

ADVERSIDADES E DESAFIOS DO SISTEMA PRISIONAL: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA SOBRE A SAÚDE PENITENCIÁRIA

Adversities and challenges in the prison system: A systematic review on prison health

Aldo Pacheco Ferreira – Ph.D.¹, Priscila Marcia Costa Assumpção Silva²,
Marluce Rodrigues Godinho – Ph.D.³

RESUMO

Este artigo apresenta uma revisão sistemática acerca das produções científicas sobre saúde penitenciária, objetivando identificar as condições gerais de alocação presidiária e os impactos à saúde do indivíduo no sistema prisional do país. A busca foi realizada na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) nas bases: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline), *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (Lilacs) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Foram adotadas as diretrizes do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA), que inclui uma lista de verificação de 27 itens. O critério de elegibilidade do corpus documental quanto a inclusão adotada para seleção dos artigos analisados foi de estudos publicados nos idiomas português, inglês e espanhol, sobre a saúde no sistema prisional brasileiro, no período de 2000 a 2018. Os estudos evidenciaram que a saúde dos detentos é uma problemática latente, e um campo aberto e vasto a ser explorado; sendo uma questão de saúde pública, na qual a própria condição de confinamento dos detentos representa uma oportunidade singular para dispersão de inúmeros acometimentos graves à saúde, alguns irreversíveis; e, concomitantemente, também possibilita a implementação de programas terapêuticos, medidas preventivas e ações educativas específicas para esse segmento da população, que, em geral, não tem acesso aos serviços médicos.

Palavras-Chave: Assistência à saúde; Atenção primária à saúde; Prisões; Prisioneiros; Direitos Humanos.

¹ Biólogo, Doutor em Engenharia Biomédica, Pesquisador da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Direitos Humanos, Saúde e Diversidade Cultural (DIHS) - Rio de Janeiro. E-mail do primeiro autor: aldo.ferreira@fiocruz.br

² Nutricionista, bolsista de Iniciação Científica do CNPq da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Direitos Humanos, Saúde e Diversidade Cultural (DIHS) - Rio de Janeiro.

³ Enfermeira, Doutora em Saúde Coletiva, Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Básica da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora – Juiz de Fora, Minas Gerais.

ABSTRACT

This paper presents a systematic literature review about the scientific productions on prison health, aiming to identify the general conditions of inmate allocation with possible aggravations to the prisoner in the country's prison system. The search was performed in the Virtual Health Library (VHL) at the bases: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline), Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (Lilacs) and Scientific Electronic Library Online (SciELO). The guidelines of the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA), which includes a checklist of 27 items, have been adopted. The criteria for eligibility of the documentary corpus regarding the inclusion adopted for the selection of articles analyzed were studies published in the Portuguese, English and Spanish languages on health in the Brazilian prison system, from 2000 to 2018. The studies showed that the health of detainees is a latent problematic, and an open and vast field to be explored; being a public health issue, in which the very condition of inmates' confinement represents a singular opportunity for dispersion of innumerable serious health problems, some irreversible; and, at the same time, also enables the implementation of therapeutic programs, preventive measures and specific educational actions for this segment of the population, which, in general, do not have access to medical services.

Keywords: Delivery of healthcare; Primary healthcare; Prisons; Prisoners; Human Right.

INTRODUÇÃO

A saúde no ambiente prisional é uma parte inevitável da saúde pública; há uma interação intensiva entre as prisões e a sociedade.¹ Abordar a saúde nas prisões é essencial em qualquer iniciativa de saúde pública que vise melhorar a saúde pública geral.¹

Nas últimas décadas, tem havido um aumento acentuado no número de prisioneiros em muitos países. Populações prisionais aumentaram em 71% dos países listados na Lista Populacional da Prisão Mundial.² Nos Estados Unidos da América, o número total

subiu de 450.000 em 1978 para mais de 2 milhões em 2005 e no Reino Unido da Grã-Bretanha e do Norte Irlanda, a população carcerária dobrou desde 1990.³

No Brasil, diversas entidades internacionais têm realizado críticas ao sistema penitenciário brasileiro relacionadas à superlotação, pequeno número de ações que visam ressocialização e estruturas físicas inadequadas, e que fomentam o surgimento de agravos à saúde.⁴ Entre os representantes do Estado, responsáveis por realizar ações e atividades no âmbito da saúde, há o

reconhecimento das lacunas existentes no sistema penitenciário.⁵

Os prisioneiros não representam um segmento homogêneo da sociedade. Muitos viveram à margem da sociedade, são pouco educados e vêm de grupos socioeconomicamente desfavorecidos.^{4,6}

Frequentemente, apresentam estilos de vida e vícios pouco saudáveis, como o alcoolismo, o tabagismo e o uso de drogas, que contribuem para a saúde geral precária e os colocam em risco de adoecer.⁴ A prevalência de problemas de saúde mental é muito alta: alguns presos são gravemente doentes mentais e devem estar em uma instalação psiquiátrica, não em uma prisão. Além disso, as doenças transmissíveis, como a Síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA), hepatite e tuberculose, são mais prevalentes nas prisões do que na comunidade.⁷

A realidade do sistema penitenciário é uma situação que precisa ser revista pela sociedade do nosso país.⁸ Segundo aponta o Ministério da Justiça, a população carcerária aumenta cerca de 7% ao ano.⁹ De acordo com as pesquisas realizadas e atualizadas pelo Infopen (sistema de informações estatísticas do sistema penitenciário brasileiro), o Brasil conta com 1.424 unidades prisionais, quatro desses estabelecimentos são penitenciárias federais, as demais unidades são estabelecimentos estaduais, totalizando um total de 376.669 vagas. Dados de 2016

apontam que o Brasil teve um aumento na população carcerária de 267,32% a partir de 2000 e, dados de 2016 informam o quantitativo de 622.202 mil presos, sendo o quarto país que mais prende no mundo.¹⁰

Como este grupo é composto por uma parcela representativa da população brasileira seria interessante pensar se os estabelecimentos prisionais possuem condições mínimas para receber esses indivíduos, e nestas condições, inclui-se bem-estar e programa de atendimento à saúde. Além disto, o artigo 196 da Constituição Federal de 1988,¹¹ na Seção II descreve que a saúde é direito de todos e dever do Estado, visando a redução dos riscos de doenças e de outros agravos mediante políticas sociais e econômicas, bem como acesso universitário e igualitário, então este dispositivo constitucional reforça a importância do atendimento ao sujeito preso.

Neste sentido, já existem algumas ações desenvolvidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e demais colaboradores para garantir que se cumpra esse direito. Para a garantia da promoção integral das pessoas reclusas nas unidades prisionais, o Ministério da Saúde e da Justiça instituíram a Portaria Interministerial nº1.777/2003,¹² que aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Prisional. Dentre essas ações estão presentes o controle de tuberculose, hipertensão, diabetes, hanseníase, saúde bucal, saúde da mulher e da criança, atenção em saúde mental, programa

de imunização, diagnóstico, aconselhamento, tratamento em doenças sexualmente transmissíveis (DSTs).

No âmbito da assistência à saúde no ambiente prisional, existe uma escassez de condições e recursos para um atendimento de qualidade. Isso é resultado de questões físicas e estruturais do ambiente, somadas a inexistência ou ao quantitativo ineficiente de profissionais de saúde e da área das ciências humanas para a efetivação de ações multidisciplinares e interdisciplinares para promoção de uma melhoria da saúde física e mental desses cidadãos-presos.^{13,14} Sendo assim, percebe-se uma contradição entre a legislação e a prática. Enquanto a Constituição Federal e a Lei de Execução Penal asseguram o direito à saúde, há uma grande lacuna para a efetivação do direito à saúde para com os presidiários.

No Brasil, o conceito de saúde asseverado pela VIII Conferência Nacional de Saúde aponta que a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde. E que o direito à saúde significa a garantia, pelo estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional.¹⁵

Nesse contexto, a Lei de Execução Penal brasileira,¹⁶ no título II, capítulo II, art. 14, dispõe que atenção à saúde do preso e do internado, de caráter preventivo e curativo, deve abranger atendimento médico, odontológico e farmacêutico; e quando o presídio não estiver em condições de prover tal assistência, a mesma será prestada em outro local, mediante autorização da direção da instituição. Como desdobramento e implementação desta ação, o Ministério da Justiça e do Ministério da Saúde, por meio da Portaria Interministerial nº 1.777,¹² foi instituído o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, desenvolvido dentro de uma lógica de atenção à saúde fundamentada nos princípios do SUS, cujo objetivo é promover atenção integral à população confinada em unidades prisionais masculinas e femininas, com inclusão das psiquiátricas. Sob esse ponto de vista, trabalhar com sujeitos encarcerados se torna um dos desafios para o avanço da saúde pública, à medida que tais atividades permitem a construção de reflexões e ações acerca da percepção sobre as diversas práticas institucionais, sociais e políticas que negligenciam as formas de construção de cidadania; e para além disso, identificar as condições gerais de alocação presidiária com possíveis agravos à saúde do indivíduo detento no sistema prisional do país. Nessa perspectiva, o presente estudo propõe

apresentar uma revisão sistemática dos trabalhos publicados sobre saúde penitenciária, com o objetivo de descrever o atual estado da arte a respeito do assunto, na busca de contribuir com a consolidação de dados sobre o tema, e gerar subsídios às pesquisas futuras.

MATERIAL E MÉTODO

Como método, a pesquisa se deu através de uma revisão sistemática, que é uma forma de síntese das informações disponíveis em dado momento, sobre um problema específico, de forma objetiva e reproduzível, por meio de método científico.

Para o planejamento da revisão, foram adotadas as diretrizes formuladas pelo PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses*), devido à clareza de suas instruções e à validade reconhecida em diferentes áreas de pesquisa. Os princípios estabelecidos pelo PRISMA são resultantes da construção coletiva de um grupo de pesquisadores interessados em organizar o conhecimento e sintetizar informações relevantes. O PRISMA adota como revisão sistemática aquela que revisa uma questão relevante para determinada área, com o uso de métodos sistemáticos e explícitos para identificar, selecionar e avaliar criticamente pesquisas

relevantes e para coletar e analisar dados dos estudos incluídos na revisão.¹⁷

Protocolos bem estabelecidos como o do PRISMA são relevantes, pois a qualidade dos relatos presentes em trabalhos de revisão tradicional pode variar, limitando a interpretação dos leitores quanto às reais lacunas de uma dada área. Os princípios do PRISMA permitem construir um panorama abrangente por meio de processos explícitos e pressupostos metodológicos replicáveis por outros pesquisadores.

Assim, adotou-se um conjunto ordenado de critérios que determinam a cientificidade de uma revisão sistemática de literatura, iniciando pela construção de um protocolo, cuja função foi garantir o rigor do processo de pesquisa. Para isso, o protocolo dispunha dos seguintes componentes: pergunta de revisão, critérios de inclusão e exclusão, estratégias para a busca do universo de pesquisas, orientação para a seleção do material, análise e síntese dos dados.

O momento de definição da pergunta é de fato importante para o processo de desenvolvimento da revisão, pois promove que a execução seja direcionada, auxiliando no processo de realização das atividades, incluindo também definir os participantes, intervenções e os resultados que almejam ser alcançados.¹⁸ Para tanto, a revisão está orientada pelas seguintes questões:

1) Como o tema saúde penitenciária vem sendo abordado em artigos científicos?

2) Qual é o quadro situacional da saúde pública no sistema prisional no Brasil?

A busca dos estudos foi realizada de forma ampla através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que hospeda bases de dados reconhecidas. A busca foi realizada a partir dos descritores “saúde” (“health”), “prisões” (“prisons”), “prisoneiros” (“prisoners”) e “presídios” (“prisons”). No cruzamento das palavras foi adotada a expressão booleana: “AND” (inserção de duas ou mais palavras). Cujo resultado obtido conduziu a pesquisa às bases de dados: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Scientific Electronic Library Online (SciELO).

Os critérios de inclusão foram: artigos originais; disponibilizados online; nos idiomas português, inglês ou espanhol; com definição do método, cenário do estudo, população estudada, apresentação consistente dos resultados encontrados, com Brasil como país de assunto.

Os critérios de exclusão foram: qualquer fator que não atendesse aos critérios de inclusão; estudos que apresentassem erros sistemáticos; estudos de revisão, relatos de caso ou comunicação; além de ambiguidade e apresentação insuficiente dos resultados.

A coleta dos dados foi norteada em três momentos distintos e complementares, a saber:

i) Teste de relevância preliminar: que teve o objetivo de refinar a seleção inicial de artigos. Essa fase se procedeu com um questionário de perguntas claras que gerava resposta afirmativa ou negativa, criadas a partir dos critérios de inclusão e exclusão. Foi operacionalizada por um dos pesquisadores, o qual removeu apenas as referências que foram óbvias à exclusão;

ii) Teste de relevância II: foi operacionalizado pelo pesquisador que fez o teste de relevância preliminar, juntamente com o segundo pesquisador, que analisaram, de forma independente, os artigos que passaram pelo primeiro Teste, e só após finalizarem a análise se reuniram e discutiram os artigos que passariam para a fase seguinte. Tal postura foi tomada com a finalidade de verificar a objetividade do método. Ressalta-se que o teste de relevância II foi aplicado em estudos na íntegra, verificando através de perguntas claras os seguintes fatores: se tinham relação direta com a questão estudada (saúde penitenciária), se a metodologia estava suficientemente descrita e adequada ao alcance dos objetivos propostos, e se os resultados estavam compatíveis com a metodologia empregada.

iii) Teste de relevância final: norteado a partir dos resultados anteriores. Aqui foram extraídas, por toda a equipe de pesquisadores,

informações detalhadas de cada pesquisa, tais como: dados que caracteriza a autoria, referência bibliográfica, tipo de pesquisa, rigor metodológico, cenário do estudo, tamanho da amostra, evidência dos resultados encontrados e sua credibilidade.

Os artigos selecionados foram analisados e registrados pela escala “Physiotherapy Evidence Database (PEDro) cuja estrutura foi organizada em 6 tópicos: autor/ano; método; cenário de estudo; população estudada; objetivos; principais resultados.¹⁹

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Categorização das produções localizadas

Na pesquisa na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), no ícone via descritores DeCS/MeSH, com a utilização das palavras-chave “Saúde AND Prisões”, foi observado que o resultado da procura na opção “busca por todos os descritores”, foram encontrados 302 estudos da Medline; 10 estudos na Lilacs e 16 na SciELO. Utilizando-se as palavras-chave “Saúde AND Prisioneiros”, foram encontrados 302 estudos da Medline; encontrou-se 11 estudos na Lilacs e 15 na SciELO. E por fim, utilizando-se as palavras-chave “Saúde AND Presídios”, encontrou-se 6 estudos na Lilacs e 10 na SciELO.

Após um refinamento, no qual se excluíram os trabalhos que se repetiam nas três combinações de descritores, encontrou-se 476 estudos, sendo: 82 na Medline; 153 na Lilacs e 241 na SciELO, sendo encaminhados para análise através do Teste de Relevância Preliminar.

Dos 476 estudos que passaram pelo Teste de Relevância Preliminar, foram excluídos os que não se adequaram aos critérios de inclusão; restando, portanto, 155 artigos disponibilizados na íntegra. Essa etapa foi realizada por um dos pesquisadores, o qual já vinha se dedicando ao estudo do tema e apresenta experiência em revisão sistemática, contudo tal conduta não elimina o viés de outro pesquisador considerar relevante a inclusão ou exclusão de artigos diferenciados dos que foram selecionados para esse estudo. Com esse entendimento, passou-se para o Teste de Relevância II. Neste, dos 155 artigos selecionados no Teste Preliminar foram excluídos 87 por serem repetidos; 22 por serem revisões; 28 por serem tese e/ou dissertações; e dois por se tratar de editorial; restaram, então, 16 artigos que foram selecionados para o Teste de Relevância Final (**Figura 1**).

Descrição e análise dos artigos

Após o Teste de Relevância Final, todos os 16 artigos analisados foram considerados adequados para a pesquisa, compondo então a amostra do estudo (**Quadro 1**).

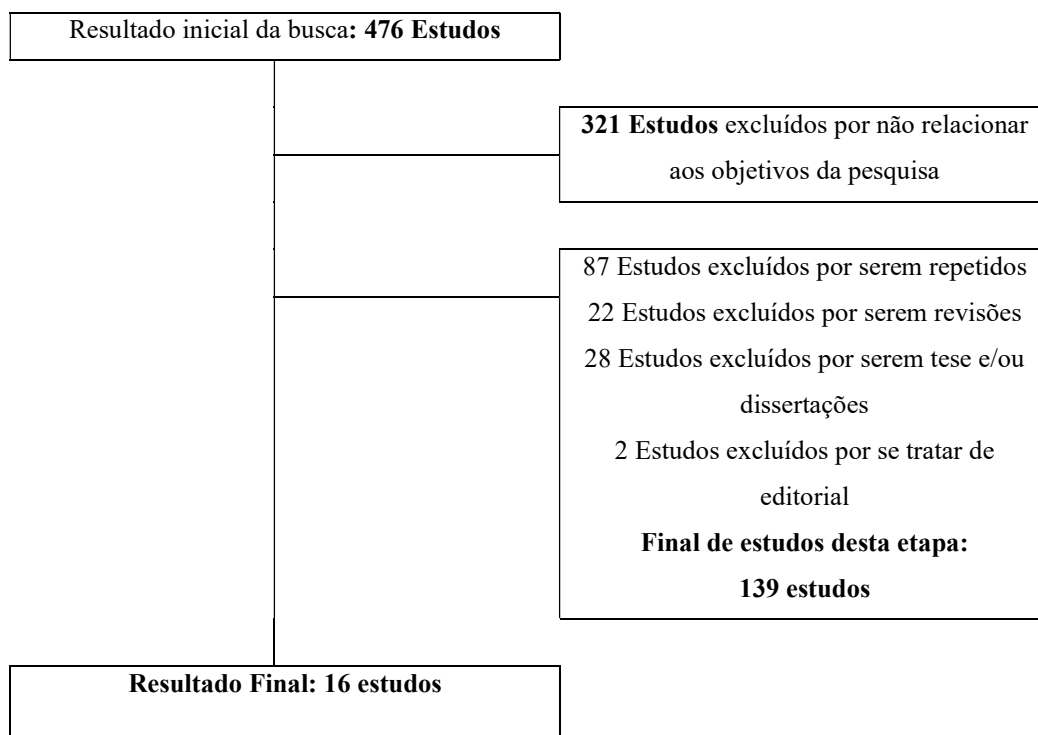


Figura 1. Fluxograma do processo de busca e seleção dos estudos da pesquisa.

Quadro 1. Distribuição dos artigos componentes do corpus de análise, 2000-2018.

Autoria/Ano	Método	Cenário de estudo	População estudada	Objetivos	Resultados
Minayo; Ribeiro, 2016 ²⁰	Quantitativo e qualitativo	O universo da pesquisa constituiu-se da população carcerária de todas as penitenciárias, presídios, cadeias públicas e casas de custódia localizadas no estado do Rio de Janeiro em 2013.	Totalizando cerca de 25.570 presos distribuídos em 33 unidades.	Produzir informações estratégicas para subsidiar a ação dos agentes públicos que atuam nos presídios.	Entre os problemas de saúde física destacam-se: os osteomusculares, como dores no pescoço, costas e coluna (76,7%), luxação de articulação (28,2%), bursite (22,9%), dor ciática (22,1%), artrite (15,9%), fratura óssea (15,3%), problemas de ossos e cartilagens (12,5%) e de músculos e tendões (15,7%); os do aparelho respiratório, como sinusite (55,6%), rinite alérgica (47%), bronquite crônica (15,6%), tuberculose (4,7%) e outras (11,9%); e doenças de pele.
Albuquerque et al., 2014 ²¹	Transversal analítico	Penitenciária Juiz Plácido de Souza em Caruaru (PE)	Foram avaliados 1097 presidiários do sexo masculino da Penitenciária Juiz Plácido de Souza em Caruaru (PE)	Determinar a soroprevalência e fatores de risco para o HIV-1/2 e sífilis entre presidiários do sexo masculino em Caruaru, Pernambuco, Brasil.	A população estudada apresentava vários fatores de risco para a aquisição de HIV e Sífilis, como: uso de drogas; tatuagem; ter tido alguma vez na vida relação sexual com homens; ter se submetido à transfusão sanguínea/hemoderivados. Todavia, uso de drogas injetáveis, homossexualismo e condição de transfusão, apresentaram uma associação estatisticamente significativa

Aldo Pacheco Ferreira AP, Silva PMCA, Godinho MR
Adversities and challenges in the prison system: A systematic review on prison health.

					com a soroprevalência para HIV.
Martins et al., 2014 ²²	Qualitativo	Unidade prisional masculina em Ribeirão das Neves (MG)	Pessoas em privação de liberdade, agentes penitenciários e profissionais de saúde da unidade prisional	Compreender e discutir a efetivação do direito à saúde das pessoas em privação de liberdade como disposto nas legislações que o regulamentam.	A efetividade do direito, como estabelecido no ordenamento jurídico brasileiro, é questionada pelos sujeitos desta pesquisa: Eles separam o direito à saúde enquanto norma, expressa em leis, do direito enquanto fenômeno real.
Anjos et al., 2013 ²³	Descritivo, de corte transversal,	Instituto Penal Feminino do estado do Ceará	36 presidiárias	Identificar os fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de colo uterino em mulheres reclusas.	Referente aos fatores de risco clínico-epidemiológicos, percebeu-se que 27 mulheres (75%) realizaram o exame de prevenção do Câncer de colo de útero, o Papanicolaou, com uma frequência de uma a três vezes nos últimos três anos. No entanto, seis mulheres (11,1%) verbalizaram não ter realizado o exame nesse mesmo tempo.
Damas, 2012 ²⁴	Qualitativo, transversal, descritivo-observacional	De um total de 42 unidades prisionais oficiais no estado de Santa Catarina foi realizada uma amostragem de 17 unidades, considerando-se critérios de regionalização e tipo de estabelecimento prisional.	Administradores	Este estudo analisa as condições das unidades prisionais do estado de Santa Catarina e da aplicação das políticas de saúde voltadas para o sistema prisional.	A precariedade das unidades prisionais de Santa Catarina evidencia a má aplicação das políticas de saúde no sistema carcerário. A superlotação, infraestrutura precária e déficit em recursos humanos estão relacionados a problemas de saúde nas prisões, principalmente, HIV, tuberculose e outras doenças infecciosas, doenças respiratórias, dermatoses e transtornos mentais. A desassistência na saúde compromete a segurança da unidade prisional e da sociedade
Souza et al., 2012 ²⁵	Análise de discurso	Instituição hospitalar de referência para o tratamento da Tuberculose (TB) no estado da Paraíba, Brasil.	Participaram do estudo sete doentes de TB apenados, em internação hospitalar, maiores de dezoito anos, que informaram terem transcorrido trinta ou mais dias entre o início dos sinais/sintomas da doença e a realização da primeira consulta para o diagnóstico.	Analisar como as causas de atraso no diagnóstico da TB estão investidas de significância para e por sujeitos na posição de presidiários.	Aos sujeitos do estudo priva-se, mediante regulações, o direito constitucional à saúde e, nas unidades prisionais, processos de assujeitamento são constantemente produzidos no cotidiano vivencial dos doentes de TB apenados. A punição e a vigilância nas prisões geram sentidos de repressão e disciplina sobre a materialidade linguística do doente de TB apenado. O presídio é identificado como um lugar de morte, de sofrimentos, de preocupações.
Coelho et al., 2009 ²⁶	Quantitativo	Penitenciária masculina, Ribeirão Preto – SP, Brasil	333 presidiários, do sexo masculino	Estimar a prevalência do Vírus da Hepatite B (HBV) e seus fatores de risco na população masculina carcerária.	A prevalência de infecção pelo HBV foi de 19,5% e esteve associada à idade acima de 30 anos, uso prévio de drogas injetáveis e compartilhamento de agulhas prévio.
Coelho, 2009 ²⁷	Qualitativo	Penitenciária Masculina. Salvador – BA,	28 presidiários presos, do sexo masculino	Investigar os signos, significados e práticas relacionados	Ao mesmo tempo em que eles consideraram a violência como característico de uma

Aldo Pacheco Ferreira AP, Silva PMCA, Godinho MR
Adversities and challenges in the prison system: A systematic review on prison health.

		Brasil		à normalidade e à saúde mental por infratores presos.	anormalidade ou doença, não se consideraram nem anormais nem violentos.
Nogueira; Abrahão, 2009 ²⁸	Quantitativo	9 Distritos Policiais da Zona Oeste da cidade de São Paulo – SP, Brasil.	1.052 presos, sexo masculino	Verificar a associação entre o tempo de prisão e a taxa de infecção tuberculosa na população carcerária.	Quanto maior o tempo de prisão, maior a taxa de infecção tuberculosa. Detentos reincidentes são um risco de infecção para os detentos primários.
Diwana et al., 2008 ²⁹	Pesquisa-ação	Três prisões (duas masculinas e uma feminina) e dois hospitais especializados (um de tuberculose e outro de HIV/AIDS).	Realização de entrevistas individuais semiestruturadas com profissionais de saúde (n=43), agentes de segurança penitenciária (n=83) e presos (n=65).	Levantar e discutir os diversos discursos e representações envolvendo a saúde prisional a partir dos diferentes lugares sociais (detentos, agentes de segurança penitenciária, profissionais de saúde, professores, agentes religiosos e pessoal administrativo)	A análise das entrevistas individuais, considerando a hierarquização dos riscos sanitários, mostrou que, no discurso dos agentes de segurança penitenciária a ameaça à sua integridade pessoal aparece como inerente ao trabalho e torna-se presente por meio da constante referência à tensão emocional, às diversas manifestações psicossomáticas, ao estresse ou aos meios utilizados para atenuá-lo, em especial o álcool.
Gabe; Lara, 2008 ³⁰	Quantitativo	Penitenciária Feminina. Porto Alegre – RS, Brasil	76 presidiárias, sexo feminino	Determinar a prevalência de anti-HCV (vírus da hepatite C), anti-HIV e coinfeção HCV/HIV em um presídio feminino.	14,47% das amostras sorológicas foram positivas para HCV, 9,21% para HIV e 2,63% para coinfeção HCV/HIV.
Sánchez et al., 2007 ³¹	Quantitativo	Penitenciária Masculina. Rio de Janeiro – RJ, Brasil	3014 presos, sexo masculino (Prisão A: 1052; Prisão B: 590; Prisão C: 1372)	Comparar a prevalência de tuberculose (TB), e as características sócio-demográficas e epidemiológicas dos internos de diferentes unidades prisionais.	Os indivíduos encarcerados oriundos de comunidades desfavorecidas possuem maior prevalência de TB.
Strazza et al., 2007 ³²	Quantitativo	Penitenciária Feminina Modelo. São Paulo – SP, Brasil	290 presidiárias, sexo feminino	Estudar aspectos relacionados ao comportamento sexual e associados ao risco de transmissão do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e da hepatite C em detentas.	O risco parenteral foi associado com infecções pelo HIV e HCV, e o sexual, pelo HIV.
Carvalho et al., 2006 ³³	Quantitativo	Sistema Penitenciário do Rio de Janeiro – RJ, Brasil	2.039 detentos	Conhecer o perfil da população encarcerada, identificando se o fator da exclusão social difere quanto ao sexo.	Fatores associados ao sexo masculino: visita íntima na prisão, ser casado, condenação por roubo; para o sexo feminino: DST, ser viúva, estrangeira e ter 35 anos ou mais.
Miranda et al., 2004 ³⁴	Quantitativo	Penitenciária Feminina. Cariacica – ES, Brasil	121 mulheres com idade superior a 18 anos	Identificar o perfil sociodemográfico e as condições de saúde das mulheres encarceradas.	Todas as detentas já haviam tido atividade sexual pregressa e 28% apresentavam história de DST.
Peres et al., 2002 ³⁵	Quantitativo- Qualitativo	Um centro de internação da Fundação Estadual do Bem	275 jovens internos, do sexo masculino	Descrever o perfil de adolescentes detentos quanto ao apoio social e familiar, ao	90% dos jovens internos residiam com suas famílias antes da internação. Acreditam que o preservativo é frágil

		Estar do Menor (Febem). São Paulo – SP, Brasil		uso de drogas e conhecimentos práticas e atitudes relacionadas à AIDS e sua prevenção.	(83%); e 9% relatam o uso frequente.
--	--	--	--	--	--------------------------------------

Diante do que foi encontrado, evidencia-se que a produção científica pesquisada é bastante recente, estando a primeira publicação datada de 2002, com um artigo. Nos anos subsequentes, tem-se: 2004 (um artigo), 2006 (um artigo), 2007 (dois artigos), 2008 (dois artigos), 2009 (três artigos), 2012 (dois artigos), 2013 (um artigo), 2014 (dois artigos) e 2016 (um artigo).

Observando-se a área de conhecimento dos periódicos, percebe-se que as publicações estão veiculadas em revistas cujo enfoque é a Saúde Pública, na seguinte ordem: *Ciência & Saúde Coletiva* (quatro artigos), *Cadernos de Saúde Pública* (três artigos cada), *Revista Saúde Pública* e *Revista Brasileira de Epidemiologia* (dois artigos cada), *Revista de Saúde Pública de Santa Catarina*, *Revista Saúde e Sociedade*, *Revista Texto & Contexto – Enfermagem*, *Revista Brasileira de Enfermagem* e *Revista Brasileira de Análises Clínicas* (um artigo).

Em função do conteúdo dos artigos originais analisados – frutos dos resultados de estudos empíricos, experimental ou conceitual sobre o assunto em pauta – observa-se a predominância de pesquisas com abordagem quantitativa. Uma possível explicação pode ser o fato da maioria desses estudos terem

como objetivo predominante a identificação de incidência e de prevalência de doenças

como tuberculose, hepatite B e C, SIDA e caracterização do perfil sociodemográfico da população encarcerada.

Identificou-se uma predominância de estudos realizados com detentos do sexo masculino, em comparação ao sexo feminino, fato que vem em conformidade com a predominância da população carcerária ser majoritariamente do sexo masculino.³¹

Carvalho et al.³³ apontam que o grupo masculino é o mais envolvido em situações de violência, e com maior o índice de reincidência em crimes e, conseqüentemente, no cumprimento de pena prisional. Mostram, ademais, que embora homens e mulheres encarcerados sejam igualmente excluídos da vida social antes e depois da prisão, existem algumas características que os diferenciam nesse processo de exclusão. Os fatores carcerários mais fortemente associados ao sexo masculino são: visita íntima na prisão, estar preso por sete anos ou mais, ser casado, condenação por roubo, ter ainda três anos ou mais a cumprir de pena e uso de maconha antes de ser preso; enquanto os associados ao sexo feminino dizem respeito a: doença sexualmente transmissível, ser viúva,

estrangeira, usar tranquilizante na prisão, ter visitado alguém na prisão antes de ser presa e ter 35 anos ou mais.

Diante desta problemática, surgem algumas questões de saúde e necessidades específicas de cada sexo, principalmente se tratando de pessoas que vivem em confinamento. O foco das pesquisas realizadas com homens presidiários foi voltado para a Imunodeficiência Humana (HIV), a tuberculose, a infecção pelo Vírus da Hepatite B (VHB) e a saúde mental. Também foi identificado que os presos apresentam elevado risco de contaminação com HIV, dentre vários fatores, incluindo a não importância dada ao uso do preservativo.³³

A SIDA é, ainda, o fator de risco mais importante para a progressão da tuberculose, que possui ainda outros fatores associados para sua disseminação nas prisões, como: superlotação, a pouca ventilação, condições sanitárias adversas, baixo nível socioeconômico e uso de drogas.³¹

Quanto à problemática da infecção pelo vírus da hepatite B, foi estimada a prevalência do marcador e seus fatores de risco na população masculina, verificando a necessidade de programas preventivos voltados a essa população.²⁶

Ressalta-se, ainda, que a população encarcerada é vulnerável à transmissão parenteral de HCV e HIV, considerado o principal meio, através do uso de drogas

injetáveis e pela transmissão via práticas sexuais de risco, além de associarem esse quadro às condições de confinamento e ao *status* social marginalizado.^{30,32}

Minayo; Ribeiro²⁰ apontam que um dos mais relevantes agravos à saúde do preso é a violência. Essa que já fazia parte do contexto de vida da maioria deles antes de serem presos, os acompanha dentro do cárcere: 46,4% dos homens e 55,4% das mulheres responderam que são ameaçados, têm medo de serem feridos, agredidos ou mortos ($p < 0,01$). As mulheres relataram, mais que os homens, terem sofrido agressão verbal, sexual, quedas, tentativas de suicídio e de homicídio e perfuração por arma branca. Os presos da Baixada Fluminense (Rio de Janeiro) são os que se sentem mais vulneráveis e, em maioria, se queixam de agressões físicas, verbais e emocionais. É interessante observar que as tentativas de homicídio referidas por 5,2% das mulheres presas no Interior parecem ser bem menos frequentes que as tentativas de suicídio, relatadas por 13,9% delas.

O direito à saúde está intimamente ligado a uma condição de cidadania ativa, ou seja, “uma constante luta contra qualquer constrangimento que impeça o seu exercício”³⁶(p. 755), e não pode ser resumido à formalização em leis sem a sua concretização no cotidiano das pessoas. Para os autores é necessário considerar o direito à saúde no plano político como uma instância de luta coletiva para que sejam deslocados do

plano meramente formal e não histórico. Segundo Dallari,³⁷ a efetividade desse direito se dará de acordo com o grau de desenvolvimento socioeconômico e cultural do Estado e conforme a participação dos indivíduos no processo.

O Sistema penitenciário não é um processo estático e sim dinâmico. Envolve pessoas com culturas, valores, conhecimentos, vivências e experiências variadas. E cada pessoa chega ao presídio com uma realidade.³⁸ Ora com patologias, ora sem. A pessoa que não chega com alguma patologia corre o risco de adquirir algum tipo de transtorno, seja mental ou físico, por tratar-se de um ambiente muitas vezes superlotado, com pouca ventilação, iluminação, restrito a atividades e até isolado.

As ações e serviços de atenção à saúde devem contar com a participação de todos envolvidos no contexto prisional, ou seja, presos, equipes multiprofissionais, administradores, gestores, agentes, familiares, comunidade. O governo brasileiro tem buscado reformular as políticas para melhorar a atenção a população privada de liberdade. Os programas que antes eram destinados somente a população geral, tem invadido aos poucos os sistemas prisionais. É sabido que a legislação não muda a realidade, tanto que ainda tem regiões que não veem importância no desenvolvimento deste trabalho.^{39,40}

Não adianta possuir as ferramentas se não fazem uso delas. Ou seja, se existem

programas, ações e serviços de saúde dentro das prisões para realizar atividades de baixa complexidade e referências locais para média e alta complexidade, mas não ocorre a alimentação do banco de dados referente aos atendimentos realizados, as patologias diagnosticadas. É o mesmo que dizer que não acontece trabalho em saúde, porque sabemos que os números de agravos existem, mas não são registrados. Ou se possui toda infraestrutura, mas os profissionais não são capacitados, não são acompanhados. Estes além de ser cuidadores também precisam ser cuidados.

Entretanto, as condições limites de vida e saúde da população que se encontra em unidades prisionais, levam-nos a refletir que embora a legislação vise a prevenir o crime e a garantir o retorno à convivência social, as precárias condições de confinamento tornam-se um dos empecilhos a esta meta, bem como impossibilitam o acesso das pessoas presas à saúde de forma integral e efetiva.

CONCLUSÃO

No sistema prisional é ausente uma política que se pauta pelo direito universal à saúde e preconiza equidade, integralidade, acolhimento e humanização postos pelo SUS. Uma delas é que parece que estender a atenção à comunidade prisional decorre do reconhecimento de que a distribuição de presos (condenados, provisórios, em medida

de segurança) não se efetiva na prática e que há dificuldade de operacionalizá-la institucionalmente. Não se ignora, ademais, a exposição de pessoas de diversos segmentos sociais (familiares, profissionais, religiosos, presos, etc.) devido ao intenso trânsito diário, seja interna (trabalho, visitas) ou externamente (saídas de presos para atendimento jurídico, de saúde, mas também pelos alvarás, ingressos, transferências ou trabalho extramuros).

Os estudos evidenciaram que a saúde dos detentos é uma problemática latente e um campo aberto e vasto a ser explorado, sendo uma questão de saúde pública, na qual a própria condição de confinamento dos detentos representa uma oportunidade singular para a implementação de programas terapêuticos, medidas preventivas e ações educativas específicas para esse segmento da população, que, em geral, tem menos acesso aos serviços de atenção à saúde.

As ações e serviços de saúde estão presentes em leis, portarias, programas, em algumas penitenciárias. Mas para que o sistema penitenciário funcione como a sociedade e os colaboradores esperam é necessário que se tenha interesse em realizar as ações e serviços de saúde nesse sistema para apresentar bons resultados nos indicadores de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Legislação em Saúde no Sistema Penitenciário. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
2. Walmsley R. World prison population list, 8th edition. London: International Centre for Prison Studies, 2008.
3. Wilkinson R, Pickett K. Income inequality and social dysfunction. *Ann Review Sociol.* 2009; 35:493-511.
4. Barbosa ML, Celino SDM, Oliveira LV, Pedraza DF, Costa GMC. Atenção básica à saúde de apenados no sistema penitenciário: subsídios para a atuação da enfermagem. *Escola Anna Nery.* 2014;18(4):586-592.
5. Chateauraynaud F. A captura como experiência: Investigações pragmáticas e teorias do poder. *Rev. bras. Ci. Soc.* 2017; 32(95):329504.
6. Schultz ALV, Dias MTG, Lewgoy AMB, Dotta RM. Saúde no Sistema Prisional: um estudo sobre a legislação brasileira. *Argum.* 2017;9,(2):92-107.
7. Silva M. Saúde penitenciária no Brasil: plano e política. Brasília: Verbena, 2015.
8. Baratta A. Criminologia crítica e crítica do direito penal: Introdução à sociologia do direito penal. 3.ed. Rio de Janeiro: Revan, 2002.

9. Infopen. Sistema de Informações penitenciárias. [acesso em 12-09-2018]. Disponível em: <http://www.infopen.gov.br/>
10. Depen. [acesso em 10-09-2018]. Disponível em: <http://www.justica.gov.br/seus-direitos/politica-penal/relatorio-depen-versao-web.pdf>
11. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1988. Instituiu a Constituição Federal, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 1988.
12. Brasil. Ministério da Saúde; Ministério da Justiça. Portaria Interministerial MS/MJ n 1.777, de 9 de setembro de 2003. Aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Brasília: Diário Oficial da União, 2003.
13. Mesquita-Neto P. Segundo Relatório Nacional sobre os Direitos Humanos no Brasil. São Paulo: Comissão Teotônio Vilela de Direitos Humanos, 2002.
14. Sales K. A realidade atual do sistema penitenciário brasileiro. Revista CEJ. 2007;10(39):1-5.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Previdência e Assistência Social. Relatório Final da 8ª Conferência Nacional da Saúde. Brasília: MS, 1986.
16. Brasil. Lei n.º 7.210 de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. Brasília: Diário Oficial da União, 1984.
17. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman, D. G. The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med. 2009;6(7):e1000097.
18. Galvão CM, Sawada NO, Trevizan MA. Revisão sistemática. Rev Latino-Am enfermagem. 2004;12(3):549-556.
19. Morton NA. The PEDro scale is a valid measure of the methodological quality of clinical trials: a demographic study. Aust J Physiother. 2009;55(2):129-133.
20. Minayo MCS, Ribeiro AP. Condições de saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. Cien Saúde Colet. 2016;21(7):2031-2040.
21. Albuquerque ACC, Silva DM, Rabelo DCC, Lucena WAT, Lima PCS, Coelho MRCD, Tiago GGB. Soroprevalência e fatores associados ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e sífilis em presidiários do Estado de Pernambuco, Brasil. Cien Saúde Colet. 2014;19(7):2125-2132.

22. Martins ELC, Martins LG, Silveira AM, Melo EM. O contraditório direito à saúde de pessoas em privação de liberdade: o caso de uma unidade prisional de Minas Gerais. *Saúde e Sociedade*. 2014;23(4):1222-1234.
23. Anjos SJSB, Ribeiro SG, Lessa PRA, Nicolau AIO, Vasconcelos CTM, Pinheiro AKB. Fatores de risco para o câncer de colo do útero em mulheres reclusas. *Rev. bras. enferm.* 2013;66(4):508-513.
24. Damas FB. Assistência e condições de saúde nas prisões de Santa Catarina, Brasil. *Rev. Saúde Públ. Santa Cat.* 2012;5(3):6-22.
25. Souza KMJ, Villa TCS, Assolini FEP, Beraldo AA, França UM, Protti ST, Palha PF. Atraso no diagnóstico da tuberculose em sistema prisional: a experiência do doente apenado. *Texto & Contexto – Enfermagem*. 2012;21(1):17-25.
26. Coelho HC, Oliveira SAN, Miguel JC, Oliveira MLA, Figueiredo JFC, Perdoná GC, Passos ADC. Soroprevalência da infecção pelo vírus da Hepatite B em uma prisão brasileira. *Rev Bras Epidemiol.* 2009;12(2):124-131.
27. Coelho MTAD. Concepções de normalidade e saúde mental entre infratores presos de uma unidade prisional da cidade do Salvador. *Cien Saúde Colet.* 2009;14(2):567-575.
28. Nogueira PA, Abrahão RMCM. A infecção tuberculosa e o tempo de prisão da população carcerária dos Distritos Policiais da zona oeste da cidade de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol.* 2009;12(1):30-38.
29. Diuana V, Lhuillier D, Sánchez AR, Amado G, Araújo L, Duarte AM, Garcia M, Milanez E, Poubel L, Romano E, Larouzé B. Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2008;24(8):1887-1896.
30. Gabe C, Lara GM. Prevalência de anti-HCV, anti-HIV e co-infecção HCV/HIV em um presídio feminino do Estado do Rio Grande do Sul. *RBAC* 2008;40(2):87-89.
31. Sanchez AR, Massari V, Gerhardt G, Barreto AW, Cesconi V, Pires J, Espínola AB, Biondi E, Larouzé B, Camacho LAB. A tuberculose nas prisões do Rio de Janeiro, Brasil: uma urgência de saúde pública. *Cad Saúde Públ.* 2007(3):545-552.
32. Strazza L, Massad E, Azevedo RS, Carvalho HB. Estudo de comportamento associado à infecção pelo HIV e HCV em detentas de um

- presídio de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Públ.* 2007;23(1):197-205.
33. Carvalho ML, Valente JG, Assis SG, Vasconcelos AGG. Perfil dos internos no sistema prisional do Rio de Janeiro: especificidades de gênero no processo de exclusão social. *Cien Saúde Colet.* 2006;11(2):461-471.
34. Miranda AE, Mercon-de-Vargas PR, Viana MC. Saúde sexual e reprodutiva em penitenciária feminina, Espírito Santo, Brasil. *Rev Saúde Públ.* 2004;38(2):255-260.
35. Peres CA, Paiva V, Silveira F, Peres RA, Hearst N. Prevenção da Aids com adolescentes encarcerados em São Paulo, SP. *Rev Saúde Públ.* 2002;36(Supl. 4):76-81.
36. Nogueira VMR, Pires DEP. Direito à saúde: um convite à reflexão. *Cad. Saúde Públ.* 2004;20(3):753-760.
37. Dallari SG. O direito à saúde. *Rev. Saúde Públ.* 1988;22(1):57-63.
38. Capez F. Curso de Direito Penal, Parte Geral. São Paulo: Editora Saraiva, vol. 1, 2ª edição, 2001.
39. Dotti RA. A crise do sistema penitenciário. *Revista dos Tribunais.* 2003;768:421-429.
40. Thompson A. A questão penitenciária. Rio de Janeiro: Editora Forense, 5ª edição, 2002.