

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL**

**ELENI BARBOSA LUCIANO**

**O PARADOXO: LEGISLAÇÃO E A REALIDADE DA SAÚDE  
DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE**

CUIABÁ

2016

**ELENI BARBOSA LUCIANO**

**O PARADOXO: LEGISLAÇÃO E A REALIDADE DA SAÚDE  
DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE**

Dissertação de Mestrado em Política Social  
para obtenção do título de Mestre em  
Política Social pela Universidade Federal de  
Mato Grosso do Programa de Pós  
Graduação Mestrado em Política Social -  
Área de Concentração: Política Social,  
Estado, Direitos e Movimentos Sociais.

Orientadora: Profa. Dra. Maria de Sousa Rodrigues

CUIABÁ

2016

### **Dados Internacionais de Catalogação na Fonte.**

L937p Luciano, Eleni Barbosa.  
O PARADOXO: LEGISLAÇÃO E A REALIDADE DA  
SAÚDE DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE / Eleni  
Barbosa Luciano. -- 2016 89  
f.; 30 cm.

Orientadora: Maria de Sousa Rodrigues.  
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Mato  
Grosso, Instituto de Ciências Humanas e Sociais, Programa de  
Pós-Graduação em Política Social, Cuiabá, 2016.  
Inclui bibliografia.

1. Saúde. 2. Prisão. 3. Controle social. 4. Legislação Penal. I.

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a)  
autor(a).

**Permitida a reprodução parcial ou total, desde que citada a fonte.**

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

*“É possível julgar o grau de civilização de  
uma sociedade visitando suas prisões”.*  
Dostoievski

## RESUMO

A contradição existente entre a legislação que assegura e regulamenta o direito à saúde das pessoas privadas de liberdade e a realidade constatada, seja em observação empírica ou em documentos oficiais, constitui-se no objeto desta pesquisa descritiva, que procurou respostas a esta lacuna na participação e controle social, em fontes documentais primárias extraídas das atas do Conselho Estadual de Saúde de Mato Grosso e dos Relatórios de Inspeção do Conselho Penitenciário de Mato Grosso - COPEN. A saúde como direito constitucional é assegurada a todo cidadão brasileiro, inclusive os que estão privados de liberdade, havendo legislação específica para este segmento populacional, dentre estas: a Lei que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade, cujo objetivo é a inserção da pessoa presa no Sistema único de Saúde. A condição de saúde da população prisional é tematizada em documentos institucionais de órgãos responsáveis pelas prisões, bem como por organizações não governamentais é a realidade que se apresenta é bastante desalentadora. Agravada devido a peculiaridades de sua população, sendo maioria homens, jovens e negros que antes de serem presos já apresentavam problemas de saúde. As doenças prevalentes e incidentes se agravam na prisão tornando-se problemas de saúde pública, pois muitas destas são infectocontagiosas. O estudo revelou a pouca significância e representatividade da questão da saúde das pessoas privadas de liberdade no Conselho Estadual de Saúde e que o COPEN, muito embora realize periodicamente suas inspeções é um órgão que está estruturado dentro da Secretaria de Justiça e Direitos Humanos na qual também está a administração do sistema prisional de Mato Grosso, dificultando ações que cobrem do estado o cumprimento da legislação.

**Palavras-Chave: 1. Prisão 2. Saúde Prisional. 3. Controle Social 4. Participação Popular**

## **ABSTRACT**

The contradiction between the legislation that ensures and regulates the right to health of persons deprived of their liberty and the reality established, either by empirical observation or official documents, is the object of this descriptive research, which sought answers to this lack of participation and social control, in primary documentary sources extracted from the minutes of the State Health Council of Mato Grosso and the Inspection Reports of the Penitentiary Council of Mato Grosso - COPEN. Health as a constitutional right is guaranteed to every Brazilian citizen, including those deprived of liberty, with specific legislation for this population segment, among them: the Law establishing the National Policy for Integral Health Care for Persons Deprived of Liberty, whose Objective is the insertion of the prisoner in the Single Health System. The health condition of the prison population is thematized in institutional documents of agencies responsible for prisons as well as non-governmental organizations is the reality that presents itself is quite discouraging. Aggravated by the peculiarities of its population, being mostly men, young and black that before they were already had already presented health problems. Prevalent diseases and incidents worsen in prison becoming public health problems, as many of these are infectious. The study revealed the low significance and representativeness of the issue of the health of persons deprived of their liberty in the State Health Council and that COPEN, although conducting its inspections periodically, is an organ that is structured within the Secretariat of Justice and Human Rights, in which it also is the administration of the prison system of Mato Grosso, hampering actions that cover the state's compliance with legislation.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CES:	Conselho Estadual de Saúde
CF:	Constituição Federal
CGU:	Controladoria Geral da União
CIB:	Comissão Intergestores Bipartite
CNBB:	Confederação Nacional dos Bispos do Brasil
CNIEP:	Cadastro Nacional de Inspeção nos Estabelecimentos Penais
CNJ:	Conselho Nacional de Justiça
CNPCP:	Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária
CNS:	Conselho Nacional de Saúde
COMEPEC:	Conselho da Comunidade da Execução Penal de Cuiabá
CONASS:	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONSEJ:	Conselho Nacional de Secretários de Estado da Justiça
COPEN:	Conselho Penitenciário
CRC:	Centro de Ressocialização de Cuiabá (antigo Carumbé)
DEPEN:	Departamento Penitenciário Nacional
DM:	Diabetes Mellitus
DOU:	Diário Oficial da União
DST:	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESP:	Equipe de Atenção Básica Prisional
FES:	Fundo Estadual da Saúde
FNS:	Fundo Nacional da Saúde
FUNPEN:	Fundo Penitenciário
HRW:	Human Rights Watch
IBGE:	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LEP:	Lei de Execução Penal
LOS:	Lei Orgânica da Saúde
MAY:	Penitenciária Feminina Ana Maria do Couto "MAY"
MJ:	Ministério da Justiça
MS:	Ministério da Saúde
OMS:	Organização Mundial de Saúde
ONGs:	Organizações Não-governamentais
ONU:	Organização das Nações Unidas
OPAS:	Organização Pan-Americana de Saúde
PCE:	Penitenciária Central do Estado – Pascoal Ramos
PNAISP:	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade
PNSSP:	Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário
RAS:	Rede de Atenção à Saúde
SAD:	Secretaria de Administração
SEJUDH:	Secretaria de Estado de Justiça e Direitos Humanos
SEJUSP:	Secretaria de Justiça e Segurança Pública (desmembrada)
SES:	Secretaria de Estado de Saúde – Mato Grosso
SINAN:	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SISPEN:	Sistema Penitenciário
SUS:	Sistema Único de Saúde
UBS:	Unidades Básicas de Saúde
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância (United Nations Children's Fund)
UP:	Unidade Prisional
USP:	Universidade do Estado de São Paulo



## ÍNDICE

	Pág.
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>1. SESSÃO I – A REALIDADE DA SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL BRASILEIRO</b> .....	16
1.1. Superlotação um problema crônico e sistêmico.....	17
1.2. Perfil da população prisional.....	18
1.3. Principais agravos à saúde das pessoas privadas de liberdade.....	22
1.3.1. AIDS – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida .....	23
1.3.2. Tuberculose.....	25
1.3.3. Hanseníase.....	28
1.3.4. Dependência de drogas ilícitas (dependência química).....	31
1.3.5. Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabete Mellitus (DM).....	32
1.3.6. Complicações e agravos à saúde resultantes de violência .....	34
1.3.7. Mortalidade.....	35
1.3.8. Outros problemas de saúde.....	36
1.3.9. Reflexões Importantes.....	36
<b>2. SESSÃO II - CONSIDERAÇÕES SOBRE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO DE CUIABÁ</b> .....	37
2.1. Dados da Penitenciária Central do Estado - PCE de 2010 a 2014.....	45
2.2. Centro de Ressocialização de Cuiabá - CRC 2010 a 2014.....	46
2.3. Penitenciária Feminina Ana Maria do Couto “MAY” de 2010 a 2014.....	49
<b>3. SESSÃO III – CONSIDERAÇÕES SOBRE SAÚDE DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE</b> .....	51
3.1. A construção dos dispositivos legais.....	51
3.2. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP).....	60
3.2.1. Diretrizes da PNAISP.....	61
3.2.2. Objetivos da PNAISP.....	67
3.2.3. A Participação e o Controle Social.....	68
3.2.3.1. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCCP).....	69
3.2.3.2. Conselho de Saúde – CS.....	70
3.2.3.3. Conselho Penitenciário (COPEN).....	76
3.2.3.4. Conselho da Comunidade.....	77
3.3. Reflexão acerca dos Conselhos.....	78
3.4. Paradoxo: legislação e a realidade da saúde das pessoas privadas de liberdade.....	79
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	86
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	89
<b>ANEXO</b> .....	97
Anexo A: Relatório de Inspeção em Estabelecimento Prisional.....	98

## INTRODUÇÃO

Desde que nos “entendemos por gente” ouvimos os seguintes ditados populares: “seu maior bem é a saúde”, “saúde é a maior riqueza que alguém pode ter”, entre tantos outros. O instituto de pesquisa Ipsos<sup>1</sup> apresentou o resultado de um estudo realizado em 24 países que aponta que a saúde é a principal preocupação global. Na 30ª Assembleia Mundial de Saúde, realizada pela OMS em 1977, lançou o movimento “Saúde Para Todos no Ano 2000” e, como marco inicial dessa programação, em setembro de 1978 foi organizada pela OMS e UNICEF a Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde<sup>2</sup>, na cidade de Alma-Ata, no Cazaquistão, que teve como tema o mesmo lema do movimento. Esta foi considerada um marco para a saúde pública mundial, sendo prestigiada por 700 participantes, que colaboraram para a elaboração da Declaração de Alma-Ata, documento que “reafirmou enfaticamente que a saúde é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde” (BRASIL, 2002:33).

O ano de 2000 passou e infelizmente a meta “saúde para todos” não foi alcançada. Depois disto várias outras conferências aconteceram, leis de saúde foram promulgadas e estamos em 2015 perseguindo alcançar a mesma meta “Saúde para Todos”. O lema/meta é inclusivo e não faz qualquer discriminação. É possível subentender que seja extensivo as pessoas privadas de liberdade, pois o ordenamento jurídico brasileiro tem sua base na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 e em Leis e Tratados Internacionais em que o Brasil é signatário,

---

<sup>1</sup> O levantamento foi feito em abril de 2014 e contou com a participação de mais de 19 mil pessoas entre 18 e 64 anos de 24 países.

<sup>2</sup> A Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde é um movimento que ocorre periodicamente, dele participando setores representativos de vários países, tais como OMS, OPAS e UNICEF, em defesa da ampliação dos campos de ação em saúde e abordagens mais efetivas para o real alcance dos objetivos traçados. O objetivo principal dessas Conferências é promover o suporte das ideias e medidas necessárias para as ações em saúde. O resultado da discussão aberta e organizada em cada conferência é expresso através da elaboração final de um documento em defesa da promoção da saúde, salientando o bem-estar de todos os povos como requisito essencial para o desenvolvimento dos países e, conseqüentemente, para a manutenção da paz mundial.

dentre estes as “Regras Mínimas para o Tratamento de Prisioneiros” aprovadas pelo Conselho Econômico e Social<sup>3</sup>.

A Constituição Brasileira, chamada de “Cidadã” no Art. 1º, inc. III postula como direito fundamental a dignidade da pessoa humana e no Art. 5º declara que “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza”. Assim entende-se que nestas garantias também estão inclusas as pessoas privadas de liberdade e cabe ao Estado brasileiro prover aos seus presos às condições necessárias para uma convivência digna durante o cárcere, respeitando sua incolumidade física e moral. Na opinião de Bullos (2012: 509) quando o texto constitucional proclama a dignidade da pessoa humana, mesmo a que está presa, entendendo-se que dignidade se refere à qualidade inerente à essência do ser humano, bem jurídico absoluto, portanto, inalienável, irrenunciável e intangível.

Na contemporaneidade a Lei nº 7.210 de 11 de julho de 1984 instituiu a Lei de Execução Penal (LEP) que trata de forma minuciosa os direitos e deveres dos presos e disciplina todas as formas de assistência ao encarcerado, dentre estas, a assistência à saúde. Desta forma a saúde do cidadão preso já estava garantida em Lei, mesmo antes da atual Constituição da República Federativa do Brasil - CF que preconiza no Art. 196 que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Assim o Estado brasileiro institui o Sistema Único de Saúde que foi regulamentado na Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, chamada de Lei Orgânica da Saúde (LOS) que no Art. 2º afirma que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício (BRASIL, 1990a).

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como princípios ético-doutrinários a universalidade, a integralidade, a equidade e a participação popular. O princípio da universalidade caracteriza a saúde como um direito de cidadania, possibilitando a todas as pessoas ter direito ao acesso às ações e serviços de saúde com igualdade de oportunidade e hoje nos meios políticos e acadêmicos fala-se em equidade como

---

<sup>3</sup> O Conselho Econômico e Social das Nações Unidas, um dos mais importantes da ONU, destina-se ao estudo de questões relativas à saúde, organização econômica, direitos humanos, direito trabalhista internacional, direito à educação e cultura, alimentação e agricultura, etc.

princípio de justiça social, que significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior, desta forma buscando equilíbrio.

Diante desse arcabouço legal a pessoa privada de liberdade para além de ter o direito à saúde ainda precisa ser tratada com equidade, devido à constatação de que as prisões são locais de incidência e prevalências de doenças crônicas e infecto contagiosas que para além de ser um risco às pessoas presas, servem como difusora de patologias para toda a sociedade.

A gravidade da situação do sistema prisional brasileiro já foi objeto de preocupação e intervenção de instituições não governamentais como a Human Rights Watch (HRW)<sup>4</sup>, que em 1998 produziu o Relatório intitulado “O Brasil atrás das grades” que denuncia os problemas que agravam à saúde dos reclusos brasileiros. Foi constatado que há vários estabelecimentos prisionais que mantêm entre duas a cinco vezes mais presos do que suas capacidades e que há presos amontoados aos grupos e presos amarrados às janelas para aliviar a demanda por espaço no chão. Declara que a superlotação é talvez o mais grave e crônico problema que aflige o sistema penal brasileiro (HRW, 1998).

Os pesquisadores da HWR puderam observar presos forçados a dormir sobre buracos que funcionam como sanitários, porque os vasos sanitários muitas vezes inexistem e outros se encontram quebrados ou entupidos. Que as instalações sanitárias em alguns dos presídios masculinos violam as normas internacionais. Afirmam que o cheiro dominante em toda a prisão é de odores fétidos. Que a sujeira é dominante e há existência de ratos e insetos. Que a alimentação que os presos recebem geralmente são rações adequadas, mas quase nunca em quantidades generosas ou suficientes. Que em alguns presídios os presos reclamaram da falta de água corrente (HRW, 1998).

O relato acima mostra apenas alguns dos problemas que agravam a saúde física e mental das pessoas presas, situação esta agravada devido à falta ou insuficiência das assistências previstas no Art. 11 da LEP, dentre estas a saúde.

---

<sup>4</sup> A Human Rights Watch, fundada em 1978 é uma organização não governamental de direitos humanos sem fins lucrativos. Publica anualmente mais de 100 relatórios e informes sobre a situação dos direitos humanos em cerca de 90 países, tem acesso a governos, às Nações Unidas, a grupos regionais como a União Africana e a União Europeia, a instituições financeiras e corporações para pressionar por mudanças nas políticas e práticas a fim de promover os direitos humanos e a justiça em todo o mundo.

Reconhecendo que os problemas de saúde das pessoas privadas de liberdade não eram objeto de ações e serviços que possibilitassem o acesso integral e efetivo da população encarcerada (BRASIL, 2004a) é que em 09 de setembro de 2003 foi instituída a Portaria Interministerial nº 1.777, entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Justiça, a qual criou o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) que incluiu no Sistema único de Saúde as pessoas encarceradas. Este plano ficou vigente por uma década (BRASIL, 2003a).

Ao longo destes dez anos, através de monitoramento e chegou-se a conclusão que a implementação e operacionalização do PNSSP apresentavam fragilizações e que, portanto precisava ser fortalecido e assim em 2014 o estado brasileiro instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do SUS através da Portaria Interministerial nº 1, de 02/01/2014 entre o Ministério da Justiça (MJ) e Ministério da Saúde (MS)

A PNAISP, agora como uma política de estado estabelece uma série de compromissos do Ministério da Saúde e da Justiça; das secretarias estaduais e municipais de Saúde, da Administração Penitenciária/Prisional e da Segurança Pública dos estados e do Distrito Federal, com a finalidade de enfrentar os problemas de saúde dos cidadãos presos, que são em sua maioria pessoas marginalizadas, que mesmo antes da prisão já eram excluídas e não usufruíam dos bens e serviços produzidos socialmente, sendo jovens negros, com baixa escolaridade e sem profissão.

Esta problemática e vendo seus efeitos mortificantes na população que atendo diariamente como servidora do sistema penitenciário de Mato Grosso há doze anos, foi possível perceber a lacuna existente entre a legislação que asseguram os direitos sociais dos presos, em especial os direitos à saúde e a não materialização em sua concretude no cotidiano das prisões. Esta preocupação se tornou o objeto deste estudo, cuja questão norteadora foi pesquisar documentos que demonstrem a fundamentação ou não desta preocupação e foi escolhido o princípio da participação social, que é um dos pilares do Sistema Único de Saúde para analisar a realidade das penitenciárias de Cuiabá.

A primeira proposição é encontrar os obstáculos que se interpõem entre o que está proposto e o que está sendo realizado, mostrando os por quês é importante para (finalidade) uma profunda reflexão sobre este assunto e concomitantemente

dar visibilidade ao problema, trazendo a saúde dos presos para o centro do debate científico e oportunizando a necessidade de repensar o processo saúde-doença como processo social.

Assim este estudo tem como objetivo geral a compreensão dos empecilhos à materialização das leis e como objetivos específicos descrever dados produzidos pelos conselhos responsáveis [entre outras atribuições] pela saúde na execução penal. Dentre estas instituições foram pesquisados dados do Conselho Penitenciário de Mato Grosso (COPEM-MT); Conselho da Comunidade de Cuiabá (Comepc), Conselho Estadual de Saúde (CES) e Conselho Nacional de Políticas Criminais e Penitenciárias (CNPCP). Ressaltamos que a pesquisa não tem a finalidade de analisar a atuação dos conselhos e/ou conselheiros e sim os dados de saúde da pessoa presa produzidos por estas instituições.

O estudo orientou-se pelo enfoque epistemológico crítico-dialético que tem como referencial teórico o materialismo histórico dialético, cujo método se desenvolve por aproximações da realidade articulando estrutura e história e que conforme Minayo (1998, p. 65) “enquanto o materialismo histórico representa o caminho teórico que aponta a dinâmica do real na sociedade, a dialética refere-se ao método de abordagem deste real”.

Como instrumental metodológico, optou-se pela pesquisa descritiva, que segundo Gil (2008), objetiva a descrição das características de uma população, fenômeno ou de uma experiência e permite o estabelecimento de relações entre variáveis e fatos. Foi realizada pesquisa documental nas Atas do Conselho Estadual de Saúde e relatórios de inspeção do COPEN e CNPCP.

O fato do objeto do estudo estar relacionado à vida profissional desta pesquisadora exigiu um constante distanciamento para evitar decisões tendenciosas e deixar de seguir os preceitos da objetivação, entretanto, como enfatiza Minayo (1994, p.14) “na pesquisa social a relação entre o pesquisador e seu campo de estudo se estabelecem definitivamente. A visão de mundo de ambos está implicada em todo o processo de conhecimento, desde a concepção do objeto, aos resultados do trabalho e à sua aplicação”.

A presente dissertação foi organizada em três sessões, indicadas a seguir:

A sessão I tem como título “A realidade da saúde no sistema prisional brasileiro”, onde foram apresentados os problemas que agravam a saúde das pessoas privadas de liberdade como o problema crônico e sistêmico da superlotação

nas prisões; o perfil socioeconômico da população encarcerada e os principais agravos (doenças) à saúde das pessoas privadas de liberdade e no fechamento da sessão foi realizada uma sucinta reflexão sobre a problemática.

Na segunda sessão intitulada “Considerações sobre saúde no sistema penitenciário de Cuiabá”, foram apresentados dados de organizações governamentais e não governamental sobre as condições das três penitenciárias da Capital, a saber: Penitenciária Central do Estado (PCE), Centro de Ressocialização de Cuiabá (CRC) e Penitenciária Feminina Ana Maria do Couto (MAY).

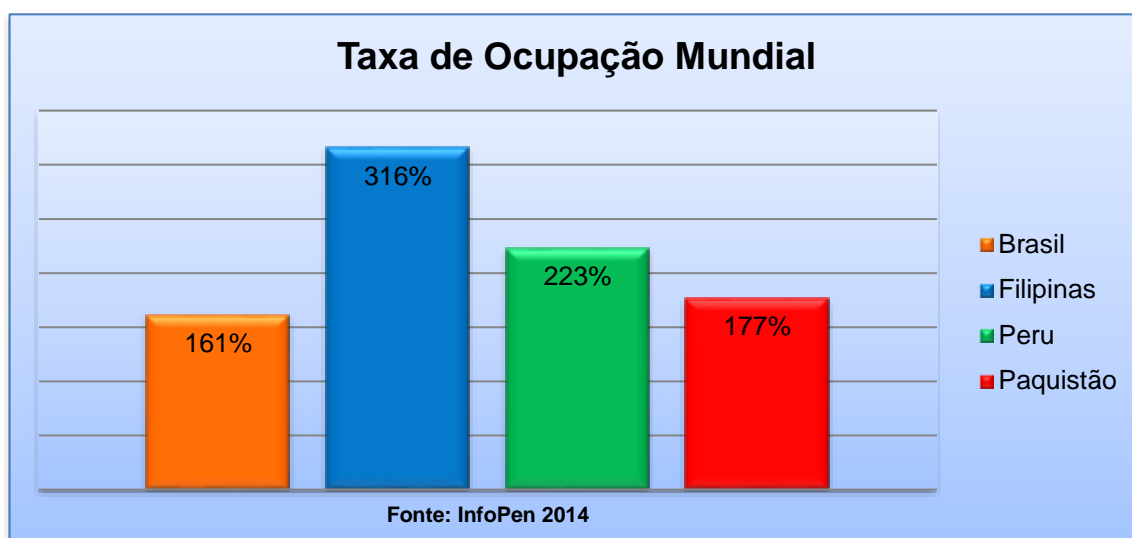
Para finalizar, a sessão III traz “Considerações sobre saúde das pessoas privadas de liberdade” começando pela construção dos dispositivos legais que culminaram com o proclame da PNAISP. Foram apresentadas as diretrizes e os objetivos desta política de estado e dentre os objetivos foi elencado a categoria participação e controle social como elemento central da pesquisa documental, na qual foram feitas buscas no site do Conselho de Política Criminal e Penitenciária e Conselho Estadual de Saúde, atendo-se ao recorte de uma série histórica de cinco anos (2010 a 2014) e como não estão disponíveis na internet os relatórios do Conselho Penitenciário, apesar de serem públicos, foi solicitado e ao COPEM, que prontamente deferiu favoravelmente a concessão dos dados. Quanto ao Conselho da Comunidade de Cuiabá, está desativado e não possui infraestrutura de funcionamento, de forma que não há informações disponíveis. Finalmente o trabalho é concluído com a reflexão que foi o objeto que permeou todo o estudo, ou seja, o paradoxo entre a legislação e a realidade de saúde das pessoas privadas de liberdade.

Convém ressaltar que este trabalho é apenas um ensaio sobre essa importante temática tão pouco estudada e que dela afloram variantes e categorias que são inesgotáveis em seus prismas e nuances e que além de históricas estão em um processo incessante de configurações, renovações e, por conseguinte, de redefinições e que merecem estudos complementares.

## Sessão I - A realidade da Saúde no Sistema Penitenciário Brasileiro

Pauta dos conteúdos dos Direitos Humanos, tema recorrente em publicações acadêmico-científicas, jornais e na mídia em geral é a situação das prisões no Brasil, sendo apresentada como “uma das questões mais complexas da realidade social brasileira” (BRASIL, 2014b, p. 6) que desafia o sistema de justiça penal, a política criminal e a política de segurança pública. Os problemas no sistema penitenciário brasileiro devem nos conduzir a profundas reflexões, sobretudo em uma conjuntura em que o perfil das pessoas presas é majoritariamente de jovens negros, de baixa escolaridade e de baixa renda, que ficam segregados em locais inapropriados e superpovoados, conforme é apresentado nos dados do InfoPen<sup>5</sup>.

Sobre a superlotação é importante considerar que dados do InfoPen de 2014 apontam o Brasil na quarta posição entre os países com maior população prisional, ficando atrás somente dos Estados Unidos da América, China e Rússia. E quanto à taxa de ocupação<sup>6</sup>, o Brasil tem (161%) é a quinta maior taxa entre países, sendo superado apenas por Filipinas (316%), Peru (223%) e Paquistão (177%).



<sup>5</sup> Infopen - Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias

O banco de dados contém informações de todas as unidades prisionais brasileiras, incluindo dados de infraestrutura, seções internas, recursos humanos, capacidade, gestão, assistências, população prisional, perfil das pessoas presas, entre outros. O Infopen é um sistema de informações estatísticas do sistema penitenciário brasileiro, atualizado pelos gestores dos estabelecimentos desde 2004, que sintetiza informações sobre os estabelecimentos penais e a população prisional. Em 2014, o Departamento Penitenciário Nacional - DEPEN reformulou a metodologia utilizada, com vistas a modernizar o instrumento de coleta e ampliar o leque de informações coletadas, com vistas a aprimorar o diagnóstico do sistema prisional e, assim, possibilitar a elaboração de políticas públicas cada vez mais adequadas à realidade prisional.

<sup>6</sup> A taxa de ocupação indica a razão entre o número de pessoas presas e a quantidade de vagas existentes, servindo como um indicador do déficit de vagas no sistema prisional.



No período compreendido entre 1995 a 2010, o Brasil registrou entre os cinquenta países com maior população prisional, a segunda maior variação na taxa de aprisionamento<sup>7</sup> com um crescimento na ordem de 136%. O número de pessoas privadas de liberdade em 2014 foi de 6,7 vezes maiores do que em 1990. Desde 2000, a população prisional cresceu, em média, 7% ao ano, totalizando um crescimento de 161%, valor dez vezes maior que o crescimento do total da população brasileira, que apresentou aumento de apenas 16% no período, em uma média de 1,1% ao ano. No relatório consolidado pelo DEPEN em junho de 2014 a população prisional era 607.731 para 376.669 vagas apresentando à época um déficit de vagas de 231.062, gerando a superlotação e conseqüentemente afetando a saúde do preso (BRASIL, 2014b).

### **1.1. Superlotação um problema crônico e sistêmico**

A superpopulação carcerária representa uma verdadeira afronta aos direitos fundamentais e fere o art. 5º, XLIX, da Carta Magna, onde é assegurado aos presos o respeito à integridade física e moral. Importante ressaltar que a dignidade da pessoa humana é um dos princípios basilares da Constituição. A Lei de Execução Penal no Art. 88 estabelece que o cumprimento da pena em cela individual, com área mínima de seis metros quadrados. No Art. 85 da referida Lei é previsto haver compatibilidade entre a estrutura física do presídio e a sua capacidade de lotação (ASSIS, 2007).

Nesse contexto, para além do efeito imediato que é a violação às normas e princípios legais, a superlotação tem como consequência a geração de conflitos que dificultam e inviabilizam a convivência carcerária corroborando com várias sensações negativas e atos ilícitos como o medo, risco de morte, exploração, violências, àqueles que deveriam estar salvaguardados pelo Estado (ASSIS, 2007). A superlotação no sistema penitenciário dificulta a prestação das assistências previstas na Lei de Execução Penal fazendo com que o processo de ressocialização não aconteça e ainda facilita o surgimento de tensões, violências e que levam às constantes rebeliões.

---

<sup>7</sup> A variação da taxa de aprisionamento mede a proporção em que a população prisional cresceu em relação à população total, em dado período.

As condições de confinamento como a superlotação; a precariedade das condições físicas e estruturais das prisões; a insalubridade; a falta de assistência material, como produtos de higiene, roupas, colchões, alimentação nem sempre suficiente são elementos, dentre outros, que contribuem para a prevalência e incidência de patologias, elevação do consumo de drogas e a reprodução da violência, até mesmo a violência sexual entre os presos. (LERMEN, 2014). Assim é a população carcerária encontra-se em situação de vulnerabilidade por deficiências na qualidade alimentar, pelo ambiente hostil, dotado de estressores (BRASIL, 2010).

De acordo com Castro Silva (2012) as agressões e óbitos são frequentes no interior das penitenciárias e mesmo em se tratando de criminosos e delinquentes que até atentaram de forma grave e insuportável contra pessoas da sociedade, não pode ser negado a estes o direito ao respeito à sua dignidade e incolumidade física. Neste sentido, Kirst observa que “após o trânsito em julgado da sentença, resta ao réu expiar a sua culpa, e ao fazê-lo, o faz sob condições desprovidas de humanidade” (KIRST, 2008 p. 01). Através da presente citação, pode-se dizer que, nas prisões brasileiras, após a condenação do cidadão, este começa a cumprir sua pena em condições precárias, sem o mínimo necessário que uma pessoa precisa para sua sobrevivência. Situação esta vedada na Constituição Federal.

## **1.2. Perfil da População Prisional**

Importante ressaltar que os dados apresentados abaixo foram retirados do Relatório Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – Infopen, consolidado em junho de 2014 (BRASIL, 2014c).

A população encarcerada no Brasil em sua maioria são homens jovens<sup>8</sup> negros na faixa etária de 18 a 29 anos. Comparando o perfil etário da população prisional com o perfil da população brasileira em geral, observa-se que a proporção de jovens é maior no sistema prisional que na população em geral. Ao passo que 56% da população prisional é composta por jovens, essa faixa etária compõe apenas 21,5% da população total do país<sup>9</sup> 37.937.

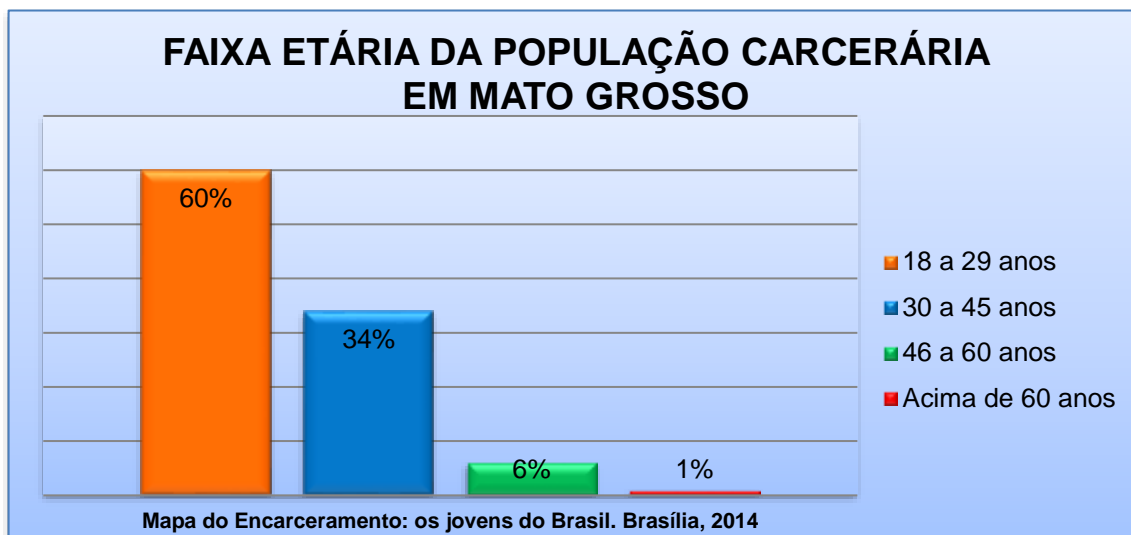
A realidade em Mato Grosso é de 60% jovens; 34% com idade entre 30 a 45 anos; 6% na faixa etária de 46 a 60 anos e apenas 1% com mais de 60 anos de

---

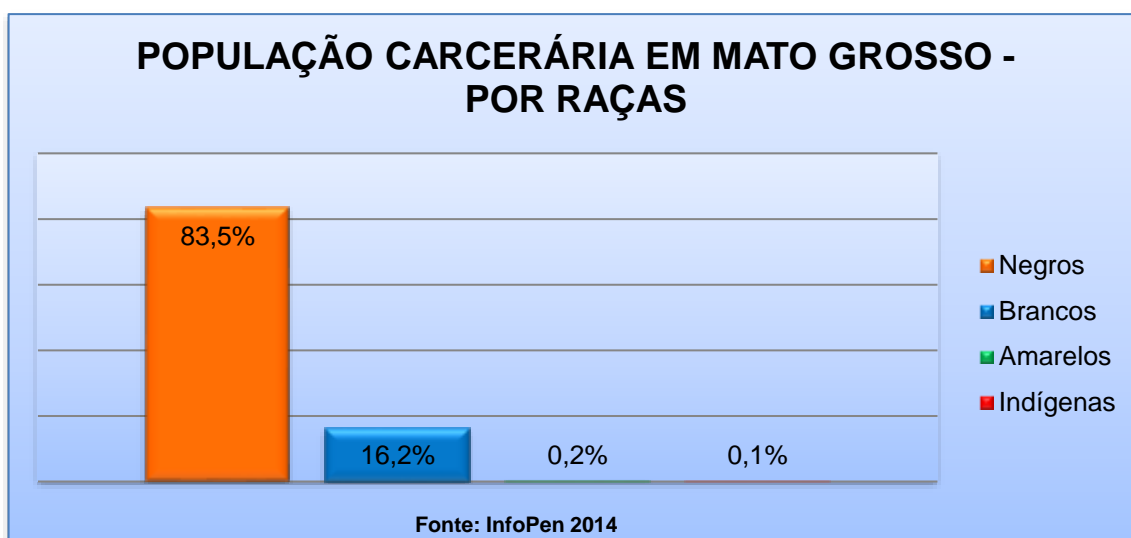
<sup>8</sup> Pessoas entre 18 e 29 anos, de acordo com o Estatuto da Juventude.

<sup>9</sup> Segundo dados do IBGE, do Censo de 2010.

idade, dado este significativo, porque a terceira idade demanda atendimento especial (BRASIL, 2014).



A proporção de pessoas negras presas é de dois terços, ou seja, de cada três presos, dois são negros. Ao passo que a porcentagem de pessoas negras no sistema prisional é de 67%. Na população brasileira em geral, a proporção é significativamente menor (51%)<sup>10</sup>. Essa tendência é observada tanto na população prisional masculina quanto na feminina. No sistema prisional de Mato Grosso este percentual é maior, sendo 83,5% negros; 16,2% brancos; 0,2% amarelos e 0,1% indígenas (BRASIL, 2014c).



<sup>10</sup> Censo 2010 IBGE.

A maior parte população prisional brasileira é solteira (57%). Essa proporção é maior do que a verificada na população brasileira que, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, é de 34,8%<sup>11</sup>. Conforme já mencionado, a população prisional é majoritariamente composta por jovens. Esse fator explica, pelo menos em parte, a alta proporção de solteiros na população prisional.

Entre a população prisional masculina e feminina, não há diferença significativa. A maior diferença entre os gêneros concerne às categorias: divorciado e viúvo, ao passo que 1% dos homens são divorciados e outros 1% são viúvos, entre as mulheres esta porcentagem é de 3%, em ambos os casos (BRASIL, 2014c).

No Mato Grosso a porcentagem de solteiros é menor (43,3%), todavia, o percentual de conviventes em união estável é de 40,1%, esse número pode ser justificado devido à exigência da apresentação da Declaração de União Estável para visitantes sem parentesco com o recluso e que declararam união estável (BRASIL, 2014c).

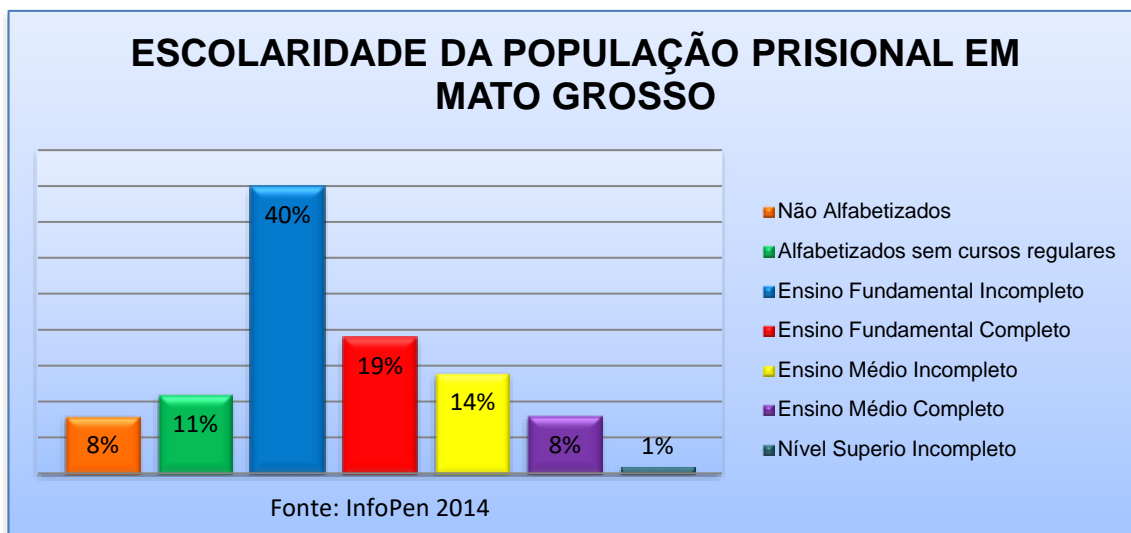
O grau de escolaridade da população prisional brasileira é extremamente baixo. Aproximadamente oito em cada dez pessoas presas estudaram, no máximo, até o Ensino Fundamental, ou seja, 80%, enquanto a média nacional de pessoas que não frequentaram o Ensino Fundamental ou o tem incompleto é de 50%. Quanto ao Ensino Médio 32%<sup>12</sup> da população brasileira conseguiram finalizá-lo, ao passo que na população prisional é de apenas 8% entre os presos e 14% entre as mulheres presas.

No sistema prisional Mato-grossense temos: 8% de não alfabetizados; 11% alfabetizados sem cursos regulares; 40% com Ensino Fundamental incompleto; 19% com Ensino Fundamental completo; 14% com Ensino Médio incompleto; 8 % com Ensino Médio completo e 1% com nível superior incompleto (BRASIL, 2014c).

---

<sup>11</sup> Dado do Censo de 2010. A estimativa considera todos os brasileiros acima de 10 anos.

<sup>12</sup> Dados do IBGE, referentes ao Censo de 2010, que se referem à população brasileira acima de 10 anos de idade.



A baixa escolaridade pode potencializar ainda mais a vulnerabilidade social. Constatase que os presos em sua maioria são provenientes dos segmentos mais empobrecidos e excluídos socialmente e que viviam à margem da sociedade antes mesmo de adentrarem ao sistema penal. Muitos com ruptura ou fragmentação dos vínculos familiares, vivendo nas ruas, sem moradias fixas ou em pequenas quitinetes ou moradias cedidas, como casas e galpões abandonados.

Frente a tal situação é comum o fato de que ao chegarem às unidades penais já apresentem problemas de saúde pré-existentes decorrentes de vários fatores multicausais, como: a péssima condição socioeconômica, o não acesso a bens e serviços sociais e de saúde; negligência; maus-tratos; estilo de vida; falta de oportunidades; desemprego; dependências de substâncias psicoativas legais e ilegais, como uso abusivo de bebidas alcoólicas e psicotrópicos; hábitos nocivos de vida, como ingestão de alimentos prejudiciais e desorganização do horário de repouso; prática sexuais irresponsáveis e violências dentre outros. Assim estes cidadãos tendem a requerer mais assistência em saúde do que a população livre (FERREIRA, 2008, p. 76).

Importante ressaltar que o aprisionamento aumenta o risco do adoecimento devido ao estresse, ao uso de drogas, a insalubridade do ambiente prisional, a superpopulação que propicia maior contato físico entre os detentos e o abuso físico (HRW, 1998). O jurista Mirabete (2004) acrescenta que o trauma psicológico provocado pelo contato com o ambiente prisional é capaz de desencadear doença

latente ou provocar estados de perturbação. Assim as prisões são consideradas como um problema de saúde pública em potencial no mundo todo (LOPES, 2001).

As condições insalubres causadas pela precariedade das estruturas físicas das prisões e falta ou insuficiência de assistência material como: lençóis, produtos de limpeza e higiene e até mesmo o fornecimento de água potável para banhos e limpeza, a superpopulação, a alimentação às vezes de má qualidade ou em quantidade insuficiente, oportunizam agravos à saúde física e mental dos presos. Neste contexto a disseminação de doenças infectocontagiosas, em especial a infecção pelo HIV/AIDS e tuberculose, constitui sério risco à saúde dos detentos e da população em geral (BARBOSA, 2014).

Ainda ressaltando os efeitos danosos da prisão em 2003 quando o Estado de São Paulo lançou o Plano Estadual de Saúde do Sistema Penitenciário e neste fez uma importante reflexão apontando o sistema prisional como concentrador de patologias infectocontagiosas como: DST/AIDS, tuberculose, dermatoses, hepatites, diarreias infecciosas, dentre outras (SÃO PAULO, 2003). Mais do que concentrar as doenças, muitas vezes não tratadas, às prisões podem ser difusoras de doenças para a população em geral, uma vez que o um número de presos que entram e saem do sistema penal é expressivo e mesmo os que estão confinados recebem visitas, inclusive íntimas de pessoas de diferentes municípios do estado. E não é possível olvidar o expressivo número de servidores do sistema prisional, advogados, oficiais de justiça, etc., que adentram diariamente as prisões e têm contato com as doenças.

### **1.3. Principais agravos à saúde das pessoas privadas de liberdade**

Os estudos sobre a saúde da população prisional brasileira são pouco numerosos, mas revelam a situação grave no que refere à infecção pelo vírus HIV e tuberculose, situação esta que se confirma na verbalização dos profissionais de saúde do sistema penitenciário em suas experiências cotidianas (DIUANA, et al, 2008, p.1887). Apesar da escassez de informações oficiais e pesquisas que apontem com precisão a condição de saúde dos presos, numa questão há unanimidade: todas as doenças incidentes e prevalentes no sistema penitenciário devem ser controladas reduzindo os agravos mais frequentes que acometem a esta população. As elevadas taxas de prevalência de doenças infecciosas no

encarceramento, importantes do ponto de vista epidemiológico, tais como sífilis, hepatite B, tuberculose e pneumonia, aferem ao sistema prisional o status de problema de saúde pública em potencial. (BARBOSA, 2014). Assim sendo, é necessário urgente enfrentamento desta demanda, porque para além de se constituir em questão humanitária e legal, as doenças não tratadas no sistema penitenciário representam um atentado à incolumidade física de toda a sociedade livre, pois, os presos estão reclusos, todavia as doenças não, e as grades não as impedem de circularem.

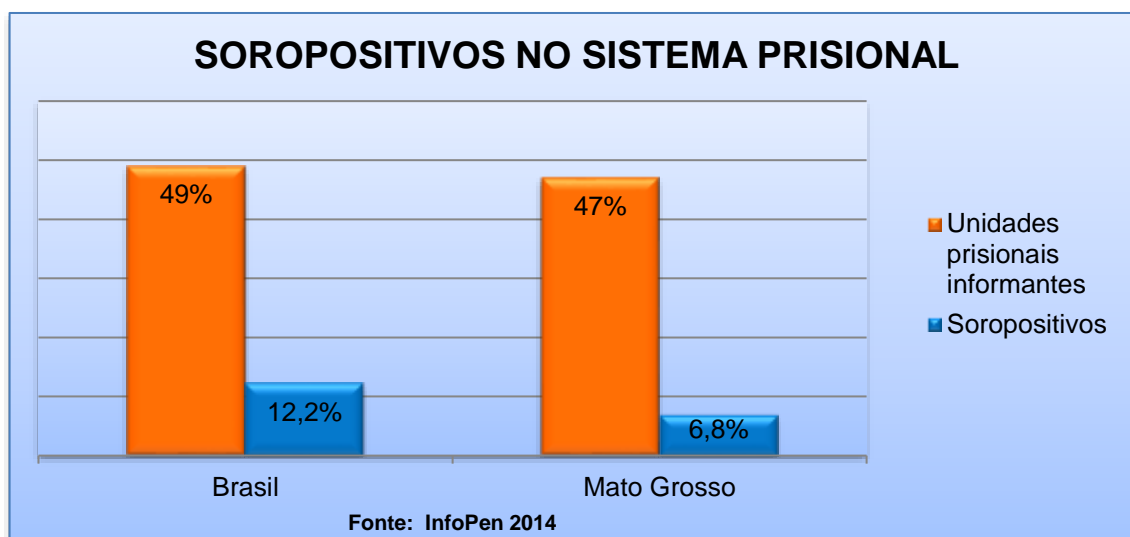
### **1.3.1. AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida**

De acordo com estimativa do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV e AIDS (UNAIDS), a prevalência da AIDS entre pessoas privadas de liberdade é mais alta que entre a população geral. As condições de confinamento, de assistência inadequada e a falta de perspectivas são fatores que aumentam a vulnerabilidade dessas pessoas ao HIV/AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis. Nas prisões há fatores adicionais de risco, como o compartilhamento de material usado para consumo de drogas, tatuagens, piercings e lâminas de barbear, além da esterilização inadequada ou reutilização de instrumentos médicos ou odontológicos (BRASIL, 2009). Contribuindo para este debate Reis e Bernardes (2011, p. 3337), afirmam que estas patologias representam uma séria ameaça à saúde da população privada de liberdade em nosso país, que o sistema público de saúde nem sempre consegue atingir.

No final de 1997, pesquisadores da Universidade de São Paulo (USP), após coletarem dados por todo o país, estimaram que cerca de 20% da população carcerária do Brasil tinha sorologia positiva para o vírus HIV. A pesquisa apontou que entre os fatores que contribuíram para este resultado é o comportamento sexual de risco e o uso de drogas injetáveis no interior dos presídios (REIS; BERNARDES, 2011).

O Infopen em 2014 informa que foram identificadas 2.864 pessoas portadoras do vírus HIV. Esse total representa 1,21% do total de presos nas unidades que prestaram informações (49%), o que equivale a uma taxa de incidência de 1215,5 pessoas soropositivas para cada cem mil presos, proporção sessenta vezes maior que a taxa da população brasileira total, de 20,476. Do total dos estabelecimentos

prisionais (49%) no Brasil que prestaram informações, o percentual de presos com HIV no Brasil é de 12,2% e no Mato Grosso este percentual é menor 6,8%, apesar de um número menor de unidades prisionais (47%) que prestaram informações (BRASIL, 2014b).



Em maio de 2008, realizou-se em São Paulo a Consulta Regional para a América Latina e Caribe sobre HIV/AIDS no Sistema Penitenciário, com a participação de representantes de governo e sociedade civil de vinte países da região e de organizações internacionais relacionadas ao tema. Teve como objetivo estabelecer bases comuns para a definição de políticas penitenciárias integrais, que abordem a prevenção do HIV, ações de atenção e tratamento para AIDS no sistema penitenciário de cada país envolvido, a partir de um consenso no nível nacional e continental (BRASIL, 2009).

Uma das recomendações formuladas pelos participantes dessa Consulta é que cada país participante do encontro promova discussões nacionais, criando uma agenda da AIDS no sistema penitenciário. As recomendações estão relacionadas a temas como ampliação do acesso às ações de prevenção e ao preservativo nos presídios, tratamento de pessoas com HIV/AIDS, redução de danos, transmissão vertical, sexualidade, respeito aos direitos humanos, combate ao estigma e discriminação. As atividades devem ser desenvolvidas por meio de parcerias entre



representantes das áreas de saúde e justiça, organizações da sociedade civil e agências internacionais (BRASIL, 2009).

O Relatório Final que consolidou a Consulta Nacional sobre HIV/AIDS no Sistema Penitenciário apresenta as metas a serem alcançadas pelos países participantes, são elas: 100% das pessoas privadas de liberdade recebendo aconselhamento em DST/HIV na porta de entrada; oferta de exame a 100% da população privada de liberdade na porta de entrada; melhoria do acesso ao diagnóstico e ao tratamento para DST e HIV e a implementação da abordagem síndrômica para 100% das pessoas privadas de liberdade; e distribuição de preservativos a 100% das pessoas privadas de liberdade e a 60% dos servidores do sistema penitenciário.

Um dos palestrantes da Consulta, Ivo Brito, Coordenador da Unidade de Prevenção Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais Ministério da Saúde, declarou: “estamos ainda distantes de uma política estruturada de HIV/AIDS nas prisões. Desde 1996 vêm sendo realizadas estratégias pontuais nos presídios, produto do esforço de ONGs e de demandas muito específicas sem, contudo, constituir uma ação coordenada e interprogramática, pelo qual têm permanecido como ações pontuais e fragmentadas” (Brasil, 2009, p. 25).

Reconhecendo este ser um problema grave que requer ações contínuas há que se repensar e reorientar o modelo assistencial, a fim de que atenda este sério agravo à saúde.

### **1.3.2. Tuberculose**

Outra patologia infectocontagiosa que preocupa é a tuberculose (TB), doença que se constitui, em várias partes do mundo, um importante problema de saúde nas prisões, inclusive nos países onde é baixa a endemicidade na população livre, não só em termos de incidência e de prevalência, como também pela frequência de formas resistentes.

No Brasil os profissionais de saúde do sistema prisional consideram por sua experiência, que a tuberculose é um grave problema na população carcerária, que não se restringe apenas aos segregados, entretanto, a magnitude do problema é pouco conhecida pela ausência, na maioria dos Estados brasileiros, de programas

específicos de vigilância epidemiológica e de luta contra a tuberculose nesta população. A frequência de formas resistentes e multirresistentes é também particularmente elevada nas prisões e está relacionada ao tratamento irregular e à detecção tardia de casos de resistência (DIUANA, 2008, p.1887).

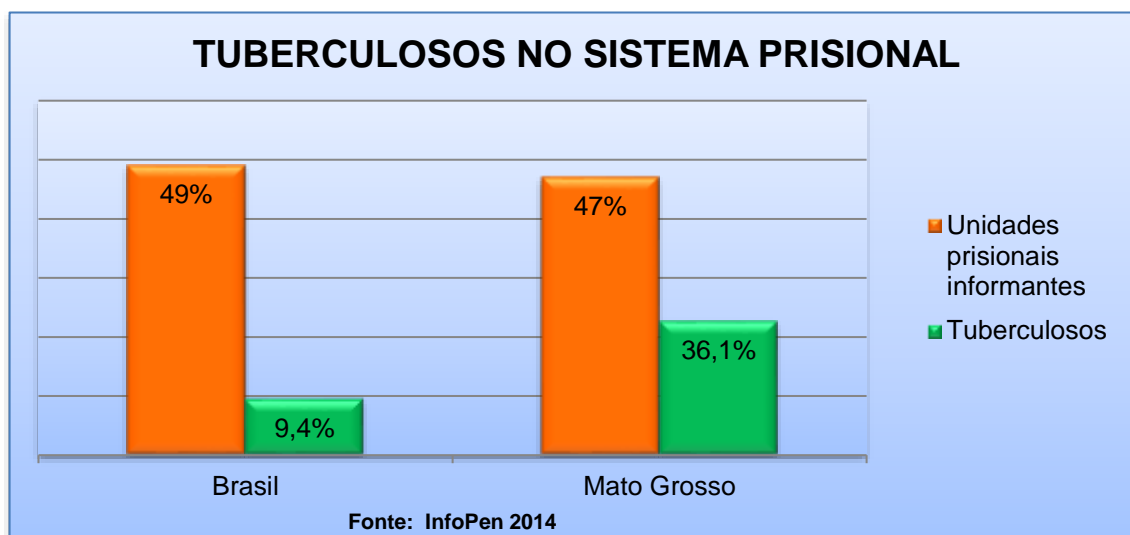
Segundo o Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil a alta vulnerabilidade da população carcerária na transmissão das doenças respiratórias deve-se às condições precárias de confinamento dos apenados, o que dificulta o controle das doenças infectocontagiosas. Os elevados índices epidemiológicos da tuberculose e a disseminação da hanseníase entre a população encarcerada colocam em situação de risco as comunidades de origem dos presos e, por extensão, toda a sociedade livre, fortalecendo a cadeia de transmissão por meio do contato com familiares e servidores penitenciários (BRASIL, 2011b).

Embora escassos, os dados disponíveis confirmam a gravidade da situação. Duas teses mostram incidências expressivas de tuberculose pulmonar. Niero, no período de 1976-1980, encontrou taxa de incidência anual média de 1.073 por 100 mil na extinta Casa de Detenção de São Paulo. Posteriormente, Rozman, na mesma prisão, observou uma taxa de incidência de 2.650 por 100 mil. Em Campinas foi observada taxa de incidência de 1.397 por 100 mil em 1994 e 559 por 100 mil em 1999, taxas que, segundo os autores são subestimadas. (SÁNCHEZ, et al , 2007, p.545).

A partir de 2007 com a introdução da informação sobre a origem prisional na Ficha de Notificação de Tuberculose permitiu uma primeira avaliação nacional em 2008. Assim, a população prisional, que representa apenas 0,2% da população do País, contribuiu com 5% dos casos notificados em 2008 no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). A prevalência de tuberculose foi avaliada por meio de inquérito radiológico em prisões do estado do Rio de Janeiro, que mostrou prevalências entre 4,6% e 8,6% na população já encarcerada e 2,7% no momento do ingresso no Sistema Penitenciário (SÁNCHEZ, et al , 2007, p.545).

É preocupante a informação de que a taxa de pessoas presas com tuberculose é de 940,9, ao passo que na população total é de 24,4, frequência 38 vezes menor e que 9,4% dos presos estão com tuberculose no Brasil, apesar de apenas 49% das unidades penais terem prestado esta informação. Em Mato Grosso a situação é ainda mais complicada, pois, com 47% das unidades que prestaram a informação, a taxa de tuberculose é de 36,1%, sendo o primeiro estado brasileiro

com maior número de ocorrência de tuberculose no sistema prisional e o segundo lugar ficou com o estado de Pernambuco com 22,6% (BRASIL, 2014b).



O Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil aponta os principais fatores que contribuem para alta endemicidade da tuberculose na população privada de liberdade, dividindo estes fatores em dois grupos: a) fatores relacionados aos indivíduos e sua condição de vida antes do encarceramento e b) fatores relacionados ao encarceramento: celas superpopulosas, mal ventiladas e com pouca iluminação solar; exposição frequente ao *Mycobacterium Tuberculosis* em ambiente confinado; falta de informação sobre o problema e dificuldade de acesso aos serviços de saúde na prisão (BRASIL, 2011b).

Conforme Diuana et al (2008, p.142) múltiplos são obstáculos dificultam a implementação de estratégias de controle da tuberculose nas prisões: dentre estes:

*A subvalorização dos sintomas em um ambiente violento, onde a preocupação com a sobrevivência é prioritária; o risco de estigmatização e de segregação, considerando a importância da proteção gerada pelo pertencimento grupal e a fragilidade que produz o reconhecimento da doença em um ambiente onde a imagem da força é fundamental; a falta de recursos humanos e financeiros, a inadequação dos serviços de saúde e a dificuldade de acesso decorrente da priorização, pelas autoridades penitenciárias, da segurança em detrimento da saúde; a restrição da autonomia das pessoas privadas de liberdade com baixa participação no tratamento e nas ações de prevenção e pouco acesso à informação sobre tuberculose.*

Em 2009 no Rio de Janeiro foi realizado o 3º Fórum Stop TB da OMS<sup>13</sup>, dentre as recomendações está a urgente inclusão da problemática da “TB nas prisões” na agenda das políticas públicas. Tal sugestão demonstra mais uma vez o significado que as instituições não governamentais têm dado a problemática e trazendo-a para as discussões no cenário político e concomitantemente oportunizando a visibilidade ao problema.

### 1.3.3. Hanseníase

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) inclui a hanseníase no grupo das doenças negligenciadas e relacionadas com a pobreza por meio da resolução OPAS/CD49.R19/2009. Trata-se de uma doença infectocontagiosa e crônica degenerativa, causada pelo *Mycobacterium leprae* ou bacilo de *Hansen* e representa um grave problema de saúde pública brasileira, considerando o comprometimento do sistema nervoso periférico, resultando em incapacidades. De evolução lenta, sua sintomatologia inclui lesões de pele e nervos, afetando principalmente olhos, mãos e pés e quando não diagnosticada precocemente e devidamente tratada, pode evoluir para deformidades físicas permanentes (BRASIL, 2008b).

Esta patologia apresenta endemicidade em onze países, entre os quais o Brasil é o segundo país mais prevalente. Apesar de existir uma queda nos coeficientes de detecção, em alguns estados das regiões Norte, Centro-Oeste e

---

<sup>13</sup> A estratégia *Stop TB* da OMS foi lançada em 2006 e visa, principalmente, reduzir a carga global de tuberculose até 2015, de acordo com os objetivos de desenvolvimento do milênio e as metas da própria parceria *Stop TB* (WHO, 2006a). A estratégia inclui seis componentes, entre os quais um deles tem como objetivo possibilitar e promover pesquisa para a melhora do desempenho dos programas de controle da TB e para o desenvolvimento de novas drogas, diagnósticos e vacinas. Além disso, os vários planos de ação que regem as ações de controle da TB no País, desde o Plano Global da OMS 2006-2015 (WHO, 2006b), passando pelo Plano Regional para as Américas (PAHO, 2005) e chegando ao Plano Estratégico do PNCT 2007-2015 (BRASIL, 2007), preconizam o uso de pesquisa como uma ferramenta essencial para o controle da doença. Um dos objetivos do plano estratégico do PNCT para 2007-2015 é desenvolver e/ou fortalecer a capacidade de investigação dos Programas de Controle da Tuberculose com a inclusão da pesquisa operacional, clínica e epidemiológica em seus planos de ação. *Stop TB Partnership* é um organismo global que inclui gestores do Programa Nacional de TB, ativistas, decisores políticos, investigadores e financiadores. O 3º Fórum de Parceiros foi realizado de 23 a 25 de março de 2009 no Rio de Janeiro, Brasil. A Parceria *Stop TB* é a entidade líder que coordena uma resposta global contra a tuberculose e o objetivo do Fórum de Parceiros é reunir os vários membros da Parceria para fornecer subsídio para uma luta eficaz contra a TB.

Nordeste, as taxas ainda se encontram muito elevadas, quando comparados ao Sul e Sudeste. Esta doença está diretamente ligada a condições socioeconômicas e sanitárias desfavoráveis, bem como a ambientes com aglomerações, que facilitam a disseminação do bacilo, através das vias respiratórias. Neste sentido, sendo de diagnóstico iminentemente clínico e tratamento de baixo custo, infere-se que sua alta prevalência é reflexo da dificuldade de acesso aos serviços de saúde para o diagnóstico precoce e correto da patologia (BRASIL, 2008a).

A significativa incidência deste agravo (hanseníase) é aumentada quando se refere à população carcerária, devido às condições insalubres e a escassez de ações e acesso aos serviços de saúde, que desta forma ampliam a possibilidade de transmissão da doença. Ressalta-se que nas unidades prisionais tem-se uma complexa rede de relações entre detentos, trabalhadores do sistema penal e a comunidade. O desenvolvimento de ações, para a proteção da saúde dos que se encontram nas prisões, pressupõe também, a proteção da sociedade em geral. Assim é necessário atendimentos especializados, prestado por equipe interdisciplinar, incluindo promoção, prevenção, tratamento de agravos e primordialmente, o diagnóstico (BRASIL, 2010).

Segundo o Boletim Epidemiológico<sup>14</sup> nº 44/2013, a eliminação da hanseníase como problema de saúde pública no Brasil apresenta pontos positivos que contribuem para esta meta, dentre estes: a decisão política; a inserção da hanseníase no Plano Brasil Sem Miséria; a hanseníase integrando as pactuações do Sistema Único de Saúde; a existência de serviços com ampla cobertura de unidades básicas de saúde e a garantia da assistência secundária e terciária e a forte participação de movimentos sociais, que possibilitaram o estabelecimento de parcerias com organizações não governamentais (ONGs) estruturadas (BRASIL, 2013a).

Por outro lado, apresenta como aspectos negativos a pobreza extrema em determinadas regiões do país que perpetuam a prevalência da doença e que

---

<sup>14</sup> O Boletim Epidemiológico da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde foi editado, pela primeira vez, há 46 anos, com o objetivo de retornar aos serviços e profissionais de saúde, os dados informados sobre as doenças de notificação compulsória, depois de consolidados e analisados. Essa ação, de devolver as análises aos fornecedores dos dados, é considerada fundamental para valorizar o ato de notificar e lhe dar sentido, demonstrado sua utilidade para a saúde pública.

justamente nestes rincões que são as áreas mais endêmicas que há maior dificuldade no acesso aos serviços de saúde e atraso na adoção do tratamento.

O coeficiente de prevalência de hanseníase no Brasil, indicador utilizado para monitorar o progresso da eliminação dessa doença vem sofrendo redução progressiva nos últimos anos. Isso decorre da diminuição no número de casos novos da doença, de modo mais acentuado a partir de 2003. Os coeficientes de prevalência são mais elevados em municípios localizados na borda da Amazônia brasileira, nos estados do Maranhão, Mato Grosso, Pará e Tocantins e, ainda, em algumas áreas metropolitanas do Nordeste. Os estados de Mato Grosso, Maranhão e Tocantins apresentaram coeficiente de prevalência alto (entre 5 e 9,99 casos por 10 mil habitantes), considerados estados com endemicidade mais elevadas (BRASIL, 2013a).

Quanto ao coeficiente anual de detecção por 100 mil habitantes observa-se o mesmo padrão espacial do coeficiente de prevalência. Em 2012, foram diagnosticados 33.303 casos novos, 2.246 (7%) em menores de 15 anos. O coeficiente geral de detecção (17,2/100 mil habitantes) é considerado alto. Segundo os parâmetros de referência deste indicador. Os estados de Rondônia, Mato Grosso, Tocantins, Pará e Maranhão foram classificados como hiperendêmicos, com mais de 40 casos novos por 100 mil habitantes, em 2011 (BRASIL, 2013a).

Todas as regiões brasileiras apresentaram redução deste indicador nos últimos cinco anos, no entanto, a região Centro-Oeste, apresentou a menor redução, e nos referidos estados observa-se aumento no coeficiente de detecção grau II. Sabe-se que o coeficiente de detecção de casos com grau II de incapacidade deve apresentar tendência similar ao coeficiente geral de detecção, ou seja, se um apresenta tendência de redução, o outro deve apresentar a mesma tendência (BRASIL, 2013a).

No Brasil é necessário intensificar as ações de vigilância da hanseníase, voltadas à maior efetividade no diagnóstico e tratamento da doença, especialmente nas regiões que apresentam maior concentração dos casos.

A patologia Hanseníase não aparece especificadamente, pode estar incluída no campo “outros”, entretanto, não pode ser descartado a subnotificação e a falta desta informação pelas unidades penais, haja visto que em Mato Grosso menos da metade (47%) de informações foram prestadas (BRASIL, 2014b).

Em pesquisa ao portal do Ministério da Saúde e Lilacs constatamos a pouca visibilidade da hanseníase, tal constatação pode ser decorrente da sua redução progressiva desde 2003 como é afirmado pelo Ministério da Saúde. Tanto que no portal do Ministério da Saúde a Secretaria de Vigilância em Saúde há 46 anos publica boletins epidemiológicos e no site estão disponíveis 157 Boletins Epidemiológicos do período de 2003 a 2015, destes apenas um trata do agravo hanseníase na população em geral, onde não é feita qualquer referência ao sistema prisional.

Outros pesquisadores também constataram a lacuna no desenvolvimento de pesquisas sobre hanseníase que tenham a população carcerária como sujeitos e afirmam que é escassa a produção científica nesta área e que ao consultar a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) observou-se que, embora as pesquisas abordem diferentes aspectos deste agravo (aspectos epidemiológicos, reações hansênicas e qualidade de vida), não incluem, entre os sujeitos selecionados, a população encarcerada (SILVA. et al, 2014, p. 495).

#### **1.3.4. Dependência de drogas ilícitas (dependência química)**

O consumo de substâncias ilícitas em sua grande maioria pode se iniciar antes do encarceramento e estar diretamente ligado à conduta delitiva. O uso, abuso e a dependência de substâncias psicoativas incidem fortemente sobre a população prisional (LERMEN, 2014). Tal afirmação é confirmada no Plano Nacional de Política Criminal e Penitenciária nas declarações de que a maioria da população prisional está ligada ao consumo e à dependência de drogas ilícitas e a criminalidade no país está fortemente vinculada à dependência química, apontando que os crimes mais comuns (furtos, roubos e tráfico de drogas) são frequentemente cometidos para prover o consumo pessoal de drogas e ainda que a prisão não trata nem física, nem psicologicamente, a dependência em drogas (BRASIL, 2011c).

O jurista de Manaus contribuindo para o debate do binômio drogas-prisão afirma que: “O problema das drogas agrava a situação do preso e de sua família, intensifica o grau de ilegitimidade do sistema, visto que o tráfico dentro dos estabelecimentos penais é um fato incontestável” (VALOIS, 2008, p. 01).

Em 2006 foi realizada uma pesquisa para traçar o perfil dos internos no sistema prisional do Rio de Janeiro e os pesquisadores Carvalho (2006) após

entrevistarem os internos sobre o uso de drogas concluíram que o histórico de drogadição nessa população é bastante elevado, principalmente antes da prisão. O álcool foi a droga mais utilizada antes de serem presos. Já, na prisão, o uso da maconha predominou entre os homens e o uso de tranquilizantes entre as mulheres. Os homens utilizaram um número maior de combinação de drogas que as mulheres.

Ao se analisar os usos combinados de maconha e cocaína, 70% dos homens informaram uso de pelo menos uma das drogas antes da prisão e 33% na prisão. Entre os que usaram drogas injetáveis antes da prisão (5,0% dos homens e 10,2% das mulheres), 18,9% dos homens e 33,3% das mulheres informaram uso compartilhado de agulha ou seringa. Na prisão, o uso de drogas injetáveis foi informado por 2,8% dos homens e não houve relato entre as mulheres. Antes da prisão, os que informaram uso de maconha na vida tiveram 3,4 vezes mais chance de usar cocaína do que os não usuários de maconha. Dentro da prisão, essa associação se mostrou ainda mais forte.

Fala-se muito do uso de drogas nas prisões, mas como no caso de outros agravos estudos e produção acadêmica ainda são poucos, tanto que em 23 de setembro de 2015 foi publicado o Edital nº 3 (DOU nº 183) que trata da seleção de órgão ou entidade, pública ou privada para realização de projeto de pesquisa I Levantamento Nacional sobre Uso de Drogas pela População Prisional Brasileira, e I Levantamento Nacional sobre Uso de Drogas pelos adolescentes e jovens em restrição e privação de liberdade no Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo. Espera-se que com o resultado deste primeiro estudo aflore as principais causas do problema para que possa ser enfrentado de forma efetiva.

### **1.3.5. Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabete Mellitus (DM)**

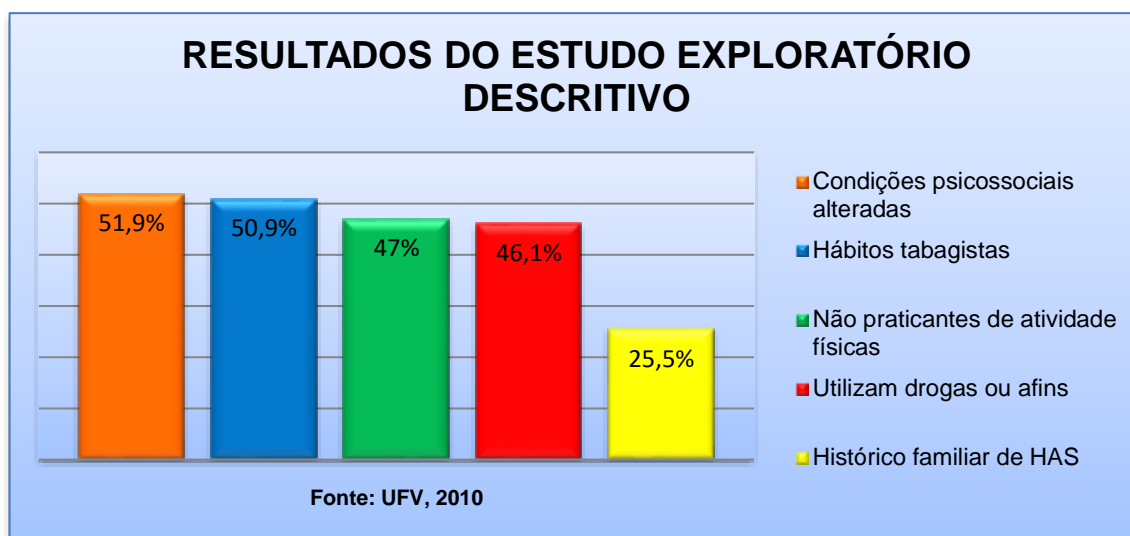
Em 2001, o Ministério da Saúde promoveu a campanha de detecção de casos suspeitos para Hipertensão e Diabetes Mellitus, que foi direcionada para indivíduos com mais de 40 anos, entretanto, a população que estava encarcerada não participaram da campanha, com exceção do estado do Rio de Janeiro que em dezembro de 2011 realizou a detecção em seu complexo prisional com objetivo de possibilitar a implementação das diretrizes propostas para o diagnóstico precoce e tratamento desses agravos (HAS e DM). O levantamento preliminarmente realizado demonstrou que um índice de aproximadamente 20% do contingente de internos



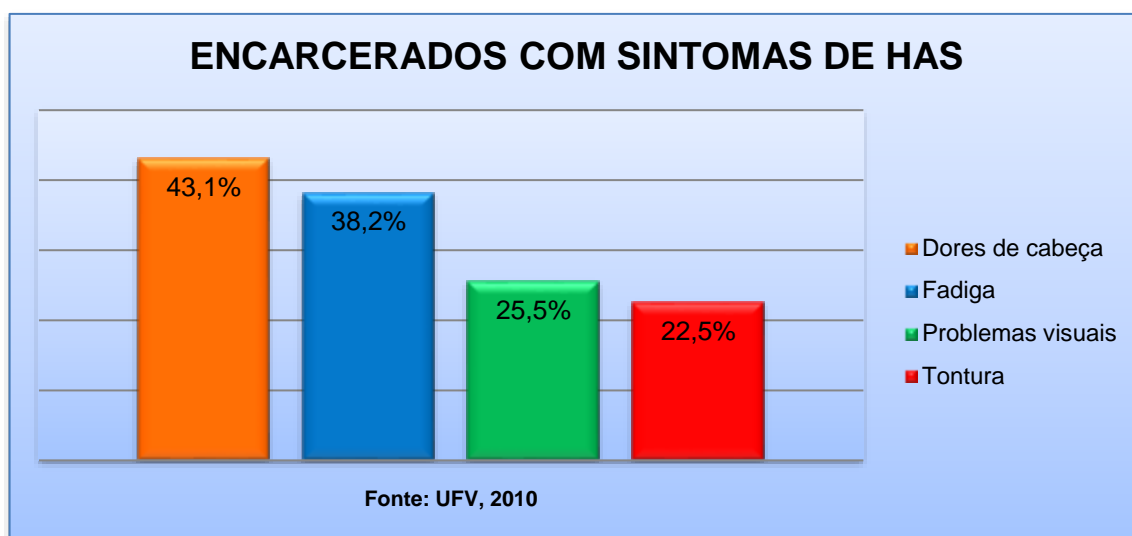
apresentou-se como casos suspeitos de hipertensão arterial e diabetes (DUARTE, et al, 2001).

Em 2010 professores do Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa em Minas Gerais realizaram um estudo exploratório-descritivo para avaliar as condições de saúde (atentando-se aos fatores preditivo para a HAS) de pessoas privadas de liberdade numa unidade prisional em Muriaé-MG. Entrevistaram 102 presos, sendo 53 homens e 49 mulheres. A média de idade dos homens entrevistados foi de  $\pm 29,5$  anos, e das mulheres a média de  $\pm 33,2$  anos.

A avaliação dos dados constatou cifras acima do desejado além de hábitos e comportamentos inadequados, sendo as mulheres as mais vulneráveis. Foram encontradas pessoas viviam com condições psicossociais alteradas (51,9%); hábitos tabagistas (50,9%); não pratica de atividades físicas (47,0%) utilizavam drogas ou medicamentos que poderiam alterar os valores tensionais (46,1%) possuíam histórico familiar da doença (25,5%). Assim foi evidenciado que as pessoas presas estavam propensas ao desenvolvimento da HAS.



Foram encontrados números significativos de pessoas presas que apresentavam alterações comuns de indivíduos portadores da HAS como dores de cabeça 44 (43,1%), fadiga 39 (38,2), tontura 23 (22,5%), problemas visuais 26 (25,5%) dentre outros.



Outro achado da pesquisa foi o número expressivo de reclusos disseram utilizar medicamentos tranquilizantes e psicotópicos, medicamentos influenciáveis nos mecanismos de controle da pressão arterial - PA. A análise da verificação da PA feita realizada nos 102 participantes da pesquisa revela que 50% tem pressão arterial nos padrões ótima e normal; 47% tem pressão arterial de normal-alta, hipertensão leve e moderada; 3% apresentam hipertensão gravíssima e hipertensão sistólica isolada (PRADO JUNIOR; et al, 2010).

Embora os estudos destes agravos em pessoas privadas de liberdade sejam incipientes, estes dois estudos acima apresentados revelam o que o já é sabido no cotidiano do sistema prisional que diabetes e hipertensão são as doenças mais prevalentes entre os apenados, dessa forma, é fundamental o desenvolvimento de ações de prevenção e promoção, na adoção de hábitos saudáveis de vida, assistência integral à saúde com acompanhamento clínico e detecção dos casos de agravo (BARBOSA, 2014).

Importante ressaltar que o Relatório do Infopen de 2014 não apresenta dados sobre os agravos HAS e DM.

### **1.3.6. Complicações e agravos à saúde resultantes de violência**

Outro elemento que vem agudizar os problemas de saúde no cárcere estão relacionados ao momento da prisão, quando policiais fazem uso progressivo da força, utilizando o emprego de arma de fogo, às vezes até mesmo de forma ilegal. Outras vezes ocorrem acidentes automobilísticos decorrentes de perseguição

policial, deixando complicações sérias a serem tratadas como fraturas, internações por perda de órgãos, perfurações por arma de fogo, dentre outras. Quanto à violência policial é fato inconteste, mas que depois de ter sido adotado o exame de lesões corporais, chamado de Exame de Corpo Delito para recebimento do custodiado pelo sistema prisional diminuiu significativamente a incidência deste problema, mesmo assim:

A violência policial é um fato – basta lembrar Carandiru, Candelária, Eldorado dos Carajás – não um caso isolado ou um “excesso” do exercício da profissão como querem fazer crer as corporações policiais e as autoridades ligadas ao sistema de justiça e segurança. E, em se tratando de um fato concreto, deve ser encarada como um grave problema a ser solucionado pela sociedade. Um grave problema porque a violência ilegítima praticada por agentes do Estado, que detêm o monopólio do uso da força, ameaça substancialmente as estruturas democráticas necessárias ao Estado de Direito (TAVARES, 2015, p. 01).

Outras vezes, o acusado ao praticar o delito envolve-se em brigas ou no revide das vítimas sofrem ferimentos, traumatismos e fraturas e ao chegarem às unidades penais requerem atenção especial.

### **1.3.7. Mortalidade**

Segundo o Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – Infopen de 2014 até o primeiro semestre de 2014 foram registradas 565 mortes nas unidades prisionais brasileiras, sem os dados de São Paulo e Rio de Janeiro, que deixaram de informar. O Infopen estima que aproximadamente cinquenta por cento dessas mortes podem ser consideradas mortes violentas intencionais, excluídos os óbitos por motivo de saúde. As mortes por causas naturais dentro das unidades devem ser analisadas de maneira diferenciada da população em geral, pois os indivíduos estão sob custódia do Estado e dependem deste para obtenção de qualquer espécie de atendimento de saúde. A Taxa de Mortalidade Intencional<sup>15</sup> no primeiro semestre de 2014 para cada dez mil pessoas privadas de liberdade foi de 8,4 mortes para cada dez mil pessoas presas, o que corresponderia a 167,5 mortes intencionais para cada cem mil pessoas privadas de liberdade em um ano. Esse valor é mais do que seis vezes maior do que a taxa de crimes letais intencionais

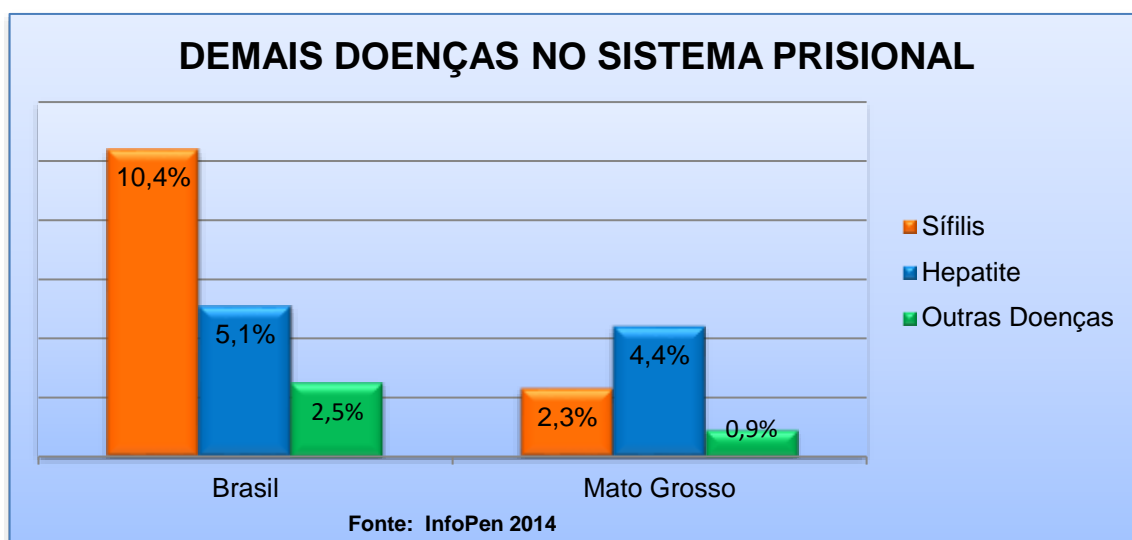
---

<sup>15</sup> Por mortalidade intencional entendem-se os óbitos por homicídio, suicídio e causas desconhecidas.

verificadas no Brasil em 2013. A Taxa de mortes intencionais para cada 10.000 pessoas presas em Mato Grosso (1,9). Das 22 unidades federativas que prestaram informação ao DEPEN, Mato Grosso é o 21º a ter a menor taxa, ficando a frente somente do estado do Paraná, cuja taxa é de 1,0. Assim nas unidades prisionais de Mato Grosso a taxa é uma das menores (BRASIL, 2014b).

### 1.3.8. Outros problemas de saúde

No Relatório do Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – Infopen de 2014, foram apresentadas as taxas de pessoas com agravo para sífilis, hepatite e outras doenças (não especificadas). No sistema prisional brasileiro a taxa de sífilis é de 10,4 e a de Mato Grosso é de 2,3. A taxa de hepatite é de 5,1 no Brasil e 4,4 em Mato Grosso. Enquanto para outras doenças a taxa é de 2,5 e Mato Grosso 0,9 (BRASIL, 2014b).



### 1.3.9- Reflexões Importantes

No cenário do encarceramento, a ausência de ações de planejamento familiar pode significar um problema (BARBOSA, 2014), embora não tenha sido encontrado estudo neste sentido é considerável o número de gestantes que semanalmente adentram as unidades penais e que ficaram grávidas em visita íntima na prisão. As assistentes sociais das penitenciárias de Cuiabá e os cartórios de registro naturais da capital cuiabana já alertaram sobre o percentual significativo de engravidamento

de mulheres de presos, mas ninguém nega o fácil acesso à preservativos que estão disponíveis nas unidades básicas de saúde e rol de entrada das penitenciárias de Cuiabá estes estão à disposição das mães, sem ter que solicitá-los, evitando constrangimentos.

As questões relativas à saúde das pessoas privadas de liberdade são incompreendidas e faltam informações à sociedade, aos presos, servidores do sistema penitenciário e aos visitantes. Faltam pesquisas que demonstrem todas as situações que inviabilizam o usufruto da saúde em sua integralidade pelas pessoas encarceradas. Segundo Barbosa (2014) é preciso “atuar no favorecimento da ruptura de uma série de amarras sociais que envolvem as populações penitenciárias, principalmente, no que diz respeito à questão de direitos sociais, dentre eles à saúde”.

Um agravante obstaculiza a dos direitos à saúde da pessoa privada de liberdade é o preconceito social, que pode ser evidenciado até mesmo pelos agentes penitenciários e policiais que entendem esse direito como privilégio “regalia”, esquecendo que o preso está sob a custódia do Estado, sendo este o responsável pela saúde e incolumidade física e mental do custodiado. (BARBOSA, 2001).

O sistema penitenciário brasileiro tem sido duramente criticado por instituições nacionais e internacionais, especialmente as que defendem os direitos humanos devido à situação do sistema prisional. Ante tal situação, implementar assistência à saúde integral, de qualidade e resolutiva direcionada a esse público é condição essencial para reverter esse cenário preocupante. (BARBOSA, 2014).

## **Sessão II - Considerações sobre saúde no Sistema Penitenciário em Cuiabá**

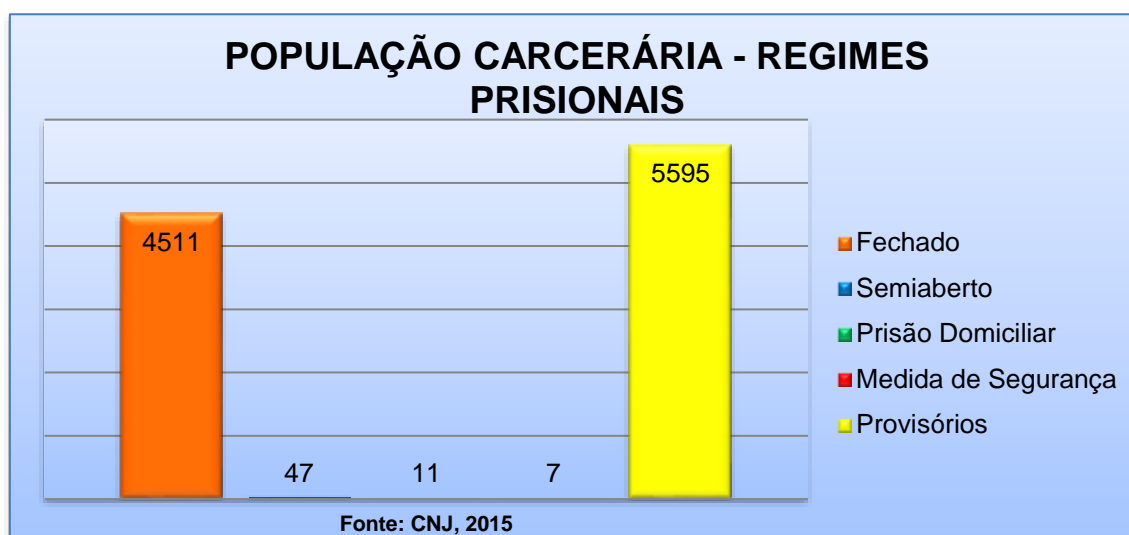
No site do Conselho Nacional de Justiça – CNJ<sup>16</sup> encontra-se o link Geopresídios, que é uma radiografia do sistema prisional brasileiro. O mapeamento é realizado através das informações prestadas pelo Juízo de Execução Penal

---

<sup>16</sup> O Conselho Nacional de Justiça (CNJ) é uma instituição pública que visa aperfeiçoar o trabalho do sistema judiciário brasileiro, principalmente no que diz respeito ao controle e à transparência administrativa e processual. Missão do CNJ - Contribuir para que a prestação jurisdicional seja realizada com moralidade, eficiência e efetividade em benefício da Sociedade. Visão do CNJ - Ser um instrumento efetivo do Poder Judiciário.

através do Relatório Mensal do Cadastro Nacional de Inspeções nos Estabelecimentos Penais (CNJ, 2015).

Segundo o Geopresídios, Mato Grosso é considerado um município de médio porte entre os Tribunais de Justiça brasileiros, as informações referentes à Agosto de 2015 demonstram que Mato Grosso tem 4.511 presos em regime fechado, 47 em regime semiaberto, 4 em regime aberto, 11 em prisão domiciliar, 7 em medida de segurança e 5.595 presos provisórios, sendo o sétimo da federação a ter mais presos provisórios, totalizando 55,09% dos presos. O Estado de Mato Grosso tem 76 estabelecimentos penais e oferece 6.608 vagas e em 12/08/2015 contava com 10.240 presos, apresentando um déficit de vagas de 3.632 vagas, que corresponde a um déficit de 54,96%, sendo o 14º no ranking nacional. (CNJ, 2015).



Em julho de 2006 a Comissão de Direitos Humanos e Minorias Câmara dos Deputados em parceria com a Pastoral Carcerária da CNBB – Conferência Nacional dos Bispos do Brasil realizou uma videoconferência nacional e produziu um documento sintetizando os principais problemas das unidades penais dos estados brasileiros e na página 22 é relatada a situação de Mato Grosso, abaixo algumas informações importantes que refletem diretamente na saúde dos presos na capital cuiabana.

Número de vagas existentes 4.661 e o número efetivo de presos 7.150, ou seja, já em 2006 o problema da superlotação já era preocupante. Outros problemas apresentados: falta trabalho aos presos, falta comida, a precariedade das condições sanitárias, a falta de saneamento básico em cadeias públicas e penitenciárias e as condições de insalubridade extremas em algumas unidades e dificuldades na

implantação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, conforme a portaria 1.777 MJ/MS. O padre Günther, coordenador da Pastoral Carcerária Nacional, participou da videoconferência e conhecendo a realidade de Mato Grosso declarou: “situação de higiene catastrófica” (BRASIL, 2006).

Em maio de 2008 o DEPEN publicou o Relatório da Situação do Sistema Penitenciário - Assistência à Saúde e na página 20 descreve sucintamente algumas dificuldades no cuidado da saúde dos cidadãos presos em Mato Grosso, são elas: “a vacinação nos estabelecimentos penais é deficitária”. “No ano de 2007, a vacina influenza foi oferecida somente para a população carcerária da capital, de Rondonópolis e de Sinop. Nas demais unidades não foram disponibilizadas vacinas”. “Apesar do surto de Febre Amarela ocorrido no ano de 2008, a SES – Secretaria Estadual de Saúde - não disponibilizou vacinas em número suficiente para os presos” e que o número de profissionais de saúde lotados nas unidades penais era incompatível com a equipe mínima determinada na Portaria Interministerial nº 1.777 de setembro de 2003.

Alguns exemplos apontados: No caso do auxiliar de consultório dentário o número de profissionais disponíveis era de 22%, ou seja, menos que um quarto do pessoal necessário; nutricionista tinha o quantitativo de 5,5% e assistente social 42%. Das dez profissões que compõem a equipe multiprofissional para atendimentos dos presos em Unidades Penais nenhuma estava presente em número suficiente nas unidades penais de Mato Grosso (BRASIL, 2008b)

No site do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária – CNPCP – encontra-se disponível os Relatórios de Inspeção das Unidades Penais brasileiras de 2006 a 2015. Neste período de dez anos as Unidades Penais de Mato Grosso foram visitadas apenas uma vez nos dias 18 e 19 de janeiro de 2012, período em que foram inspecionadas apenas as três Penitenciárias de Cuiabá, a saber: Centro de Ressocialização de Cuiabá; Penitenciária Central do Estado e a Penitenciária Feminina Ana Maria do Couto (BRASIL, 2012).

No Relatório de Inspeção realizado em fevereiro de 2012 foram encontradas informações importantes que refletem na saúde dos presos, dentre elas a superlotação, no qual evidencia em o CRC estava com o triplo de presos em relação a sua capacidade de vagas, a PCE pouco mais do dobro e a Penitenciária Feminina pouco mais de 50% acima de sua capacidade de acolhimento (BRASIL, 2012a).

Quanto à infraestrutura das Unidades Penais visitadas a Comissão de Inspeção constatou:

*A estrutura predial dos estabelecimentos visitados está em péssimas condições, necessitando de reformas estruturais, hidráulicas, elétricas e sanitárias”. [...] fato comum nas unidades visitadas é a ausência de cama para todos os presos, que se amontoam no interior das celas em colchão de espuma, quando existem. [...] durante a inspeção no CRC, constatamos vários presos dormindo no chão, abaixo dos beliches, sem qualquer espuma ou colchão, devido à superlotação e a falta de estrutura daquela unidade.[...] No CRC e na PCE, constatamos enorme quantidade de recipientes de isopor (‘marmitex’), utilizados para embalagem de alimentação dos presos, que não tinham a destinação final adequada. Em ambas as unidades, esse material ficava amontoado, aguardando a remoção, sem que fosse realizada a sua devida reciclagem. [...] [Na PCE] constatamos matagal nas áreas internas. Quanto aos módulos de aço: o teto é vazado, ao invés de ser fechado, há grades e os agentes ficam na parte superior a todo instante, vigiando-os. Muitas foram às reclamações feitas por presos em relação a este modelo, que vai desde a dificuldade de conseguirem atendimento perante a administração prisional, bem como a alta sensação de calor, já que a ventilação é cruzada, agravada pela temperatura da região. Evidencia-se ofensa ao princípio da humanidade, a vista de que o preso sente-se (e isso se mostra na prática) diminuído, como um animal numa vala, que aguarda apenas a distribuição de alimentos em horários determinados. [...] os presos ficam amontoados em pequenas celas, insalubres e sem devida aeração. [...] os segregados reclamaram bastante acerca da falta e da baixa qualidade da água servida nas unidades penais [...] cujo “fornecimento em alguns horários pré-estabelecidos do dia (BRASIL, 2012a).*

Quanto à assistência à saúde a inspeção aponta:

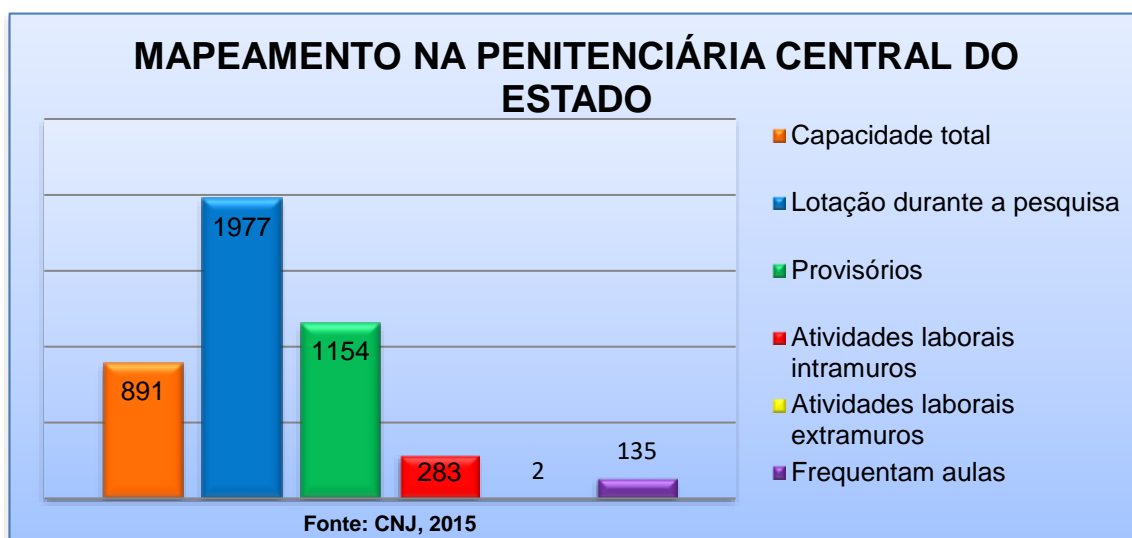
*Os presos das duas unidades inspecionadas [PCE e CRC] reclamaram bastante acerca da falta de assistência à saúde. Apesar da existência de equipes de profissionais, elas seriam insuficientes para atender a demanda. No entanto, na PCE inexistente médico e, quando necessário, os presos são conduzidos para hospitais públicos ou conveniados para serem atendidos. De igual maneira, os serviços odontológicos, quando prestados com muita demora, restringem-se ao básico (obturações e extrações). [...] No CRC havia 15 internos soropositivos [HIV] e 26 apresentavam tuberculose, sendo que não estavam isolados dos demais. De igual maneira, dois presos “colostomizados” estavam isolados dos demais presos e reclamaram da falta de assistência médica e da necessidade de intervenção cirúrgica. Relataram, também, que não recebem medicamentos básicos, ainda que solicitados à direção da unidade. [...] Apesar da abertura de concurso para o cargo de Psiquiatra, não houve interessados em participar do certame [...]. Diante disso, faltam [não há – grifo nosso] psiquiatras no sistema prisional mato-grossense. [...] os segregados protestaram em relação à qualidade da alimentação. Um dos problemas evidenciados é que a mesma empresa que a fornece para várias unidades prisionais, tendo que armazená-la muito cedo para posterior distribuição, o que ocasiona a perda de qualidade. [...] preocupa-nos muito a questão da não separação dos internos com tuberculose, já que os visitantes também transitam entre eles, já que o espaço dos raios não pode ser considerado amplo e arejado (BRASIL, 2012a).*



Na conclusão do Relatório de Inspeção dentre os vários encaminhamentos e orientações há uma reflexão preocupante sobre o sistema prisional de Mato Grosso: “a situação do sistema prisional mato-grossense merece a devida atenção, principalmente nas unidades inspecionadas [PCE, CRC e MAY). Medidas de maior impacto devem ser adotadas, sob a pena ver-se aviltada tanto a Constituição Federal quanto a Lei de Execução Penal.” (BRASIL, 2012a, p. 10).

No site Geopresídios foi possível acessar o Relatório de Inspeção realizado mensalmente pelo Juízo de Execução Penal e no Recibo de Cadastro de Inspeção de 12/08/2015 a PCE é mapeada mostrando que sua capacidade atual é de 891 vagas e que estava com a lotação de 1977 presos, sendo que destes 1154 são presos provisórios e seis presos em medida de segurança<sup>17</sup>.

Que há Que não há separação dos presos segundo critérios de idade. Que 283 presos desenvolvem atividades laborais intramuros, perfazendo um total de 14% e dois presos realizam atividades extramuros, portanto 0,1%. Que 135 presos frequentam as salas de aulas nesta unidade penal, correspondendo a 7%, ou seja, ou seja, 79% dos presos podem estar vivendo na ociosidade, podendo ser um percentual maior se considerar que é possível um só preso trabalhar e frequentar a sala de aulas (CNJ, 2015).



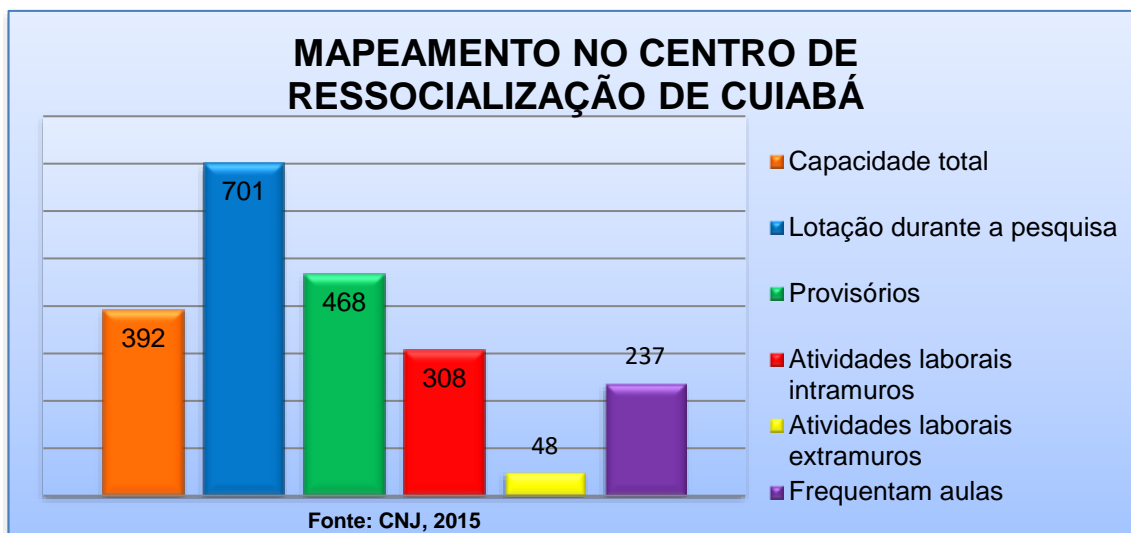
<sup>17</sup> A medida de segurança é uma providência do Estado, fundamentada no *jus puniendi*, imposta ao agente inimputável ou semi-imputável que pratica um fato típico e ilícito, com base no grau de periculosidade do mesmo. Medida de segurança é toda a reação criminal, detentiva ou não detentiva, que se liga à prática, pelo agente, de um fato ilícito típico, tem como pressuposto e princípio de medida a sua periculosidade e visa finalidades de defesa social ligadas à prevenção especial, seja sob a forma de segurança, seja sob a forma de ressocialização (LEVORIM, 2013: 161).

Nos dados apresentados constata-se um déficit de vagas de 55% e a falta de oportunidade de cumprir estar preso com dignidade e isso interfere na saúde do preso e na sua reinserção social, muitas vezes tornando-o reincidente. A superlotação não só prejudica a saúde como também à prestação das assistências previstas em leis, como: materiais, saúde, jurídica, educacional, social (Serviço Social) e religiosa, existentes na PCE.

No relatório é solicitado preencher o campo da prestação destas assistências na Unidade Penal, onde é respondido se existe ou não as assistências previstas na LEP, mas essa informação não é qualificada como, por exemplo: é suficiente, é prestada para todos os presos e se está em acordo com a legislação vigente.

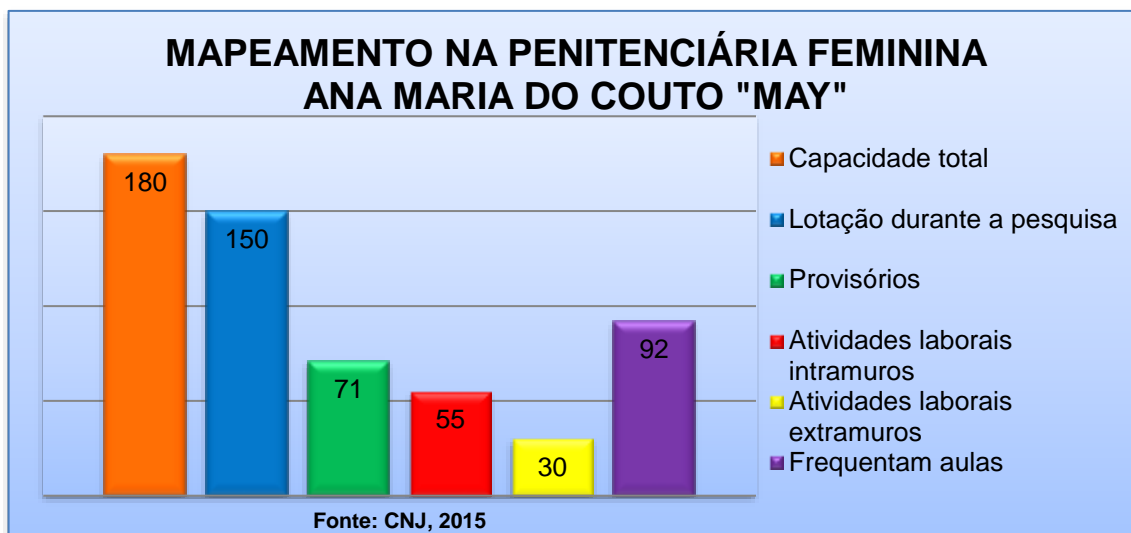
Na conclusão do Relatório o Juízo competente deve qualificar as condições do estabelecimento penal e neste relatório (em 12/08/2015) a PCE foi classificada como tendo condições “ruins”, no nosso entendimento este conceito é vago. No último campo do relatório: “Providências para o adequado funcionamento do estabelecimento” não foi preenchido, ora se as condições estão “ruins”, o que deve melhorar?

O mapeamento do Centro de Ressocialização de Cuiabá feito pelo Geopresídios com base no Relatório de Inspeção de 12/08/2015 aponta as seguintes informações: Que a capacidade é de 392 vagas e está abrigando 701 presos, ou seja, 44% de déficit de vagas. Que há 468 presos provisórios, totalizando 67% de presos provisórios. Que 308 presos desenvolvem atividades laborais intramuros, perfazendo um total de 44% e 48 presos realizam atividades extramuros, portanto 7%, ou seja, mais da metade dos presos não vivem na ociosidade que é sempre prejudicial à saúde. Que 237 presos frequentam as salas de aulas nesta unidade penal, correspondendo a 34%, ou seja, um terço da população carcerária está estudando e melhorando sua escolarização (CNJ, 2015).



No Relatório do CRC é descrito que não tem área destinada à visita familiar, assim sendo as visitas acontecem na própria cela. Foi mencionado que é prestada as assistências sem qualificá-las. Quanto às condições do estabelecimento penal foram consideradas “péssimas”. Novamente não foi preenchido o campo: “Providências para o adequado funcionamento do estabelecimento”.

O mapeamento da Penitenciária Feminina Ana Maria do Couto feito pelo Geopresídios com base no Relatório de Inspeção de 12/08/2015 aponta as seguintes informações: Que a capacidade é de 180 vagas e está abrigando 150 presas, ou seja, há vagas disponíveis. Que há 71 presas provisórias, totalizando 47% de presas provisórias. Que 55 presas desenvolvem atividades laborais intramuros, perfazendo um total de 37% e 30 presas realizam atividades extramuros, portanto 20%, ou seja, mais da metade das presas não vivem na ociosidade que é sempre prejudicial à saúde. Que 92 presas frequentam as salas de aulas nesta unidade penal, correspondendo a 62%, ou seja, um terço dessa população carcerária está estudando e melhorando sua escolarização e conseqüentemente aumentando as possibilidades de reintegração social.



No Relatório da MAY é descrito que as assistências materiais são prestadas e sem qualificá-las. Quanto às condições do estabelecimento penal foram consideradas “péssimas”. Novamente não foi preenchido o campo: “Providências para o adequado funcionamento do estabelecimento”.

Outra coleta de dados para mapear os problemas das Penitenciárias de Cuiabá que tem impacto direto na saúde das pessoas privadas de liberdade foi realizada em 2015 através dos Relatórios de Inspeção Anuais do Conselho Penitenciário de Mato Grosso – COPEN. Foi escolhida a série temporal<sup>18</sup> dos últimos cinco anos, ou seja, de 2010 a 2014.

Em conformidade com a determinação da Resolução nº 07, de 09 de maio de 2006 do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária que normatiza e aprova o modelo de Relatório de Inspeção em Estabelecimento Penal e os membros do COPEN/MT utilizam o instrumento supramencionado (Anexo A) para a visita de inspeção e realização do Relatório de Inspeção.

Trata-se de um instrumento de coleta extenso e que abrange várias áreas da unidade penal a ser inspecionada. Assim foi feito um recorte das variáveis<sup>19</sup> que incidem diretamente na saúde das pessoas privadas de liberdade. Abaixo será apresentado o resultado desta pesquisa por penitenciária de Cuiabá. Após

<sup>18</sup> Uma série temporal, também denominada série histórica, é uma sequência de dados obtidos em intervalos regulares de tempo durante um período específico. Na análise de uma série temporal, primeiramente deseja-se modelar o fenômeno estudado para, a partir daí, descrever o comportamento da série. [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2001000300002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2001000300002).

<sup>19</sup> Variável é a característica de interesse que é medida em cada elemento da amostra ou população. Como o nome diz, seus valores variam de elemento para elemento. As variáveis podem ter valores numéricos ou não numéricos.

apresentação dos dados coletados é apresentado a “Observação” dos membros do COPEN que realizaram a visita, a transcrição será apresentada literalmente, apenas foi suprimido dados que não contribuiriam para refletir sobre a saúde das pessoas presas.

## 2.1. Dados da Penitenciária Central do Estado - PCE de 2010 a 2014

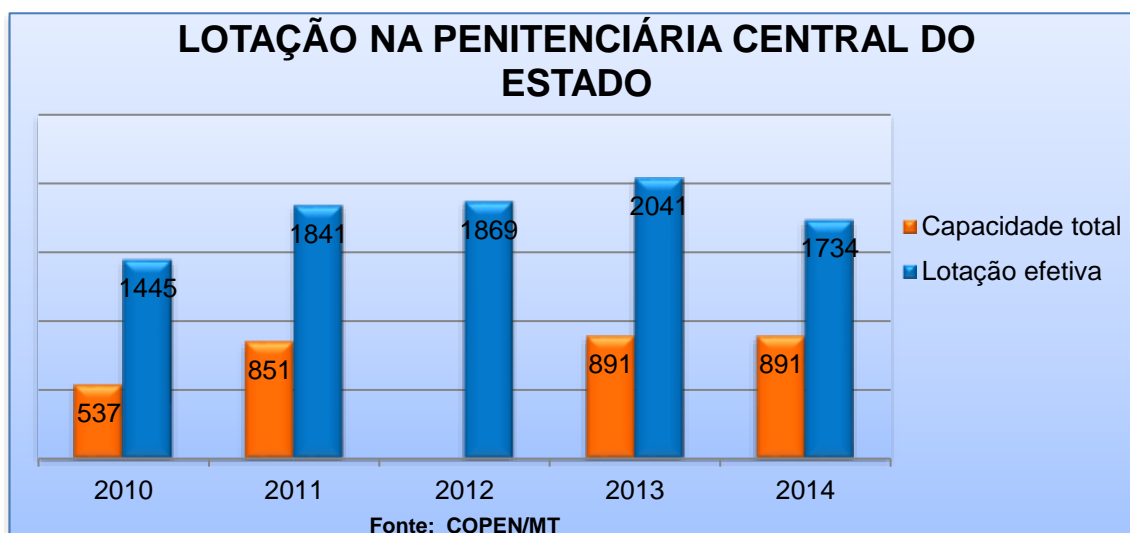
Em relação à **infraestrutura** 10 quesitos apareceram nos instrumentos de coleta do COPEN, sendo: estrutura predial, celas com insolação, celas com aeração, condicionamento térmico, instalações hidráulicas, instalações sanitárias, instalações elétricas, instalações de saúde, higiene e limpeza. A conceituação a ser utilizada é:

ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
10-9	8-7	6-4	3-0

Na avaliação destes quesitos a PCE foi avaliada com:

ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM	NÃO INFORMADO / NÃO PONTUADO
1	10	21	6	11

A **alimentação** teve duas notas com conceito bom e uma nota regular e nos anos de 2012 e 2013 este quesito não foi pontuado. **Capacidade/lotação:** Nos cinco anos pesquisados a Unidade apresentou superpopulação, sendo que em 2010 a capacidade de vagas era de 537 e estavam abrigados 1445 presos; em 2011 a capacidade era de 851 vagas e estavam lotados 1841; em 2012 não foi informado a capacidade de vagas e estavam 1869 reclusos; em 2013 a capacidade de vagas era de 891 e estavam 2041 presos e em 2014 a capacidade era de 891 e ficaram 1734 presos.



Em relação à **ocupação do espaço físico**: Não há separação entre presos jovens, adultos e idosos. Há celas individuais e coletivas e não há local para deficientes físicos. Que não há local apropriado para visita íntima e que estas ocorrem na própria cela. Que não há local apropriado para a visita comum e que estas ficam no pátio. **Assistência Material**: Não há camas para todos os presos. Não há distribuição de roupas de cama e toalhas. Há distribuição de artigos de higiene. Há uniformes somente para os presos que exercem trabalho laboral fora das celas. **Saúde**: Que a Unidade aderiu ao PNSSP e depois a PNAISP. Há enfermaria e farmácia. Nos cinco anos houve médicos, sendo que em 2011 eram dois e em 2014 eram quatro, nos demais anos só há informação que havia médico, mas não foi quantificado. Durante os cinco anos não teve psiquiatra. Que durante os cinco anos três assistentes sociais a cada ano. Que o número de auxiliares de enfermagem e psicólogos foi oscilante, mas sempre estiveram presentes ao menos um na equipe de saúde. O número de dentistas por ano foi de um profissional da odontologia. No ano de 2011 teve nutricionista. Os trabalhos realizados para prevenção ou controle de doenças infectocontagiosas, DST/AIDS foram imunização, orientação individual e palestras. Há distribuição de preservativos e AZT (Azidotimidina). Em 2010 havia 6 presos com sorologia pra HIV positivo; em 2011 havia 7 presos; 2012 não consta informação; 2013 eram 9 presos e 2014 não consta informação. A seguir Observações do COPEN, contidas no Relatório de 2010:

*Observamos que são inúmeras câmeras sem funcionar, é preocupante. [...] Quando estávamos na sala de monitoramento, visualizamos em um raio [?] dessa Unidade Penitenciária [PCE] que: muitos reeducandos em estados deploráveis, sobre efeitos de drogas, e relatar que nos impressionou a quantidade de reeducandos drogados dentro da Penitenciária, reeducandos vivendo sobre efeito de drogas, sem o menor entendimento da sua consciência e de seu viver, simplesmente vegetando.*

## **2.2. Centro de Ressocialização de Cuiabá - CRC 2010 a 2014**

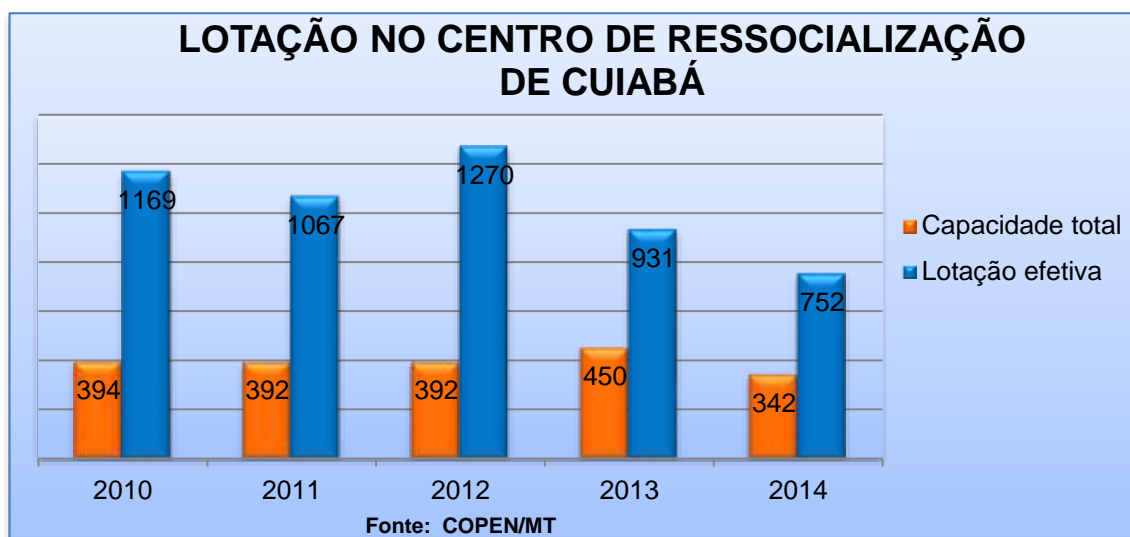
Em relação à **infraestrutura** 11 quesitos apareceram nos instrumentos de coleta do COPEN, sendo: estrutura predial, iluminação das celas, celas com insolação, celas com aeração, condicionamento térmico, instalações hidráulicas, instalações sanitárias, instalações elétricas, instalações de saúde, higiene e limpeza. A conceituação a ser utilizada é:

ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
10-9	8-7	6-4	3-0

Na avaliação destes quesitos o CRC foi avaliado com:

ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM	NÃO INFORMADO / NÃO PONTUADO
3	4	13	21	14

A **alimentação** teve três notas com conceito regular e nos anos de 2011 e 2012 este quesito não foi pontuado. **Capacidade/lotação:**



Nos cinco anos pesquisados a Unidade apresentou superpopulação, sendo que em 2010 a capacidade de vagas era de 394 e estavam abrigados 1169 presos; em 2011 a capacidade era de 392 vagas e estavam lotados 1067; em 2012 a capacidade era de 392 vagas e estavam 1270 reclusos; em 2013 a capacidade de vagas era de 450 e estavam 931 presos e em 2014 a capacidade era de 342 e ficaram 752 presos.

**Ocupação do espaço físico:** Não há separação entre presos jovens, adultos e idosos. Não há celas individuais e somente coletivas. Não há local para deficientes físicos. Que não há local apropriado para visita íntima e que estas ocorrem na própria cela. Que não há local apropriado para a visita comum e que estas ficam nos pátios das alas e nas celas. **Assistência Material:** Não há camas para todos os presos. Não há distribuição de roupas de cama e toalhas. Há distribuição de artigos de higiene. Há uniformes somente para os presos que exercem trabalho laboral fora das celas. **Saúde:** Que a Unidade aderiu ao PNSSP e depois a PNAISP. Há

enfermaria e farmácia. Nos cinco anos houve médicos, sendo que em 2010 eram dois; 2011 não consta esta informação; 2012 cinco médicos; 2013 eram três médicos e em 2014 eram quatro. Durante os cinco anos não teve psiquiatra. Que durante os cinco anos teve uma média de duas assistentes sociais a cada ano. Que o número de auxiliares de enfermagem e psicólogos foi oscilante, mas sempre estiveram presentes ao na equipe de saúde, sendo a média, três psicólogos e oito auxiliares de enfermagem por ano. O número de dentistas por ano foi de três profissionais da odontologia. Os trabalhos realizados para prevenção ou controle de doenças infectocontagiosas, DST/AIDS foram imunização, orientação individual, palestras, busca ativa, controle de diagnósticos, coleta de sangue e escarro, aconselhamento, testagem rápida e mutirão anual. Há distribuição de preservativos e AZT. Em 2010 havia 12 presos com sorologia pra HIV positivo; em 2011 havia 9 presos; 2012 não consta informação; 2013 eram 8 presos e 2014 eram 7 presos. A seguir Observações do COPEN, contidas no Relatório de 2011; 2012 e 2013:

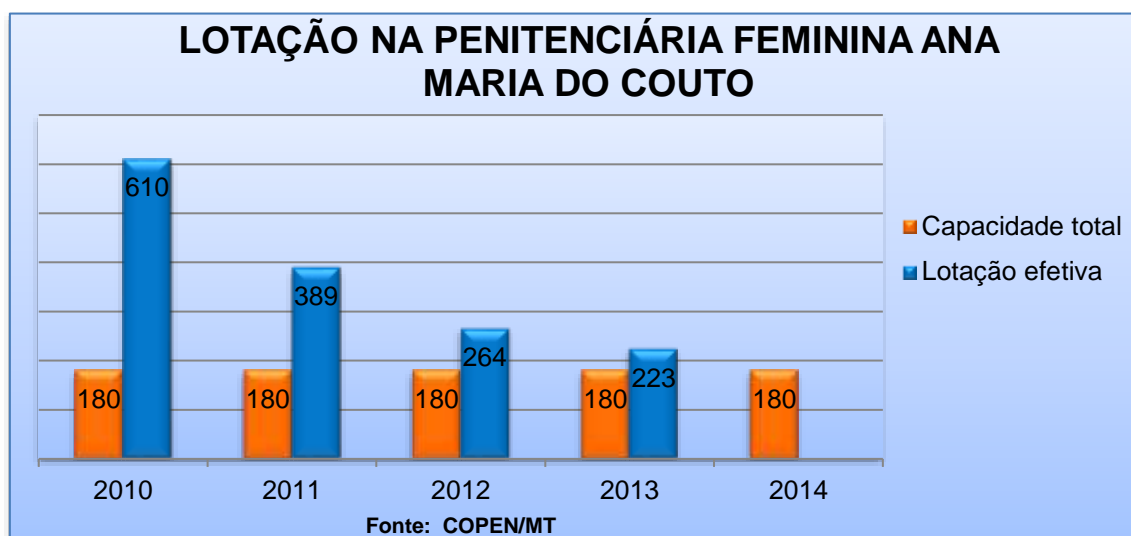
**2011** – Presos referiram a ocorrência de: “escorpião, barata, aranha, rato, gato e cachorro”; Esgoto (aberto); Condições “péssimas” de limpeza, alimentação e lixo”; Sem água/falta de água – registro é aberto duas vezes ao dia 07h00 min. e as 16h30 min.; a superlotação na Unidade é gritante, necessário urgente solução; 80% da população carcerária são dependentes químicos; necessita de um espaço físico para tratamento dos dependentes químicos e uma equipe qualificada; falta psicólogos, psiquiatra e assistentes sociais. Rotina: entrega de medicação supervisionada TB e Hanseníase medicação controlada psicotrópicos, curativos; atendimento (aleatório quando necessário faz um agendamento médico, ou se necessário quando é emergência); Coleta de material para laboratório e mais escarro – quarta e sexta-feira; acompanhamento de saída pré-agendada p/ consultas ou procedimentos clínicos; Doenças: pacientes diabéticos, hipertensão, HIV, DSTS, hepatite (doenças infecto contagiosas); Falta medicação; Maior dificuldade que a Unidade enfrenta: Superlotação carcerária – Rede esgoto, falta de água e falta de manutenção em todos os sentidos. Atendimento jurídico... Etc... **2012** – Existe reeducandos com doenças contagiosas e encontram-se no isolamento; 10 reeducandos com Tuberculose; 2 reeducandos com Hanseníase, 2 reeducandos com Hepatite; Superlotação; 80% da população carcerária são dependentes químicos.; Necessita de um espaço físico para tratamento dos dependentes químicos e uma equipe qualificada. **2013** – A visita visava entre outros objetivos avaliar as condições de saúde dos reeducandos. Numa das alas destinadas aos portadores de tuberculose estão cerca de 24 reeducandos com tuberculose ativa em tratamento; este número corresponde a realidade segundo o médico da unidade, porque: a) os exames que são colhidos dos suspeitos de serem portadores da doença são desviados, descartados e não há retorno para a unidade prisional quanto ao resultado; b) os tratamentos são constantemente interrompidos, nos setores onde os grupos religiosos dominam o setor ou a ala, quando determinam que em determinados dias da semana todos devem ficar em jejum, e não há ingestão dos medicamentos, o que o torna ineficaz o tratamento instituído; c) Em algumas celas há portadores de HIV e Tuberculose, com eventual prática de



*atividades sexuais; o que aumenta o risco de contaminação entre os detentos; na enfermaria há alguns leitos que permitiriam o repouso de algum detento agravado, mas as condições sanitárias não permitem mantê-los nesse local; corre esgoto na lateral das enfermarias, com odor intenso e putrefato; na farmácia do serviço médico há medicamentos vencidos e desnecessários [...] faltam analgésicos, antitérmicos, antimicóticos, antiescabiote e principalmente a equipe médica dispõe de antibióticos que a literatura médica (e prática) há muito tempo não recomenda mais o uso. [...] não possuem nenhuma medicação injetável no setor, o que dificulta qualquer procedimento que venha a ser realizado uma vez que entre estas medicações se incluem os anestésicos.*

### 2.3. Penitenciária Feminina Ana Maria do Couto “MAY” de 2010 a 2014

Em relação à **infraestrutura** 8 quesitos apareceram nos instrumentos de coleta do COPEN, sendo: estrutura predial, celas com insolação, celas com aeração, condicionamento térmico, instalações hidráulicas, instalações elétricas, higiene e limpeza. A conceituação a ser utilizada é de ÓTIMO (10-9); BOM (8-7); REGULAR (6-4) e RUIM (3-0). Na avaliação destes quesitos a Penitenciária Feminina Ana Maria do Couto foi avaliada com o (zero) ótimo; 14 bom; 10 regular. Nos anos de 2012 e 2013 não foram analisados estes quesitos. A **alimentação** teve duas notas com conceito bom e uma com conceito regular e nos anos de 2012 e 2013 este quesito não foi pontuado. **Capacidade/lotação**: Nos cinco anos pesquisados a Unidade apresentou superpopulação, pois manteve sua capacidade de vaga que é de 180 e em 2010 abrigou 610 presas; em 2011 eram 389; em 2012 eram 264; em 2013 eram 223 e no ano de 2014 não consta informação.



**Ocupação do espaço físico:** Não há separação entre presos jovens, adultos e idosos. Não celas individuais e somente coletivas. Não há local para deficientes

físicos. Há local apropriado para visita íntima. Não há local apropriado para a visita comum. Há berçário e creche. **Assistência Material:** Não há camas para todos os presos. Não há distribuição de roupas de cama e toalhas. Há distribuição de artigos de higiene. Há uniformes somente para os presos que exercem trabalho laboral fora das celas. **Saúde:** Que a Unidade aderiu ao PNSSP e depois a PNAISP. Há enfermaria e farmácia. Nos cinco anos houve médicos, sendo que em 2010 eram dois; 2011 eram quatro; 2012 era um médico; 2013 eram dois médicos e em 2014 eram quatro. Durante os cinco anos não teve psiquiatra. Durante os cinco anos teve uma assistente social e um psicólogo a cada ano. O número de auxiliares de enfermagem foi oscilante, mas todos os anos ao menos um esteve presente na equipe de saúde. Com exceção de 2014 que teve apenas um dentista, os demais anos tiveram dois. Os trabalhos realizados para prevenção ou controle de doenças infectocontagiosas, DST/AIDS foram imunização, e palestras. Há distribuição de preservativos e AZT. Em 2010 havia 6 presas com sorologia pra HIV positivo nos demais anos não consta esta informação. A seguir Observações do COPEN, contidas no Relatório de 2011; 2012 e 2013:

*2011 - É distribuído artigos de higiene em quantidade não suficiente, algumas presas ficam sem receber. Não tem advogado o atendimento jurídico é feito pela defensoria e não é suficiente. 2012 - 5 gestantes, 2 em lactação, 3 crianças em companhia da mãe, Não há estrutura específica para custódia das mulheres grávidas durante o cumprimento de pena, mas que está sendo construído o espaço materno-infantil. Não existe berçário (entenda-se um lugar separado das galerias prisionais equipado com um berçário) as crianças ficam na creche, bem como as mães durante o dia e a noite acompanham as mães às celas onde dormem; não possuímos berços. Devido a cozinha estar em péssimas condições de uso, deveria ser interditada. (ralo da pia entupido, baratas por todo lado, comida estragada na cozinha, lixo. Baratas em toda cozinha, precisando dedetizar – (falta de higiene por parte das [?])– Fotos que comprovam a situação relatada. Tomadas nos raios não funcionam, falta de colchão para 05 reeducandas – No Raio (L234) [...] falta médicos, o ginecologista atende uma vez por semana (e só tem ele), falta psicotrópicos. As reeducandas nos falou que estão tomando banho de canequinha e frio, pois o chuveiro não funciona, esta sem lâmpada, não tem encanamento para a pia, tem lodo no banheiro – risco de queda. [...] Necessita a realização de palestras sobre tuberculose, para mais informações sobre a doença. No dia da visita tinha 9 bebês, 3 crianças de várias idades, 09 grávidas. 2013 - Existe berçário, espaço de lazer e creche em reforma. 3 gestantes, 3 em lactação e 3 crianças na companhia de mães. Necessita de equipe técnica: psicólogos, defensores, assistente social, médicos que atendam as reeducandas. [...] artesanato, somente dentro dos raios (tapetes e crochê). [...] Foi encontrado lixo hospitalar. Existem 8 recuperandas com tuberculose, 01 com hanseníase, 8 com HIV, 25 hipertensas e 1 com problema mental grave/esquizofrenia – Adauto Botelho. [...] Faltam salas para esterilização de materiais. [...] Falta água. Falta de higiene na cozinha (total).*

## Sessão III - CONDIÇÕES DE SAÚDE DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE

### 3.1. A construção dos dispositivos legais

A preocupação com a saúde de presos é histórica. Já em 1695 o monge beneditino, Jean Mabillon, publicou “Reflexões sobre as prisões monásticas” em que criticava o excesso de rigor nos castigos e recomendava a inserção laboral e a regulamentação de passeios e visitas aos presos.

No século XVIII a preocupação com a saúde e com a sobrevivência dos encarcerados, que ocupavam os mais lúgubres calabouços, pode ser percebida em 1776, quando foi publicado “O Estado das Prisões na Inglaterra e no País de Gales”. Nesta obra, o filantropo Jonh Howard defendia a oportunização do trabalho; a educação religiosa e moral; o isolamento e a classificação dos presos e fez referência aos “cuidados com a higiene; a boa alimentação; o uso de uniforme para asseio e até controle da execução penal por magistrados” (FERREIRA; VALOIS 2006, p.2).

Em 1791 é publicado “O Panóptico”, trabalho reconhecido pela importância de trazer à reflexão a arquitetura das prisões. Neste livro Bentham salienta que a estrutura física das prisões devem ter espaços destinados ao desenvolvimento de atividades laborais, como fábricas e serrarias e que deve ser fornecida água corrente para evitar problemas de saúde e que “a operação de limpeza [deve se tornar] em atos de rotina (...) que serão necessários três outros tipos de apartamentos, para que trabalhem, rezem e sofram!” (BENTHAM, 2008, p. 61).

O naturalista francês Saint-Hilare (2.000), nos anos de 1816 a 1822 viajou por vários estados brasileiros e descreveu em seu relatório de viagens que nossas cadeias eram lugares de abandono em que os presos eram vistos às grades, solicitando a piedade dos transeuntes, que, com suas esmolas, eram responsáveis pela alimentação desses desvalidos e os que não conseguiam contatos com os passantes morriam de fome.

Já em 1842 há documentos que preconizam a inspeção das cadeias, que era objeto de normas inferiores, como no caso do Regulamento nº 120, de 1842, que postulava:

*Art. 150. A Autoridade encarregada da inspecção de uma prisão deverá visita-la no principio de cada mez, pelo menos, e examinar se os presos estão bem classificados; se recebem bons alimentos; se tem tido nota da culpa; se as prisões se conservão no devido asseio; e se os Regulamentos são observados. Quando o Promotor Publico estiver no lugar, deverá ser sempre presente á visita, para requerer a bem dos presos, e dos seus livramentos o que fôr de direito. Do que occorrer na visita, se lavrará termo em livro para esse fim destinado. Art. 151. As mesmas Autoridades deverão mandar ao Chefe de Policia, no principio do mez de Janeiro de cada anno, um relatorio sobre o estado das prisões, cuja inspecção lhes pertence, declarando o numero dos presos que nellas forão recolhidos durante o mesmo anno, e o maximo e minimo a que chegou. Sobre esses relatorios formarão os Chefes de Policia um geral, que remetterão ao Ministro da Justiça e ao Presidente da Provincia” (BRASIL, 1842).*

Apesar do Regulamento não encontramos relatórios de que tais inspeções tenham sido efetivadas.

No relatório oficial da Província do Amazonas datado de 30/04/1852, o presidente da província, descreve a situação da cadeia local para o Imperador dizendo: “serve de cadeia um pequeno quarto no Quartel Militar, que pelo seu âmbito estreito, escuro e insalubre parece ser mais um ergástulo tormentoso, do que uma casa de detenção” (PROVÍNCIA DO AMAZONAS, 1852; TENREIRO, 1952).

Desde 1841 congressos não oficiais sobre questões penitenciárias foram realizados, mas só em 1872 ocorreu em Londres o I Congresso Internacional Oficial de Ciência Penitenciária, de onde se originou a Comissão Internacional Permanente que veio a ser a Comissão Penitenciária Internacional e, depois, em 1929, Comissão Internacional Penal e Penitenciária, extinta em 1951, que transferiu suas atribuições à Organização das Nações Unidas - ONU (MIOTTO, 1992).

Aconteceram outros congressos responsáveis pela difusão dos direitos dos presos. Entretanto, só após a segunda Guerra Mundial (1955) estes congressos passaram a ser quinquenais denominados Congressos das Nações Unidas sobre Prevenção do Delito e Tratamento do Delinquente, sendo que o primeiro foi realizado em Genebra, em 1955, e neste foram redigidas e adotadas as “Regras Mínimas para o Tratamento de Prisioneiros” aprovadas pelo Conselho Econômico e Social, em sua resolução 663 C (XXIV), de 31 de julho de 1957 e que conforme Leal (2001) este é o mais importante documento produzido na área penitenciária.

Logo após este fato histórico e memorável para o sistema penitenciário, no Brasil, em 02/10/1957 é instituída a Lei nº 3.274 que “Dispõe sobre as Normas Gerais do Regime Penitenciário e amplia as atribuições da Inspetoria Geral

Penitenciária.” Neste dispositivo legal constata-se a repetição de muitas das Regras Mínimas estabelecidas pela ONU e algumas peculiaridades da realidade brasileira (BRASIL, 1957).

Esta lei foi revogada em 11 de julho de 1984, quando foi substituída pela Lei de Execução Penal - Lei nº 7.210, conhecida como LEP, que consagra garantias e deveres atribuídos aos presos e como devem ser cumpridas as penas no Estado Brasileiro. E no vigésimo ano da LEP é que o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária - CNPCP<sup>20</sup>, em 11 de novembro de 1994, publica a Resolução nº 14, em que fixou as “Regras Mínimas para o Tratamento do Preso no Brasil”, que muito tem contribuído para a humanização do sistema penitenciário. As normas prescritas nesta Resolução obedecem aos princípios da Declaração Universal dos Direitos do Homem e daqueles inseridos nos tratados, convenções e regras internacionais de que o Brasil é signatário.

A Resolução “Regras Mínimas para o Tratamento do Preso no Brasil” logo no Art. 3º assegura ao preso o respeito à sua individualidade, dignidade pessoal e integridade física. O Art. 7º determina que os presos devem ser separados observando características pessoais tais como: sexo e idade, etc. O Capítulo IV, que compreende os Artigos 8º ao 12º versa sobre os locais destinados aos presos e determina que tenha “cama individual provida de roupas, mantidas e mudadas correta e regularmente, a fim de assegurar condições básicas de limpeza e conforto”. No Art. 9º que os locais “deverão satisfazer as exigências de higiene, de acordo com o clima, particularmente no que se refere à superfície mínima, volume de ar, calefação e ventilação”. O Art. 13 determina o fornecimento de água potável e alimentação aos presos, que deve ser preparada de acordo com as normas de higiene e de dieta, controlada por nutricionista, devendo apresentar valor nutritivo suficiente para manutenção da saúde e do vigor físico do preso. Art. 14. Determina

---

<sup>20</sup> O primeiro dos órgãos da execução penal é o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, com sede na Capital da República e subordinado ao Ministro da Justiça. Já existente quando da vigência da lei (foi instalado em junho de 1980), o Conselho tem proporcionado, segundo consta da exposição de motivos, valioso contingente de informações, de análises, de deliberações e de estímulo intelectual e material às atividades de prevenção da criminalidade. Preconiza-se para esse Órgão a implementação, em todo o território nacional, de uma nova política criminal e principalmente penitenciária a partir de periódicas avaliações do sistema criminal, criminológico e penitenciário, bem como a execução de planos nacionais de desenvolvimento quanto às metas e prioridades da política a ser executada.

que o “preso que não se ocupar de tarefa ao ar livre deverá dispor de, pelo menos, uma hora ao dia para realização de exercícios físicos adequados ao banho de sol”.

O Capítulo VII é específico sobre a saúde dos presos e no Art. 15 prevê que a assistência à saúde do preso é de caráter preventivo e curativo, com atendimento médico, psicológico, farmacêutico e odontológico. No Art. 16 prevê que os estabelecimentos prisionais devem ter enfermaria com cama, material clínico, instrumental adequado a produtos farmacêuticos indispensáveis para internação médica ou odontológica de urgência; dependência para observação psiquiátrica e cuidados toxicológicos e unidade de isolamento para doenças infectocontagiosas e caso o estabelecimento prisional não esteja suficientemente aparelhado para prover assistência médica necessária ao doente, poderá ele ser transferido para unidade hospitalar apropriada. No Art. 18 prevê que “o médico, obrigatoriamente, examinará o preso, quando do seu ingresso no estabelecimento e, posteriormente, se necessário”, para determinar a existência de enfermidade física ou mental, para serem tomadas as medidas necessárias e assegurar o isolamento de presos suspeitos de sofrerem doença infectocontagiosa; assinalar as deficiências físicas e mentais que possam constituir um obstáculo para sua reinserção social. No Art. 19 que “ao médico cumpre velar pela saúde física e mental do preso, devendo realizar visitas diárias àqueles que necessitem e no Art. 20 o médico informará ao diretor do estabelecimento se a saúde física ou mental do preso foi ou poderá vir a ser afetada pelas condições do regime prisional”.

Desta forma é inconteste que a Resolução “Regras Mínimas para o Tratamento do Preso no Brasil” é um importante dispositivo legal para garantir direitos aos recuperandos do sistema penal brasileiro, lembrando que sua publicação ocorreu em 1994 após a promulgação da Constituição Federal (1988) e da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº. 8.080 de 19/09/1990), que institui o Sistema Único de Saúde.

A Constituição Federal *“resultado de um processo de mobilização sem paralelo na história brasileira, passa a ter em perspectiva a construção de um padrão público universal de proteção social”* (BEHRING, 2008) fez uma inovação positiva ao organizar a ação do Estado sob a inspiração de um sistema de proteção social chamado de “Seguridade Social” (Art. 194) que compreende “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”

(BRASIL, 1988). Este sistema é internacionalmente reconhecido e associado às políticas de bem-estar e ao objetivo de se buscar maior justiça social (WARGAS, 2004).

A partir da instituição da seguridade social a saúde passa a ser um direito de todos e um dever do Estado e o Art. 196 explicita essa premissa: “saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Desta forma é instituído o direito à saúde como algo inerente a todo cidadão brasileiro, sem nenhuma distinção, portanto é consenso de que a pessoa privada legalmente de sua liberdade tem garantido constitucionalmente esse direito como todo e qualquer cidadão. Nesse sentido, Coyle (2002 p. 61) enfatiza: “as pessoas presas mantêm seu direito fundamental de gozar de boa saúde, tanto física quanto mental, bem como a um padrão de atendimento médico que seja pelo menos equivalente ao prestado na comunidade em geral”.

Ainda circunscreve Coyle (2002), para além desses direitos a pessoa presa tem salvaguarda adicional em decorrência de sua condição, porque quando um Estado priva as pessoas de sua liberdade, ele assume a responsabilidade de cuidar de sua saúde. Qualquer que seja a natureza do delito a pessoa presa mantém todos os direitos fundamentais inclusive o direito de gozar de boa saúde física e mental, portanto, a inclusão da população presa no Sistema Único de Saúde é um dever do Estado, conforme postula Costa: “contribuir para a promoção da saúde das pessoas privadas de liberdade, além de ser uma responsabilidade do Estado, representa uma missão e um desafio para profissionais de saúde e cidadãos que acreditam numa sociedade sem excluídos” (BRASIL, 2004a, p.8).

Neste sentido é que em 09 de setembro de 2003, com o propósito de contribuir para o controle e ou redução dos agravos mais frequentes à saúde da população penitenciária brasileira, foi publicada a Portaria Interministerial nº 1.777 um acordo entre os Ministérios da Justiça e da Saúde, instituindo o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP). A criação do PNSSP foi uma ação governamental estratégica e constituiu-se num instrumento para inclusão e uma forma de fazer chegar às unidades prisionais ações, serviços e profissionais de saúde. O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) foi construído

com a participação do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), Conselho Nacional de Secretários de Estado da Justiça (CONSEJ) e Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP), bem como áreas técnicas do Ministério da Saúde e Ministério da Justiça e foi aprovado na Comissão Intergestores Tripartite<sup>21</sup> e na 12ª Conferência Nacional de Saúde<sup>22</sup> (BRASIL, 2003a).

Para o desenvolvimento desta política, os Ministérios da Saúde e da Justiça disponibilizam recursos como forma de Incentivo aos estados e municípios. Entre estes recursos está o Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário, componente do Piso de Atenção Básica Variável, destinado ao custeio das ações e serviços de saúde desenvolvidos nas unidades prisionais. Além desse cofinanciamento do Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário, o Ministério da Justiça é responsável pelo financiamento da adequação do espaço físico para os serviços de saúde nas unidades prisionais e aquisição de equipamentos de saúde destas unidades.

O Ministério da Saúde, além do Incentivo, repassa trimestralmente aos estados qualificados um elenco de medicamentos da atenção básica para o atendimento das pessoas presas vinculadas às equipes de saúde do sistema penitenciário. O elenco destes medicamentos está definido na Portaria n.º 3.270 de 26 de outubro de 2010 (BRASIL, 2010).

---

<sup>21</sup> A Comissão Intergestores Tripartite (CIT) é composta paritariamente por representantes do Ministério da Saúde (MS), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), sendo formada por 21 membros: 7 (sete) indicados pelo MS, 7 (sete) pelo CONASS e outros 7 (sete) pelo Conasems. Em observância aos princípios constitucionais e de construção do SUS, são convidados representantes das Agências e Fundações vinculadas ao MS e Conselho Nacional de Saúde, de forma a fomentar um olhar mais amplo das necessidades impostas ao SUS.

<sup>22</sup> A 12ª Conferência Nacional de Saúde, chamada de Conferência Sergio Arouca – em homenagem ao ilustre sanitário e ex-secretário de Gestão Participativa do Ministério da Saúde falecido pouco antes do evento, realizada em Brasília de 7 a 11 de dezembro de 2003, quando mais de 4.000 cidadãos discutiram e deliberaram sobre os rumos do Sistema Único de Saúde. Foi antecipada em um ano, para que suas propostas norteassem as ações de governo no período de 2003-2007. Teve uma importante participação da população, tanto nas etapas municipais, estaduais, quanto na nacional. Com o objetivo principal de reafirmar o direito à saúde, os principais temas foram divididos em eixos temáticos: direito à saúde; a seguridade social e a saúde; a intersetorialidade das ações de saúde; as três esferas de governo e a construção do SUS; a organização da atenção à saúde; controle social e gestão participativa; o trabalho na saúde; ciência e tecnologia e a saúde; o financiamento da saúde; e comunicação e informação em saúde.



O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário foi elaborado a partir de uma perspectiva pautada na assistência integral e inclusão das pessoas presas no Sistema Único de Saúde e respaldou-se em princípios básicos e diretrizes estratégicas do SUS, para assegurar a eficácia das ações de promoção, prevenção e atenção integral à saúde organizando o acesso da população penitenciária às ações e serviços de saúde do Sistema Único de Saúde, com a implantação de unidades de saúde de atenção básica dentro das unidades prisionais e organização das referências para os serviços ambulatoriais especializados e hospitalares. Tendo como público a população penitenciária brasileira, recolhida em unidades masculinas, femininas e psiquiátricas (BRASIL, 2004a).

As ações de saúde no sistema penitenciário desenvolvidas intramuros são voltadas para prevenção, promoção e tratamento de agravos em saúde, primando pela atenção integral à saúde, priorizando ações voltadas à saúde bucal, saúde da mulher, doenças sexualmente transmissíveis, AIDS e hepatites virais, saúde mental, controle da tuberculose, hipertensão e diabetes, hanseníase, assistência farmacêutica básica, imunizações e coletas de exames laboratoriais (BRASIL, 2010).

O acesso aos demais níveis de atenção em saúde será pactuado e definido no âmbito de cada Estado em consonância com os planos diretores de regionalização e aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB)<sup>23</sup> e do Conselho Estadual de Saúde (CES). É necessário que o estabelecimento de referência seja definido antes da formalização da qualificação, constando as unidades mais próximas das UP e que tenham condição de atendimento a essa população e as referências estabelecidas deverão, preferencialmente, estar inseridas no Sistema de Regulação do SUS, com o objetivo de agilizar e institucionalizar o processo (BRASIL, 2010).

O PNSSP teve sua orientação pautada em cinco diretrizes que são: Integralidade – prestação de atenção integral contemplando a promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde e o controle dos agravos prevalentes atendendo às demandas emergentes ou antigas, em todos os níveis de atenção (da básica à alta complexidade). Intersetorialidade - as ações de saúde deverão ser

---

<sup>23</sup> A Comissão Intergestores Bipartite, CIB, é o fórum de negociação entre o Estado e os Municípios na implantação e operacionalização do Sistema Único de Saúde, SUS. Como colegiado bipartite, a CIB é composta paritariamente por nove representantes da Secretaria de Estado da Saúde e por nove do Conselho de Secretários Municipais de Saúde, COSEMS. A CIB/SC foi criada pela Portaria SES 012/93, de 12 de junho de 1993, atendendo ao disposto no item 2.2.1, da Portaria Ministério da Saúde 545/93, de 20 de maio de 1993.

compreendidas em sua dimensão mais ampla objetivando a criação e a ampliação das condições necessárias ao exercício dos direitos das pessoas privadas de liberdade no âmbito do SUS e em parceria com outros setores governamentais, especialmente segurança, justiça, trabalho, previdência social e educação. Hierarquização - a atenção integral à saúde é responsabilidade dos três níveis gestores, de acordo com as competências de cada um. Humanização - as práticas em saúde deverão nortear-se pelo princípio da humanização, aqui compreendida como atitudes e comportamentos do profissional de saúde que contribuam para reforçar o caráter da atenção à saúde como direito; nortear-se pelo respeito a todas as diferenças sem discriminação de qualquer espécie e sem imposição de valores e crenças pessoais por parte dos profissionais de saúde; esse enfoque inclusivo deverá ser incorporado aos processos de sensibilização e capacitação para humanização das práticas em saúde e participação social - participação e controle da sociedade civil organizada. Também apresenta sete objetivos que estão intrinsecamente correlacionados às diretrizes supracitadas e o objetivo número seis determina a garantia do reconhecimento da saúde como um direito da cidadania (BRASIL, 2003a).

Segundo o Ministério da Saúde o balanço desses anos do PNSSP apresenta desafios e conquistas. No que diz respeito às ações de prevenção, promoção e recuperação, alguns estados têm desenvolvido iniciativas que merecem um olhar mais atento. Em 2009, a partir da análise dos Relatórios de Gestão dos estados, das visitas de monitoramento/acompanhamento aos nove primeiros estados qualificados, dentre estes o Estado de Mato Grosso realizados em conjunto com o DEPEN/MJ<sup>24</sup>, das recomendações das Consultas Regional e Nacional sobre HIV/AIDS no Sistema Penitenciário, além de relatos de gestores e profissionais de saúde no sistema penitenciário, as equipes técnicas dos Ministérios da Saúde e da Justiça concluíram que era o momento adequado para se proceder uma ampla revisão do PNSSP, a fim de adequá-lo às realidades locais, objetivando a melhoria das ações de saúde direcionadas à população penitenciária (BRASIL, 2010).

Com esse intuito, foi realizada no mês de fevereiro de 2010 uma Consulta Prévia, possibilitando a participação de profissionais de saúde que atuam no sistema

---

<sup>24</sup>O Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN) é o órgão brasileiro responsável pela fiscalização das penitenciárias de todo o país, tanto federais quanto estaduais. É o órgão executivo do Ministério da Justiça responsável pela gestão da Política Penitenciária brasileira e manutenção administrativa-financeira do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária - CNPCP.

penitenciário, gestores, órgãos de classe, sociedade civil e outros. As contribuições formaram um consolidado que subsidiou os eixos de discussão do Encontro Nacional Para revisão do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, realizado nos dias 11 e 12 de março de 2010.

Analisando o período de dez anos de vigência do PNSSP, Machado e Figueiredo (2014) traçaram um histórico do processo avaliativo do PNSSP, o qual é transcrito abaixo:

Ao longo do tempo os Ministérios da Justiça, através do DEPEN e Ministério da Saúde observaram que eram recorrentes as dúvidas e as dificuldades acerca da devida utilização dos recursos financeiros repassados aos Fundos Estaduais de Saúde (FES) e também motivados por indagações feitas pela Controladoria Geral da União (CGU) que a partir de 2008 provocaram uma série de providências para prestação de informações referentes a convênios firmados através do PNSSP. Foram realizados processos avaliativos, através de ciclos de monitoramento e avaliação dos processos de gestão e operacionalização do PNSSP em unidades federativas qualificadas, por meio do projeto PNUD BRA 05/038<sup>25</sup> – Modernização do Sistema Penitenciário Nacional, buscando evidenciar desvios na implementação do PNSSP, no âmbito dos sistemas penitenciários.

O estudo realizado foi realizado por meio de análise de documentos normativos e relatórios; verificações “*in loco*”; seminários e *workshops*, considerando os contextos institucionais de coordenação e implementação em comparação com as premissas legais estabelecidas no PNSSP. Também foram analisados os repasses de recursos do FUNPEN – Fundo Penitenciário Nacional e do FNS – Fundo Nacional de Saúde que foram mobilizados para incentivar o cumprimento das metas contratadas nos planos operativos e termos de compromissos estaduais, evidenciando os impactos gerados e o cumprimento de metas (MACHADO; FIGUEIREDO, 2014).

Este estudo possibilitou gerar subsídios conceituais e metodológicos para o fortalecimento das ações de planejamento e monitoramento, enquanto processos

---

<sup>25</sup> Projeto PNUD BRA 05/038 - Modernização do Sistema Penitenciário Nacional tem o objetivo de “desenvolver e consolidar um conjunto de materiais e instrumentos políticos-pedagógicos que reforcem perante a Sociedade e as Instituições um sentido de aplicação da Lei Pena identificado com essas preocupações solidárias e emancipatórias, na perspectiva de transformar a execução penal de um espaço de violência num espaço de promoção e defesa dos Direitos Humanos” fonte: PNUD, Projeto PNUD BRA 05/038, op. cit.

estratégicos para construção de respostas (destinadas ao DEPEN e a CGU), com a consequente obtenção de contribuições para superação de dificuldades constatadas, revisão e melhoria do PNSSP.

Os processos avaliativos indicaram haver escassas estratégias de gerenciamento em âmbitos locais (municípios), e confirmaram não haver, por parte dos seus gestores, iniciativas em relação à constituição de comitês ou colegiados intersetoriais, bem como câmaras temáticas, em Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, relacionadas à saúde privada de liberdade. Pelo que se verificou, durante a vigência do PNSSP, eram recorrentes as negociações intergestores, para pactuação de ações, agendas e recursos, nem há participação em reuniões e outras atividades das Comissões Intergestoras Bipartite (CIB), nos municípios que contavam com prisões em seu território (MACHADO; FIGUEIREDO, 2014).

A partir das informações, os Ministérios da Justiça e da Saúde puderam coligir diversas informações, indicativos desvelando as inconsistências do PNSSP indicando mudanças a fim de que o PNSSP alcançasse os seus objetivos e assim o Plano foi fortalecido e foi estabelecida a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) como política de estado.

### **3.2. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)**

Assim o estado brasileiro vem através da Portaria Interministerial nº 1, de 02/01/2014 instituir a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Privadas<sup>26</sup> de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Com a PNAISP, o Serviço de Saúde no Sistema Prisional passa a ser ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS, qualificando a atenção básica no âmbito prisional, como a principal porta de entrada do sistema e ordenadora das ações e serviços de saúde pela Rede (BRASIL, 2014a).

---

<sup>26</sup> Art. 2º Entende-se por pessoas privadas de liberdade no sistema prisional aquelas com idade superior a 18 (dezoito) anos e que estejam sob a custódia do Estado em caráter provisório ou sentenciados para cumprimento de pena privativa de liberdade ou medida de segurança, conforme previsto no Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código Penal) e na Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984 (Lei de Execução Penal).

### 3.2.1. Diretrizes da PNAISP

A referida Lei apresenta no Art. 3º os princípios que fundamentam a execução deste dispositivo legal, sendo:

*I - respeito aos direitos humanos e à justiça social; II - integralidade da atenção à saúde da população privada de liberdade no conjunto de ações de promoção, proteção, prevenção, assistência, recuperação e vigilância em saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção; III - equidade, em virtude de reconhecer as diferenças e singularidades dos sujeitos de direitos; IV - promoção de iniciativas de ambiência humanizada e saudável com vistas à garantia da proteção dos direitos dessas pessoas; V - corresponsabilidade interfederativa quanto à organização dos serviços segundo a complexidade das ações desenvolvidas, assegurada por meio da Rede Atenção à Saúde no território; e VI - valorização de mecanismos de participação popular e controle social nos processos de formulação e gestão de políticas para atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade.*

No Art. 4º verificam-se as diretrizes da PNAISP:

I - promoção da cidadania e inclusão das pessoas privadas de liberdade por meio da articulação com os diversos setores de desenvolvimento social, como educação, trabalho e segurança.

A primeira parte desta diretriz traz a categoria analítica “cidadania” e para este debate recorrer a Marshall (1967, p. 63) é uma forma assertiva de abordar a temática, pois ele divide o conceito de cidadania em três elementos: civil, político e social, sendo que “direito civil é composto dos direitos necessários à liberdade individual – liberdade de ir e vir, liberdade de imprensa, pensamento e fé, o direito à propriedade e de concluir contratos válidos e o direito à justiça” Deste apenas o direito de ir e vir é que foi cerceado ao cidadão-presos, os demais, ainda que enfrentem alguns empecilhos devem ser mantidos na íntegra.

O segundo elemento é o denominado por Marshall de político, que deve ser entendido como o direito de participar no exercício do poder político, como membro investido da autoridade política ou como eleitor dos membros de tal organismo. Este direito é usufruído parcialmente pelo cidadão-presos, pois, no sistema político ele não pode votar e nem ser votado, todavia, em instâncias como Conselho da Comunidade e associações laborais e outras criadas no espaço prisional ele pode participar (MARSHALL, 1967).

O terceiro elemento referenciado por Marshall é o social que se refere a tudo o que vai desde o direito a um mínimo de bem-estar econômico e segurança ao

direito de participar, por completo, na herança social e levar a vida de um ser civilizado de acordo com os padrões que prevalecem na sociedade. Esses não são atingidos em nenhum aspecto pela pena de prisão. Desta forma a cidadania deve contribuir para minimizar a desigualdade que até o século XIX não tinha esta preocupação (MARSHAL, 1967).

É necessário compreender que o preso não deixa de ser cidadão por ter a suspensão ou restrição de alguns dos direitos civis e políticos no processo da execução da pena e entender que a sentença condenatória não atinge os direitos sociais que devem ser assegurados pelo Estado no decorrer da custódia por meio de políticas e serviços sociais que supram as necessidades básicas do ser humano que está preso. Dentre os vários direitos sociais preconizados nas legislações nacionais da pessoa presa está o Direito Básico à saúde se confunde com o direito à vida (FERREIRA, 2008).

É fato que a saúde é um direito humano fundamental, reconhecido por todos os foros mundiais e em todas as sociedades. Como tal, saúde se encontra em pé de igualdade com outros direitos garantidos pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948: liberdade, alimentação, educação, segurança, nacionalidade etc.

Outra discussão pertinente no entendimento desta primeira diretriz é a determinação da articulação da saúde com diversos setores de desenvolvimento social, como educação, trabalho e cidadania. Isto nos remete ao “conceito ampliado de saúde”, no qual a concepção de saúde está sob o enfoque da determinação social da saúde, resultante de um conjunto de fatores que se combinam, tais como trabalho, renda, habitação, acesso a serviços, alimentação, etc.

Neste sentido, “o social já não aparece como uma forma variável adicionada ao elenco de fatores causais da doença, mas como um campo estruturado no interior do qual a doença adquire um específico significado social”. Assim o processo saúde/doença pode ser compreendido como resultante das posições ocupadas pelos agentes no espaço social, bem como das relações daí decorrentes, admite-se que os indivíduos, ao se fixarem em determinadas posições nos diferentes campos, expõem-se a riscos relacionados com essa inserção (DONNANGELO, 1983).

Esta afirmativa encontra respaldo em Castellanos (1997, p. 32) ao postular que “os perfis de saúde-doença de um determinado grupo da população estão determinados pelos processos de reprodução social de suas condições objetivas de

existência, os quais estão determinados pelos processos que regem a reprodução geral dessa sociedade e que estabelecem a forma particular de inserção de tal grupo em tais processos gerais”.

Assim os desafios demandados para a saúde pública no contemporâneo e, em especial, no Brasil, enfatizam a necessidade de pensar modos de gestão e de construção das políticas públicas (de saúde) que envolvam outros atores, que seja transversal, articulando e integrando as várias áreas técnicas especializadas, os vários níveis de complexidade e as várias políticas específicas de saúde e ações intersetoriais como estratégia de enfrentamento dos problemas de saúde da população (CAMPOS, 2004).

Discutir a influência exercida pelos aspectos sociais na saúde dos presos necessariamente terá que ter como referência o conceito ampliado de saúde, pois, só neste contexto é que a compreensão da determinação social da saúde poderá subsidiar práticas mais efetivas, a partir de uma visão integral dos indivíduos, bem como da busca pela efetivação da cidadania. O resultado dos modos de organização social da produção, como efeito da composição de múltiplos fatores, exige que o Estado assuma a responsabilidade por uma política de saúde integrada às demais políticas sociais e econômicas e garanta a sua efetivação.

Na LEP é possível constatar um preâmbulo facilitador do modo de organização social de produção nas prisões. No capítulo II denominado “Da Assistência” prevê que é dever do Estado a prestação de assistência (Art. 10). No Art. 11 são especificados os tipos de assistência: material; à saúde; jurídica; educacional; social e religiosa. O Art. 12 especifica a assistência material: fornecimento de alimentação, vestuário e instalações higiênicas. O Art. 13 O estabelecimento disporá de instalações e serviços que atendam aos presos nas suas necessidades pessoais, além de locais destinados à venda de produtos e objetos permitidos e não fornecidos pela Administração (exemplos: xampu, biscoitos, doces, etc.). O Art. 14 preconiza que a assistência à saúde seja de caráter preventivo e curativo, com atendimento médico, farmacêutico e odontológico. O Art. 15 versa sobre a assistência jurídica aos presos sem recursos financeiros para constituir advogado. O Art. 17 determina que a assistência educacional deve contemplar a instrução escolar e a formação profissional. Art. 22 a assistência social tem por finalidade amparar o preso e o internado e prepará-los para o retorno à liberdade e dentre as várias atribuições destaca-se providenciar a obtenção de

documentos, dos benefícios da Previdência Social e do seguro por acidente no trabalho e orientar e amparar a família do preso. Sendo tais determinações cumpridas é fato que repercutirão de forma positiva na qualidade de vida das pessoas privadas de liberdade e, por conseguinte na melhoria da saúde destes.

II - atenção integral resolutiva, contínua e de qualidade às necessidades de saúde da população privada de liberdade no sistema prisional, com ênfase em atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.

O modelo de atenção à saúde penitenciária está pautado prioritariamente na reorientação do modelo centrado na doença, buscando-se, assim, a efetiva integralidade das ações buscando a construção da ética do coletivo, que incorpora e transcende a ética do individual (BRASIL, 2004a).

As equipes de saúde no sistema penitenciário devem estar orientadas e capacitadas para prestar atenção integral à saúde da população privada de liberdade contemplando a promoção da saúde e o controle dos agravos prevalentes; a gestão das ações de saúde no sistema penitenciário deverá estabelecer uma dinâmica inclusiva para atender às demandas emergentes ou antigas, em todos os níveis de atenção; a atenção integral à saúde da população privada de liberdade refere-se ao conjunto de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2004a).

III - controle e/ou redução dos agravos mais frequentes que acometem a população privada de liberdade no sistema prisional.

Em saúde pública, o uso do termo controle é muito amplo, contudo, comumente é utilizado como sinônimo de redução da incidência de uma doença a níveis tais que deixe de ser um problema para a população. Neste caso, controle é entendido como objetivo de uma ou mais atividades destinadas a reduzir a incidência de uma doença. Entre a erradicação, objetivo mais ambicioso, e a redução da mortalidade específica pelo agravo, objetivo mais restrito, passando pela sua eliminação, redução da sua incidência ou da sua gravidade, estabelecem-se os objetivos das atividades de controle específicas e determinam-se as medidas preventivas disponíveis e consistentes a serem utilizadas. A definição de objetivos



precisos é de fundamental importância para a identificação das medidas preventivas a serem adotadas e na forma como devem ser aplicadas (TAUIL, 1998).

Para consecução dessa terceira diretriz a Portaria nº 482, de 1º de abril de 2014 que institui normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) prevê no Art. 3º que os serviços de saúde serão prestados por multiprofissionais que compõem as Equipes de Atenção Básica Prisional (ESP) e no parágrafo (§) 9º preconiza que “os serviços de saúde no sistema prisional devem estar integrados a uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do Município em que estiver localizado o estabelecimento prisional”.

Dentre as ações a serem realizadas sistematicamente estão: controle da tuberculose; controle da hipertensão e diabetes; controle de dermatologia sanitária – hanseníase; saúde bucal; saúde da mulher; diagnóstico, aconselhamento e tratamento em DST/AIDS; atenção em saúde mental; orientação para o planejamento familiar; identificação dos sintomáticos respiratórios e programa de imunização.

IV - respeito à diversidade étnico-racial, às limitações e às necessidades físicas e mentais especiais, às condições econômico-sociais, às práticas e concepções culturais e religiosas, ao gênero, à orientação sexual e à identidade de gênero.

Sendo a saúde um direito de todos e dever do Estado, este deve assumir a responsabilidade de garantir acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, de modo a contemplar, da melhor forma possível, as necessidades e demandas dos diversos grupos e minorias da população independentemente de raça, etnia, crença ou condição social e legal. Segundo Doyal e Gouch (1994) a saúde e a autonomia são necessidades básicas de todos os seres humanos e que deve haver condições sociais específicas à satisfação dessas duas necessidades e essa premissa perpassa o debate da discriminação e da desigualdade nos serviços de saúde.

O combate ao desrespeito e discriminação das minorias e grupos vulneráveis<sup>27</sup> é um grande desafio no campo das políticas públicas, que deve

---

<sup>27</sup> Grupos Vulnerável é um conjunto de pessoas que estão relacionados com as características especiais por questões ligadas a gênero, idade, condição social, deficiência e orientação sexual,

envidar esforços para instituir efetivamente a igualdade entre os cidadãos. Poder público e sociedade civil precisam ser imparciais no enfrentamento de práticas, procedimentos ou leis que, explicitamente, desfavorecem pessoas ou grupos característicos e devem ter em vista que, para eliminar as formas indiretas de discriminação, é necessário: mensurar e interpretar de forma correta a magnitude e a evolução das disparidades entre os grupos hegemônicos e não hegemônicos; revisar as práticas institucionais, de modo que as novas ações, programas e políticas sejam orientados pela noção de equidade; assumir o compromisso e a responsabilidade de oferecer tratamento diferente àqueles que estão inseridos de forma desigual, contemplando assim suas necessidades e promovendo ou efetivando o direito à igualdade de fato (LOPES, 2005).

V - intersectorialidade para a gestão integrada e racional e para a garantia do direito à saúde.

A intersectorialidade foi definida pela Organização Mundial de Saúde em 1984 como uma “ação na qual o setor saúde e os demais setores colaboram para o alcance de uma meta comum, mediante e estreita coordenação das contribuições dos outros setores” (OMS, 1984 apud Zancan 2003, p. 54). Estudando a temática Papoula (2006) fez um estudo sobre as concepções de intersectorialidade contida nas Cartas das Conferências Internacionais de Promoção da Saúde<sup>28</sup> no período de 1986 a 2005, a saber: Otawa (1986); Adelaide (1988); Sundsvall (1991); Jacarta (1997); México (2000) e Bangkok (2005) e constatou que:

*A Carta de Ottawa, ainda que enfatize estilos de vida saudáveis, isenta o setor saúde da responsabilidade exclusiva pela promoção da*

---

tornam-se susceptíveis à violação de seus direitos. Exemplos: mulheres; crianças e adolescentes; idosos; população de rua; pessoas com deficiência física ou problema mental, comunidade LGBTT. Minorias: grupos de cidadãos participantes do estado democrático de direito que constituem minoria numérica e em posição não dominante no Estado. Possuem características religiosas, étnicas ou linguísticas diferentes daquelas que a maioria da população adota. Exemplo de minorias: índios, comunidades negras remanescentes de quilombos, ciganos, judeus, muçulmanos, budistas, praticantes do candomblé, dentre outras. Os grupos vulneráveis são pessoas que podem fazer parte de uma minoria, mas dentro dessa minoria, têm uma característica que as difere das demais e as torna parte de outro grupo. Exemplo um budista num país eminentemente católico que também é deficiente físico ou idoso. (MARTINS, Claudio Duani. Apostila do Curso Atuação policial frente aos grupos vulneráveis – Módulo 1. SENASP/MJ. Brasília, 16/02/2009).

<sup>28</sup> As cartas na íntegra com exceção da de Bangkok estão disponíveis em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas\\_promocao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf) e a Carta de Bangkok está disponível em: <http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/cartabangkokpor.pdf>.

*saúde, indicando a intersectorialidade como meio para este fim, através de uma ação coordenada entre todos os setores, estabelecendo aos profissionais de saúde um papel de mediação das ações intersectoriais. Nas cartas posteriores observa-se um reforço à articulação público-privado na promoção da saúde enfatizando-se as parcerias entre setores governamentais e não governamentais para a promoção da saúde. Na Carta do México amplia-se ainda mais o escopo das estratégias da promoção da saúde e recomenda-se a criação de redes internacionais promotoras de saúde. A Carta de Bangkok reforça que o setor saúde possui uma liderança importante na construção de políticas e parcerias para a realização da promoção da saúde (PAPOULA, 2006, p. 15).*

A pesquisadora Papoula (2006) ao realizar uma análise crítica do conteúdo das Cartas de Promoção da Saúde supracitadas declara que muito embora seja reconhecida a existência dos determinantes sociais (econômicos, sociais, ambientais) e a necessidade de redução das desigualdades, todavia não abordam o porquê destas desigualdades ou situações, permanecendo o aspecto reducionista voltado para o educativo individual agregado à capacidade da comunidade como suas principais estratégias.

Sendo a intersectorialidade um instituto constitutivo da promoção da saúde, cabe a gestão de saúde do sistema prisional, promover a articulação com outros setores e parcerias com instituições da sociedade civil para planejar, executar e controlar a prestação dos serviços e ações buscando enfrentar os problemas de saúde da população encarcerada.

### **3.2.2. Objetivos da PNAISP**

A PNAISP tem como objetivo geral garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no SUS. (Art. 5º) e como objetivos específicos (Art. 6º):

*I - promover o acesso das pessoas privadas de liberdade à Rede de Atenção à Saúde, visando ao cuidado integral; II - garantir a autonomia dos profissionais de saúde para a realização do cuidado integral das pessoas privadas de liberdade; III - qualificar e humanizar a atenção à saúde no sistema prisional por meio de ações conjuntas das áreas da saúde e da justiça; IV - promover as relações intersectoriais com as políticas de direitos humanos, afirmativas e sociais básicas, bem como com as da Justiça Criminal; e V - fomentar e fortalecer a participação e o controle social.*

A PNAISP foi formulada tendo como base norteadora nos princípios do SUS, sendo os princípios doutrinários (ou finalísticos) a universalidade; equidade;

integralidade e os princípios organizativos (ou estratégicos) como a descentralização, regionalização e a participação social. Dentre os objetivos específicos da PNAISP foi elencado o quinto objetivo para discussão neste trabalho, os outros não menos importante, todavia, a necessidade de efetivar um recorte para estudo levou a esta decisão de deter mais tempo na “Participação e Controle Social”, pois além de ser um dos objetivos da PNAISP é também um dos princípios operacionais do SUS.

### 3.2.3. A Participação e o Controle Social

Na opinião de Betinho (SOUZA, et al 1996) participação é um dos cinco princípios da democracia. Sem ela, não é possível os outros princípios: igualdade, liberdade, diversidade e solidariedade. Ela é um instrumento de transformação social (transforma a realidade) e um avanço democrático, que possibilita a construção de caminhos percorridos pela humanidade e dar sentido aos outros princípios: igualdade, liberdade, diversidade e solidariedade. A participação tem caráter ético e plural, sendo um direito universal (acessível a todos) sem restrições de diferenças de idade, gênero, raça, condição social, dentre tantas outras. É uma ferramenta básica na construção da cidadania e da democracia e ainda circunscreve:

*Só com ampla participação podemos lutar pelos princípios da democracia, neutralizando as formas de autoritarismo frequentes em nossa sociedade. É através dela que se acaba com a desordem de um 'status quo'<sup>29</sup> injusto, que produz a marginalização. E é também através dela que superamos a resignação e o medo. Só assim são geradas as condições para o exercício pleno da liberdade e da cidadania, só possíveis em uma sociedade democrática [...] somente através da participação é possível construir e consolidar a democracia (SOUZA, 1996, p. 33).*

A Participação e o Controle Social constituem-se em conquista de espaços democráticos e estímulo ao efetivo exercício do controle social, são instrumentos de expressão, representação e participação da população. Estes “institutos” foram previstos na Constituição Federal de 1988 e possibilita a participação da população na elaboração, implementação e fiscalização de políticas sociais. É a forma de

---

<sup>29</sup> Status quo é uma expressão abreviada de "in statu quo ante", que significa "no estado em que as coisas estavam anteriormente". Status quo é uma expressão que remete para o estado das coisas e situações, e por isso vem geralmente acompanhada de palavras como manter, defender e mudar. <http://www.significados.com.br/status/>

inserção na esfera pública e, por força de lei possibilita integração aos órgãos públicos vinculados ao poder Executivo, voltados para políticas públicas específicas, responsáveis pela assessoria e suporte ao funcionamento das áreas onde atuam.

A Participação Social na área da saúde foi regulada pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 que institucionaliza a participação da comunidade na gestão do SUS através da participação dos usuários e entidades governamentais e da sociedade civil e a Resolução nº 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS que aprovou as “Diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde” (BRASIL, 1990b); (BRASIL, 2012b).

### **3.2.3.1. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCCP)**

O Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, sediado em Brasília é subordinado ao Ministério da Justiça. Foi instalado em junho de 1980, antes da vigência da lei de Execução Penal que no Art. 64 o regulamenta prevendo em âmbito federal ou estadual suas atribuições, das quais destacamos: contribuir na elaboração de planos nacionais de desenvolvimento, sugerindo as metas e prioridades da política criminal e penitenciária; promover a avaliação periódica do sistema criminal; elaborar programa nacional penitenciário de formação e aperfeiçoamento do servidor; estabelecer regras sobre a arquitetura e construção de estabelecimentos penais; inspecionar e fiscalizar os estabelecimentos penais, bem assim informar-se, mediante relatórios do Conselho Penitenciário, requisições, visitas ou outros meios, acerca do desenvolvimento da execução penal nos Estados, Territórios e Distrito Federal, propondo às autoridades dela incumbida as medidas necessárias ao seu aprimoramento; representar ao Juiz da execução ou à autoridade administrativa para instauração de sindicância ou procedimento administrativo, em caso de violação das normas referentes à execução penal; representar à autoridade competente para a interdição, no todo ou em parte, de estabelecimento penal (BRASIL, 1984).

O Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária é integrado por treze membros designados através de ato do Ministério da Justiça, dentre professores e profissionais da área do Direito Penal, Processual Penal, Penitenciário e ciências correlatas, bem como por representantes da comunidade e dos Ministérios da área

social. O mandato dos membros do Conselho tem a duração de dois anos, renovado um terço em cada ano.

Dentre suas atribuições duas se destacam por estarem relacionadas diretamente à saúde dos presos: 1) as Inspeções nas Unidades Penais, como mencionado anteriormente na década que compreende o período de 2006 a 2015, Mato Grosso (especificamente as três penitenciárias de Cuiabá) foi visitado apenas uma vez<sup>30</sup> e 2) Plano Nacional de Política Criminal e Penitenciária<sup>31</sup>, este instrumento normativo legal estabelece as prioridades do sistema prisional brasileiro e sugere medidas a serem adotadas pelas gestões prisionais (estaduais e federais). Neste documento estão as 14 medidas que precisam ser perseguidas pelas administrações prisionais, dentre estas destacamos cinco (37%) que tem impacto direto na saúde das pessoas privadas de liberdade, a saber: Medida 4: Implantação da política de saúde mental no sistema prisional; Medida 5: Ações específicas para os diferentes públicos; Medida 8: Fortalecimento do controle social; Medida 9: Enfrentamento das “drogas” e Medida 10: Arquitetura prisional distinta. Dado importante, porque evidencia a preocupação do órgão em relação à saúde nas prisões (Brasil, 2011c).

### **3.2.3.2. Conselho de Saúde**

Os Conselhos de Saúde tem a responsabilidade do controle social do SUS. Trata-se de um órgão colegiado, deliberativo e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de governo. Faz parte da estrutura das secretarias de saúde dos municípios, dos estados e do governo federal. Atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Dentre sua atribuições estão: analisar e aprovar o plano de saúde e o relatório de gestão, bem como informar a sociedade sobre a sua atuação. São formados respeitando o princípio da paridade, 50% de entidades de usuários; b) 25% de entidades dos trabalhadores de Saúde; c) 25% de

---

<sup>30</sup> Conforme mostram os Relatórios de Inspeção disponíveis no link do CNPCP no portal do Ministério da Saúde. <http://www.justica.gov.br/seus-direitos/politica-penal/cnpcp-1/relatorios-de-inspecao-1/relatorios-de-inspecao-2009/relatorios-de-inspecao-2009>

<sup>31</sup> Aprovado na 372ª reunião ordinária do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP), em 26/04/2011.

representação de governo, de prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos (BRASIL, 2013b).

Essa representatividade possibilita um olhar multifacetado da realidade e dos problemas da saúde dos mais diferentes grupos e segmentos da população. A obrigatoriedade legal da formação e do funcionamento dos Conselhos de Saúde tem impulsionado a sociedade a participar mais dos avanços e desafios do SUS. A representação da comunidade na gestão do SUS é muito importante, porque é a participação do usuário final. Sobretudo para deixar o processo mais transparente, democrático e funcional. É um importante instrumento para garantir a efetividade das políticas públicas de saúde e o controle das ações e serviços de saúde.

Como o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário e hoje a Política Nacional de Atenção Integral à Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) prevê o controle social, inclusive atribuindo este aos conselhos de saúde foi realizada pesquisa ao site da Secretaria Municipal de Saúde e não foram encontradas Atas disponíveis para pesquisa e no site da Secretaria de Estado de Saúde (Mato Grosso) foi encontrado o link do Conselho Estadual de Saúde e neste as Atas do Conselho Estadual de Saúde. Estão disponíveis 57 Atas digitalizadas compreendendo o período de 13/02/2008 a 07/11/2012. Lamentável não estar disponível as mais recentes. Em análise ao conteúdo das 57 atas, foram encontradas quatro Atas (7% das Atas digitalizadas) que versam sobre a saúde no sistema penitenciário: 202ª de 04/06/2008; 203ª de 08/06/2008; 207ª de 02/09/2008 e 210ª de 05/11/2008. As informações encontradas foram:

**Ata 202ª de 04/06/2008** – um dos conselheiros pediu a inclusão da pauta: “a saúde no sistema penitenciário” para a próxima reunião (p. 6).

**Ata 203ª de 28/06/2008** - A Coordenadora do Planejamento e Orçamento apresentou slides mostrando que a política de atenção básica ao sistema penitenciário como pertencente à Atenção Básica e da estratégia da Saúde da Família. A coordenadora foi a única a falar sobre o sistema penitenciário, sendo suas falas: “Com relação à saúde no sistema penitenciário existe cooperação entre SES e SEJUSP que executa as despesas” (p. 246) e “Quanto ao PASCAR tem programado três milhões/ano. Mas, empenhou dois milhões e pagou 400 mil reais.”

337 “Para a população indígena nada foi pago e sistema penitenciário também tem zero de pagamento” (p. 346).

### **Ata 207ª de 03/09/2008**

Foi apresentado o Relatório de Gestão Saúde no Sistema Prisional do 2007 e o Plano Operativo. Foi explicado o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário - PNSSP com base na Portaria Interministerial 1.777 (MJ e MS) como se dá o funcionamento, gestão, incentivo financeiro, objetivos, cobertura, infraestrutura dos locais de atendimento, equipes de saúde do Sispen. Foi apresentado um problema administrativo já solucionado “e (p. 387) temos recurso financeiro recebido e como a execução está sob a responsabilidade da SEJUSP por questão (p. 388) orçamentária e de rubrica ainda não conseguiram, por isso estão com problema administrativo que emperra a (p. 389) execução do incentivo, tendo em vista problemas relacionados a pregão e licitação. Por isso em 2007 pensou (p. 390) nesta nova alternativa, ou seja, a SEJUSP estaria efetuando o processo e a SES por ter o dinheiro na conta (p.391) faria o pagamento. Esta definição acabou sendo resolvida em outubro de 2007.” Foi dito que estão monitorando os relatórios mensais, visitas (p. 395) em unidades. Foi dito que a Avaliação Sanitária (p. 400) está sendo realizada este ano, com perspectiva de apresentar a fragilidade e real (p. 401) necessidade. Foi apresentado as dificuldades: “contratação profissionais de medicina, capacitação de profissionais, (p. 402) intersetorialidade”; Execução financeira do incentivo destinado para o custeio das unidades com material de (p. 403) consumo, permanente e reforma. Disse que existem processos em andamento que não conseguem finalizar; (p. 404) Disse que tem dificuldade de executar as ações dentro de uma unidade prisional como as políticas de saúde (p. 405) preveem, esbarrando em campanhas e trabalhos educativos. Desafios: melhoria na infraestrutura, (p. 406) organização do sistema de informação, composição das equipes mínimas, implantação protocolos essenciais, (p.407) construir política de pactuação de medicamentos e outros. 408. Um dos conselheiros, SR. X, reclamou que: “não aparece no relatório quantos casos de tuberculose, febre amarela existe e por sexo”. Foi exposto que na Central de Regulação os presos tem preferência em relação aos usuários normais do SUS. Pelo relatório (p. 411) fácil acesso aos hospitais e cotas de exames. Disse que os outros pacientes ficam esperando até um



(p. 412) ano. Quanto aos medicamentos, perguntou sobre os 51 mil reais (?). Uma conselheira, Sra. Z, disse que (p. 413) concordava com as colocações do conselheiro, Sr. X sobre a avaliação epidemiológica. Foi apresentada dúvida em (p. 414) relação ausência da atividade física, na promoção e prevenção. Solicitou que esclarecesse mais sobre a (p.415) referência e contra referência se existe dificuldade de acesso. Conselheiro AM disse (p. 416) anteriormente já acompanhou a questão quanto aos recursos e em função das licitações que não conseguem (p. 417) comprar. Disse que já tinha encaminhado que a Sejussp deveria administrar o recurso para garantir agilidade (p. 418) nas aquisições. Perguntou como está o trâmite das aquisições. [Conselheira] M. quanto ao número de casos vai inserir (p. 419) no relatório. Quanto às cotas a espera existe também para a população prisional, disse que todas as unidades (p. 420) tem a sua cota. Senhora L. [representante da gerência de saúde do Sispen] disse que existe cotas para a realização das consultas que chegam a demorar (p. 421) de dois a três meses para conseguir. Senhor S. [representante do Sispen] disse (p. 422) que existe um agravante com relação à clientela. Disse que como gerente 'corre atrás' e não fica esperando (p. 423) apenas a Regulação. Disse que os atendimentos nas unidades de saúde prisionais é exatamente igual aos (p. 424) das Policlínicas. Disse que tentam fechar os atendimentos dentro das unidades para evitar que a clientela (p. 425) tenha que sair para buscar especialidade fora. Disse que avançaram nas imunizações e vacinas, as coletas (p. 426) são feitas dentro das unidades. Senhora Lenir mostrou as consultas e os agendamentos. [...] Quanto aos horários os médicos atendem três vezes por semana, seu horário é reduzido. As (p. 429) equipes em Cuiabá têm carga horária de 40 horas. Processos licitação ainda não estão concluídos, estão na (p. 430) SAD na fase de autorização. Mesmo o processo sendo realizado na SEJUSP ele precisa ir para a SES para (p.431) avaliação que demora até 30 dias. Senhora M. [conselheira] disse que para as questões do repasse de recurso (p. 432) colocado pelo Conselheiro não tem informações sobre isso. Disse que o Plano é com uma dimensão em nível (p. 433) de SUS e com co-responsabilidade muito grande entre as secretarias. Infelizmente na Secretaria de Saúde (p. 434) não tem equipe trabalhando neste Plano. Disse que como tem outras atribuições não tem condições de dar andamento a tudo que o Plano preconiza (p. 435). Tem questões de ordem administrativa que o processo está na gestão e não sabe dizer por que ele não anda (p. 436). (p. 437) Presidente quanto à aplicação

financeira, como o recurso é federal não pode deixar parado na conta, tem que fazer aplicação e o rendimento é revertido para o Programa (p. 438). [...] Conselheira L. B. perguntou quando é feita a identificação do (p. 442) comunicante, no controle da tuberculose. Senhor S. [rep. Sispen] disse que é feita em todos os momentos, pois (p. 443) tem triagem adimensional com todas as informações, inclusive tiragem de sangue. Disse que fizeram (p. 444) campanha por que ela está agravante neste ano. Disse que estão criando unidade para plantão, com técnica (p. 445) de enfermagem que dá direcionamento daquilo que acontece no dia-a-dia, a praticidade. Presidente o TCE (p. 446) autorizou de forma emergencial obras nas unidades. Conselheira M. A. [...] Perguntou se todos têm (p. 450) periculosidade. Por fim disse que deveríamos ter espelho das doenças mais prevalentes. Quanto as capacitações foram (p. 456) programadas e executadas pelos responsáveis de cada área técnica. Disse que a sua coordenadoria não (p. 457) realizam diretamente as capacitações. Disse que tem projeto na ESP para capacitação em saúde mental. (p. 458) Senhora L. [repres. Sispen] quanto à periculosidade ainda não tem resposta sobre isso em nível de secretaria. Senhor S. [repres. Sispen] (p. 459) disse que não conseguiram contratar médicos, o salário é de 1.300 reais. Disse que conseguiram (p. 460) avançar com a parceria na SES. Disse que contra a rubéola o sistema saiu na frente na campanha. Disse que (p. 461) imunizaram geral 100% em 2008. Conselheiro J. D. encaminhou a questão da insalubridade, (p. 462) perguntando se há possibilidade da SES resolver a questão juntamente com a SEJUSP. [Conselheiro] V. R. (p. 463) disse que não se trata apenas da questão salarial, mas a questão é do risco. Disse que é uma situação (p. 464) delicada. Disse que a SES já discutiu tentar pagar a periculosidade com base no salário da SES que com os (p. 465) acréscimos ficaria em torno de 2.900 reais, mesmo assim ninguém quis. A situação é delicada e o trabalho é heroico (p. 466). Disse que o profissional tem que ter o desejo de ficar lá. Conselheiro A. M. (p. 467) encaminhou que aumente o número de equipe para melhorar o suporte no atendimento. Senhor S. [repres. Sispen] (p. 468) disse que o profissional existe o que falta é vontade política. Disse que a situação está falta de ser resolvida, (p. 469) solicitou ajuda do Conselho. Presidente disse que vai solicitar ao Secretário de Justiça que iguale ao da saúde pelo menos o salário dos médicos (p. 470). Senhor S. [repres. Sispen] disse que deveria ser de forma macro, pois o técnico corre o mesmo risco e ganhe 700 reais (p. 471). Conselheira M. L. O. perguntou se a compensação pode ser feita (p. 472). Conselheira A. L. disse que a

insalubridade deve ser incluída na lei de carreira. (p. 473) Presidente disse que vai conversar com o Secretário de Saúde. Colocado em votação do Relatório de Gestão foi aprovado por unanimidade (p. 474). [...] (p. 541) Conselheiro J. C. B. disse que a apresentação do relatório do sistema prisional faltou um dado importante: quantas pessoas foram atendidas em 2007 (p. 542).

### **Ata 210<sup>a</sup> de 05/11/2008**

Relatório de Gestão do Terceiro Trimestre: Apresentação, discussão e encaminhamentos - Lucinéia Soares, Coordenadora de Planejamento (p. 131) Programa Efetivação da Atenção Básica a Partir da Estratégia da Saúde da Família: (p. 163) sistema penitenciário com 99% de execução. (p. 168).

Analisando as Atas a conclusão que se chega é que sendo a saúde no sistema prisional um problema sério de saúde pública, questão de alta relevância foi pouco discutida no âmbito do Conselho Estadual de Saúde.

#### **3.2.3.3. Conselho Penitenciário (COPEN)**

O Conselho Penitenciário (COPEN) é um órgão colegiado que tem a função fiscalizadora e consultiva da pena. Tem a função de auxiliar a Justiça, servindo como elemento interlocutor entre os poderes Executivo e Judiciário a fim de evitar desvios e injustiças no cumprimento das sentenças. Cabe-lhe zelar pelos condenados, presos e egressos. Foi criado através do Decreto nº 16.665 de 06 de novembro de 1924, que introduziu o instituto do livramento condicional, e com isto, tornou-se necessário a criação de um órgão que emitisse parecer acerca dos pedidos de livramento condicional, assim como ser responsável pela fiscalização da pena.

Atualmente, o Conselho Penitenciário está previsto no artigo 69 e suas atribuições estão arroladas no artigo 70 da LEP, sendo que a função de emissão de parecer acerca do livramento condicional foi retirada pela alteração na LEP, com a edição da Lei nº 10.792, de 1º de dezembro de 2003 (BRASIL, 2003b). O COPEN tem a incumbência de: emitir parecer sobre indulto e comutação de pena, excetuada a hipótese de pedido de indulto com base no estado de saúde do preso (inciso I); inspecionar os estabelecimentos e serviços penais (inciso II); e apresentar no

primeiro trimestre de cada ano, ao Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, o relatório dos trabalhos efetuados no exercício anterior (inciso III) e supervisionar os patronatos e a assistência aos egressos (inciso IV). O Conselho sempre opinará nos casos a ele encaminhados, cuidando para que sejam observadas as normas da execução penal, principalmente fiscalizando as condições em que se encontram os presos e egressos, e os estabelecimentos prisionais (BRASIL, 1984).

A LEP prevê no parágrafo que o Conselho Penitenciário será integrado por membros nomeados pelo Governador do Estado, do Distrito Federal e dos Territórios, objetivando a multidisciplinaridade, portanto, professores e profissionais da área do Direito Penal, Processual Penal, Penitenciário e ciências correlatas (psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais etc.), bem como por representantes da comunidade, maiores interessadas no fato de que os presos devem ter uma adequada reintegração social após sua libertação. Que os estados e a federação (para unidades penais federais) devem através de legislação própria, e com base na LEP regular o funcionamento do seu conselho penitenciário (BRASIL, 1984).

No Estado de Mato Grosso o COPEN é normatizado pela Lei nº 7.928, de 11 de julho de 2003 que “Dispõe sobre a composição, funcionamento e gratificação dos membros do Conselho Penitenciário, e dá outras providências” e que em 27/12/2013 sofreu alteração da redação dos Artigos 2º e 3º para incluir entre seus membros um representante da carreira dos profissionais do Sistema Penitenciário. Assim sendo a Lei nº 10.030, de 27 de dezembro de 2013 no Art. 2º preconiza que o Conselho Penitenciário do Estado de Mato Grosso está vinculado à Secretaria de Estado de Justiça e Direitos Humanos, seu funcionamento está na sede da Sejudh. É composto por oito membros nomeados pelo Governador, dentre operadores da área de Direito Penal, Processual Penal e ciências correlatas, 01 (um) representante da carreira dos Profissionais do Sistema Penitenciário, 01 (um) Secretário Executivo e 01 (um) Auxiliar. Quanto ao funcionamento das sessões são semanais, podendo haver sessões extraordinárias e recebem uma gratificação numerária por cada sessão participada podendo chegar a R\$ 1.700,00 por mês (MATO GROSSO, 2003).

### 3.2.3.4. Conselho da Comunidade

O Conselho da Comunidade é outro órgão importante da Execução Penal, este está previsto Art. 80 da LEP e que determina que em cada comarca deva haver um Conselho da Comunidade composto, no mínimo, por um representante de associação comercial ou industrial, um advogado indicado pela Seção da Ordem dos Advogados do Brasil, um Defensor Público indicado pelo Defensor Público Geral e um assistente social escolhido pela Delegacia Seccional do Conselho Nacional de Assistentes Sociais e que na falta da representação prevista, ficará a critério do Juiz da execução a escolha dos integrantes do Conselho. O Art. 81 da LEP apresenta as atribuições Conselho da Comunidade: I - visitar, pelo menos mensalmente, os estabelecimentos penais existentes na comarca; II - entrevistar presos; III - apresentar relatórios mensais ao Juiz da execução e ao Conselho Penitenciário; IV - diligenciar a obtenção de recursos materiais e humanos para melhor assistência ao preso ou internado, em harmonia com a direção do estabelecimento (BRASIL, 1984).

O firme propósito de estabelecer como política pública o cumprimento dos Pactos Internacionais atinentes à tortura, maus tratos, penas cruéis, desumanas ou degradantes e tornar efetivo o cumprimento da LEP, é a premissa da participação da comunidade como órgão consultor e fiscalizador da execução das penas.

Na Comarca de Cuiabá existe o Conselho da Comunidade na Execução Penal na Comarca de Cuiabá (COMEPEC) que objetiva incitar “o debate das formas de se lidar com a pessoa privada de liberdade e as consequências de seu encarceramento, trazendo a sociedade para desempenhar papel fundamental também junto a esta parcela da população “excluída”, mas formada por indivíduos advindos dela própria e que a ela retornarão”.

O Conselho da Comunidade deve também participar ativamente das questões apresentadas pela comunidade carcerária e algumas matérias podem ser objetos de sua própria atuação, como a articulação e realização de parcerias com Universidades e Empresas, a arrecadação emergencial de itens de necessidade primária como medicamentos e vestimentas, apoio na gestão prisional, entre outras possibilidades.

Infelizmente o Comepec não está ativo e não foi possível acessar Atas e Relatórios de Inspeção, pois este nunca teve sede de funcionamento e usava as dependências do Fórum da Capital para realizar suas reuniões e assembleias.

### 3.3. Reflexão acerca dos Conselhos

Os conselhos são instrumentos de expressão, representação e participação, que viabilizam a inserção de segmentos sociais na formulação de políticas sociais e possibilitam à população o acesso aos espaços decisórios das políticas, gerando uma nova institucionalidade pública, com a criação de uma nova esfera social-pública ou pública não estatal estabelecendo um novo padrão de relações entre Estado e sociedade. Os conselhos precisam ser decorrentes de demandas populares e de pressões da sociedade civil pela redemocratização do país. Devem ser conquista dos movimentos sociais, para poderem possibilitar o encontro e a construção de uma visão conjunta por parte das entidades que deles participam. (GOHN, 2002).

É importante que os conselhos sejam efetivamente representativos, para poder imprimir um novo formato às políticas sociais. Os membros dos conselhos poderão contribuir significativamente quando são oriundos de lideranças e que tenham conhecimento do seu papel, dos limites e possibilidades e que sejam articulados às propostas e projetos sociais progressistas.

Aos conselhos é possível fazer política tornando público os conflitos, ou seja, dando visibilidade a situações reais contatadas no cumprimento de sua função/atribuições. Que é possível através da atuação construir proposições e fazer denúncias de questões que corrompem o sentido e o significado do caráter público das políticas públicas, resignificando essa política de forma inovadora. Ainda neste sentido Gohn adverte aos conselhos que:

*Seu impacto na sociedade não será dado por índices estatísticos, mas por uma nova qualidade exercitada na gestão da coisa pública, ao tratar o tema da exclusão social, não meramente como inclusão em redes compensatórias destinadas a clientes/consumidores de serviços sociais. Eles podem cumprir um papel muito diferente do integrativo/assistencial atribuído no passado a outras formas de conselhos, como os comunitários/assistencialistas, compensatórios e integrativos- Isso tudo pressupõe transformar o Estado num campo de experimentação institucional em que coexistam soluções institucionais e coletivos*

*permanentes de cidadãos organizados, todos participando sob igualdades de condições dadas* (GOHN, 2002: 13).

Assistimos cotidianamente o desmonte do Estado através de políticas neoliberais, que desconstroem o sentido do público e da universalidade, redimensionando as políticas públicas para o campo do assistencialismo e da lógica do consumidor usuário de serviços. Através dos conselhos essa lógica pode ser evertida oportunizando a reconstrução de caminhos para solidificação da cidadania, porque os conselhos são dotados de potencial de transformação política. (Idem).

A participação para ser efetiva precisa ser qualificada, ou seja, não basta a presença numérica das pessoas porque o acesso está aberto. É preciso dotá-las de informações e de conhecimentos sobre o funcionamento das estruturas estatais. Não se trata, em absoluto, de integrá-las, incorporá-las simplesmente à teia burocrática. Elas têm necessidade e o direito de conhecer essa teia para poderem intervir de forma qualificada e exercer uma cidadania ativa, e não uma cidadania regulada, outorgada, passiva. Os representantes da população devem ter igualdade de condições para participar e uma forma de qualificação é o acesso às informações de maneira clara e objetiva, porque muitas das informações estão codificadas nos órgãos públicos (Idem).

### **3.4. Paradoxo: legislação e a realidade da saúde das pessoas privadas de liberdade**

Em se tratando do aparato jurídico o Estado Brasileiro, que é um Estado Democrático de Direito, não deixa a desejar para nenhum país desenvolvido e sua legislação está em consonância com acordos firmados internacionalmente. Entretanto, a constatação da realidade das prisões brasileiras percebe-se que a situação é adversa. Neste sentido, o jurista Valois (2008) inconformado com essa situação, afirma que a violação constante de regras básicas de direitos humanos deixa o ordenamento desacreditado, tornando os operadores de direito e a sociedade, insensíveis e incapazes de exigir do Estado a sua plena realização.

Essa afirmação não é especulativa, mas decorrente da constatação da realidade das unidades penais brasileiras. Denunciando essa situação Assis (2007) postula que na prática há constante violação de direitos e a total inobservância das

garantias legais previstas na execução das penas privativas de liberdade. A partir do momento em que o preso passa à tutela do Estado, ele não perde apenas o seu direito de liberdade, mas também todos os outros direitos fundamentais que não foram atingidos pela sentença, passando a ter um tratamento execrável e a sofrer os mais variados tipos de castigos, que acarretam a degradação de sua personalidade e a perda de sua dignidade, num processo que não oferece quaisquer condições de preparar o seu retorno útil à sociedade.

Um importante documento que denuncia o descumprimento das leis nas prisões brasileiras é o relatório “O Brasil atrás das Grades” é resultante de inspeções em presídios e cadeias do Brasil e neste documento é flagrante a constatação de que infelizmente a legislação referente ao sistema penitenciário não tem sido cumprida como deveria. Afirma ainda que os abusos cometidos contra os presos é uma das formas mais sérias e crônicas de violações dos direitos humanos no país (HRW, 1998).

Outro documento não menos importante é o relatório da “II Caravana Nacional de Direitos Humanos<sup>32</sup>: uma amostra da realidade brasileira” (2000). A caravana foi formada pela Câmara dos Deputados e por instituições e militantes dos Direitos Humanos no Brasil junto com a Pastoral Carcerária da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), que teve como tema a realidade prisional brasileira. A conclusão do Relatório é desalentadora: “a sensação que temos, ao final dos nossos trabalhos, é a de que conhecemos um sistema absolutamente ‘fora da lei’. Os imperativos definidos pela Lei de Execução Penal são solenemente ignorados em todos os estados” (BRASIL, 2000, p. 03).

Quando ministro da Saúde, Humberto Costa, numa sucinta análise da saúde no sistema penitenciário afirmou que: “embora existam inúmeros tratados internacionais que definem normas e orientações para uma melhor implementação das unidades penitenciárias de todo o mundo, observa-se que estas não vêm sendo seguidas” (BRASIL, 2004a).

---

<sup>32</sup> A II Caravana Nacional de Direitos Humanos esteve em seis estados brasileiros: Ceará, Pernambuco, Rio de Janeiro, São Paulo, Rio Grande do Sul e Paraná. Ao todo, entre presídios, penitenciárias e delegacias, foram 17 instituições visitadas. O conjunto de estabelecimentos inspecionados reuniu cerca de 15 mil presos. Foram nove dias de trabalho ininterrupto. A Caravana foi organizada em uma relação estreita de colaboração com muitas pessoas e entidades. Deve-se destacar, não obstante, o papel desempenhado em todas suas fases pela Pastoral Carcerária da CNBB. (palavras do Deputado Marcos Rolim, Presidente da Comissão de Direitos Humanos na Introdução do Relatório).



Nos documentos supracitados, observamos o descumprimento das leis penitenciárias e os abusos cometidos contra os cidadãos reclusos demonstram um resultado gravíssimo que é obstar o cumprimento da função de tutela efetiva de ferir a dignidade da pessoa humana e a negação dos direitos fundamentais (ZAFFARONI, 1999, p. 235).

Como afirma Bullos (2012, p. 187) “A Constituição, mesmo dotada de supremacia, não está imune a abusos e violações, tanto por parte do legislador ordinário como das autoridades públicas em geral”. Tal fato pode ser visto nos presídios brasileiros e Kirst contribui afirmando que: “as garantias estão legalizadas, consolidando a ideia de serem respeitadas e estendidas a todos, mas não há apreço por parte da sociedade e do Estado, encontrando-se a massa carcerária totalmente desprovida de atenção e consideração” (KIRST, 2008, p. 02).

Diante de todo arcabouço legal e teórico que coloca a pena de prisão em destaque e a real situação encontrada nas prisões brasileiras utilizo as preciosas palavras de Bobbio quando ele ressalta que o problema grave do nosso tempo, com relação aos direitos do homem [inclusive do homem preso], não é mais o de fundamentá-los, e sim o de protegê-los. Que o problema que temos diante de nós não é filosófico, mas jurídico e, num sentido mais amplo, político. Não se trata de saber quais e quantos são esse direitos, nem qual é a sua natureza e seu fundamento, mas sim qual o modo mais seguro para garanti-los, para impedir que, apesar das solenes declarações, eles sejam continuamente violados (BOBBIO, 2004, p. 25).

O problema relativo às violações dos direitos das pessoas privadas de liberdade se relaciona à fragilidade do Estado, o que permite que em nosso país a prática da violência contra os direitos humanos ocorra com tanta frequência e “naturalidade” e ainda conta com o poder de formação de opinião da mídia utilizada pela burguesia para incitar a sociedade contra os cidadãos presos, assegurando o “*status quo*” de uma sociedade classista que naturaliza a violência através da sua massificação. Neste sentido, Trindade (2013, p. 50) contribui para este debate afirmando que: “recorrentemente nos defrontamos com a ideia de que a proteção dos direitos humanos constitui um meio de estímulo ao crime, de privilégios aos bandidos e de ‘boa vida’ aos presos”.

O Sistema Penitenciário brasileiro amplia e reproduz as desigualdades sociais, é espaço das mais variadas violações de direitos humanos, e, como

instituição política, vem mantendo seu caráter punitivo e pouco ressocializador. A prisão é uma instituição política. Sua função social, após a formação do Estado Liberal é de recuperação dos indivíduos, devendo buscar sua “ressocialização” e reintegração social. Seria contraditório manter os rituais de execução da pena de morte em praça pública, quando os direitos do homem, a liberdade, a igualdade e a fraternidade, se constituem nos elementos centrais desta nova percepção de política e de poder no mundo ocidental.

A crise do Sistema Penitenciário do Brasil reflete a incapacidade dos governos em assumir o gerenciamento das unidades prisionais como ambientes de reeducação e recuperação social. É necessário ter a compreensão de que o problema de gestão de uma unidade prisional é um problema político, e, como qualquer outro necessita de reforma. Assim como a reforma da previdência, política, tributária, dentre outras.

A negação dos direitos previstos na legislação penal como em outras encontra no pensamento de Coutinho (2000, p.53) uma reflexão importante: “os direitos são fenômenos sociais, são resultados da história [e] que só há direitos efetivos [...] no quadro de vida social, do Estado”, ou seja, o direito só é efetivado quando as demandas sociais são satisfeitas sendo “assumidas nas e pelas instituições que asseguram uma legalidade positiva”.

As Declarações de Direitos contempladas no plano internacional e as constituições substanciais e/ou formais dos países livres consignam capítulo especial aos Direitos e Garantias Fundamentais, como condição essencial da manutenção da vida em sociedade. Trata-se de uma das maiores conquistas da civilização, em prol da valorização da pessoa humana e Bobbio (2004, p. 21) pontua: “todas as declarações recentes dos direitos do homem compreendem, além dos direitos individuais tradicionais, que consistem em liberdades, também os chamados direitos sociais, que constituem em poderes”.

Quanto aos direitos sociais que são históricos e dizem respeito ao homem em situações concretas de existência e por sua natureza coletiva guardam estreita vinculação com o conceito de necessidades. Doyal e Gough (1994) afirmam que existem dois conjuntos de necessidades básicas, são eles: a saúde e a autonomia.

Os direitos sociais criam liberdades positivas e exigem do Estado efetiva regulamentação, implementação e efetivação de políticas sociais que se materializam por meio de prestação de bens e serviços para satisfação das

necessidades humanas básicas. Desta forma é necessário situar as discussões no âmbito da identificação da concepção de Estado e de política social que determina seu resultado, bem como considerar as especificidades e particularidades dessas políticas na garantia dos direitos e construção da cidadania e o papel do Estado no cumprimento desse dever. (BOSCHETTI, 2009).

Desde a década de 70 a sociedade têm sido marcada por crises cíclicas do capitalismo que (re)colocaram em cena o debate sobre a globalização, enquanto fenômeno que prometia conquistas de bem estar social, econômico e político para todos os povos e nações (SIMINONATTO, 2006).

Assim com essas crises do padrão de acumulação capitalista, faz aflorar o neoliberalismo que tirou a industrialização e a geração de empregos da prioridade da agenda mundial em troca do capital financeiro, parte do processo que se constitui na Globalização Corporativa Neoliberal (SIQUEIRA et al., 2003), convencionalmente chamada de Globalização.

As medidas de ajustes sobre o enfoque teórico neoliberal estão sedimentadas num projeto ideológico, político e econômico que exalta a liberdade dos mercados (COUTO, 2010) e desta forma iniciou-se uma violenta ofensiva do monopólio financeiro mundial com políticas decididas pelo Consenso de Washington a serem aplicadas nos países de economia periférica e que pode ser resumido em quatro princípios: “abertura econômica”, “desestatização”, ou seja, a privatização das empresas estatais; “desregulamentação”, pelo fim das regras que limitam o movimento de capitais em nível internacional e interno, especialmente o especulativo e “flexibilização das relações de trabalho”, com o retrocesso dos direitos sindicais, trabalhistas e previdenciários (SOUZA, 2004; SOUZA, 2008).

A crise dos mercados financeiros, em 2008, foi mais uma evidência da economia da crise gerada pelo capital financeiro, ou seja, da crise contemporânea e das transformações na produção capitalista, que desencadeiam processos que determinam várias mudanças sociais. As transformações sofridas na esfera da produção têm seus impactos no processo de acumulação capitalista, na gestão do trabalho e nos modos de ser e viver da classe trabalhadora com severa retração de direitos sociais. O sistema capitalista provoca muito mais do que uma crise econômica: estão postas as condições de uma crise orgânica, marcada pela perda dos referenciais erigidos sob o paradigma do fordismo, do keynesianismo, do Welfare State e das grandes estruturas sindicais e partidárias (MOTA, 2009).

A ofensiva neoliberal transforma a ação sociorreguladora do Estado que se retrai, pulverizando os meios de atendimento às necessidades sociais dos trabalhadores. As políticas públicas, em especial as sociais são residuais e os direitos sociais acabam sendo alvo de ações focalizadas do Estado e de caridade por parte da sociedade civil. Nesse modelo de acumulação os direitos sociais perdem identidade e a concepção de cidadania se restringe (SOARES, 2009).

Tal situação é perceptível na privatização neoliberal dos sistemas de saúde que pressupõe a mudança no entendimento da saúde como um bem coletivo e um direito humano fundamental para um produto de consumo e uma responsabilidade privada. Na visão do Banco Mundial, saúde é um bem de consumo que deve ser tratado sob os princípios do livre comércio (BORGES et al., 2012).

A premissa de que a saúde garantida pelo Estado leva à insustentabilidade financeira, bem como ao aumento expressivo dos impostos, sem mesmo conseguir garantir acesso às pessoas, tornou-se um mito, que prega a insolvência dos sistemas públicos de saúde, que em outras palavras, significa que esses sistemas não conseguiriam honrar seus compromissos com a sociedade em garantir o direito à saúde. Por trás da construção desse mito, estão os interesses das transnacionais da indústria dos seguros privados de saúde, como também do mercado financeiro especulativo no desmantelamento dos sistemas públicos de saúde para privatizá-los (BORGES et al, 2012).

Politicamente, há a necessidade de se criar um ambiente de crise para o envolvimento dos sujeitos políticos responsáveis (executivo e legislativo) na tomada de decisão, geralmente por medidas drásticas. Frequentemente, essas medidas incluem terceirizações de recursos humanos, compra de hospitais, aumento de recursos para prestadores privados com fins lucrativos, até a transferência da gestão das unidades públicas para o setor privado.

No plano econômico, as medidas de contenção de gastos públicos geralmente implicam em cortes de orçamento, redução de pessoal e reformas organizacionais com o enxugamento de estruturas. No plano ideológico, a ideia-força da eficiência privada sobre a pública na gestão de hospitais e unidades de saúde é intensamente propagada por agentes econômicos, políticos e sociais, com o apoio da mídia, criando a sensação de inexorabilidade da melhoria da gestão por meio da iniciativa privada, o mesmo tem ocorrido em relação a gestão de unidades penais. Esses cenários regionais combinam-se com os seguintes componentes

macroestruturais da saúde no Brasil: dualidade público/privado no setor da saúde; financiamento público do subsetor privado; subfinanciamento do SUS e a gestão das políticas de seguridade social pelo prisma econômico-neoliberal. (BORGES et al, 2012).

No sistema capitalista a relação Estado-Mercado-Sociedade passa necessariamente pelo ajuste neoliberal que favorece o modelo de acumulação do capital em detrimento do modelo de proteção social provocando o desmonte e sucateamento das ações, serviços e instituições que compõem e executam as políticas sociais. Na opinião de Sposatti (2010: 06) “produzir serviços públicos de qualidade é uma proposição tendenciosa a fantasias e resultados zeros enquanto a economia for capitalista”.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O arcabouço jurídico-legal do sistema prisional brasileiro está em consonância com os tratados e leis internacionais e respeita as convenções dos direitos humanos, já no contexto de concretude, analisada através de documentos oficiais, constata-se que na sua efetivação surgem incongruências e contradições de diversas naturezas. Desvelando lacunas existentes entre propostas idealizadas e firmadas em leis e o cotidiano das prisões e que Mato Grosso e Cuiabá não estão em situação diferente.

Apesar da avançada legislação nacional, o Brasil ainda tem um longo caminho a percorrer no que diz respeito à implementação desses direitos, que, na prática, têm sido violados de forma flagrante, sendo admitida até mesmo pelas instituições que são responsáveis pela execução das penas. Mesmo os direitos estando positivados, percebemos que não passam de expectativas de direitos, onde o distanciamento entre o ideal que é o conteúdo legal e o real que é sua materialização no cotidiano é evidente e incontestável.

O direito assegurado pela lei nos coloca diante de desafios a serem superados pela sociedade como um todo, inclusive pela comunidade científica, que através da pesquisa poderá dar visibilidade as problemáticas do cárcere, em especial as da saúde da pessoa presa, possibilitando debates que podem contribuir para efetivação destes direitos.

Através da revisão bibliográfica realizada para este trabalho ficou latente que o espaço carcerário, bem como sua população ainda não tem recebido a atenção necessária. Não foi objeto da pesquisa a verificação do porque desta constatação, todavia, é notória a dificuldade em se realizar estudos em “instituições totais”, onde o acesso é muitas vezes complicado e dificultado. Também o risco de ter violada a incolumidade física de pesquisadores é um temor, não só daquele que se propõe a realizar os estudos, mas também das instituições de ensino e da administração penitenciária, tanto que foi percebido que parte dos estudos realizados são de estudantes/pesquisadores que são servidores do sistema penitenciário.

Mesmo diante destas dificuldades o desafio está diante de nós e a necessidade de enfrentamento dos problemas prisionais urge por ações a fim de que tenhamos uma preocupação constante com a construção de um novo projeto civilizatório capaz de vencer os desafios postos pela contemporaneidade e construir

uma democracia econômica, política e social. Um dos caminhos possíveis requer o fortalecimento dos conselhos para que estes cumpram sua função precípua de exercer o controle e a participação social qualificada.

Importante refletir sobre os instrumentos de coletas dos conselhos que são marcadamente quantitativos e não qualifica as respostas procurando entender os números fornecidos e a dinâmica do problema, bem como toda a subjetividade que envolve os dados.

Ainda sobre conselhos percebe-se que os conselhos da execução penal estando vinculados aos órgãos responsáveis pelo cumprimento das penas. Desta forma é perceptível a vulnerabilidades destes conselhos, que tem em sua maioria membros que são servidores públicos que acabam tendo atuação comprometida. Ademais, quanto ao Conselho Penitenciário, cujo membros são nomeados pelo governador e ainda recebem gratificação numerária.

Nesta aldeia global em que o Brasil é o quinto país do mundo com maior número de conexões<sup>33</sup> de internet a constatação de que os documentos públicos como relatórios de gestão, relatórios de inspeção, atas dos conselhos, dentre outros não estejam em sua totalidade disponíveis para a população nos sites oficiais, deixando de cumprir um dos princípios fundamentais da Administração Pública que é publicidade<sup>34</sup>. Também lamentável é uma das justificativas para este “fenômeno”: a falta de profissionais (servidores) para realização deste trabalho, mostrando mais uma vez o sucateamento das instituições públicas e a dissonância do arcabouço jurídico e a realidade.

O grande dispositivo legal da saúde no Sistema Prisional é a PNAISP, considerada um avanço significativo na atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade. Por ser uma política governamental, refletir sobre esta requer necessariamente análises sobre o papel do Estado e a relação Estado-Mercado-Sociedade, pois a maneira como são estruturados os sistemas de saúde e a forma com que os problemas de saúde são enfrentados (ações e serviços) são definidos mediante critérios de valores, princípios e concepções de saúde que refletem o formato de Estado que regulamenta e implementa estes sistemas de saúde. Assim faz-se necessário à luta por um estado forte, que possibilite a implementação de

---

<sup>33</sup> Segundo o Ibope Media - [www.ibopemedia.com](http://www.ibopemedia.com)

<sup>34</sup> Expresso na Constituição Federal no Art. 37.

políticas de saúde realmente defensoras da coletividade e neste caso das pessoas encarceradas.

Com o desenvolvimento do capitalismo e dos meios de comunicação de massa o debate sobre a prisionização tem sido ainda mais acirrado, através da estratégia de desvincular do sistema capitalista as expressões da questão social e colocá-las como problema de ordem individual, ou seja, da índole, como se a criminalidade não fosse uma construção social demarcada historicamente. Essa verdade também fragiliza o sistema prisional, especialmente no que tange a efetivação das assistências aos presos, porque como diz o ditado popular muito usado é que “preso bom é o preso morto”.

A sociedade que está insatisfeita com as políticas públicas, a tributação exagerada, enfrenta tantos problemas como falta de habitação e alimentos, a precariedade da saúde pública e ainda a violência e criminalidade entendida como sendo causada por aqueles que estão atrás das grades, tudo que essa sociedade quer é que “esses monstros” (como ouvimos hodiernamente na mídia) morram, para serem um problema a menos. Diante desta incontestável realidade discutir a saúde dos presos e buscar situações para estes problemas é como privilegiar o que é errado e ir na contra mão do que a sociedade almeja.

O inquietante de tudo isso é a certeza de que o paradoxo entre o “legal” e o “real”, não é uma realidade somente em relação à saúde das pessoas privadas de liberdade, mas de todas as políticas públicas do estado brasileiro, tanto que o Art. 6º da Constituição Federal declara que todo brasileiro tem garantido os direitos sociais que são a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados. Fica a pergunta: De que brasileiro a Constituição está falando?



## REFERÊNCIAS

ASSIS, Rafael Damaceno de. **A Realidade Atual do Sistema Penitenciário**. Revista CEJ, Brasília, Ano XI, n. 39, p. 74-78, out./dez. 2007.

BARBOSA, AS. **AIDS na Frente das Grades: o descuido à cidadania**. Boletim Direitos Humanos HIV/AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: [http://www.aids.gov.br/final/dh/bol\\_5\\_1/aceso.htm](http://www.aids.gov.br/final/dh/bol_5_1/aceso.htm). Acesso em: 12/04/2014.

BARBOSA, Maryara Lima. et all. **Atenção Básica à Saúde aos Apenados no Sistema Penitenciário**: subsídios para a atuação da enfermagem. Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem volume 8, nº, out-dez, 2014;

BENTHAM, Jeremy. et al. **O Panóptico**. (Org.) Tomaz Tadeu. Traduções de Guacira Lopes Louro; M. D. Magno; Tomaz Tadeu. – 2ª ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2008.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em Contra-Reforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BOBBIO. Norberto. **A Era dos Direitos**. Rio de Janeiro: Campus, 2004.

BOSCHETTI, Ivanete. **Avaliação de Políticas, Programas e Projetos Sociais**. In: Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

BORGES, Fabiano Tonaco. et al. **Anatomia da privatização neoliberal do SUS**: o papel das organizações sociais. São Paulo, SP: Cultura Acadêmica, 2012.

BRASIL. Presidência da República. **Regulamento Nº 120** de 1942.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Normas Gerais do Regime Penitenciário**. Lei nº 3.274 de 2 de Outubro de 1957.

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. **Lei de Execução Penal**. Brasília, 1984.

\_\_\_\_\_. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. **Lei Orgânica da Saúde**. Brasília, 1990a.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. **Participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS)** e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Brasília, 1990b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. **Resolução nº 14**, de 11 de novembro de 1994. **Regras Mínimas para o Tratamento do Preso no Brasil**. Brasília, 1994.

\_\_\_\_\_. Câmara dos Deputados. Comissão de Direitos Humanos. Relatório da **II Caravana Nacional de Direitos Humanos**. Uma amostra da realidade brasileira. Brasília, julho de 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde e Justiça. **Portaria Interministerial nº 1.777. Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário**. Brasília, 2003a.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Lei nº 10.792**, de 1º de dezembro de 2003. Altera a Lei nº 7.210, de 11 de junho de 1984 - **Lei de Execução Penal**. Brasília, 2003b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Cartilha: Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário**. Brasília, 2004a.

\_\_\_\_\_. Câmara dos Deputados. Comissão de Direitos Humanos e Minorias em parceria com a Pastoral Carcerária – CNBB. **Situação do Sistema Prisional Brasileiro - síntese de videoconferência nacional**. Brasília, julho de 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em Saúde: **Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**. 2ª ed. Brasília, 2008a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância em saúde: **situação epidemiológica da hanseníase no Brasil**. Brasília, 2008b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Relatório Final da Consulta Nacional sobre HIV/AIDS no Sistema Penitenciário**. Brasília – DF, 31 de março, 01 e 02 de abril de 2009b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Programas e campanhas. **Saúde no Sistema Penitenciário**. Brasília, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília, 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. **Plano Nacional de Política Criminal e Penitenciária**. Brasília, 2011b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. **Relatório de Inspeção**. Brasília, fevereiro de 2012a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012. **Diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde**. Brasília, 2012b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Situação Epidemiológica da Hanseníase no Brasil** – análise de indicadores selecionados na última década e desafios para eliminação. Boletim Epidemiológico Volume 44 - Nº 11, Brasília, 2013a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Conselhos de Saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS**. 2ª ed. Brasília, 2013b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde e Justiça. Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional** no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2014a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias - Infopen**. Brasília. Junho, 2014b.

\_\_\_\_\_. Secretaria-Geral da Presidência da República. **Mapa do Encarceramento: os jovens do Brasil**. Brasília, 2014c.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária** - lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez, 3ª Ed, 2010.

BULLOS, Uadi Lammêgo. **Curso de Direito Constitucional**. 7ª Ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

CAMPOS, Gastão Wagner. et al. **Avaliação de Política Nacional de Promoção da Saúde**. Revista Ciência & Saúde Coletiva, volume 9 – nº 3, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a20v09n3.pdf>. Acesso em: 09/05/2015.

CARDOSO JUNIOR, Ranulfo. **Prevalência do HIV nos presídios**. Boletim Direitos Humanos HIV/AIDS. Brasília, 2001. Disponível em: [http://www.aids.gov.br/final/dh/bol\\_5\\_1/prevelencia.htm](http://www.aids.gov.br/final/dh/bol_5_1/prevelencia.htm). Acesso em 15/03/2012.

CARVALHO, Márcia Lázaro de. et all. **Perfil dos Internos no Sistema Prisional do Rio de Janeiro: especificidades de gênero no processo de exclusão social**. Revista Ciência & Saúde Coletiva. Volume 11. nº 2, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n2/30433.pdf>>. Acesso em 30/09/2015.

CASTELLANOS, Pedro Luís. **Epidemiologia, Saúde Pública, situação de saúde e condições de vida**. Considerações conceituais. In: BARATA, Rita Barradas (Org.). Condições de vida e situação de saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997.

CASTRO SILVA, Juliana Nunes. **A Dignidade da Pessoa Humana a Falta de Dignidade dentro dos Presídios Brasileiros**. Disponível em: <http://www.conteudojuridico.com.br/artigo,a-dignidade-da-pessoa-humana-a-falta-de-dignidade-dentro-dos-presidios-brasileiros,39196.html>>. Acesso: 18/01/2014.

CNJ - CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Relatório Mensal do Cadastro Nacional de Inspeções nos Estabelecimentos Penais (CNIEP). Geopresídios: uma Radiografia do Sistema Prisional - dados das inspeções nos estabelecimentos penais.** Disponível em: [http://www.cnj.jus.br/inspecao\\_penal/mapa.php](http://www.cnj.jus.br/inspecao_penal/mapa.php). Acesso em: 30/09/2015.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Contra a Corrente** – ensaios sobre democracia e socialismo. São Paulo: Cortez, 2000.

COUTO, Berenice Rojas. **O Direito Social e a Assistência Social na Sociedade Brasileira: uma equação possível?** 4ª Ed. São Paulo: Cortez, 2010.

COYLE, Andrew. Administração penitenciária: uma abordagem de direitos humanos: **Manual para Servidores Penitenciários.** Londres: Internacional Center for Prison Studies, 2002. Disponível em: [http://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/portugese\\_handbook.pdf](http://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/portugese_handbook.pdf). Acesso em 14/09/2014.

DIUANA, Vilma et all. **Saúde em Prisões:** representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro, Brasil. Cadernos de Saúde Pública. vol. 24 - nº 8: Rio de Janeiro Agosto/2008. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-11X2008000800017](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-11X2008000800017)>. Acesso em 12/08/2015.

DONNANGELO, Maria Cecília de Freitas. **A pesquisa na área da saúde coletiva no Brasil – a década de 70.** Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil. Rio de Janeiro: Abrasco, 1983.

DOYAL Len; GOUGH Ian. **O direito à satisfação das necessidades.** Lua Nova: Revista de Cultura e Política nº 33 São Paulo, Ago.1994. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-445199400020008#tx01](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-445199400020008#tx01)>. Acesso em 12/05/2015.

DUARTE, Cláudia Vieitas. et all. **Campanha de Detecção de HAS e DM no Complexo Prisional do Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro, dez. 2001. Disponível em: [www.bve.org.br](http://www.bve.org.br) (Biblioteca Virtual de Enfermagem) ou: <https://www.portaleducacao.com.br/educacao/artigos/1974/programa-de-controle-da-hipertensao-arterial-e-diabetes-mellitus#!8>. Acesso em: 30/09/2015.

FERREIRA, Maria Cristina Fernandes. **Necessidades Humanas, Direito à Saúde e Sistema Penal.** Dissertação de Mestrado em Política Social da UnB – Universidade de Brasília: Brasília, 2008. Disponível em: [http://bdtd.bce.unb.br/tesdesimplificado/tde\\_busca/arquivo.php](http://bdtd.bce.unb.br/tesdesimplificado/tde_busca/arquivo.php). Acesso em: 18/03/2013.

FERREIRA Carlos Lélio Lauria; VALOIS; Luís Carlos. **Sistema Penitenciário do Amazonas – história – evolução – contexto atual.** Curitiba: Editora Juruá, 2006.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOHN, Maria da Glória. **Conselhos gestores na política social urbana e participação popular**. Revista Cadernos Metrópole, 2002 (n.º 7), 9-31. Disponível em: <http://www.cadernosmetropole.net/>.

HRW - Human Rights Watch. **Relatório: O Brasil Atrás das Grades**. Disponível em: <[www.hrw.org](http://www.hrw.org)> 1998. Acesso em: 28/10/2013.

IPSOS - Global Headquarter Services. **Pesquisa: Preocupação Mundial**. França, 2014. Disponível em: <http://www.ipsos.com.br/pgConteudo.aspx?id=69>.

KIRST, Carolina Pereira. **O Princípio da Dignidade Humana Frente ao Sistema Prisional**: Graves omissões e contradições em relação à legislação vigente. Disponível em: <http://jus.com.br/artigos/12461/o-principio-da-dignidade-humana-frente-ao-sistema-prisional/2>. Acesso em: 09/09/2014.

LEAL, César Barros. **Prisão: crepúsculo de uma era**. Belo Horizonte: Del Rey, 2001.

LERMEN, Helena Salgueiro; DARTORA, Tamires; CAPRA-RAMOS, Carine. **Drogadição no Cárcere**: questões acerca de um projeto de desintoxicação de drogas para pessoas privadas de liberdade. Estudos e Pesquisas em Psicologia. Rio de Janeiro, volume 14, n.º 2, 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v14n2/v14n2a09.pdf>. Acesso em 14/08/2015.

LOPES Fernanda. et all. **Prevalência de HIV, papilomavírus humano e sífilis na Penitenciária Feminina da Capital**, São Paulo, 1997-1998. Cadernos de Saúde Pública. Vol. 17 n.º 6. Rio de Janeiro. Nov./Dez. 2001.

\_\_\_\_\_. **Para Além da Barreira dos Números**: desigualdades raciais e saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, volume 21 – n.º 5: set-out, 2005. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v21n5/34.pdf>. Acesso em: 30/07/2015.

MACHADO, Jacinta de Fátima Franco Pereira; FIGUEIREDO, Railander Quintão de. **Gestão da Atenção à Saúde no Sistema Prisional – Unidade 14 – Saúde Mental**. Apostila do Curso de Especialização em Gestão em Saúde no Sistema Penitenciário. Brasília: UNA-SUS, UFMS e FIOCRUZ, 2014.

MARSHALL, Thomas Robert. **Cidadania, Classe Social e Status**. Tradução: Meton Porto Gadelha; introdução: Phillip C. Schmitter. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1967.

MATO GROSSO (estado). Lei n.º 7.928, de 11 de julho de 2003. **Lei sobre a composição, funcionamento, e gratificação dos membros do Conselho Penitenciário**, 2003a.

MATO GROSSO (estado). **Lei n.º 10.030, de 27 de dezembro de 2013**. Lei que “Altera a redação da Lei n.º 7.928, de 11 de julho de 2003”, 2003b.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. (Org.). **Pesquisa Social: teoria método e criatividade**. 17ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 5ª ed. São Paulo: Hucitec, 1998.

MIOTTO, Armida Bergamini. **Temas Penitenciários**. São Paulo: RT. 1992.

MIRABETE, Júlio Frabbini. **Execução Penal – comentários à Lei n.º 7220**. 11ª ed. São Paulo: Atlas, 2004.

MOTA, Ana Elisabete. **Crise Contemporânea e as Transformações na Produção Capitalista**. In: Serviço Social: Direitos e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. 49º Conselho Diretor. 61ª Sessão do Comitê Regional. **Resolução Cd49.R19**. Eliminação de doenças negligenciadas e outras infecções relacionadas à pobreza. Washington, D.C., EUA, 28 de setembro a 2 de outubro de 2009. Disponível em: [http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=900&Itemid=](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=900&Itemid=) Acesso em 10/08/2015.

PAPOULA. Suzana Rezende. **O Processo de Trabalho Intersectorial das Equipes de Saúde da Família no Município de Petrópolis-RJ: fatores restritivos e facilitadores** - Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Subárea: Políticas Públicas e Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro-RJ, Março de 2006.

PRADO JÚNIOR. et al. Avaliação em Enfermagem aos fatores predisponentes para o desenvolvimento de hipertensão arterial sistêmica (**HAS**) em **Detentos de uma Unidade Prisional em Muriaé-MG**. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online. Revista do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UNIRIO. Ed. Suplementar out./dez., 2010.

PROVÍNCIA DO AMAZONAS. **Relatório de 30/04/1852**. Disponível em: <http://www.crl.edu/brazil/provincial/amazonas>. Acesso em 15/06/2012.

REIS, Cássia Barbosa; BERNARDES, Érica Bento. **O que acontece atrás das grades: estratégias de prevenção desenvolvidas nas delegacias civis contra HIV/AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis**. Revista Ciência & Saúde Coletiva - vol.16 - nº 7. Rio de Janeiro, July 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000800](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800)

SAINT-HILAIRE, Augustin François César Prouvençal de. 1779-1853 - Viagem Pelas Províncias do Rio de Janeiro e Minas Gerais. Tradução de Vivaldi Moreira. Belo Horizonte: Itatiaia. 2000.

SÁNCHEZ, Alexandra Roma. et al. **A Tuberculose nas Prisões do Rio de Janeiro** - Brasil: uma urgência de saúde pública. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, volume 23 - nº 3, mar, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/13.pdf>. Acesso em: 30/09/2015.

SILVA Raquel Caroline Carneiro da. et al. **Estigma e preconceito: realidade de portadores de hanseníase em unidades prisionais**. IN: Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online. Volume 6 – nº 2. Rio de Janeiro: UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro. abr./jun. 2014. Disponível em: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/2879/pdf\\_1231](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/2879/pdf_1231). Acesso em 14/09/2015.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Secretaria de Estado da Administração Penitenciária. **Plano Estadual de Saúde no Sistema Penitenciário**. Outubro de 2003. Disponível em: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-acoes-estrategicas-gtae/saude-das-populacoes-privadas-de-liberdade/saude-do-sistema-penitenciario/plano\\_estadual\\_de\\_saude\\_09102003](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-acoes-estrategicas-gtae/saude-das-populacoes-privadas-de-liberdade/saude-do-sistema-penitenciario/plano_estadual_de_saude_09102003). Acesso em: 22/05/2013.

SIMIONATTO, Ivete. **Estado e Sociedade Civil em Tempos de Globalização: reinvenção da política ou despolitização?** Revista Katálysis do Departamento de Serviço Social da UFSC, Florianópolis, 2004, edição nº 1, volume 7.

SIQUEIRA, Carlos Eduardo; CASTRO Hermano; ARAÚJO, Tânia Maria. **A Globalização dos Movimentos Sociais: resposta social à Globalização Corporativa Neoliberal**. Revista Ciência & Saúde Coletiva. volume 8 - nº 4, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n4/a02v8n4.pdf>. Acesso em 30/09/2015.

SPOSATI, Aldaiza de Oliveira. **A Menina LOAS: um processo de construção da assistência social**. 5ª ed. São Paulo: Cortez, 2010.

SOARES, Laura Tavares. **Os Custos Sociais do Ajuste Neoliberal na América Latina**. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2009.

SOUZA, Herbert de. et al. **Democracia: cinco princípios e um fim**. Coleção Polêmica. Editora Moderna: São Paulo, 1996.

SOUZA, Nilson Araújo. **A Longa Agonia da Dependência: economia brasileira contemporânea (JK-FH)**. São Paulo: Editora Alfa Omega, 2004.

\_\_\_\_\_. **Economia Brasileira Contemporânea: de Getúlio a Lula**. 2nd ed. São Paulo: Atlas; 2008.

TAUIL, Pedro Luís. **Controle de Agravos à Saúde: consistência entre objetivos e medidas preventivas**. Informe Epidemiológico do SUS - IESUS, VII(2), Abr/Jun, 1998. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/iesus/v7n2/v7n2a06.pdf>. Acesso em: 12/07/2015.

TAVARES, Celma. **Violência Policial: uma ameaça à democracia**. 2015. Disponível: [www.dhnet.org.br/dados/jornais/edh/br/jornal\\_edh/j5/vpolic.html](http://www.dhnet.org.br/dados/jornais/edh/br/jornal_edh/j5/vpolic.html). Acesso em: 30/09/2015.

TENREIRO Aranha, João Batista de Figueiredo. **Relatório sobre o estado da Província do Estado do Amazonas**. Manaus: Imprensa oficial, 1852.

TRINDADE, José Damião de Lima. **Os Direitos Humanos: para além do capital**. In: FORTI, Valéria; BRITES, Cristina Maria (Org.). Direitos humanos e serviço social: polêmicas, debates e embates. 3ª ed. – Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013 (Coletânea Nova de Serviço Social).

VALOIS, Luís Carlos. **Saúde, Drogas e Repressão**. [2008?]. Disponível em: <https://www2.mppa.mp.br/sistemas/gcsubsites/upload/60/SA%C3%83%C5%A1DE%20DROGAS%20E%20REPRESS%C3%83%C6%92O.pdf>. Acesso em: 12/08/2013.

WARGAS, Tatiana. **A Saúde como Política Pública**. Revista políticas públicas em Saúde Pública. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004.

WHO - World Health Organization. **Global Plan to Stop TB 2006-2015**. Geneva, 2006b.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl. **Em Busca das Penas Perdidas**. 4ª Ed. Tradução de Vânia Romano Pedrosa e Almir Lopes da Conceição. Rio de Janeiro: Revan. 1999.



**ANEXO**

## RELATÓRIO DE INSPEÇÃO EM ESTABELECIMENTO PRISIONAL

### I – Identificação

Estabelecimento - \_\_\_\_\_  
Endereço - \_\_\_\_\_  
Cidade/UF - \_\_\_\_\_  
Responsável - \_\_\_\_\_  
Formação - \_\_\_\_\_  
Profissional - \_\_\_\_\_

### II – Qualificação do Estabelecimento

Fechado                       Semiaberto                       Aberto  
 Hospital de Custódia       Casa de Albergado  
 Masculino                       Feminino  
 Condenado                       Provisório

1. Capacidade do estabelecimento: \_\_\_\_\_ Quantidade: \_\_\_\_\_
2. Lotação: \_\_\_\_\_ Quantidade: \_\_\_\_\_
3. Há alas separadas para diferentes regimes?       sim       não       não identificado
4. Há alas separadas para presos provisórios e condenados?       sim       não       não identificado
5. Há alas separadas para jovens, adultos e mulheres se for o caso?       sim       não       não identificado
6. Há local especial para cumprimento de seguuro/custódia diferenciada?       sim      Tipo: \_\_\_\_\_       não
7. Há celas individuais?       sim      Quantidade: \_\_\_\_\_       não
8. Dimensão das celas coletivas: \_\_\_\_\_ m X \_\_\_\_\_ m      Quantidade: \_\_\_\_\_
9. Há local para deficientes físicos?       sim       não
10. Há enfermarias?       sim      Quantidade: \_\_\_\_\_       não
11. Há farmácias?       sim      Quantidade: \_\_\_\_\_       não
12. Há local especial para visita de advogado?       sim       não
13. Há local especial para atividades de estagiários?       sim       não
14. Há local apropriado para visitas íntimas?       sim       não
15. Existe local destinado ao recebimento da visita comum?       sim       não
16. Há bercário?       sim       não
17. Há creche?       sim       não

**III – Informações sobre o Sistema Prisional**

1. Possui Hospital ?  sim  não
- 1.1. Está integrado ao Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário?  sim  não
2. Dispõe de estabelecimento para atendimento ao egresso?  sim  não
3. Dispõe de estabelecimento para idosos?  sim  não
4. Dispõe de estabelecimento para mulheres?  sim  não
- 4.1. Há berçário?  sim  não
5. Dispõe de estabelecimento/local para funcionários da administração da justiça criminal (policiais, etc.)?  sim  não

**IV – Condições Gerais do Estabelecimento**

	Ótimo (a) 10-9	Bom (boa) 8-7	Regular 6-4	Ruim 3-0	Não pode ser avaliado(a)
1. Estrutura Predial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Celas com isolamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Celas com aeração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Condicionamento térmico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Instalações hidráulicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Instalações elétricas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Higiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Limpeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Condição geral da cozinha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Alimentação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Há camas para todos os presos?			<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/>
12. Alimentação é confeccionada na própria unidade?			<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/>
13. Há distribuição de uniformes?			<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/>
14. Há distribuição de roupas de cama?			<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/>
15. Há distribuição de toalhas?			<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/>
16. Há distribuição de artigos de higiene?			<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/>
17. Existe atendimento social?			<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/>
18. Existe atendimento jurídico?			<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/>
19. Há atendimento religioso?			<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/>

**V – Pessoal**

1. Total de RH na área de segurança: \_\_\_\_\_
2. Total de RH na área administrativa: \_\_\_\_\_
3. Total de RH na área médica: \_\_\_\_\_
4. Total Geral: \_\_\_\_\_
5. Há Médicos?  sim  não Quantidade: \_\_\_\_\_
6. Há Enfermeiros?  sim  não Quantidade: \_\_\_\_\_

7. Há Auxiliares de Enfermagem?  sim Quantidade: \_\_\_\_\_  não
8. Há Psiquiatras?  sim Quantidade: \_\_\_\_\_  não
9. Há Psicólogos?  sim Quantidade: \_\_\_\_\_  não
10. Há Dentistas?  sim Quantidade: \_\_\_\_\_  não
11. Há Assistentes Sociais?  sim Quantidade: \_\_\_\_\_  não
12. Há Advogados?  sim Quantidade: \_\_\_\_\_  não
13. Outros Especificar:  sim Quantidade: \_\_\_\_\_  não
- \_\_\_\_\_

#### VI – Ações de Saúde

1. Quais trabalhos são realizados para prevenção ou controle de doenças infecto-contagiosas, DST e AIDS? \_\_\_\_\_
2. Há distribuição de preservativos?  sim Frequência: \_\_\_\_\_  não
3. Há presos ou internos com AIDS?  sim Quantidade: \_\_\_\_\_  não
4. Há distribuição de AZT ou similares?  sim  não

#### VII – Ações Laborais

1. Oficinas dentro do estabelecimento?  sim Quantidade: \_\_\_\_\_  não  não identificado
2. Quantas das oficinas são administradas pelo estabelecimento?  sim  não
3. Quantas das oficinas são administradas em parceria com a iniciativa privada?  sim  não
4. Outra forma de administração de oficinas: \_\_\_\_\_
- | 5. Atividade                | Quantidade de envolvidos | Média de Remuneração | Não-Remunerados          |
|-----------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| a. Cozinha                  | _____                    | _____                | <input type="checkbox"/> |
| b. Limpeza                  | _____                    | _____                | <input type="checkbox"/> |
| c. Serviços Administrativos | _____                    | _____                | <input type="checkbox"/> |
| d. Oficinas                 | _____                    | _____                | <input type="checkbox"/> |
| e. Fábrica                  | _____                    | _____                | <input type="checkbox"/> |
| f. Agricultura              | _____                    | _____                | <input type="checkbox"/> |
| g. Artesanato               | _____                    | _____                | <input type="checkbox"/> |
| h. Pecuária                 | _____                    | _____                | <input type="checkbox"/> |
| i. Outros:                  | _____                    | _____                | <input type="checkbox"/> |
6. Total de presos ou internos com permissão para trabalho externo? \_\_\_\_\_

#### VIII – Ações Educacionais / Desportivas / Culturais e de Lazer

1. Há atividades educacionais?  sim  não
2. Indique nas atividades o número de presos envolvidos:
- alfabetização: \_\_\_\_\_
- ensino fundamental: \_\_\_\_\_
- ensino médio: \_\_\_\_\_
- profissionalizante: \_\_\_\_\_
- outros: \_\_\_\_\_

3. Os cursos são ministrados por:
- Professores do Sistema Penitenciário Estadual  
 Professores da Secretaria Estadual de Educação  
 Presos funcionam como monitores  
 Outros professores:
- 
4. Há atividades esportivas?  sim  não
5. Há atividades culturais/lazer?  sim  não

### IX – Segurança

	Ótima 10-9	Boa 8-7	Regular 6-4	Ruim 3-0	Não pode ser avaliada
1. Impressões sobre a segurança do estabelecimento para o tipo de preso:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. A segurança interna é realizada por:	<input type="checkbox"/> Policiais Cíveis	<input type="checkbox"/> Policiais Militares		<input type="checkbox"/> Agentes de Segurança Penitenciária	
3. A segurança externa é realizada por:	<input type="checkbox"/> Policiais Cíveis	<input type="checkbox"/> Policiais Militares		<input type="checkbox"/> Agentes de Segurança Penitenciária	
4. A escolta externa é realizada por:	<input type="checkbox"/> Policiais Cíveis	<input type="checkbox"/> Policiais Militares		<input type="checkbox"/> Agentes de Segurança Penitenciária	

### X – Agentes Penitenciários

1. Escala de trabalho \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_
2. Há utilização de uniforme?  sim  não
3. Os agentes têm acesso a equipamento de segurança como rádio, alarme e outros?  sim  não
4. O treinamento dos agentes ocorre:
- a.  Curso de Formação Entidade Executora: \_\_\_\_\_
- a.  Cursos Especiais Entidade Executora: \_\_\_\_\_
5. Há plano de carreira?  sim  não
6. Há Escola Penitenciária?  sim  não
- |   | Ótimo<br>10-9            | Bom<br>8-7               | Regular<br>6-4           | Ruim<br>3-0                  | Não pode ser<br>avaliado     |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 7. Impressões sobre alojamento dos agentes: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     |
| 8. Há porte de armas para os agentes?       |                          |                          |                          | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não |

### XI – Execução Penal

	Ótima 10-9	Boa 8-7	Regular 6-4	Ruim 3-0	Não pode ser avaliada
1. Impressões sobre a disciplina no estabelecimento:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Quais os tipos de sanções disciplinares aplicadas?	_____				
	_____				
	_____				
3. Qual é a média de presos submetidos a sanções disciplinares?	_____				
	_____				
4. Quando há sanção de isolamento, qual a média de dias aplicados?	_____				
	_____				
	_____				

5. Qual o máximo de dias aplicados?

	Ótima 10-9	Boa 8-7	Regular 6-4	Ruim 3-0	Não pode ser avaliada
6. Impressões sobre a cela para isolamento:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Na convivência diária é possível constatar a existência de violência física entre os presos?			<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	
8. É possível identificar lideranças articuladas?			<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	
9. Houve rebeliões nos últimos seis meses?			<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	
10. Houve rebeliões com reféns?			<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	
11. Motivos de rebeliões:					

12. Resultados de rebeliões (danos ao prédio, pessoais, fugas, etc.):

13. Houve motins nos últimos seis meses?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
14. Qual a média de fugas?		
15. Em regime semi-aberto qual a média de evasão?		
16. Há uso de substâncias tóxicas pelos presos?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
17. Já foi detectada produção de substâncias tóxicas pelos presos?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
18. Qual principal veículo de introdução de substâncias tóxicas no estabelecimento?		

## XII – Visitas

1. Há permissão para visitas íntimas?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	Frequência: _____		
	Ótimo 10-9	Bom 8-7	Regular 6-4	Ruim 3-0	Não pode ser avaliado
2. Impressões sobre o local de visitas comuns:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Impressões sobre o local de visitas íntimas:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. A revista em mulheres é feita por agentes femininas?				<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
5. Nos últimos seis meses foi encontrada alguma substância tóxica com os visitantes?				<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
6. É permitido que os visitantes levem comida para os presos?				<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não

## XIII – Diversos

1. No momento do ingresso há explicações sobre o funcionamento do estabelecimento?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
2. No momento do ingresso há explicações sobre os direitos e deveres do preso?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
3. Quando se aproxima a liberdade, há algum trabalho realizado para a preparação do preso?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
4. Qual a frequência do banho de sol?		
5. É permitida a entrada de jornais e revistas?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
6. Presos tem acesso a telefone público?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
7. É permitido o uso:		
a. Rádio/Aparelho de Som	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
b. TV	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
c. Vídeo/DVD	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não

