

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ-UESPI
CAMPUS PROFESSOR ALEXANDRE ALVES DE OLIVEIRA
BACHARELADO EM DIREITO

ADERGLEYSON SILVA DE SOUZA
JÚLIO CÉSAR COSTA VIEIRA

UM ESTUDO SOBRE A PROMOÇÃO DE SAÚDE AOS DETENTOS DA
PENITENCIÁRIA DO MUNICÍPIO DE PARNAÍBA, PIAUÍ, BRASIL

Biblioteca UESPI PHB
Registro Nº M 1480
Op. 348.58
CUT. S.729e
V. 1
Data 22 / 01 / 16
Visto _____

PARNAÍBA-PI

2015

**UM ESTUDO SOBRE A PROMOÇÃO DE SAÚDE AOS DETENTOS DA
PENITENCIÁRIA DO MUNICÍPIO DE PARNAÍBA, PIAUÍ, BRASIL**

Monografia submetida ao Curso de Direito da Universidade Estadual do Piauí/ UESPI Campus Parnaíba, como pré-requisito para obtenção de título de Bacharel, sob orientação da Prof^o Esp. Geerson Sousa Batista.

PARNAÍBA-PI

2015

**ADERGLEYSON SILVA DE SOUZA
JÚLIO CÉSAR COSTA VIEIRA**

**UM ESTUDO SOBRE A PROMOÇÃO DE SAÚDE AOS DETENTOS DA
PENITENCIÁRIA DO MUNICÍPIO DE PARNAÍBA, PIAUÍ, BRASIL**

Monografia submetida ao Curso de Direito da Universidade Estadual do Piauí/ UESPI Campus Parnaíba, como pré-requisito para obtenção de título de Bacharel, sob orientação da Prof^ª Esp. Gerson Sousa Batista.

PARNAÍBA-PI

2015

ADERGLEYSON SILVA DE SOUZA

JÚLIO CÉSAR COSTA VIEIRA

1

**UM ESTUDO SOBRE A PROMOÇÃO DE SAÚDE AOS DETENTOS DA
PENITENCIÁRIA DO MUNICÍPIO DE PARNAÍBA, PIAUÍ, BRASIL**

Monografia submetida ao Curso de Direito da Universidade Estadual do Piauí/ UESPI Campus Parnaíba, como pré-requisito para obtenção de título de Bacharel, sob orientação da Prof^o Gerson Sousa Batista.

Aprovado em __/__/__

Banca Examinadora

Professor Gerson Sousa Batista

Professor (a) Examinador (a)

Professor (a) Examinador (a)

PARNAÍBA-PI

2015

DEDICATÓRIA

Dedicamos este trabalho a todos que somaram para realização deste sonho, em especial nossas famílias, assim como amigos próximos que estiveram conosco ao longo da realização deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Neste momento tão importante, queremos agradecer primeiramente a Deus por ter nos conduzido e nos orientado espiritualmente nesta longa caminhada, agradecemos a nossas famílias pelo apoio incondicional e incentivo constante nesta etapa de nossas vidas. Agradecemos todo o corpo docente da nossa Instituição de Ensino que contribuiu para nossa formação. E aos amigos que foram companheiros nessa jornada de estudos.

“Tu te tornas eternamente responsável por aquilo
que cativas”.

Antoine de Saint-Exupéry

RESUMO

Diante da falada realidade do sistema penitenciário brasileiro, onde se vê de forma simples e clara a ineficiência do sistema penitenciário, e a total falta de assistência aos detentos, seja ela educativa, social ou de saúde, resolve-se conhecer mais, as condições da assistência em saúde oferecida aos detentos no sistema penitenciário de Parnaíba-PI. Esta pesquisa teve caráter exploratório, onde foram analisados trabalhos recentes, executados na penitenciária em estudo, trabalhos realizados por estudantes de saúde de universidades da região, onde tinham o mesmo intuito de pesquisa, sabe a realidade sobre o assunto saúde dos presos na cidade de Parnaíba. Com todos os dados sintetizados, foi possível constatar a falta de condições básicas ao acesso à saúde por parte dos detentos e foi possível verificar também as condições mais insalubres em que vivem este detentos, além da falta de local adequado para profissionais de saúde fazer os primeiro atendimentos aos presos da unidade.

PALAVRAS-CHAVES: Acesso à saúde, Condições insalubres, Sistema penitenciário.

ABSTRACT

On the speech of the reality of the Brazilian prison system, where it is seen simply and clearly the inefficiency of the prison system form, and the total lack of assistance to detainees, be it educational, social or health, decides to know more, the conditions of health care offered to inmates in the prison system Parnaíba-PI. This research was exploratory in nature, which analyzed recent works, executed in prison in study, work carried out by health students from universities in the region, which had the same purpose of research, know the reality on the subject health of prisoners in the city of Parnaíba. With all the synthesized data, there has been a lack of basic conditions to health care access by the detainees and was also possible to verify the most unsanitary conditions in which they live this detainees, and the lack of suitable site for health professionals make the first visits to prisoners of the unit.

KEY-WORDS: Care access, Unsanitary condition, Prison system.

SUMÁRIO

01-INTRODUÇÃO.....	10
1.1- O interesse pelo tema da pesquisa	10
02-PROBLEMÁTICA	15
03-OBJETIVOS	17
3.1- Objetivo Geral	17
3.2- Objetivos Específicos	17
04-CAMINHO METODOLÓGICO	18
4.1- Abordagem Metodológica.....	18
4.2- Procedimentos Metodológicos.....	20
05-REFERÊNCIAL TEÓRICO.....	21
06-RESULTADO E DISCURSÃO	26
07-CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
07- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33

1. INTRODUÇÃO

1.1 – O interesse pelo tema da pesquisa

Mediante os problemas que passam as unidades prisionais no Brasil, com falta de condições mínimas de atender a população carcerária, estruturas físicas dos presídios debilitadas, trabalho pessoal escasso, surgiu o interesse em abordar o assunto saúde dos detentos da Penitenciária de Parnaíba, colaborou ainda o fato de um dos pesquisadores ser profissional da saúde na cidade e ser assim como o segundo pesquisador estudante de direito e levar em conta, o direito fundamental à saúde.

Apesar da existência de políticas públicas que asseguram tal direito à pessoa em privação de liberdade, é visível o descaso dos governantes em relação ao tema em debate. Observa-se ainda que quando o detento necessita de qualquer forma de atendimento de saúde, o mesmo é deslocado até uma unidade de pronto atendimento hospitalar fora do presídio, sem nem suporte básico de atendimento, sem transporte próprio ou adaptado para tal procedimento. No estudo veremos que tudo foge da forma certa de se agir e que o improvisado é figura constante no que diz respeito a saúde dos detentos. Apesar de os usuários do sistema terem cometidos crimes e delitos, não podemos passar por cima de seus direitos ou simplesmente fechar os olhos para esse problema.

Um dos conceitos mais abrangentes para o termo saúde foi elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1948, e define: “Saúde é o estado do mais completo bem estar, físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”. A saúde pode ser considerada, como a expressão das relações que o ser humano estabelece com meio externo, com o meio e consigo mesmo.

O sistema penitenciário brasileiro apresenta um quadro preocupante em relação à saúde das pessoas em situação prisional, devido a vários fatores que propiciam alguns problemas. Dentre eles, podemos destacar o déficit de vagas nas penitenciárias e, principalmente, a falta de assistência médica adequada e suficiente, as condições de superlotação nas celas e condições sanitárias nas penitenciárias. No entendimento de Assis:

A elevação do número de presidiários configura um fenômeno mundial que como esperado, atinge também o Brasil. Do ano 2001 para o ano de 2012, o número de presos no Brasil cresceu exorbitantemente, o que representou um crescimento de 120% aproximadamente. No Brasil, o número de presos por 100.000 habitantes vem crescendo sistematicamente, a tal ponto, que dobraram nos últimos doze anos.

A Portaria Interministerial nº 1777, de 09 de setembro de 2003, que instituiu o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, é fruto de um trabalho matricial construído com a participação de diversas áreas técnicas dos Ministérios da Saúde e da Justiça e com a participação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária.

No entanto a prática do sistema prisional brasileiro, apresenta-se diferente do que está estabelecido na legislação. Ocorre uma série de inadequações relacionadas tanto à infraestrutura quanto as condições de vida dos detentos, como a falta de transporte adequado para transporte dos detentos em caso de urgência e emergência, alimentação adequada a presos doentes, dentre outros fatos que agravam mais ainda a saúde dos presidiários.

Os presos adquirem as mais variadas doenças no interior das prisões, sendo as mais comuns: a tuberculose e pneumonia, as doenças do aparelho respiratório, como também hepatite e doenças venéreas em geral, como AIDS. Apesar dessas doenças, existe um grande número de presidiários portadores de distúrbios mentais, hanseníase e com deficiências físicas. A saúde dentária, isto é, o tratamento odontológico na prisão resume-se apenas à extração de dentes. Não ocorre tratamento médico-hospitalar dentro da maioria das prisões. Contudo, vale salientar que, desde 1984, foi instruída a Lei de Execução Penal nº7.210, de 11 de Julho

A assistência à saúde do preso e do internado deve ser de caráter preventivo e curativo compreendendo o atendimento médico, farmacêutico e odontológico. Considera ainda que, quando o estabelecimento penal não estiver aparelhado para prover a assistência médica necessária, este deverá ser referenciado para outro serviço resolutivo.

Em 2003, foi instituída a Portaria Interministerial dos Ministérios da Saúde e da Justiça nº 1777 de 09 de setembro, aprovando o Plano Nacional de Saúde

no Sistema Penitenciário (PNSSP), visto que a saúde, nos sistemas penais, ainda não participava na íntegra dos princípios do SUS (Sistema Único de Saúde), no entanto a portaria criada tende a promover a atenção integral à saúde da população prisional em unidades masculinas e feminina bem como nas psiquiátricas.

Logo, a prática do sistema prisional brasileiro, apresenta-se bastante diferente do que está estabelecido na legislação. Há uma série de inadequações relacionadas tanto à infraestrutura quanto as condições de vida. Destaca-se a falta ou escassez de transporte para presidiários em caráter de urgência e emergência.

Segundo o Ministério da Saúde o Plano Nacional de Saúde prevê a inclusão da população penitenciária no SUS, garantindo que o direito à cidadania se efetive na perspectiva dos direitos humanos. O acesso dessa população a ações e serviços de saúde é legalmente definido pela Constituição Federal de 1988, pela Lei nº 8.080, de 1990, que regulamenta o Sistema Único de Saúde, pela Lei nº 8.142, de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde, e pela Lei de Execução Penal nº 7.210, de 1984. As ações e os serviços de saúde definidos pelo Plano Nacional são consoantes com os princípios e as diretrizes do SUS.

Os instrumentos de gestão do Sistema que orientam o planejamento e a tomada de decisão de gestores de saúde estão presentes nesse Plano, a exemplo do cadastramento de Unidades dos Estabelecimentos Prisionais no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde. Esse Plano foi construído em coerência com a discussão da organização de sistemas de saúde e do processo de regionalização da atenção, que pauta o incremento da universalidade, da equidade, da integralidade e da resolubilidade da assistência. (GABRIELE,2013)

As ações e os serviços de atenção básica em saúde serão organizadas nas unidades prisionais e realizadas por equipes interdisciplinares de saúde. 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) e do Conselho Estadual de Saúde (CES).

Segundo as Regras Mínimas para o Tratamento de Prisioneiros aprovadas pelo Conselho Econômico e Social da ONU, a função da prisão é proteger a sociedade contra o crime, cabendo ao sistema prisional assegurar que quando egressa do Sistema essa pessoa seja capaz de respeitar a lei e tornar-se produtiva para a sociedade. Para tanto, é preciso reduzir as diferenças entre a vida intramuros e a vida extramuros, no sentido de garantir-lhe o acesso aos direitos civis que lhe cabem, bem como o exercício de sua cidadania.

Condições de vida e de saúde são importantes para todos, porque afetam o modo como as pessoas se comportam e sua capacidade de funcionarem como membros da comunidade. As condições de confinamento em que se encontram as pessoas privadas de liberdade são determinantes para o bem-estar físico e psíquico. Quando recolhidas aos estabelecimentos prisionais, as pessoas trazem problemas de saúde, vícios, bem como transtornos mentais, que são gradualmente agravados pela precariedade das condições de moradia, alimentação e saúde das unidades prisionais. É preciso reforçar a premissa de que as pessoas presas, qualquer que seja a natureza de sua transgressão, mantêm todos os direitos fundamentais a que têm direito todas as pessoas humanas, e principalmente o direito de gozar dos mais elevados padrões de saúde física e mental. As pessoas estão privadas de liberdade e não dos direitos humanos inerentes à sua cidadania. A população carcerária no Brasil é de aproximadamente 210.150 pessoas, segundo dados oficiais do DEPEN/Ministério da Justiça (Agosto/2003).

Estas pessoas encontram-se distribuídas nos diferentes estabelecimentos penais que compõem o Sistema Penitenciário Brasileiro. Aproximadamente 75% dos presos estão recolhidos em presídios e penitenciárias, unidades destinadas a presos condenados à pena de reclusão em regime fechado. As colônias agrícolas, industriais ou similares recebem presos sentenciados ao cumprimento da pena em regime semiaberto e os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTP) abrigam presos em medida de segurança, ou seja, internos que, em razão de grave transtorno mental, são incapazes de reconhecer o caráter ilícito de suas ações. Existem ainda as casas de albergado, destinadas a presos do regime aberto, e as cadeias públicas e distritos policiais, destinados a custódia de presos provisórios.

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário contempla, essencialmente, a população recolhida em penitenciárias, presídios, colônias agrícolas e/ou agroindustriais e hospitais de custódia e tratamento, não incluindo presos do regime aberto e presos provisórios, recolhidos em cadeias públicas e distritos policiais. A população penitenciária brasileira é composta, predominantemente, por adultos jovens: homens brancos, solteiros e com menos de 30 anos de idade. São, em sua grande maioria, pobres e condenados pelos crimes de furto e roubo. Poucos entre eles foram alfabetizados e possuíam profissão definida anteriormente à prisão, caracterizando uma situação de exclusão social anterior ao seu ingresso no Sistema Prisional. Mais da metade é reincidente na prática de crimes e comumente associam seus atos delituosos à situação de desemprego e pobreza em que se encontram.

No Brasil, a distribuição dos presos por estado e região é feita de forma irregular e muitas vezes desproporcional. Os estados de São Paulo, Minas Gérias, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul juntos contabilizam cerca de 65% da população carcerária nacional. O custo médio mensal de um preso para o Estado também varia muito de uma unidade federada para outra, retratando realidades diferenciadas de confinamento e assistência a essa população. (Ministério da Saúde-2012)

2. PROBLEMÁTICA

Aproximadamente 34% dos presos estão recolhidos em presídios e penitenciárias. Estas unidades, a princípio, destinam-se a presos condenados à pena de reclusão em regime fechado. No entanto, como os próprios dados oficiais do DEPEN/MJ indicam, essas unidades absorvem tanto presos em regime fechado quanto aqueles em caráter provisório.

As colônias agrícolas, industriais ou similares recebem presos sentenciados ao cumprimento da pena em regime semi-aberto e os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTP) abrigam presos em medida de segurança, ou seja, internos que, em razão de grave transtorno mental, são incapazes de reconhecer o caráter ilícito de suas ações. Existem ainda as casas de albergado, destinadas a presos do regime aberto, e as cadeias públicas e distritos policiais, destinados à custódia de presos provisórios.

A questão da saúde no sistema penitenciário não pode ser dissociada de problemas inerentes ao sistema: a superlotação, a política repressiva contra drogas, a pressão social pelo endurecimento das penas e a insalubridade são fatores que contribuem para o surgimento e agravamento de problemas de saúde na população penitenciária. Aparte tais barreiras, há desafios associados, como o de assentar a intersetorialidade de lógicas distintas como a da saúde e da segurança em âmbito prisional, migrar de uma dinâmica essencialmente curativa para preventiva, contratar e capacitar recursos humanos, entre outros.

A superlotação é fator de vulnerabilidade que deve ser enfatizado. Entre 1992 e 2007 é possível observar um crescimento de 370% na população em privação de liberdade no mundo. No Brasil, o quadro não é diferente, encontrando-se uma taxa de ocupação de 160% em 2009. Mesmo com infraestrutura adequada (o que é raro), a entrada progressiva de novos presos e

presas, associada à insalubridade dela decorrente, é não somente uma das maiores barreiras da atuação da saúde no sistema penitenciário, mas também uma das razões pelas quais a dinâmica permanece curativa.

Dados recentes do DEPEN – Departamento Penitenciário Nacional, órgão do Ministério da Justiça responsável pela administração prisional em âmbito federal, apontam que se apenas o Estado de São Paulo quisesse acompanhar a demanda prisional, uma penitenciária com 500 vagas teria de ser criada a cada 30 dias.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

- Acompanhar a oferta da atenção primária à saúde da população custodiada em estabelecimento penal no município de Parnaíba visto em cumprimento da Portaria Interministerial nº.1.777, de 09 de setembro de 2003, e possibilitando a organização e o fortalecimento de serviços assistenciais integrais e resolutivos.

3.2. Objetivos Específicos:

- Observar o processo oferecido a comunidade privada de liberdade, no que diz respeito ao acesso a atenção básica de saúde;
- Relatar as normas fundamentais sobre o direito a saúde;
- Conhecer a realidade da promoção e assistência à saúde no sistema prisional de Parnaíba;
- Identificar as ações realizadas na unidade prisional de Parnaíba como forma de profilaxia de processos de doença;
- Estudar a saúde da população custodiada em Parnaíba, analisar atendimento multiprofissional humanizado, garantindo a atenção primária no âmbito da(s) unidade(s) penal(ais) aparelhada(s) e na rede assistencial do SUS.

4. CAMINHO METODOLÓGICO

4.1 A abordagem Metodológica

A metodologia é de suma importância para a produção de uma pesquisa, sem este dispositivo é impossível coletar dados, rodar gráficos analisar as informações colhidas no campo de pesquisa, é importante saber usar o método mais adequado para a ocasião, deve-se usar a técnica mais eficaz e ágil, além de evitar meios burocráticos de pesquisa.

Para Bogdan e Biklen (1982) a pesquisa qualitativa supõe o contato direto e prolongado do pesquisador com o ambiente e a situação que está sendo investigada, via de regra, através do trabalho intensivo de campo. A justificativa para que o pesquisador mantenha um contato estreito e direto com a situação onde os fenômenos ocorrem é que os problemas aqui estudados surgem naturalmente, sem nenhum tipo de manipulação.

No que tange à abordagem descritiva e exploratória Cervo e Bervian (2002) relatam que a primeira busca é conhecer as mais diversas situações e relações que ocorrem na vida social, política, econômica e cultural do homem, tanto no coletivo como no individual. Porém uma vez que o estudo exploratório caracteriza-se por não ser testadas hipóteses durante o trabalho e procura-se definir objetivos e buscar mais informações sobre o tema em questão.

Pelo fato do pesquisador ter decidido pelas escolhas dos métodos e técnicas a serem adotadas no estudo, e por ser de natureza subjetiva não há neutralidade na pesquisa de acordo com Rubens Alves pesquisar é um ato político. A pesquisa se trata de um estudo bibliográfico baseado em estudos feitos no mesmo âmbito, foi feita análise de gráficos dos resultados obtidos em pesquisa anteriores. Por se tratar de um estudo baseado em dados foi necessário levar em

conta a pesquisa documental que acaba sendo decisiva na área de estudo em questão.

Segundo o CNPq a pesquisa é de natureza científica da área da humanas, pelo fato de se tratar de pré-requisito obrigatório da conclusão de curso de Bacharelado em Direito da Universidade Estadual do Piauí/Campus Professor Alexandre Alves de Oliveira na cidade de Parnaíba, onde o acadêmico/pesquisador encontra-se devidamente matriculado.

Se trata ainda de uma pesquisa básica/pura, por se pretender apenas ampliar os conhecimentos no assunto em questão e por se aumentar ainda mais os conhecimentos na área de humanas. Trata-se de um estudo de campo de natureza exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa, onde serão estudados casos de pessoas privadas de liberdade em que será feita a pesquisa. Segundo Polit, Beck e Hungler (2004) “a pesquisa qualitativa baseia-se na premissa de que o conhecimento sobre os indivíduos só é possível com a descrição da experiência humana, tal como ela vivida e como ela é definida por seus próprios autores”.

4.2 Procedimentos Metodológicos

A coleta dos dados deu-se por pesquisas anteriores na unidade prisional do Município de Parnaíba, onde agora foi possível analisar todos os dados mais relevantes e chamativos dos problemas enfrentados pela unidade prisional, no que diz respeito à problemática.

Na pesquisa que serviu de base para este estudo, houve um determinado o período de coleta de dados que foi realizado pelos próprio acadêmicos/pesquisadores, onde na oportunidade os autores tiveram acesso aos prontuários e documentos dos detentos, assim como tiveram acesso também ao setor de saúde do presídio, foi visitado também as alas de detenção, onde os pesquisadores tiveram oportunidade de avaliar as condições de estar dos detentos. A pesquisa de dados foi na própria unidade prisional localizada na zona urbana da cidade de Parnaíba. De acordo como o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (2010) este município fica localizado ao norte do estado do Piauí, com população estimada em aproximadamente 145.293 habitantes.

Para chegar aos dados da pesquisa foi necessário autorização do diretor da unidade, onde foram esclarecidos os objetivos do estudo e da sua importância na comunidade em relação ao tema.

Foi esclarecido para a direção da unidade prisional a função da pesquisa, os objetivos e a importância do estudo, foi assinado também assinado o termo de consentimento livre do participante da unidade prisional (diretor) que foi responsável pelo acesso aos dado coletados, foi realizada uma entrevista prévia sobre perguntas básicas sobre o acesso

5. REFERENCIAL TEÓRICO

Em face da dura realidade das unidades prisionais, as equipes de saúde terão o desafio de interferir no cotidiano de desassistência, tendo por base padrões humanos que se traduzem em ações tecnicamente competentes, intersetorialmente articuladas e socialmente apropriadas. O direito à saúde como direito legítimo de cidadania é um princípio fundamental do PNSSP. Os profissionais das equipes de saúde, convivendo com as pessoas privadas de liberdade, entendendo as representações sociais da doença, podem induzir mudanças significativas no Sistema Penitenciário Brasileiro.

Essas equipes, articuladas a redes assistenciais de saúde, têm como atribuições fundamentais: Planejamento das ações, Saúde, promoção vigilância e Trabalho interdisciplinar em equipe. Nas unidades prisionais com mais de 100 presos, a equipe técnica mínima, para atenção a até 500 pessoas presas, obedecerá a uma jornada de trabalho de 20 horas semanais e deverá ser composta por: Médico, Enfermeiro; Odontólogo; Psicólogo; Assistente social; Auxiliar de enfermagem; e Auxiliar de consultório dentário (ACD). Os estabelecimentos com menos de 100 presos não terão equipes exclusivas. Os profissionais designados para atuarem nestes estabelecimentos, com pelo menos um atendimento semanal, podem atendê-los na rede pública de saúde.

As unidades de saúde implementadas de acordo com o Plano Nacional de Saúde, no âmbito dos estabelecimentos prisionais – presídios, penitenciárias, hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTP), colônias agrícolas –, assim como os profissionais de saúde atuantes nestas unidades, serão monitorados por meio de sistemas de informações que constituem o Sistema de Informações em Saúde do Sistema Único de Saúde.

Estas unidades deverão ser cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/SUS), conforme Portaria nº 268, de 17 de setembro de 2003, para as quais foi criado especificamente o Serviço de Atenção

à Saúde no Sistema Penitenciário, código 065, com as seguintes classificações: 183 e 185 para presídios, penitenciárias, hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, manicômios judiciários e colônias agrícolas com população de até 100 pessoas presas; 184 e 186 para presídios, penitenciárias, hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, manicômios judiciários e colônias agrícolas com população acima de 100 pessoas presas. Com este cadastramento, os estabelecimentos prisionais que tiverem as unidades de saúde implementadas receberão um código no CNES e apresentarão o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) com a produção dos serviços realizados no Sistema Penitenciário. Para que ocorra o cadastramento destas unidades, é imprescindível que os profissionais estejam registrados na folha 8/14 na "ficha de cadastro de profissionais do SUS".

O cadastramento das pessoas presas será baseado na sistemática do Cartão Nacional de Saúde. Para isso, serão utilizados os mesmos instrumentos que já estão em uso nos municípios: o formulário de cadastramento, o manual e o aplicativo CadSUS. O monitoramento e a avaliação das ações de saúde pertinentes aos planos operativos estaduais deverão ser realizados a partir de 2005, pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) ou transitoriamente pelo SIA/SUS. Instrumentos de gestão que contribuem para a organização gerencial e operacional da Atenção Básica: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); SIA/SUS; SIAB; Relatório de gestão aprovado no Conselho Municipal de Saúde; e Relatório de gestão aprovado no Conselho Estadual de Saúde. Caso estes Sistemas de Informações não sejam alimentados em consonância com as orientações do PNSSP, por dois meses consecutivos ou ainda por três meses alternados, resultará na suspensão do repasse do Incentivo.

Em âmbito federal, é de competência do Ministério da Saúde a gestão do PNSSP. A gestão e a gerência das ações e dos serviços de saúde constantes do Plano Operativo Estadual serão definidas mediante pactuação na CIB em cada unidade federada e entre gestores Estaduais de Saúde e de Justiça e gestores Municipais de Saúde. No caso de as Secretarias Municipais de Saúde assumirem a referida gestão e/ou gerência, deverá constar no Plano Operativo Estadual a devida aprovação do Conselho Municipal de Saúde.

Com o passar dos anos, um fator predominante vem marcando grande parte das penitenciárias na atualidade, que é a superlotação carcerária. Ela auxilia para a condição deprimente dos presídios brasileiros, evidenciando que não há respeito nenhum com os presos e nem entre eles mesmos, pois a violência é algo comum, inclusive a sexual. Pode-se observar que a droga é objeto constante na vida desses detentos, observa-se o ócio dos reclusos, onde vivem em celas minúsculas e sem nenhuma condição sanitária. Essas circunstâncias revelam a atual situação encontrada dentro dos presídios brasileiros e a grande dificuldade em se conseguir a ressocialização do condenado devido à situação a qual ele é submetido.

No projeto do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário existe as recomendações de padronização física da unidade de saúde nos estabelecimentos penais para atendimento de até 500 pessoas presas e se trata das seguintes:

1. **PROJETOS FÍSICOS:** devem estar em conformidade com a resolução ANVISA RDC n.º 50 de 21/02/2002;

2. **ACESSOS:** o estabelecimento deve possuir acesso externo facilitado para embarque e desembarque em ambulância. O trajeto desse acesso até a unidade de saúde do estabelecimento deve ser o mais curto e direto possível;

3. **CORREDORES:** os corredores de circulação de pacientes ambulantes ou em cadeiras de rodas, macas ou camas, devem ter a largura mínima de 2,0m para distâncias maiores que 11,0m e 1,20m para distâncias menores, não podendo ser utilizados como áreas de espera. No caso de desníveis de piso superiores a 1,5 cm deve ser adotada solução de rampa unindo os dois níveis;

4. **PORTAS:** todas as portas de acesso a pacientes devem ter dimensões mínimas de 0,80 (vão livre) x 2,10m, inclusive sanitários. Todas as portas utilizadas para a passagem de camas/macacões, ou seja, as portas das salas de curativos e das celas de observação, devem ter dimensões mínimas de 1,10 (vão livre) x 2,10m;

45 **AMBIENTE ÁREA MÍNIMA OBSERVAÇÕES** Central de Material Esterilizado/simplificada - Sala de lavagem e descontaminação - Sala de esterilização - Vestiário 9,0m₂ - Vestiário: barreira às salas de esterilização e de lavagem e descontaminação - Guichê entre as duas salas - Pia de despejo com válvula de descarga e pia de lavagem na sala de lavagem - Comum aos consultórios e a sala de curativos DML 2,0m₂ Depósito de material de limpeza – com tanque Rouparia Armário para guarda de roupa limpa Sanitários para equipe de saúde 1,6m₂ cada 1 masculino e 1 feminino

5. **ILUMINAÇÃO E VENTILAÇÃO:** os consultórios, e as celas de observação devem possuir ventilação e iluminação naturais. A sala de coleta deve possuir ventilação natural;

6. **LAVAGEM DE ROUPAS:** Toda a roupa oriunda da unidade de saúde do estabelecimento deve ser lavada em uma lavanderia do tipo "hospitalar", conforme previsto da Resolução ANVISA RDC nº 50 de 21/02/2002, ou ser totalmente descartável;

7. **LAVATÓRIOS/PIAS:** todos devem possuir torneiras ou comandos do tipo que dispensem o contato das mãos quando do fechamento da água. Junto a estes deve existir provisão de sabão líquido degermante, além de recursos para secagem das mãos. Para a sala de suturas deve existir, além do sabão citado, provisão de anti-séptico junto às torneiras de lavagem das mãos;

8. **RALOS:** todas as áreas "molhadas" da unidade devem ter fechos hídricos (sifões) e tampa com fechamento escamoteável. É proibida a instalação de ralos em todos os ambientes onde os pacientes são examinados ou tratados;

9. **MATERIAIS DE ACABAMENTO:** os materiais adequados para o revestimento de paredes, pisos e tetos dos ambientes devem ser resistentes à lavagem e ao uso de desinfetantes, conforme preconizado no manual Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde 2ª edição, Ministério da Saúde / Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar, Brasília-DF, 1994 ou o que vier a substituí-lo. Devem ser sempre priorizados materiais de acabamento que tornem as superfícies monolíticas, com o menor número possível de ranhuras ou frestas, mesmo após o uso e limpeza freqüente. Os materiais, cerâmicos ou não, não podem possuir índice de absorção de água superior a 4% individualmente ou depois de instalados no ambiente, além do que, o rejunte de suas peças, quando existir, também deve ser de material com esse mesmo índice de absorção. O uso de cimento sem qualquer aditivo antiabsorvente para rejunte de peças cerâmicas ou similares, é vedado tanto nas paredes quanto nos pisos. As tintas elaboradas a base de epóxi, PVC, poliuretano ou outras destinadas a áreas molhadas, podem ser utilizadas tanto nas paredes, tetos quanto nos pisos, desde que sejam resistentes à lavagem, ao uso de desinfetantes e não sejam aplicadas com pincel. Quando utilizadas no piso, devem resistir também a abrasão e impactos a que serão submetidas. O uso de divisórias removíveis não é permitido, entretanto paredes pré-fabricadas podem ser usadas, desde que quando instaladas tenham acabamento monolítico, ou seja, não possuam ranhuras ou perfis estruturais aparentes e sejam resistentes à lavagem e ao uso de desinfetantes, conforme preconizado 46 no manual citado. Na farmácia e na rouparia as divisórias podem ser utilizadas se forem resistentes ao uso de desinfetantes e a lavagem com água e sabão. Não deve haver tubulações aparentes nas paredes e tetos. Quando estas não forem embutidas, devem ser protegidas em toda sua extensão por um material resistente a impactos, à lavagem e ao uso de desinfetantes;

10. **RODAPÉS:** a execução da junção entre o rodapé e o piso deve ser de tal forma que permita a completa limpeza do canto formado. Rodapés com arredondamento acentuado, além de serem de difícil execução ou mesmo impróprios para diversos tipos de materiais utilizados para acabamento de pisos, pois não permitem o arredondamento, em nada facilitam o processo de limpeza do local, quer seja ele feito por enceradeiras ou mesmo por rodos ou vassouras

envolvidos por panos. Especial atenção deve ser dada a união do rodapé com a parede de modo que os dois estejam alinhados, evitando-se o tradicional ressalto do rodapé que permite o acúmulo de pó e é de difícil limpeza;

11. CONTROLE DE PRAGAS E VETORES: devem ser adotadas medidas para evitar a entrada de animais sinantrópicos nos ambientes da unidade, principalmente quando se tratar de regiões onde há incidência acentuada de mosquitos, por exemplo;

12. INSTALAÇÕES: 12.1- Esgoto: caso a região onde o estabelecimento estiver localizado tenha rede pública de coleta e tratamento de esgoto, todo o esgoto resultante da unidade de saúde e mesmo do estabelecimento prisional pode ser lançado nessa rede sem qualquer tratamento. Não havendo rede de coleta e tratamento, todo esgoto terá que receber tratamento antes de ser lançado em rios, lagos, etc. (se for o caso); 12.2- Água: o reservatório d'água deve ser dividido em dois para que seja feita a limpeza periódica sem interrupção do fornecimento de água; 12.3- Elétrica: todas as instalações elétricas devem ser aterradas; 12.4- Combate a incêndios: o projeto deve ser aprovado pelo corpo de bombeiros local;

13. PROGRAMA FUNCIONAL: qualquer outro ambiente não definido neste programa mínimo poderá ser agregado desde que justificado pelas necessidades de demanda ou especificidades do estabelecimento prisional. Para a verificação das dimensões e características dos ambientes a serem acrescidos, deve-se verificar a Resolução da ANVISA RDC nº 50 de 21/02/2002.

Vemos que neste sentido, manter as seguintes recomendações requer, muito entusiasmo financeiro, por parte dos órgãos financeiros que são mantenedoras dos presídios, em caso a penitência local na qual estamos estudando.

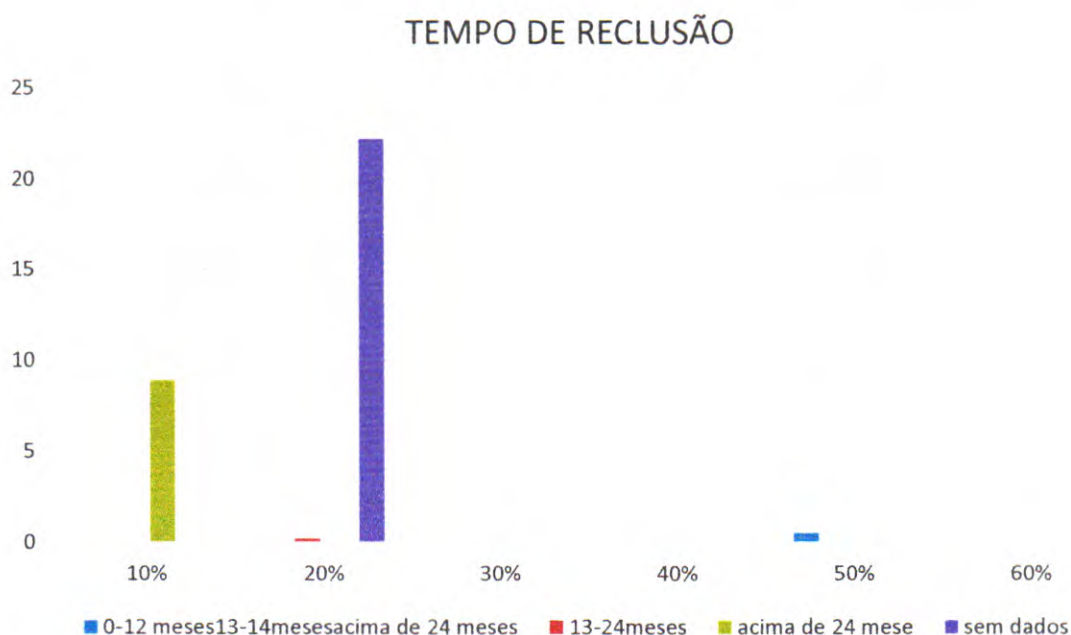
06- RESULTADO E DISCURSÃO

A pesquisa foi baseada em outros estudos realizados neste ano por acadêmicos de saúde de IES localizados na cidade, onde foram tirados destes estudos dados e informações relevantes para esse estudo que tem cunho mais constitucional e direito fundamental à saúde. As pesquisas foram realizadas na penitenciária mista de Parnaíba, durante o ano de 2015, teve como foco principal analisar os dados de prontuários dos detentos, disponíveis na instituição.

Com os primeiros dados foi observado a deficiência na organização e quantidade de prontuários disponíveis na instituição, na qual era de apenas 10% do total de detentos reclusos, e que os demais 90% não tinham sequer registro no setor de assistência à saúde, mostrando assim que grande parcela da população carcerária de Parnaíba não teve nenhuma assistência à saúde, seja de forma preventiva ou curativa.

Segundo FERNANDES 2015 de um total de 45 prontuários, notou-se que não havia uma organização mínima, no que diz respeito a estrutura e organização dos documentos de saúde. Em sua maioria não haviam sequer informações básicas como: diagnósticos, hipóteses diagnósticas, evoluções e anotações de enfermagem e/ou médicas, tratamentos realizados, procedimentos necessários e nem uso de medicações prescritas entre outros.

O intuito da análise dos prontuários é traçar um perfil dos detentos, e identificar a ocorrência de patologias e se foi dado o atendimento correto aos pacientes da unidade assim como demonstra a lei de execução penal. No primeiro gráfico veremos o tempo de detenção, os dados mostraram que quase a metade dos detentos que possuíam prontuários no posto de atendimento, estavam ali reclusos com apenas 12 meses de prisão. Assim nota-se que o detento já chegou com alguma patologia, ou adquiriu a mesma nos primeiros meses de detenção.



Ainda com relação aos dos prontuários dos detentos é importante notar que 22% deles não há nenhuma informação sobre a saúde do detento. Mediante isso há uma lacuna de como seria possível acompanhar a evolução do estado de saúde de um detento, se não sabe nem há quanto tempo ele está recluso, vivendo em ambiente que não oferece o mínimo de saneamento básico, aglomerado em celas minúsculas e com uma precária assistência à saúde.

A superlotação das celas, suas precariedade e insalubridade transformam as prisões num ambiente propício à proliferação de doenças. Além dos fatores estruturais, a má-alimentação, o sedentarismo, o uso de drogas, a falta de higiene, dentre outros, também contribuem para os problemas de saúde dos detentos. Ei-los: doenças do aparelho respiratório, como a tuberculose e a hanseníase, alto índice de hepatite e de doenças sexualmente transmissíveis, em especial, a AIDS.

Vamos destacar ainda que tais fatores são desencadeadores de patologias, além de seus agravos. Então, se o detento já adentrar no sistema prisional com algum problema de saúde, com toda certeza estes fatores apenas agravaram seu estado. Segundo Azevedo, João Welton (Revista Baiana de Saúde Pública, pag. 401-2013).

Quando um indivíduo está apenado, o estado assume a responsabilidade de cuidar de sua saúde, tanto em termos das condições nas quais as detém, quanto em termos do tratamento individual que pode ser necessário devido às circunstâncias. O estado é responsável pelo bem-estar deste indivíduo, e também é notório que os

próprios representantes do estado desconhecem os seus deveres diante das ações voltadas para esta população privada de liberdade.

Outro dado observado foi a média de idade dos detentos dos detentos que receberam algum tipo de assistência à saúde e que tenha sido registrado em prontuário. Mais uma vez observou-se que a grande maioria dos prontuários não possuía essa informação, cerca de 45% deles. Neste ponto mostra-se que a parcela da população carcerária que mais foi atendida em termos de saúde, está com idade média de 26 e 45 anos. Fato este que condiz com a realidade da média de idade dos detentos no sistema penitenciário brasileiro.

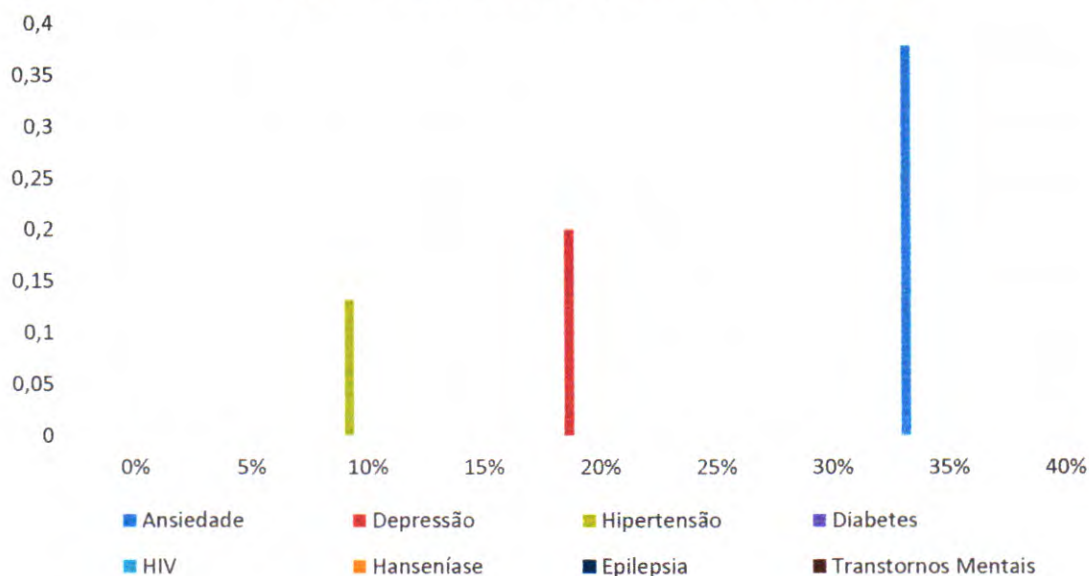
Na gráfico a seguir observa-se que foram levantadas informações quanto aos prontuários que havia algum tipo de diagnóstico ou hipótese de diagnóstico específico para o detento. Arruda AJCG de, Oliveira MHB de, Guilam MC et al. fala que:

O atraso no diagnóstico de doenças, bem como o descompromisso pelo tratamento, estão relacionados à naturalização da desassistência ao presidiário em reclusão. O presídio é visto como um lugar de sofrimentos e morte. Neste sentido, a privação do direito à saúde para com presidiários é algo comum em decorrência das relações assimétricas de perder e dos efeitos ideológicos.

Neste tema, outro dado preocupante foi constatado já que a grande maioria (47%) dos casos possuíam apenas uma hipótese de diagnóstico e não um diagnóstico especificando a patologia e que quase 32% deles não haviam sequer algum tipo de diagnóstico, ficando evidente que grande parte dos que necessitam de alguma assistência em saúde, fizeram um tratamento de forma emergencial ou paliativa, não sendo levado em conta o que realmente o detento possui e sim apenas o que ele sente naquele momento, e com isso deixa de se tratar algo que poderá ter uma gravidade bem maior do que se vê.

Foram agrupadas as principais patologias diagnósticas ou hipóteses de diagnósticos dos prontuários analisados. O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário aponta a existência de patologias decorrentes da coexistência de fatores como superlotação, pouca ventilação, condições sanitárias adversas, baixo nível socioeconômico, modos de vida e confinamento tais como: hanseníase, hipertensão arterial, diabetes, doenças crônicas, hepatites, doenças gástricas, tuberculose, transtornos mentais leves, DST/AIDS, dependência de álcool e drogas.

Principais Diagnósticos/Hipóteses Identificados



Com os dados sintetizados, observou-se que a maioria de 38% dos casos, trata-se de transtornos de ansiedade e instabilidade de humor, seguidos de depressão 20% e outros transtornos mentais 13%. Esses dados também retratam basicamente a grande incidência do uso de drogas por parte dos usuários do sistema penitenciário e abstinência desta, desestruturando o lado psicológico dos detentos ali recolhidos. Segundo PORTUGUÊS, 2001:

Quanto à incidência de transtornos mentais (depressão e ansiedade), nessa população, podem estar condicionados à fatores como a privação de liberdade, a mudança do ambiente social para confinamento e tensão. A vivência de situações adversas desencadeia em cada indivíduo, diferentes respostas e reações, algumas adaptativas e outras que os expõem a riscos ainda maiores.

Devido ao pouco número de prontuários e as poucas informações existentes neles, outras patologias de grande importância e incidência no sistema penitenciário em geral, foram pouco identificadas, não condizendo com a realidade do sistema penitenciário. Patologias como DST's, hipertensão arterial, diabetes, tuberculose e hanseníase, também possuem bastante importância e necessitam de atenção, porém por muitas vezes não são identificadas devido ao precário acesso à em saúde oferecido no sistema penitenciário. Sabe-se ainda que é comum, mas não foi constatado em pesquisa anteriores agravos comuns em reação ao ambiente insalubre que contribui para a disseminação de doenças tais como a leptospirose, micoses, sarnas, parasitoses e infecções bacterianas.

O estudo retrata a realidade com relação ao uso de medicação pelos detentos. Observou-se que mais da metade, cerca de 67%, apontam pro uso de medicamentos ansiolíticos e similares, isso condiz com o resultado encontrado na pesquisa, já que também a grande maioria dos detentos locais, estão em tratamento contínuo para algum tipo de transtorno psicológico. As demais classes de medicamentos administrados são apenas de uso paliativo como tratamento de uma dor ou de uma inflamação entre outros.

Observou-se que os detentos que possuem patologias crônicas como diabetes, hipertensão, HIV e outras, fazem uso contínuo de medicação para continuidade do tratamento. Um dos aspectos positivos observados no momento da coleta foi à farmácia do setor de saúde, a mesma possuía uma variada quantidade de fármacos, para diversos tipos de necessidades, porém em pouca quantidade. Observou-se ainda que alguns tipos mais específicos de medicamentos, quando a penitenciária, não possui, ficam a cargo do detento ou de seus familiares a compra do mesmo.

Assim com todos os dados possíveis colhidos e exposto neste trabalho, mostrou-se um pouco da realidade local, que não fica tão distante da realidade brasileira como um todo com relação à assistência e promoção a saúde do detento no sistema prisional extremamente precária. Pode-se ainda constatar que o direito à saúde é totalmente violado, e que falta muito para que as instituições prisionais brasileiras cheguem próximo ao que está exposto em nossas leis cobradas.

O ambiente prisional dispõe de uma realidade distante do que é proposto no Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, visto que os dados revelados mostraram os elevados índices de doenças, e sobretudo a insuficiência de ações educativas que contribuem, de fato, para a promoção da saúde e a prevenção das enfermidades, além de uma precária assistência médica aos detentos.

07- CONSIDERAÇÕES FINAIS

A finalidade do presente trabalho é mostrar a realidade e estudar a atual situação do sistema prisional da cidade de Parnaíba, ver como é a promoção e assistência de saúde aos detentos da penitenciária local. Foi comparado com a realidade nacional e já se esperava que os dados coletados pelos estudos não fossem diferente. Contudo, pode-se observar mais profundamente, o quanto é deficiente ou quase inexistente a promoção e assistência à saúde do detento no sistema penitenciário, e o total desrespeito as leis que garantem isso.

Todos os dados colhidos apontam um perfil que se observa também em várias outras penitenciárias, como: a falta de estrutura física da unidade prisional, superlotação nas celas, condições sanitárias insalubres, setores de saúde abandonados e principalmente a falta de responsabilidade dos governantes com esta parcela da população.

Nota-se ainda que todos os fatores mostrados na pesquisa, são resultados condicionantes para a atual falta de assistência à saúde na unidade prisional de Parnaíba-PI. O abandono dos setores de saúde dos presídios, acabam comprometendo a assistência a esses presos, pois, o que se observou nos estudos, que são oferecidos apenas ajuda em casos de urgência e emergência, deixando de lado o ato de prevenção e do tratamento contínuo de doenças, e que muitas vezes é exercida por funcionários que não são habilitados pra a função, devido não haver ninguém da área da saúde.

Outro fato que chama atenção nas pesquisas é a total falta de condições sanitárias e a superlotação das celas, facilitando a proliferação de patologias que poderiam ser tratadas e contidas se houvesse uma assistência eficaz dentro da unidade prisional. Observou-se a total falta de organização do setor responsável pela saúde dos detentos, observa-se que não existe a equipe de profissionais mínima estabelecida por lei. Não existe organização com os documentos do setor saúde e em muitos casos nem se quer existe dados de atendimentos por parte dos detentos.

A pesquisa foi realizada com base em estudos anteriores de acadêmicos de saúde, que tinham como objetivo acompanhar o andamento do sistema de saúde na penitenciária local, foi dada mais atenção ao aspecto humanização, pelo fato da pesquisa se tratar no ramo dos direitos humanos, onde se buscava ver se os direitos dos presidiários estavam sendo postos em prática. Busca ainda fazer uma reflexão sobre o tema, pois na medida em que se trata de um problema criminal, no momento em que condena um indivíduo a prisão, o estado acaba sem intenção gerando um grave problema de saúde pública e coletiva mantendo um preso em situação insalubre, além de ir contra a legislação vigente. Desse

brasileiros.

08-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSIS, R. D. A realidade do Sistema Penitenciário Brasileiro. Ver cej. 2007. P.12

BRASIL. Casa Civil. Lei de Execução Penal (Lei 7.210), Art. Brasília, 1984. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.html].

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde de Saúde. Resolução 466/12. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196. Diário Oficial da União, 12 dez. de 2012 Disponível em [<http://conselho.saude.gov.br/resoluções/2012/reso466.pdf>].

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Art. 196. Brasília (DF): promulgada em 05 de outubro de 1988: atualizada até a emenda constitucional nº 20, de 15-12-1998. Ed. São Paulo.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário, Brasília, 2004. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov/bvs/publicações/plano_nacional_saude_sistema_penitenciaro_2ed.pdf].

BRASIL Portaria Interministerial MS/MJ Nº 1777. Plano Nacional no Sistema Penitenciário. Brasília: Ministério da Saúde e Ministério da Justiça, 2003. http://www.mpba.mp.br/atuacao/ceosp/pesquisa/sistema_prisional.pdf

Legislação: Constituição Federal de 1988; Lei de Execução Penal nº 7.210, de 1984; Lei nº 8.080, de 1990; Lei nº 8.142, de 1990; Portaria Interministerial nº 1.777, de 09 de setembro de 2003; Portaria nº 268, de 17 de setembro de 2003; Portaria GM nº 1.552, de 28 de julho de 2004.

Regras Mínimas para o Tratamento do Preso no Brasil – Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária – Resolução nº 8, de 12 de junho de 1994.

O Brasil atrás das Grades – Relatório produzido pela Organização Não-Governamental Human Rights Watch (www.hrw.org) – 1998.

Censo Penitenciário de 1995 – Ministério da Justiça/Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. 5. Manual para Organização da Atenção Básica – MS – 1999. 6. NOAS/2001 – Normas Operacionais de Assistência à Saúde.