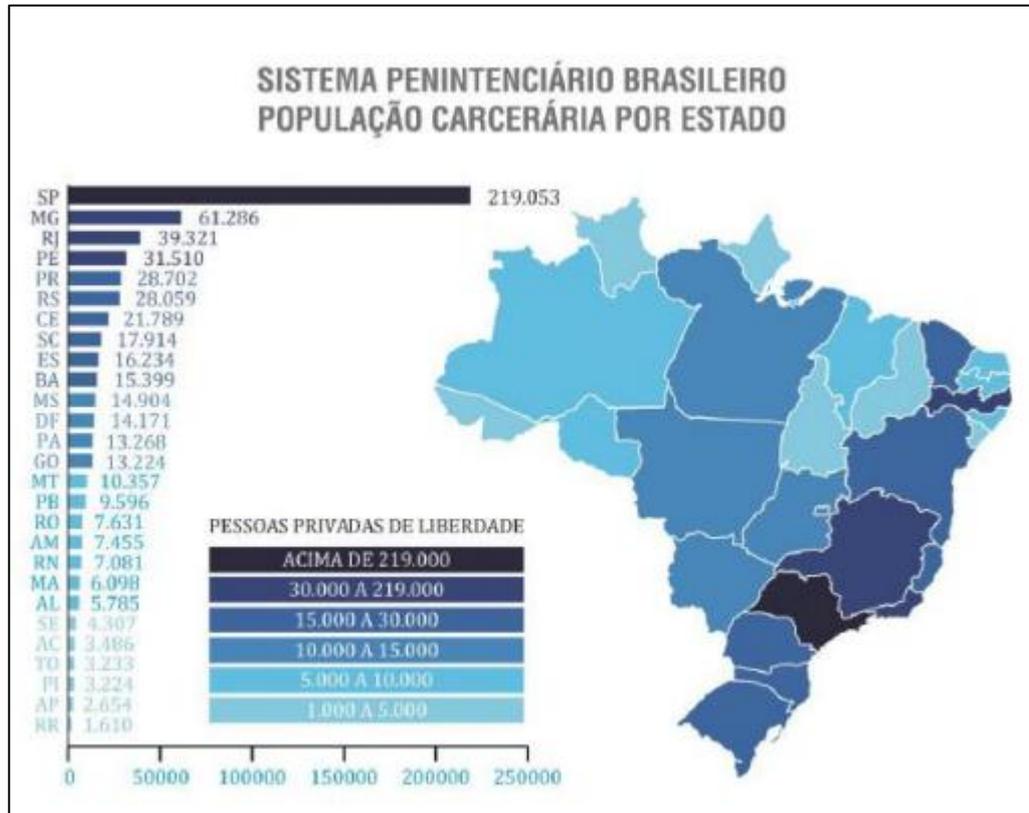
Mesmo sabendo que as pessoas possam cumprir pena em regime aberto o País não tem vagas e nem estrutura para esse tipo de apenado. Essas vagas representam apenas 18% das vagas do País. Considerando as vagas nos regimes semiaberto e aberto os Estados do Mato Grosso do Sul, Distrito Federal e Rondônia ganham destaque com mais de 30% das vagas para esse tipo de regime. Em contra partida o Alagoas tem 0% de vagas destinadas aos regimes semiabertos e aberto. Os Estados do Ceará, Sergipe, Amazonas, Tocantins e Pernambuco têm mais da metade de vagas para as prisões provisórias, enquanto as menores proporções de vagas para as prisões provisórias encontram-se no do mato grosso do sul e em Roraima, e sendo quanto menor a quantidade de vagas nesse regime semiaberto, maior será o número de presos provisoriamente, onde o regime de cumprimento é fechado (BRASIL, 2014b).

Varias modalidades de crimes aumentaram nos últimos anos no Brasil, especialmente os crimes de homicídios. Assim, firmando algumas estatísticas sobre o Brasil, as taxas de homicídios vêm crescendo consideravelmente, com total atenção a região nordeste (BRASIL, 2014c).

Conforme a Figura 1, o Estado de São Paulo apresenta a maior população carcerária do País. Isso tanto de pessoas presas no sistema prisional, como por pessoas presas em carceragens e nas delegacias, com 220.030 presos, Rondônia tem a maior taxa de presos por 100 mil habitantes com 3,3 vezes a taxa nacional. Já o Estado do Amazonas tem a maior quantidade de vagas com ocupação de 259%. O Tocantins já tem a maior quantidade de presos em situação provisória com 75%

da população carcerária, e o Espírito Santo tem o mais presos sem condenação detidos a mais de 90 dias, com 61% dos presos (BRASIL, 2017).

Figura 1. Dados da população carcerária brasileira de acordo com os Estados da Federação.



Fonte: Espírito Santo (2016).

De acordo com a lei de execução penal n. 2.848 de 1940:

Código Penal. [...] § 1º - Considera-se: a) regime fechado a execução da pena em estabelecimento de segurança máxima ou média; b) regime semiaberto a execução da pena em colônia agrícola, industrial ou estabelecimento similar; c) regime aberto a execução da pena em casa de albergado ou estabelecimento adequado (BRASIL, Art. 33 DECRETO-LEI No 2.848, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1940).

Após passarem pelos “filtros do sistema da justiça criminal”, pelas diversas etapas policial, ministério público e jurídico os que sobram, são os não brancos, geralmente do sexo masculino, com menores condições financeiras, com baixos níveis de escolaridade, os reincidentes e aqueles que têm o pior acesso a defesa. Já quanto o tipo de crime destacam-se os crimes contra pessoas, crimes contra o patrimônio e crimes relacionados a drogas, que somados são responsáveis por 87% do encarceramento total. Os crimes de roubos e tráfico de entorpecentes

correspondem sozinhos mais de 50% das sentenças das pessoas condenadas nas prisões do Brasil (BRASIL, 2014b).

Apesar da quantidade de mulheres egressas e o sistema penitenciário ter tido um aumento nos últimos anos, a participação de mulheres na população prisional ainda é pouco significativa se comparado aos homens, à média brasileira é de 5,8% de mulheres presas para 94,2% de homens. O estado de Roraima se destaca com mais de 10% da sua população prisional ser composta por mulheres. Existem também 2.625 estrangeiros presos no País e no Estado de São Paulo tem 1.776 estrangeiros presos, com 0,82% da sua população carcerária. Os principais Países que tem estrangeiros presos no Brasil são Nigéria, Paraguai e Bolívia (ESPIRITO SANTO, 2016).

As atividades educacionais e laborterápicas são de máxima relevância para a ressocialização do preso ajudam a reduzir a reincidência, os incidentes prisionais como os motins e rebeliões e são úteis para diminuição de presos, visto que a cada 12 horas de frequência escolar diminui em um dia a sua pena, só que até 2014 apenas 13% da população prisional participava de alguma atividade educacional, os Estados que possuem os maiores números de presos estudando são o Espírito Santo, o Amapá e o Paraná, enquanto o Piauí e Goiás possuem os piores índices de internos estudando. Existe um número de presos bem maior que a quantidade de profissionais e esse aumento de egressos faz com que seja necessária a implementação de medidas, Leis e ações voltadas para essa população (BRASIL, 2014).

A Lei de Execução Penal no 31º e 41º artigo tem uma dupla compreensão sobre o trabalho do preso são elas, o de “dever social” e a “condição de dignidade humana”. Assim como para os dias estudados há uma diminuição de 1 dia a menos na pena a cada 3 dias trabalhados (MACHADO, 2017).

percebendo a importância da definição e implementação de ações com o princípio e diretrizes do SUS os Ministros de Estado da Saúde e Justiça resolvem aprovar o PNSSP. Este plano vem com o intuito de fornecer atenção integral de saúde a todas as pessoas compreendidas no sistema prisional nacional, sejam elas em unidades femininas, masculinas ou psiquiátricas. A finalidade deste plano é promover a saúde e ajudar a controlar e reduzir os agravos (BRASIL, 2003).

No geral a população carcerária é composta por pessoas pobres, negras e que poucos deles concluíram o ensino fundamental e muito menos tiveram uma profissão antes da prisão, e essa realidade caracteriza a situação de exclusão que esses internos viviam anteriormente a prisão. A maioria deles é reincidente e associa seus delitos a pobreza e o desemprego (ESPIRITO SANTO, 2016).

## 2.2 O SISTEMA PENITENCIÁRIO NO ESPIRITO SANTO

O governo do Estado do Espírito Santo passou a contar com um plano diretor visando à melhoria do sistema prisional do estado e tem mostrado avanços significativos mesmo possuindo a 9ª maior população carcerária e ocupando a 6ª colocação referente à maior taxa de encarceramento a cada 100.000 habitantes. (ESPÍRITO SANTO, 2016).

A Secretária de Estado de Justiça do Espírito Santo (SEJUS) é um órgão que entre suas funções tem a coordenação, o planejamento, fiscalização e a supervisão dos programas de assistência aos detentos e seus familiares com o intuito de reintegrar esse recluso a sociedade novamente de acordo com a lei de execução penal. No Espírito Santo todos os estabelecimentos prisionais são coordenados pela SEJUS (BRASIL, 2014a).

A Secretária de Estado da Justiça desenvolveu um trabalho que tem como base a sociedade, família, profissionalização, educação e saúde para proporcionar a esse interno a reintegração na sociedade. Esse novo modelo de gestão implantado pela SEJUS, abrange todas as unidades prisionais do Espírito Santo (ES), em todas as áreas inclusive jurídica, religiosa e de trabalho, com projetos que visam a ressocialização do indivíduo (ESPIRITO SANTO, 2003).

As avaliações de resultados de todo o trabalho da equipe de saúde do sistema prisional do ES são realizados pela gerência de controle monitoramento e avaliação de gestão penitenciária. Essa avaliação é realizada anualmente com o intuito de avaliar se as metas estabelecidas para os profissionais estão sendo alcançadas, juntamente com o apoio da gerência de saúde (ESPÍRITO SANTO, 2016).

No ES, a taxa de pessoas privadas de liberdade no período entre 2005 e 2014 teve um grande aumento, pois a média se encontrava em torno de 110 a 220 pessoas

reclusas para cada 100.000 habitantes em 2005 e subiu para 300 a 450 presos para cada cem mil habitantes em 2014 (BRASIL, 2014d).

Em dezembro de 2015 a população prisional do Estado era de 18.462 presos De acordo com a SEJUS, como em todo o restante do País composta predominantemente por homens, com 17.355 homens e 1.107 mulheres. Entretanto nos oito primeiros meses de 2016, já houve um crescimento dessa população de 5,78% (ESPIRITO SANTO, 2016).

Em 2015 existiam mais de 3.000 presos estudando e mais de 2.000 trabalhando. E esse número vem crescendo, o interno que trabalha ou estuda além de estar ocupando a mente tem remissão de pena. O Estado tem também 88% de cobertura de saúde no sistema prisional com a maior cobertura de programa de saúde do sistema carcerário e é o único estado que tem uma unidade de tratamento de Tuberculose (TB) de referencia para pessoas privadas de liberdade (ESPÍRITO SANTO, 2016).

De acordo com Informe Técnico da Secretaria de Justiça, até 2003 o Espírito Santo possuía doze (12) unidades prisionais e um (1) hospital custódia para internos com transtornos psiquiátricos. Após um longo período de abandono em janeiro de 2003, o governo estadual estabeleceu a reestruturação do Sistema Prisional Capixaba, investindo aproximadamente R\$420 milhões de recursos próprios na construção de 26 novas unidades prisionais, projetada de forma a possibilitar a implantação de serviços e a execução de Políticas Públicas previstas na Lei de Execuções Penais (ESPÍRITO SANTO, 2016).

Dado esse investimento, os números de unidades prisionais cresceram ano após ano e atualmente o Estado possui 35 (trinta e cinco) unidades prisionais, composta por Centros de Triagem (CT), Associação de Proteção e Assistência aos Condenados (APAC), os Centros de Detenção Provisório (CDP) e as penitenciárias que são 21 de presos já condenados e 14 de presos provisórios. Distribuídas em 13 municípios (ESPÍRITO SANTO, 2016).

As equipes de saúde no sistema prisional são multidisciplinares, chamadas de Equipes de Saúde do Sistema Prisional (ESP) e são compostas de acordo com o perfil da população e do quantitativo de presos das unidades, conforme demonstra a Figura 2. Existem cinco (5) tipos de equipes. Equipe de Atenção Básica de Saúde

Prisional; ESP - tipo I, com médico de saúde mental, para unidades com até 100 custodiados; ESP - tipo II, para unidades que mantêm de 101 até 500 presos com saúde mental ou equipe II sem profissional de saúde mental e ESP - tipo III com saúde mental, para unidades que mantêm entre 501 até 1.200 custodiados e uma equipe de Urgência e Emergência na região metropolitana (BRASIL, 2016).

Figura 2 – Classificação das equipes de Saúde do Sistema Prisional.

CLASSIFICAÇÃO DAS EQUIPES	QUANTIDADE DE UNIDADES
Equipe de Saúde Prisional (ESP) Básica	8
Equipe de Saúde Prisional (ESP) Tipo I- Saúde mental	0
Equipe de Saúde Prisional (ESP) Tipo II	8
Equipe de Saúde Prisional (ESP) Tipo II- Saúde mental	2
Equipe de Saúde Prisional (ESP) Tipo III- Saúde mental	16
Urgência e Emergência	1

Fonte: Espírito Santo (2016). Adaptada pelo autor.

### 2.3 A SAÚDE DO SISTEMA PENITENCIÁRIO NO BRASIL

De acordo com Scliar (2007) o termo mais completo que diz sobre o que é saúde, foi elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948 onde foi definido que Saúde é o mais completo bem-estar não só físico, como mental e social também e não apenas é a ausência de enfermidade.

A fim de cumprir o mandamento da constituição federal de 1988 pela lei nº 8.080 que regulamenta o sistema Único de saúde, percebendo o aumento da população privada de liberdade no País e a necessidade de fornecer assistência de forma integral a saúde aos egressos com equidade, e devido à complexidade que se

encontravam as prisões foi lançada em 2003 o PNSSP. Este que será desenvolvido com os mesmos princípios do SUS, plano que envolve Secretarias Estaduais de Saúde e Justiça além das Secretarias Municipais de Saúde (GÓIS et al., 2012).

Este plano representa um avanço para o País, pois pela primeira vez as pessoas privadas de liberdade são objetos de uma política de saúde específica. O PNSSP garante o acesso aos serviços de saúde visando reduzir os agravos e danos que o sistema prisional e o próprio fato de estar preso e onde estão confinados podem provocar e principalmente representar a inclusão do Sistema Único de Saúde (SUS) dentro desse sistema e ofertam a promoção de saúde das pessoas isentas de sua liberdade que seriam as pessoas mais “excluídas” do SUS (MACEDO, 2014).

É notório que o sistema prisional brasileiro se depara diariamente com problemas de diferentes ordens entre eles as instalações físicas e a capacidade habitualidade. E essa população independente de qual seja a natureza da sua transgressão não pode ter seus direitos fundamentais negados como, por exemplo, direito a saúde (ESPIRITO SANTO, 2016).

O Ministério da Saúde (MS) em janeiro de 2014 lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde no Sistema Prisional (PNAISP), que a partir da criação da política a população prisional passou a ser inserida na rede de cuidados integrais oferecido pelo SUS (BRASIL, 2014d).

O profissional que atuam dentro do sistema prisional bem como os profissionais das unidades hospitalares, precisam desenvolver suas atividades levando em consideração os ensinamentos éticos e legais de sua profissão, é necessário focar nas necessidades desse indivíduo considerando as diferenças do sistema penitenciário (ESPIRITO SANTO, 2016).

As próprias unidades prisionais organizam os serviços de atenção básica em saúde, cada unidade possui uma equipe multidisciplinar de saúde, esta que é composta por profissionais da mesma forma como funciona na Estratégia de Saúde da Família (ESF), é composta por médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem, dentista, técnico ou auxiliar de saúde bucal, psicólogo, assistente social e fisioterapeuta. A equipe que atua dentro dos presídios varia conforme a demanda desta unidade e o perfil epidemiológico dos custodiados, somando-se a isso, a partir

dos recursos que são repassados será determinada a carga horária, assim como a modalidade desta equipe de atenção básica prisional (MACEDO, 2014).

São direitos aos que estão sob custódia, em poder do Estado, os que estão em regime provisório ou aqueles que já foram sentenciados a cumprir pena no regime semiaberto ou fechado, direito a equidade atendimento humanizado, valorização e participação popular, atenção de forma integral e de forma resolutiva com ênfase na prevenção a fim de diminuir os agravos que acometem a população prisional. Todos tem direito de ser respeitado conforme suas limitações, as suas diferenças étnico racial e suas necessidades mentais, físicas, econômicas, religiosas, culturais, a sua identidade de gênero e opção sexual, independente do tipo de crime (MACEDO, 2014).

A estrutura de funcionamento dos serviços de saúde que funciona dentro das unidades prisionais é feita pelo Sistema De Cadastro Nacional de Estabelecimentos De Saúde (SCNES). A assistência farmacêutica, a assistência psicossocial e o monitoramento das ações que são realizados em pessoas com transtornos mentais que estão em poder da justiça são regulamentadas e inspecionadas pelo Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2017).

Compete à união à garantia de continuidade da PNAISP, além da elaboração de planejamento estratégico, garantia de recursos federais, avaliação das metas nacionais estabelecidas, prestar assessoria, articular as instituições, realizar pesquisas, promover estratégias de continuidade além de apoiar os programas de saúde prisional. Assim, a União precisa estar em parceria com o Ministério da Justiça e com a Secretária de Estado de Saúde (SESA) e, a nível local, com a administração penitenciária, para que dessa forma ocorra meios para facilitar a implementação da PNAISP (BRASIL, 2017).

Nessa perspectiva, as ações de saúde no sistema prisional se configura em diversas linhas de ação e procedimentos, entre eles saúde bucal, saúde da mulher, controle da Tuberculose (TB), diagnóstico, aconselhamento e tratamento de Doenças sexualmente transmissíveis (DST) / vírus da imunodeficiência humana (HIV) / Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), que no decorrer deste trabalho usaremos a nova nomenclatura infecções sexualmente transmissíveis (IST) de acordo com atualizações do Ministério da Saúde por meio do pelo Decreto nº

8.901/2016 de 11.11.2016. Atenção à saúde mental, programa de imunização, dermatologia sanitária-hanseníase, controle da hipertensão e diabetes (BRASIL, 2017).

Os Ministérios da Justiça e de Estado da Saúde dentro de suas atribuições no PNSSP garantem ações de saúde a 100% da população penitenciária. E dentro desse plano estão as ações complementares para diagnóstico, aconselhamento e tratamento de IST/HIV, como distribuição de preservativos para pessoas presas, diagnóstico do HIV, redução de danos nas unidades prisionais, ações de educação em saúde e fornecimento dos medicamentos específicos para o tratamento das IST's (BRASIL, 2003).

E dentro dos resultados e metas esperados a partir da implementação do PNSSP, estão o autoexame para a saúde da mulher com implementação em 100% das unidades femininas com ações para detecção precoce de câncer de mama e cérvico-uterino além de diagnóstico e tratamento das IST/Aids, assistência a concepção, pré-natal, imunização, puerpério e ações educativas sobre vida sexual, reprodutiva e IST/Aids entre outras coisas. Saúde mental com programas de atendimento psicossocial, tratamento para TB e Hanseníase e imunizações (BRASIL, 2003).

Entre as principais doenças que acometem o cárcere estão as doenças crônicas não transmissíveis como Diabetes e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e as Infecções sexualmente transmissíveis (IST's) (OLIVEIRA; GUIMARÃES, 2011).

O próprio cárcere acaba trazendo uma pré-disposição ao surgimento de algumas doenças ou agravos, e para a proliferação de doenças, o estresse, as condições insalubres, celas superlotadas e dentro dos presídios o número de doentes crônicos só tem aumentado até por serem mais vulneráveis e as pessoas em cárcere tem a tendência de apresentar condições de saúde mais debilitada do que a população que não esta presa, tanto problemas de saúde física como problemas de saúde mental, só que isso muitas vezes não se inicia na prisão e sim é descoberto dentro das unidades, visto que muitos desses internos não tinham o hábito de procurar os serviços de saúde ou até mesmo tinha o acesso a esse serviço. Cabe a equipe de saúde realizar ações preventivas como a educação em saúde, falar sobre os fatores de risco e sobre a importância do acompanhamento mensal e da adesão ao tratamento para a prevenção de complicações (SILVA; NAZARIO; LIMA, 2015).

Para Dullius e Hartmann, (2011), um dos desafios encontrados no cárcere é prestar um atendimento de saúde aos presos com o mesmo padrão de qualidade que é oferecido aos que não estão presos. Entre os direitos civis que muitas vezes não é observado nas unidades prisionais do País é o livre acesso aos cuidados de saúde adequados e o mesmo padrão de qualidade dentro e fora dos presídios, direitos que deveriam ser respeitados até para o controle de doenças que atingem cada vez mais essa população.

As políticas voltadas para o sistema penitenciário vêm para garantir o cumprimento das ações de saúde para todos os internos em todos os níveis de complexidade, com o objetivo de promover a prevenção de doenças crônicas como diabetes e hipertensão. O sexo masculino tem mais chances de desenvolver doenças do sistema circulatório, do aparelho digestivo e morte por causas externas de morbidade e mortalidade e as situações precárias do confinamento devido a fatores já citados acima como a superlotação, a falta de acesso aos serviços de saúde antes do cárcere e a falta de higiene contribuem para o aumento da vulnerabilidade dessa população e dessa forma acabam aumentando as taxas de morbidade e a equipe multidisciplinar dentro das unidades é responsável por fornecer as orientações necessárias sobre hábitos de vida saudáveis como atividades físicas e dieta balanceada e adequada para cada preso conforme seu problema de saúde (WAISELFISZ, 2012).

### **2.3.1 A saúde no sistema penitenciário do Espírito Santo**

No ES a diretoria de saúde que é responsável pelo sistema prisional tem a responsabilidade de coordenar, organizar, supervisionar, planejar, avaliar e controlar as ações de saúde compete à diretoria definir prioridades. Garantindo a promoção, prevenção, recuperação e assistência à saúde dos apenados garantindo atendimento médico, odontológico, psicológico, ambulatorial, psiquiátrico e social. Precisa também supervisionar as divisões ambulatoriais que formam sua estrutura que é formada pela enfermagem, farmácia e nutrição (BASTOS et al., 2013).

A Secretaria de Justiça do Espírito Santo afirma não ser suficiente o investimento apenas em construção de novos presídios para enfrentar as consequências do descaso com o sistema prisional, é preciso também investir em requalificação nos

trabalhos prestados aos apenados, incluindo investimentos nos setores em saúde e educação, além de perspectivas em capacitação, reinserção no mercado de trabalho, recursos humanos e atendimentos (ESPIRITO SANTO, 2016).

Dessa forma, a Portaria Interministerial MS/MJ nº. 1.777 de 2003 institui o Programa de Atenção Básica de Saúde para a população prisional devido à parceria das Secretarias de Justiça junto a Secretaria Estadual de Saúde que elaboram o Plano Operativo Estadual em 2004. Aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde. E a partir da aprovação desse Plano Operativo inicia-se a implantação dos serviços de forma gradativa e as novas unidades já eram construídas com ambulatórios dentro das normas da - RDC 50 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (ESPIRITO SANTO, 2016).

Em 2005, foram implantadas as primeiras equipes de saúde prisional em duas unidades, visando à ampliação do programa com o objetivo de facilitar a gestão do programa e aumentar a cobertura dos serviços Secretaria de Justiça que celebrou o termo de parceria com OSCIP que são responsáveis pela gestão das unidades prisionais. Atualmente a equipe multidisciplinar de saúde do ES é composta por cerca de 300 profissionais de saúde que atuam na maioria das unidades prisionais. É uma equipe de atenção básica e percebendo a necessidade do interno de um atendimento com o especialista o mesmo é encaminhado para a rede pública de saúde (BRASIL, 2013).

As equipes de saúde que atuam dentro das unidades são multidisciplinares e 100% da população prisional devem passar por atendimento no mínimo uma vez ao ano e sempre que necessitar de atendimento. Os atendimentos devem ser agendados pelas equipes de saúde dando prioridade para os presos que estão chegando à unidade, que são as consultas de triagens, além dos acompanhamentos mensais e as demandas espontâneas. Já os atendimentos de urgência são realizados imediatamente conforme o que é estabelecido na rede de atenção básica, os encaminhamentos necessários e as especialidades clínicas seguem de acordo com o fluxo da rede de urgência e emergência do SUS (ESPIRITO SANTO, 2016).

No Espírito Santo a equipe de enfermagem no ano de 2016 foi responsável por mais de 70.000 dos atendimentos realizados dentro das unidades prisionais, foi à categoria que mais realizou atendimento aos internos seguida do profissional médico clínico geral com 53.575 atendimentos, dentista com 36.430 atendimentos e

psicólogo com 24.343 atendimentos, somando todos os profissionais que formam a equipe multidisciplinar de saúde que atuam dentro das unidades prisionais do Estado, no ano de 2016 foram realizados o total de 215. 755 atendimentos aos presos (ESPIRITO SANTO, 2016).

Hoje o estado do possui uma unidade de saúde prisional que possui 18 leitos, cadeiras reclináveis para medicações, cadeira odontológica, monitor cardíaco, Eletrocardiograma, aparelho de Raio-X, entre outras coisas para melhor atender esses internos. O Estado tem um modelo de acompanhamento a TB que conta com 30 leitos que ao ser diagnosticado o preso é levado a esse módulo até que a medicação comece a fazer efeito e ele possa voltar para o convívio em sua unidade (BRASIL, 2013).

Entre as ações de saúde são realizadas campanhas de imunização nas unidades prisionais do ES periodicamente. Os materiais necessários para as campanhas e as doses são cedidos pelas Secretarias Municipais de Saúde, é de responsabilidade das equipes de saúde de cada estabelecimento prisional buscar as vacinas e materiais e realizar as ações para a vacinação dos reclusos no serviço municipal (ESPÍRITO SANTO, 2016).

Existe a farmácia central do sistema prisional que veio com a intenção de melhorar a administração e a circulação de medicamentos dentro das unidades prisionais, está farmácia é totalmente equipada, climatizada, informatizada e funciona de acordo com as normas da ANVISA. O estado possui a maior cobertura de saúde dentro do sistema prisional com quase 90% das suas unidades prisionais com equipes multidisciplinares de saúde, além de ser o único Estado do País com uma unidade de referencia no tratamento da TB para pessoas presas (BRASIL, 2014b).

Com esse aumento na população carcerária aumentou-se também o número de problemas de saúde pública isso em nível nacional e estadual. No estado do ES existe a cooperação entre Secretarias Municipais, Estaduais de Saúde e SEJUS a fim de prestar assistência de saúde em todos os níveis de atenção a toda população carcerária das unidades prisionais (MACEDO, 2014).

O serviço de saúde é prestado por profissionais contratados pelas empresas de administração prisional e são avaliados pela Gerência de Controle Monitoramento e Avaliação de Gestão Penitenciária – GEFAP, com supervisão da Gerência de

Saúde. Independente dos profissionais serem vinculados as empresas de administração prisional, todos os profissionais de saúde utilizam a documentação padronizada pela SEJUS que são os prontuários e formulários, e é acordada a obrigatoriedade de emissão de relatórios mensais, ou sempre que necessário, com dados concretos para tratamento estatístico que são utilizados pela Gerência de Saúde no monitoramento, planejamento, avaliação e fiscalização dos serviços de saúde (ESPÍRITO SANTO, 2016).

Através de formulários padronizados pela SEJUS a equipe de saúde prisional emite relatórios com dados estatísticos para a gerência de saúde que é responsável por planejar, monitorar, analisar e fiscalizar os serviços de saúde prestados dentro das unidades prisionais e cabem as secretarias municipais de saúde a gerencia das ações e serviços de saúde (ESPÍRITO SANTO, 2016).

As Secretárias de Estado da Justiça juntamente com a Secretária de Estado da Saúde em uso de suas atribuições visando à necessidade de prevenção e o controle da TB no sistema penitenciário do ES, aprovam a normatização de posturas administrativas para atendimento ao preso com tuberculose no sistema penitenciário que veio para padronizar o controle dessa doença dentro das unidades prisionais, criar a comissão de coordenação para o controle da TB nesse sistema, criar vagas de acompanhamento, implantar protocolo de controle, sistematizando a triagem dos que estão ingressando na unidade prisional que é o formulário de identificação de sintomático respiratório e capacitar os servidores (ESPIRITO SANTO, 2008).

Fica instituída a Comissão de Coordenação do Controle de Tuberculose no Sistema Prisional no âmbito da SEJUS, que será composta pelo Subsecretário de Justiça para Assuntos do Sistema Penal, por um membro da Diretoria de Saúde, por um membro do Núcleo de Assistência Social do Sistema Penal NASSP, indicado pelo Secretário de Justiça, por um membro da Coordenação do Programa de Tuberculose da Secretaria Estadual de Saúde, indicado pelo Secretário Estadual de Saúde e por um membro do Conselho de Secretários Municipais de Saúde COSEMS (ESPIRITO SANTO, 2008, p. 13).

As unidades devem implantar celas de acompanhamento gradativamente em todas as unidades prisionais cada uma delas um mínimo de duas (2) vagas para acompanhamentos e uma para passagem, mas o sucesso do tratamento não se dá apenas nas ações o preso precisa colaborar com o diagnóstico e tratamento da tuberculose, e isso inclui quanto à realização de exames, tratamento médico, limitação de visitas e regime de isolamento, bem como a obediência às normas regulamentares da portaria (ESPIRITO SANTO, 2008).

A Secretaria de Justiça conseguiu sua reestruturação organizacional, devido sua reordenação e criação gerencial das unidades administrativas como Diretoria de Saúde do Sistema Penal, Núcleo de Tecnologia da Informação, Núcleo Educacional do Sistema Penal, Núcleo de Enfermagem do Sistema Penal, Núcleo de Farmácia do Sistema Penal e Núcleo de Nutrição do Sistema Penal que foram transformadas em Gerências, Subgerências e Coordenações (ESPÍRITO SANTO, 2016).



### 3 METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa sobre as produções de saúde nos presídios do Brasil. Utilizei nesse estudo, uma abordagem de análise qualitativa.

A pesquisa integrativa de literatura é um método que tem a finalidade de reunir e condensar os resultados encontrados de uma determinada pesquisa permitindo o estudo de vários artigos publicados, de forma organizada para um aprofundamento do tema em questão (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A revisão integrativa inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, possibilitando a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos. Este método de pesquisa permite a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo. É um método valioso para a enfermagem, pois muitas vezes os profissionais não têm tempo para realizar a leitura de todo o conhecimento científico disponível devido ao volume alto, além da dificuldade para realizar a análise crítica dos estudos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008, p.759-760).

No primeiro momento para elaboração da pesquisa integrativa determinam-se os objetivos, depois se realiza a busca com a finalidade de identificar e coletar o máximo de pesquisa relevante, essas precisam estar dentro dos critérios de exclusão e inclusão que já foram pré - estabelecidos que a princípio é chamada de pesquisa primária, após a busca é necessário avaliar criticamente os estudos encontrados para determinar se são válidos metodologicamente e após essa análise há uma redução no número de estudos que será incluídos na fase final da revisão. Os dados são analisados, interpretados, sintetizados e são formuladas conclusões baseadas nos estudos que foram incluídos na revisão integrativa (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Assim, Serapioni chama atenção para a contribuição do método qualitativo, ao afirmar que:

Os métodos qualitativos ajudam no trabalho de construção do objeto estudado, facilitam na descoberta de dimensões não conhecidas do problema e permitem também formular e comprovar novas hipóteses. Os métodos qualitativos devem ser utilizados quando o objeto de estudo não é bem conhecido. Por sua capacidade de fazer emergir aspectos novos, de ir ao fundo do significado e de estar na perspectiva do sujeito, são aptos para descobrir novos nexos e explicar significados. (SERAPIONI, 2000, p.190).

Mesmo que a abordagem qualitativa não seja central em todos os campos de estudo como os fenômenos humanos ou sociais, uma tradição desse tipo de pesquisa vem

sendo desenvolvida e foi se instalando nas ciências sociais os métodos de análise qualitativo têm bastante validade interna, pois eles focalizam as particularidades e as especificidades dos grupos sociais estudados (SERAPIONI, 2000,).

Embora a abordagem qualitativa não seja central em vários campos de estudo dos fenômenos humanos e sociais, uma rica tradição desse tipo de pesquisa tem se desenvolvido na sociologia e na antropologia. Aqui faremos um breve relato histórico, demonstrando como esta abordagem de investigação, aos poucos, foi se instalando nas ciências sociais (GODOY, 1995, p. 58-59).

Os estudos qualitativos tem se mostrado útil e apropriado, vem sendo produzidos trabalhos bastante interessantes, estudos mostram que o desenvolvimento da pesquisa qualitativa gerou grande diversidade de estilos de análises, métodos de trabalhos e diferentes apresentações dos resultados e considerações, pois os pesquisadores qualitativos estão preocupados não só com os resultados, mas também com os processos a maioria dos estudos desenvolvidos nessa linha de pesquisa incluem a análise da conversação entre sujeitos. Nesse processo o exame da interação não verbal também pode ocorrer, mas a técnica de coleta de dados mais utilizada é a observação (GODOY, 1995).

Abaixo estão descritas as fases da pesquisa:

Fase 1º: Para nortear a realização deste estudo, formulou-se a seguinte questão: Quais as Produções de Saúde nos Presídios do Brasil?

Fase 2º: Para a realização da pesquisa e levantamento bibliográfico, foi utilizado buscas online nas bases de dados como a Biblioteca Virtual em saúde (BVS), com bases de dados da Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências e saúde (LILACS), Scientific Eletronic Library Online (SCIELO), BDEFN-Enfermagem e Medline e Index Psicologia - Periódicos técnico-científicos, Secretária de Estado de São Paulo, Coleciona SUS, HISA- História da Saúde, Bibliografia Brasileira de Odontologia- BBO.

No levantamento dos artigos, foram utilizados os seguintes descritores: Cárcere, Cárcere - Perfil de Saúde, Cárcere - Epidemiologia, Cárcere – Enfermagem e Cárcere – Saúde.

Os critérios de Inclusão foram os artigos completos disponíveis online, com ano de publicação de 2007 a 2017, em língua portuguesa e que abordassem a temática proposta. Os Critérios de exclusão foram artigos publicados no período não

estabelecido para a pesquisa, disponível para acesso, porém incompleto, ou que não abordassem a temática proposta.

Fase 3º: Análise dos estudos para a revisão integrativa a partir dos critérios de inclusão.

Fase 4º: Buscou-se a interpretação dos resultados dos estudos.

Fase 5º: Discussão sobre os resultados dos estudos através de três eixos temáticos.



#### 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

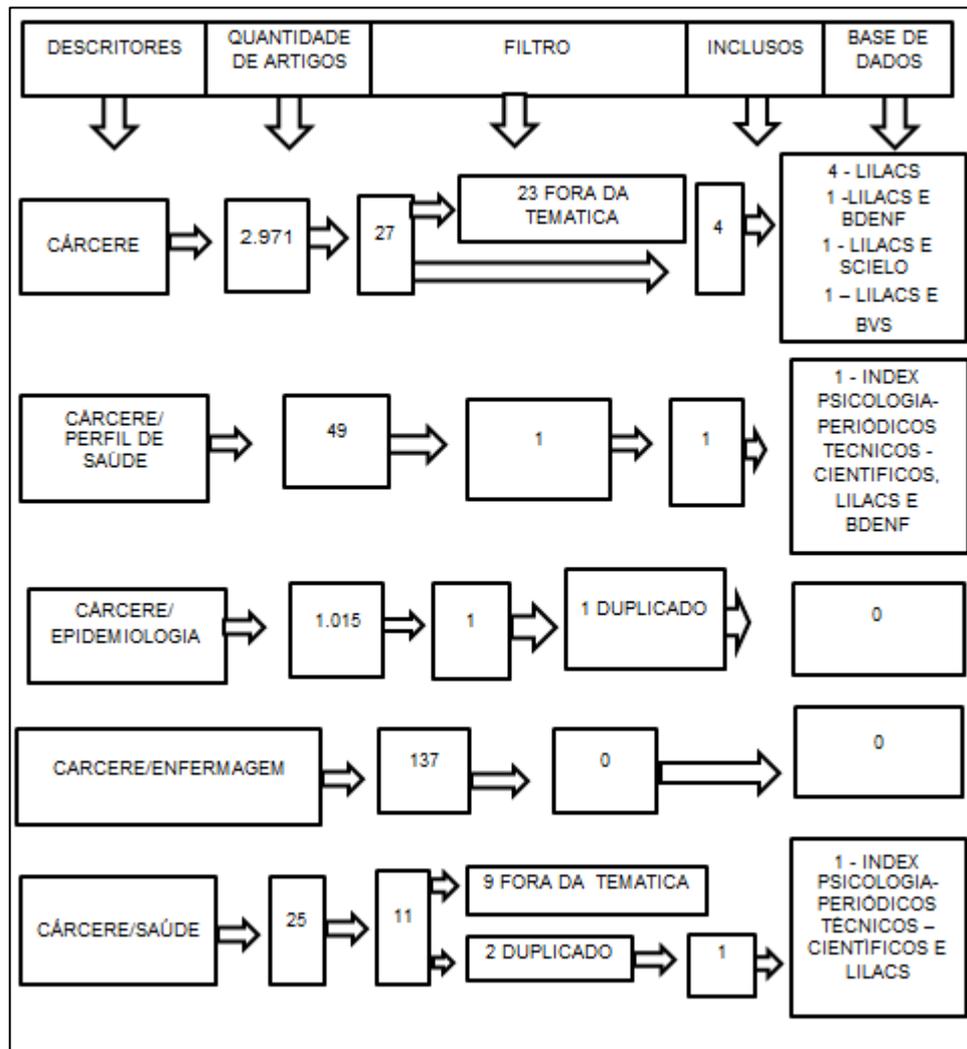
A partir dos descritores definidos foram identificados 4.197 artigos, tendo as bases de dados MEDLINE, - INDEX Psicologia – Periódicos Técnicos - Científicos, LILACS, BDENF-enfermagem, Secretária de Estado de São Paulo, Coleção SUS, HISA-História da Saúde, Bibliografia Brasileira de Odontologia- BBO e SCIELO respeitando os critérios estabelecidos, conforme apresentado na Figura 3.

Após uma primeira análise, baseada nos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 40 artigos, das bases de dados da MEDLINE, - INDEX Psicologia – Periódicos Técnicos - Científicos, LILACS, BDENF-enfermagem. Após leitura prévia dos resumos disponíveis e avaliação sobre o questionamento elaborado, foram excluídos 34 artigos.

Dos trinta e quatro (34) artigos excluídos trinta e dois (32) não tinham relação com o tema proposto, os artigos excluídos eram provenientes das seguintes bases de dados: três (03) artigos pertenciam à base de dados da BDENF-enfermagem, quatro (04) LILACS; MEDLINE onze (11) e Index Psicologia – Periódicos técnico-científicos quatorze (14). Desses trinta e quatro (34) artigos excluídos dois (02) eram duplicados, ou seja, foram publicados em mais de uma base de dados sendo eles um (01) da Index Psicologia – Periódicos técnico-científicos e LILACS, e um (01) da LILACS E BVS e os outros dois (2) artigos excluídos eram incompletos.

Ressalta-se que seis (06) artigos foram encontrados para a realização do trabalho desses, cinco (5) eram duplicados, ou seja, os artigos foram encontrados em duas ou mais bases de dados, um (01) LILACS E BDENF, um (01) LILACS E SCIELO, um (01) LILACS E BVS, um (01) Index Psicologia - Periódicos técnico-científicos, LILACS, BDENF – Enfermagem e um (01) Index Psicologia - Periódicos técnico-científicos e LILACS. Equivalendo estes, apenas uma vez no cômputo dos textos incluídos no estudo, Por fim, respeitando os critérios estabelecidos foram contemplados para esse estudo seis (6) artigos.

Figura 3. Fluxograma das seleções dos artigos



Fonte: Elaboração Própria

No Quadro 1 é apresentado as sínteses dos artigos incluídos na revisão integrativa, onde foi realizado citações diretas, através das variáveis definidas de acordo com o título, autor e ano de publicação, objetivo, resultados e conclusão dos artigos, para o estudo.

Quadro 1 - Apresentação da síntese de artigos incluídos na revisão integrativa

(Contínua)

Título do artigo	Autores/ ano	Objetivo	Resultados	Conclusão
“ O trabalho em saúde nas prisões: produção de sujeitos e territórios”	“Luciana Oliveira de Jesus & Helena Beatriz Kochenborger Scarparo 2015”	“É compreender como se constroem processos de trabalho e concepções de sujeitos nas prisões, de acordo com profissionais que trabalham em unidades de saúde prisional”	“Resultados apontam que as equipes de saúde buscavam se conectar com a rede de atenção situada fora das prisões e encontravam obstáculos pelas regras estabelecidas nesses locais. Eles consideravam, também, relevante os sujeitos encarcerados terem acesso a serviços de saúde”	“Nessa compreensão, cabe sugerir estudos que estabeleçam a escuta, também, das pessoas que estão presas, e como esta ação se torna relevante para que sejam construídas práticas de saúde condizentes com anseios, limites e processos de resistência que envolvem habitar o cárcere. Ou seja, para compreender processos de cuidado é preciso conhecer como são produzidos modos de existências nesses locais, que, em certos momentos, parecem ter menos valor para a nossa sociedade”
“Situação socioeconômica e reprodutiva de mulheres presidiárias”	“Maria Aline Rodrigues Barros, Sheyla Dayana Coelho Cavalcanti, Dayze Djanira Furtado de Galiza, Ana Larissa Gomes Machado. 2016”	“Investigar o perfil socioeconômico e reprodutivo de presidiárias”	“Quanto à saúde reprodutiva, 42,5% eram múltiparas e 40,4% não realizaram nenhuma consulta de pré-natal. A frequência de abortos provocados foi de 42,5%”	“Observou-se a necessidade de planejar estratégias educacionais de promoção da saúde reprodutiva que englobem as peculiaridades sociais vivenciadas”

Quadro 1 - Apresentação da síntese de artigos incluídos na revisão integrativa

(Contínua)

Título do artigo	Autores/ ano	Objetivo	Resultados	Conclusão
“O contraditório direito à saúde de pessoas em privação de liberdade: o caso de uma unidade prisional de Minas Gerais”	“Élida Lúcia Carvalho Martins, Luciana Gomes Martins, Andréa Maria Silveira, Elza Machado de Melo. 2014”	“Analisar a efetivação do direito à saúde das pessoas em privação de liberdade, por meio de grupos focais realizados com três grupos focais com sujeitos envolvidos no contexto carcerário: pessoas presas, agentes penitenciários e profissionais de saúde de uma unidade prisional masculina em Ribeirão das Neves (MG)”	“As precárias condições de trabalho e o julgamento moral sobre a conduta do preso indicam uma recusa em reconhecer a legitimidade de seu direito à saúde”	“Concluimos que a efetivação do direito à saúde das pessoas em privação de liberdade vai além da garantia de acesso às ações e aos serviços públicos e estatais de saúde”
“Tuberculose, HIV e coinfeção por TB/HIV no Sistema Prisional de Itirapina, São Paulo, Brasil”	“Dalva Cristina Girello Aily, José Antônio Pistarini Berra, Ângela Pires Brandão, Erica Chimara. 2013”	“Conhecer a soroprevalência de HIV, a prevalência da TB e da coinfeção TB/HIV em detentos do sistema prisional de Itirapina, São Paulo (Penitenciárias I e II)”	“Dos 4.444 testes para o sorodiagnóstico de HIV, 177 (4,0 %) apresentaram-se positivos e corresponderam a indivíduos da faixa etária compreendida entre 18 e 57 anos de idade; assim distribuídos, 18 - 25 anos (9,1 %); 26 - 33 anos (35,8 %); 34 - 41 anos (34 %); 42 - 49 anos (10,3 %); 50 - 57 anos (1,9 %) e sem informação (8,6 %). Da mesma forma, a maioria dos pacientes com exame positivo para TB encontravam-se na faixa etária entre 26 e 33 anos”	“O controle dessas doenças poderá ser melhor realizado se forem aplicados investimentos na atualização da infraestrutura e recursos humanos, diagnóstico precoce da TB e triagem para HIV em todos os internos e nos que estão entrando no Sistema”

Quadro 1 - Apresentação da síntese de artigos incluídos na revisão integrativa

(Conclusão)

<b>Título do artigo</b>	<b>Autores/ ano</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Resultados</b>	<b>Conclusão</b>
“Perfil sociodemográfico e história penal da população encarcerada de uma penitenciária feminina do interior do estado de São Paulo”	“Zeyne Alves Pires Scherer; Edson Arthur Scherer; Andressa Duarte Nascimento; Fábio Dias Ragozo. 2011”	“Objetivo foi traçar o perfil sociodemográfico e a história penal das mulheres encarceradas da Penitenciária Feminina de Ribeirão Preto, utilizando o prontuário processual e de saúde”.	“Percebeu-se que os prontuários estavam com dados incompletos. Os profissionais precisam reconhecer a importância dos registros e ser incentivados a fazê-los”.	“A partir da apresentação dos achados deste estudo, será possível desenvolver pesquisas que tenham como objetivo identificar o conhecimento das reeducandas sobre o tema violência (tipos e natureza), esclarecer as condições ou situações de vida às quais essas mulheres foram expostas e que possam ter contribuído com seu encarceramento, caracterizar a vida no cárcere e conhecer os resultados dos programas de reabilitação existentes”.
“A saúde de homens presos: promoção da saúde, relações de poder e produção de autonomia”.	“Andréia Resende dos Reis e Luciana Kind. 2014”.	“Analisar as produções discursivas a respeito de saúde/doença expressas por homens presos que se encontram no regime fechado de execução da pena privativa de liberdade”	“As discussões sinalizam que o modelo hegemônico de constituição do masculino tem trazido consequências negativas para a saúde dos homens entrevistados, com resultados diretos para que se desenvolvam práticas de cuidado”.	“Ressalta-se a necessidade de avançar nesta temática, pois este trabalho pretende se somar aos conhecimentos sobre a saúde de homens presos e suas interfaces”.

Fonte: Elaboração Própria

No Quadro 2 é identificado os estudos para a revisão integrativa, considerando o autor, ano de publicação em ordem cronológica decrescente, e a metodologia utilizada em cada estudo. Quanto ao delineamento do estudo, em relação ao ano de publicação, observa-se que 01 (16,6%) dos estudos foram publicados no ano de

2011; 01 (16,6%) dos trabalhos foram publicados no ano de 2013; 02 (33,3%) dos artigos foram publicados no ano de 2014; 01 (16,6%) dos estudos foram publicados no ano de 2015; e 02 (16,6%) dos estudos foram publicados no ano de 2016.

Para a definição das fases da pesquisa, necessário para a realização da discussão, foi realizada avaliação minuciosa dos 6 artigos contemplados para o estudo. Dessa forma, foram estabelecidos (3) três eixos temáticos compatíveis com o objetivo da revisão integrativa para nortear a discussão.

Quadro 2- Identificação dos estudos selecionados para revisão integrativa considerando autor, ano de publicação e metodologia.

(Continua)

<b>Autor</b>	<b>Ano de Publicação</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Público Alvo</b>
“Zeyne Alves Pires Scherer; Edson Arthur Scherer; Andressa Duarte Nascimento; Fábio Dias Ragozo”	“2011”	“documental indireta”	“310 reeducandas da Penitenciária Feminina de Ribeirão Preto”
“Dalva Cristina Girello Aily, José Antônio Pistarini Berra, Ângela Pires Brandão, Erica Chimara”	“2013”	“Estudo retrospectivo dos resultados dos exames laboratoriais”	“População carcerária exclusivamente masculina”
“Andréia Resende dos Reis e Luciana Kind”	“2014”	“Pesquisa de campo Qualitativa”	“13 homens, com idades entre 20 e 64 anos. Foram critérios de inclusão: estar preso, em cumprimento de pena privativa de liberdade”
Élida Lúcia Carvalho Martins, Luciana Gomes Martins, Andréa Maria Silveira, Elza Machado de Melo”	“2014”	“Estudo qualitativo”	“Pessoas em privação de liberdade, realizado no ano de 2011 em um presídio destinado à população carcerária masculina, situado no município de Ribeirão das Neves, MG”

Quadro 2- Identificação dos estudos selecionados para revisão integrativa considerando autor, ano de publicação e metodologia.

(conclusão)

<b>Autor</b>	<b>Ano de Publicação</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Público Alvo</b>
“Luciana Oliveira de Jesus & Helena Beatriz Kochenborger Scarparo”	“2015”	“Estudo exploratório com abordagem qualitativa”	“profissionais de saúde que estivessem trabalhando em unidades de saúde prisional no Rio Grande do Sul; ter ensino superior ou técnico; pertencer a equipe de saúde prisional habilitada nas regiões de saúde”
“Maria Aline Rodrigues Barros, Sheyla Dayana Coelho Cavalcanti, Dayze Djanira Furtado de Galiza, Ana Larissa Gomes Machado”	“2016”	“Estudo descritivo com abordagem quantitativa”	“Detentas de duas penitenciárias femininas do Estado do Piauí”

Fonte: Elaboração Própria

#### 4.1 PRIMEIRO EIXO: INTERVENÇÕES DE SAÚDE DESENVOLVIDAS NO AMBIENTE PRISIONAL

Na análise dos estudos observa-se a prevalência do modelo curativista presente nas intervenções de saúde. Dentro das unidades prisionais o foco das ações remete a cura das doenças, as medidas curativas estão em maior evidência e associam a importância de um diagnóstico rápido para uma melhor definição de medidas de prevenção. Falam ainda da importância do controle dessas doenças, visto que os indivíduos em situação de cárcere estão susceptíveis a diversos agravos responsáveis por vários problemas de saúde pública (AILY et al., 2013).

É notório a baixa prevalência das ações de saúde com foco preventivo, externando a necessidade de promoção e de educação em saúde dentro das unidades prisionais,

além da falta de informação dos internos os tornam mais susceptíveis a algumas doenças e a demora em identifica-los também diminui o índice de cura e essa informação tem que ser para todos inclusive funcionários que estão frequentemente expostos (AILY et al., 2013).

Martins e outros (2014) também observam a prevalência do modelo curativista e pouco preventivo presente nas intervenções de saúde. A assistência de saúde as pessoas presas também tem caráter curativo e pouco preventivo e que dentro das unidades o conceito de que saúde é um direito de todos, efetivamente não funciona e muitas vezes o atendimento funciona melhor para as pessoas com bom comportamento, e isso leva os familiares a pagar por consultas externas para seu familiar que se encontra recluso, e essa é só mais uma das dificuldades no funcionamento da saúde dentro das unidades prisionais.

Outro achado importante é sobre as mulheres como um dos principais grupos que disseminam IST/AIDS no cárcere. As mulheres no cárcere representam grupo que disseminam IST/AIDS e isso só reforça a necessidade de medidas preventivas principalmente relacionadas à saúde sexual e reprodutiva. Como exemplo falar sobre promoção de saúde, formas de evitar, prevenir e tratar. Além de garantir o acesso à saúde o cárcere pode ser o momento para falar de saúde e promover o autocuidado (MARTINS et al., 2014).

A partir da PNSSP (BRASIL, 2003) em que a saúde passa a ser assunto abordado nas prisões, assim como discursos sobre saúde e cuidados em saúde, esperava-se que as equipes de saúde adaptassem suas ações de acordo com a peculiaridade e demanda de cada unidade, necessitando assim de que a comunicação entre os serviços de saúde e as prisões seja interligada. No entanto, conforme apontado por Jesus e Scarparo (2015) as unidades prisionais deveriam funcionar como unidade básica de Saúde (UBS), porém essa não é a realidade da maior parte dos presídios no Brasil, devido às dificuldades encontradas no cárcere como a falta de humanização e as praticas diferenciadas e excludentes.

É necessário reforçar que o PNSSP garante que a população penitenciária esteja contemplada no SUS. Dessa forma é garantido o acesso dessa população as ações e serviços de saúde e os princípios básicos que assegurem a eficácia das ações de promoção, prevenção e atenção de forma integral á saúde. Os internos tem assegurado o direito de uma assistência de forma humana com equidade, qualidade

e transparência de forma mais integral possível e resolutiva. Essa assistência contribui para o controle de doenças e redução de agravos que mais acometem a população (BRASIL, 2003).

#### 4.2 SEGUNDO EIXO: AGRAVOS DE SAÚDE NA POPULAÇÃO CARCERÁRIA

O comportamento das doenças é diferente de acordo com as características da população e do lugar onde essas pessoas se encontram reclusas, as doenças no cárcere são as mesmas da população não reclusa, porém devido às condições dos presídios, a vulnerabilidade dos presos e dos diferentes fatores de risco, a população em cárcere está exposta a maior probabilidade de desenvolvimento de agravos (AILY et al., 2013).

Na análise dos estudos observa-se a prevalência de tuberculose nas unidades prisionais. Dentre as doenças do cárcere a TB tem uma grande prevalência em homens com idade entre 20 a 49 anos e o aumento do número de casos de HIV. Há uma negligência na prevenção e tratamento para a população no cárcere o que aumenta o número de casos e revela a importância de medidas no controle dessas doenças. Para algumas doenças como a TB que se mantém crescente nos presídios do Brasil, até mesmo devido à realidade do sistema prisional que muitas vezes presídios no mesmo estado possuem realidades bastante diferentes (AILY et al., 2013).

Esse aumento no número de casos muitas vezes se dá pela falta de exames de rotina. E para todos os internos é indispensável a detecção precoce de várias doenças na admissão do paciente, pois a demora no diagnóstico diminui os índices de cura, aumenta a disseminação e a mortalidade. São necessários entre outras coisas, investimentos, recursos humanos e diagnósticos precoces (JESUS; SCARPARO, 2015)

Reis e Kind (2014) também destacam o aumento da prevalência de tuberculose, sinalizando que o próprio cárcere influencia para o aumento do número de infectados e ressalta a importância do diagnóstico precoce para a diminuição do número de infectados. As próprias condições do cárcere e a estrutura do sistema prisional intensificam os riscos de morbidade e mortalidade, as condições precárias, superlotação, violência, falta de ventilação, iluminação natural, higiene pessoal,

acesso a água potável, alimentação inadequada e o déficit nos serviços de saúde, são fatores determinantes para o desenvolvimento de doenças e isso acaba tornando os internos duas vezes mais vulneráveis.

Continuando o exposto acima, Reis e Kind (2014) falam que quanto mais tempo preso, mais doenças aparecem, pois no cárcere à escassez da equipe multidisciplinar de saúde e insumos é uma realidade. A solidão adocece, o cárcere é um local adoeceador e propício para o surgimento de transtornos mentais, estresse, depressão e compulsivas devido à precariedade de recursos e as condições de reclusão.

Nesse contexto houve aumento significativo no número de IST/AIDS. Essa situação adoeceadora que é o cárcere é de acordo com Martins e outros, (2014) está relacionada ao descaso do estado com as políticas de saúde pública voltadas para a população carcerária. Nos últimos anos houve um aumento significativo no número de casos de HIV, Hepatite B, Hepatite C e Sífilis nos presídios do Brasil o que intensifica esse descaso. É fundamental e necessária a promoção de saúde até como uma forma de entender o sistema prisional como um ambiente com um território vivo. E que melhorar a qualidade de vida promove um espaço mais saudável.

Por fim, é importante destacar que mesmo após a implementação da PNSSP (BRASIL, 2003), e suas diretrizes que garantem à população carcerária inclusão no SUS e conseqüentemente acesso a ações e serviços de saúde, e que as equipes de saúde no sistema prisional tem como atribuições fundamentais o planejamento de ações para prevenção de TB, Hanseníase, Diabetes, HAS, Hepatites, IST/AIDS e dos agravos psicossociais relacionados ao confinamento além da distribuição de preservativos e insumos para diminuição dos danos associados ao uso de drogas, Jesus e Scarparo (2015), Observaram que nem mesmo as ações de atenção básica vêm sendo executadas e isso leva a essa precariedade que é o sistema prisional e a saúde dentro desse sistema.

### 4.3 TERCEIRO EIXO: DESAFIOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES DE SAÚDE NO AMBIENTE PRISIONAL

Depois da criação do PNSSP é que as discursões sobre saúde e cuidado passam a circular cada vez mais no sistema prisional e depois disso é que os presos passam a ser reconhecidos como pacientes pelos profissionais de saúde (JESUS; SCARPARO, 2015)

Conforme BRASIL (2003) existe um alto índice além da TB e do HIV das Hepatites virais e de outras doenças sexualmente transmissíveis, e mesmo que o PNSSP defina como prioridade implantação de ações de promoção da saúde e implementação de medidas de proteção específicas para Hepatites, TB, Diabetes, Hanseníase, HAS, IST/AIDS e agravos psicossociais decorrentes do confinamento, além de acesso integral de atenção á saúde, não é o que se encontra, de acordo com Jesus e Scarparo (2015), não existem muitas ações de saúde e sim uma necessidade de criar medidas de prevenção e promoção para melhorar as condições dessa determinada população, é necessário mudanças profundas dessa sociedade e uma intensificação das politicas sociais e publicas além, de ações Inter setoriais.

O cárcere não oferece as condições mínimas de saúde e que a falta recursos na saúde prisional interfere de forma negativa na recuperação dos que estão sob custódia do Estado, devido ao diagnóstico tardio a falta de medidas de promoção e prevenção. Diante das situações que se encontram o sistema prisional a ideia de saúde como um direito de todos ainda não foi assumida como prioridade pelas politicas de segurança publica (REIS; KIND, 2014).

Há uma grande dificuldade para executar ações devido às barreiras do cárcere e as limitações desse sistema. A saúde dentro das unidades ao mesmo tempo em que se considera o preso com direitos, como parte da sociedade, também existe a ideia de sujeitos perigosos, temidos e isso interfere nas praticas e nas ações de saúde (JESUS; SCARPARO, 2015).



## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, tendo como objetivo geral realizar levantamento da literatura sobre a produção de saúde nos presídios do Brasil foi possível dividir em três eixos a pesquisa, Primeiro eixo: Tipos de intervenções desenvolvidas no ambiente prisional, Segundo eixo: Agravos de saúde que mais acometem a população carcerária e Terceiro eixo: Ações de saúde desenvolvidas no ambiente prisional.

Dessa forma foi possível observar que as intervenções desenvolvidas no ambiente prisional são a curativista e que mesmo com a necessidade de medidas de promoção e educação em saúde essa não é a realidade dentro das unidades prisionais. E mesmo com muitos casos de doenças as limitações do cárcere e a falta de recursos o tornam um local com práticas diferenciadas e excludentes.

De outro lado percebemos que o comportamento das doenças é diferente de acordo com as características da população, mas que as IST/AIDS e a TB são doenças com maior prevalência dentro das unidades e isso acontece por causa da negligência na prevenção e tratamento para a população no cárcere o que aumenta o número de casos.

Outro achado foi que as ações de saúde que existem não são suficientes e existe a necessidade de criar medidas de prevenção e promoção para melhorar as condições dessa população. A falta de ações de atenção básica leva a essa precariedade que é o sistema prisional e a saúde dentro desse sistema.

Este estudo contribui para o direcionamento das práticas em saúde a serem desenvolvidas no sistema prisional uma vez que demonstra a necessidade de investimento, políticas públicas e estudos nessa área, visto a escassez de material para a pesquisa. No fim, estudos voltados para a população carcerária podem ser importantes ferramentas para a implementação de políticas de saúde pública relacionadas à prevenção e tratamento dentro das unidades prisionais.



## REFERENCIAS

- AILY, Dalva Cristina Girello et al. Tuberculose, HIV e coinfeção por TB/HIV no Sistema Prisional de Itirapina, São Paulo, Brasil. **Revista do Instituto Adolfo Lutz**, v. 72, n. 4, p. 288-294, 2013. Disponível em: <<http://revistas.bvs-vet.org.br/rialutz/article/viewFile/22894/23743>>. Acesso em: 26 abr.2018.
- ASSIS, Rafael Damaceno de. A realidade atual do sistema penitenciário brasileiro. **Revista CEJ**, Brasília, Ano XI, n. 39. Maio 2007. v. 21, p. 10, 2010. Disponível em: <<http://www.cjf.jus.br/revista/número39/artigo09.pdf>> . Acesso em 07 de nov. 2017.
- BARROS, Maria Aline Rodrigues et al. Situação socioeconômica e reprodutiva de mulheres presidiárias. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 4, out. 2016. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4400>>. Acesso em: 26 mar. 2018.
- BARSAGLINI, Reni. **Do Plano à Política de saúde no sistema prisional: diferenciais, avanços, limites e desafios**. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312016000401429](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312016000401429)>. Acesso em: 26 jan. 2018.
- BASTOS, Fernanda Bárbara, et al. **Atenção psicossocial do servidor penitenciário**. 2013. Disponível em: <<http://consadnacional.org.br/wp-content/uploads/2013/05/168-ATENÇÃO-PSICOSSOCIAL-DO-SERVIDOR-PENITENCIÁRIO>>. Acesso em: 10 mai. 2018.
- BECCARIA, Cesare. **Dos delitos e das penas**. Tradução de Torrieri Guimarães. São Paulo: Martin Claret, 2008. Disponível em: <<http://www.ebooksbrasil.org/adobeebook/delitosB>>. Acesso em: 25 nov. 2017.
- BOING, Alexandra Crispim; BOING, Antonio Fernando. **Hipertensão arterial sistêmica: o que nos dizem os sistemas brasileiros de cadastramentos e informações em saúde**. **Rev bras hipertens**, v. 14, n. 2, p. 84-8, 2007. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/sms/resource/pt/lil-463852>>. Acesso em: 04 mai. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, Cadernos de Atenção Básica, n. 37. 2013a. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab37>>. Acesso em: 09 mai. 2018.
- . Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Ministério da Saúde; Cadernos de Atenção Básica, n. 36. 2013b. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab36>>. Acesso em: 09 mai. 2018.

-----. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de análise de saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. 2011. Disponível em: <<http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v22n1/v22n1a16>>. Acesso em: 15 abr. 2018.

-----. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**, Brasília, 2005. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha\\_pnssp.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_pnssp.pdf) >. Acesso em: 20 mai.2018.

-----. Portaria Interministerial, M. S. MJ nº 1.777, de 09 de Setembro de 2003. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Diário Oficial da União**, Brasília, 2003. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001\\_02\\_01\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html)>. Acesso em: 20 out.2017.

BRASIL. Ministério da Justiça. Sistema Prisional, InfoPen–Estatística. **Execução Penal**. 2014a. Disponível em:< [www.portal.mj.gov.br](http://www.portal.mj.gov.br)>. Acesso em: 28 de out. 2017.

BRASIL. Ministério da justiça. Levantamento Nacional de informações Penitenciárias. **Departamento Penitenciário Nacional**. 2014b. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br/seus-direitos/politica-penal/documentos/relatorio-dependencia-web.pdf>> Acesso em: 02 out.2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Direito à saúde: Saúde no sistema prisional**. 2014c. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/567-sas-raiz/dapes/saude-no-sistema-prisional/14-saude-no-sistema-prisional/10545-direito-a-saude>>. Acesso em: 28 set. 2017.

BRASIL. Portaria Interministerial n.º 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). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2014d. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001\\_02\\_01\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html)>. Acesso em: 02 out.2017.

DULLIUS, Aladio Anastacio; HARTMANN, Jackson André Müller. Análise do sistema prisional brasileiro. **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XIV, n. 95, 2011. Disponível em:< [http://ambito-juridico.com.br/site/?artigo\\_id=10878&n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura](http://ambito-juridico.com.br/site/?artigo_id=10878&n_link=revista_artigos_leitura)>. Acesso em: 28 de out. 2017

ESPIRITO SANTO. **Lei Complementar nº 233. Governo do Estado do Espírito Santo**: Vitória, 2003. Disponível em: < [http://www.al.es.gov.br/antigo\\_portal\\_ales/images/leis/html/LC233.html](http://www.al.es.gov.br/antigo_portal_ales/images/leis/html/LC233.html)>. Acesso em: 22 mar. 2018.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Justiça. **Informe técnico**. Comissão especial para elaboração dos instrumentos preparatórios e necessários à seleção e contratação de organização social de saúde. Espírito Santo, 236p. 2016. Disponível em:<<https://sejus.es.gov.br/Media/sejus/Arquivos%20PDF/Sele%C3%A7%C3%A3o%20OSS/ANEXO%203.1.%20INFORME%20T%C3%89CNICO.pdf>>. Acesso em 02 nov. 2017.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Justiça e Secretaria de Estado da Saúde. **Protocolo de Controle de Tuberculose Pulmonar na População Prisional no Estado do Espírito Santo**. 2008. Disponível em:<<http://www.redalyc.org/html/408/40828920009/>>. Acesso em 23 mai. 2018.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo dicionário Aurélio versão 5.0 edição revista e atualizada**: Dicionário eletrônico. Curitiba: Positivo, 2006.

GOIS, Swyanne Macêdo, et al. Para além das grades e punições: uma revisão sistemática sobre a saúde penitenciária. **Ciência & Saúde Coletiva**. . Rio de Janeiro , v. 17, n. 5, p. 1235-1246, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000500017&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000500017&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em 03 nov. 2017.

JESUS, Luciana Oliveira de; SCARPARO, Helena Beatriz Kochenborger. O trabalho em saúde nas prisões: produção de sujeitos e territórios. Gerais: **Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 8, n. 1, p. 78-93, 2015. <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-82202015000100007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202015000100007)> Acesso em: 02 abr.2018.

MACÊDO, Laylla Ribeiro. **Tuberculose na população privada de liberdade**: características clínicas e epidemiológicas relacionadas à doença. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Espírito Santo. 2014. Disponível em:<<http://repositorio.ufes.br/handle/10/4575>> Acesso em: 012 abr.2018.

MACHADO JÚNIOR, João Batista. **O trabalho do preso como fator de ressocialização e a sua natureza jurídica**, 2017. Disponível em:<[https://juslaboris.tst.jus.br/bitstream/handle/20.500.12178/110416/2017\\_machado\\_jr\\_joao\\_trabalho\\_preso.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://juslaboris.tst.jus.br/bitstream/handle/20.500.12178/110416/2017_machado_jr_joao_trabalho_preso.pdf?sequence=1&isAllowed=y)>. Acesso em: 12 mar.2018.

MAGNABOSCO, Danielle. Sistema penitenciário brasileiro: aspectos sociológicos. **Jus Navigandi**; Teresina, ano, v. 3, 1998. Disponível em:<<https://jus.com.br/artigos/1010/sistema-penitenciario-brasileiro-aspectos-sociologicos>>. Acesso em: 07 mar.2018.

MARTINS, Élide Lúcia Carvalho et al. O contraditório direito à saúde de pessoas em privação de liberdade: o caso de uma unidade prisional de Minas Gerais. **Saúde e Sociedade**, v. 23, p. 1222-1234, 2014.<<https://www.scielo.org/article/sausoc/2014.v23n4/1222-1234/>> Acesso em: 02 abr.2018.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVAO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a

incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 759-760. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso)>. Acesso: 25 Abr. 2018.

MIRANZI, Sybelle de Souza Castro, et al. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 4, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072008000400007&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072008000400007&script=sci_abstract&lng=pt)>. Acesso em: 02 abr.2018.

NUCCI, Guilherme de Souza. Manual de direito penal. **Rio de Janeiro: Forense**, 2014. Disponível em: <[https://www.passeidireto.com/arquivo/23507297/manual\\_de\\_direito\\_penal\\_nucci](https://www.passeidireto.com/arquivo/23507297/manual_de_direito_penal_nucci)> Acesso em: 10 abr.2018.

OLIVEIRA, Vinícius Alexandre da Silva ; GUIMARÃES, Simone de Jesus . Saúde atrás das grades: o Plano Nacional de Saúde no sistema penitenciário nos estados de Minas Gerais e Piauí. **Saúde em Debate**, v. 35, n. 91, 2011.  
SILVA, Mozart Linhares da. **Do império da lei as grades da cidade**. Porto Alegre: Edipucrs, 1997. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/4063/406341765012/index.html>>. Acesso em: 08 mai.2018.

RESENDE Andréia dos Reis; KIND, Luciana. A saúde de homens presos: promoção da saúde, relações de poder e produção de autonomia. **Psicologia em Revista**, v. 20, n. 2, p. 212-231, 2014. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v20n2/v20n2a02.pdf>>. Acesso em: 02 abr.2018.

SANTOS, Fernanda Marsaro dos. **Análise de conteúdo**: a visão de Laurence Bardin. 2012. Disponível em: <<http://www.reveduc.ufscar.br/index.php/reveduc/article/view/291>>. Acesso em: 10 mai.2018.

SANTIS, Bruno Moraes; ENGBRUCH, Werner. A evolução histórica do sistema prisional e a Penitenciária do Estado de São Paulo. **Revista Liberdades**. n.11, 2012. Disponível em: <[http://www.revistaliberdades.org.br/\\_upload/pdf/14/historia.pdf](http://www.revistaliberdades.org.br/_upload/pdf/14/historia.pdf)>. Acesso em: 18 fev.2018.

SCHERER, Zeyne Alves Pires et al. Perfil sociodemográfico e história penal da população encarcerada de uma penitenciária feminina do interior do estado de São Paulo. **SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas**, v. 7, n. 2, p. 55-62, 2011. <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762011000200002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762011000200002)>. Acesso em: 26 abr.2018.

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. Fortaleza. **Ciência saúde coletiva**. v.5,n. 1,p.187-192,2000.Disponível em : <<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413->

8123200000100016&script=sci\_abstract&tlng=pt>. Acesso em : 01 de maio de 2018.

SILVA, Anne Caroline Luz Grüdtner da; NAZARIO, Nazaré Otilia; LIMA, Daniel Costa. **Atenção à saúde do homem privado de liberdade**. 2015. Disponível em: < <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/7426> >. Acesso em: 10 mai.2018.

SBC, SBH. SBN. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol**, v. 1, n. 1, p. 1-51, 2010. Disponível em: < <http://www.sbh.org.br/medica/diretrizes.asp> >. Acesso em: 10 mai.2018.

WASELFISZ, Julio Jacobo. **Mapa da violência 2012**: crianças e adolescentes do Brasil. 2012. Disponível em: < <https://undime.org.br/noticia/mapa-da-violencia-2012-criancas-e-adolescentes-do-brasil> >. Acesso em: 10 mai.2018.