



Universidade de Brasília
Instituto de Ciências Humanas
Departamento de Serviço Social

**PLANO NACIONAL DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO:
ANALISE DO PROCESSO DA SUA IMPLEMENTAÇÃO NO DISTRITO FEDERAL**

MARIA CLARA CAIXETA

Brasília
2006

MARIA CLARA CAIXETA

**PLANO NACIONAL DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO:
ANALISE DO PROCESSO DA SUA IMPLEMENTAÇÃO NO DISTRITO FEDERAL**

**Trabalho de Conclusão do Curso apresentado
ao Instituto de Ciências Humanas,
Departamento de Serviço Social, Universidade
da Brasília, elaborado sob a orientação da
Professora Doutora Maria Auxiliadora César.**

**Brasília
2006**

Tempo virá. Uma vacina preventiva de erros e violência se fará. As prisões se transformarão em escolas e oficina. E os homens imunizados contra o crime, cidadãos de um novo mundo, contarão às crianças do futuro estórias absurdas de prisões, celas, altos muros, de um tempo superado.

Cora Coralina

AGRADECIMENTOS

À minha Orientadora, Prof.^a MARIA AUXILIADORA CÉSAR, pelo incentivo, simpatia e presteza no auxílio às atividades e discussões sobre o andamento e normatização deste Trabalho de Conclusão de Curso.

Ao Prof. MÁRIO ÂNGELO SILVA, pelo apoio na construção do projeto que orientou este trabalho e pela disponibilidade de ser o segundo leitor.

À todos os professores e seus convidados pelo carinho, dedicação e entusiasmo demonstrado ao longo do curso.

Aos colegas de classe, pela espontaneidade e alegria na troca de informações e materiais numa demonstração de amizade e solidariedade.

À minha família e ao meu namorado, pela paciência em tolerarem minha ausência.

E, finalmente, à Deus pela oportunidade e pelo privilégio que me foi dado ao frequentar este curso, perceber e atentar para a relevância de temas que não faziam parte, em profundidade, da minha vida.

RESUMO

O presente estudo avalia o impacto da implementação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) no Distrito Federal (DF), especificamente no Centro de Internamento e Reeducação (CIR), com vistas a incitar a efetivação da atenção básica em saúde para a população penitenciária, de modo geral. Identificou-se a presença de um grande desafio, que é a conscientização da sociedade como um todo, de que as pessoas que estão em privação de liberdade, não podem estar privadas de aspectos essenciais de cuidados de saúde, uma vez que estas irão retornar ao convívio com a sociedade após o cumprimento de sua pena.

Palavras-chaves: Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Centro de Internamento e Reeducação. População Penitenciária.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ATP	- Ala de Tratamento Penitenciário
CDP	- Centro de Progressão Penitenciária
CES	- Conselho Estadual de Saúde
CF	- Constituição Federal
CIB	- Comissão Intergestores Bipartite
CIR	- Centro de Internação e Reeducação
CLT	- Consolidação das Leis do Trabalho
CNS	- Conferência Nacional de Saúde
CPE	- Coordenação de Polícia Especializada
CPP	- Centro de Progressão Penitenciária
DEPEN	- Departamento Penitenciário Nacional
DF	- Distrito Federal
DST	- Doença Sexualmente Transmissível
INAMPS	- Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
LEP	- Lei de Execução Penal
PACS	- Programa Agentes Comunitários de Saúde
PDF	- Penitenciária do Distrito Federal
PFDF	- Penitenciária Feminina do Distrito Federal
PNSSP	- Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário
PSF	- Programa Saúde da Família
SESIPE	- Subsecretaria do Sistema Penitenciário
SSPDF	- Secretaria de Segurança Pública do Distrito Federal
SUS	- Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	7
1. CONCEPÇÕES SOBRE PRISÃO.....	9
2. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E O PLANO NACIONAL DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO (PNSSP).....	13
2.1 O Sistema Único de Saúde (SUS)	13
2.2 O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP).....	16
3. METODOLOGIA.....	19
4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	22
4.1 Primeiro Bloco – Conhecer o trabalho da equipe.....	22
4.2 Segundo Bloco – Conhecer o processo de atendimento do preso em relação à saúde	25
4.3 Terceiro Bloco – Prevenção/Promoção da Saúde	28
4.4 Quarto Bloco – Conhecer a opinião do profissional sobre a atual situação da penitenciária em relação à saúde	30
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
REFERÊNCIAS	35
ANEXO.....	37
ROTEIRO PARA ENTREVISTAS.....	38

INTRODUÇÃO

Este estudo pretende avaliar o impacto da implementação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) no Distrito Federal (DF), especificamente no Centro de Internamento e Reeducação (CIR).

Para realização deste estudo, tomou-se como referencial normativo o próprio PNSSP.

Deste modo, elaborou-se um capítulo contendo as concepções de alguns autores, tais como: Karl Marx, Max Weber, Foucault e Goffman, sobre a prisão e em relação ao poder, à violência e às características dessa instituição total.

Em seguida apresenta-se um pequeno histórico e os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS), trazido como o direito constitucional, obedecendo aos preceitos de universalidade, equidade e integralidade. O SUS vem se expandindo e qualificando seu âmbito de atuação. O direito à saúde não poderia ser negado aos cidadãos em detrimento da privação de outros direitos.

Historicamente, a assistência à saúde às pessoas privadas de liberdade era vista de forma residual e parcial, havia apenas a intenção de amenizar os problemas mais frequentes como DST/Aids e imunizações. Não havia uma crítica às reais condições de confinamento, higiene, segurança, ou seja, às condições de salubridade que acarretam sérios danos a saúde dos presos.

Para suprir esta lacuna, em relação ao direito dos presos de possuírem um serviço de saúde de qualidade, foi criado em 2003 o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, por meio de portaria conjunta assinada pelos Ministros da Saúde e da Justiça.

Considerada uma estratégia do SUS, o Plano prevê a contratação de equipes de saúde e adequação de espaços na unidade carcerária para atendimento de baixa complexidade e atenção primária à saúde do interno, com referenciamento na rede pública de saúde.

Além dos capítulos que tratam das concepções sobre a prisão, em relação ao poder e a violência e outro sobre o SUS e o PNSSP, precede um capítulo sobre a metodologia implantada neste estudo. Deste modo, tal capítulo apresenta a forma como foi realizado o estudo, do qual fazem parte o referencial normativo e a pesquisa de campo.

A princípio, pensou-se em entrevistar profissionais que trabalham no CIR bem como detentos presentes no DF para que fosse possível a obtenção das duas visões sobre os serviços de saúde no interior da prisão. No entanto, por dificuldades de acesso aos presos, realizaram-se entrevistas apenas com os profissionais de saúde lotados no CIR. Estas, relacionadas ao disposto sobre a área de saúde, servem de base para avaliar o processo de implementação do PNSSP.

A apresentação dos resultados, localizada na parte final deste estudo, faz uma análise do conteúdo das entrevistas realizadas.

Deste modo, é de se saber que, pelas dificuldades encontradas, que este estudo é uma aproximação à realidade que se propõe a analisar, sendo um exercício acadêmico no qual apresentou-se os principais resultados nas considerações finais aqui presentes.

1. CONCEPÇÕES SOBRE PRISÃO

Em “O Capital”, Karl Marx descreve que a violência e acumulação estão intrinsecamente ligadas, constituindo uma relação de poder sobre a população marginal ao processo econômico, onde a disciplina capitalista tem a prisão por instrumento de excelência, punir, guardar, assistir, disciplinar encaminhar à força ou ao trabalho forçado são mecanismos de repressão, no âmbito das relações de poder, através dos quais exercem-se a coerção da vadiagem e mendicância daqueles que são excluídos do processo de produção (MARX, 1983).

Marx Weber, ao analisar a ética protestante, observou a magnitude do trabalho como vocação, convertido em meio excelente, quando não único, de atingir a certeza da graça divina. No entanto, para o trabalho constituir-se como meio de se obter a escolha divina, deve estar pautado na honestidade, consciência, dedicação e outros valores. Neste universo, não há espaço para o preguiçoso, indolente, vadio, desonesto ou ladrão, os quais desagradam a Deus e sofrem rejeição divina (WEBER, 2004).

Deste modo, entende-se que os autores de tais práticas devem ser punidos pelo castigo do encarceramento, onde a prisão se torna local de castigo e de conversão, de reforma e de reeducação, de disciplina e de salvação de transformação de vagabundos em trabalhadores. O pecado constitui-se em crime, o direito divino em Direito Penal, a Vadiagem em delito, o coletivo em individual, a penitência em prisão, o confessionário em prisão. A privação de liberdade difunde-se, proliferando-se assim as prisões, surgindo simultaneamente, políticas e práticas penais de reeducação dos vadios, infratores e delinqüentes.

A prisão manifesta-se, conforme Michel Foucault, como espaço de poder constituindo-se em aparelho de Estado, onde a disciplina é uma das mediações centrais e das mais sugestivas, dentro da esfera do poder e da prisão. Para Foucault:

(...) a prisão se constitui fora do aparelho judiciário, quando se elaboram, por todo o corpo social, os processos para repartir os indivíduos, fixá-los e distribuí-los espacialmente, classificá-los, tirar deles o máximo, treinar seus corpos, codificar seu comportamento contínuo, mantê-los numa visibilidade sem lacuna, formar em torno deles um aparelho completo de observação, registro e anotações, construir sobre eles um saber que se acumula e se centraliza. A forma geral de uma aparelhagem para tornar os indivíduos dóceis e úteis, através de um trabalho preciso sobre seu corpo” [...] “Enfim, ela dá um poder quase total sobre os detentos; tem seus mecanismos de repressão e de castigo: disciplina despótica. Leva à mais forte intensidade todos os processos que encontramos nos outros dispositivos de disciplina. Ela tem que ser a maquinaria mais potente de ação e a coação de uma educação total (FOUCAULT, 1987).

Baltard, citado por Foucault, chama a atenção para a amplitude e abrangência do conceito:

(...) as penitenciárias são classificadas como instituições completas e austeras, e define a prisão como um ‘aparelho disciplinar exaustivo’, que deve tomar a seu cargo todos os aspectos do indivíduo, seu treinamento físico, sua aptidão para o trabalho, seu comportamento cotidiano, sua atitude moral, suas disposições; a prisão, muito mais que a escola, a oficina ou o exército, que implicam sempre numa certa especialização, é ‘onidisciplinar’. Além disso a prisão é sem exterior nem lacuna; não se interrompe, a não ser depois de terminada totalmente sua tarefa; sua ação sobre o indivíduo deve ser interrupta: disciplina incessante (FOUCAULT, 1987).

Goffman trabalha com o conceito de “instituição total” que define por: “um local de residência e trabalho, onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e fortemente administrativa” (GOFFMAN, 1974), cujas características são:

(...) instituições mais fechadas do que as outras. Seu fechamento ou caráter total é simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída que muitas vezes estão incluídas no esquema físico – portas fechadas, paredes altas e arame farpado (GOFFMAN, 1974).

O autor divide as “instituições totais” em 5 (cinco) agrupamentos: as que cuidam de pessoas inofensivas e incapazes; as que cuidam de pessoas que são uma ameaça à comunidade de maneira não-intencional a cuidarem de si próprias; as que isolam pessoas para proteger a

comunidade contra perigos intencionais; as que realizam de modo mais adequado alguma tarefa de trabalho; e, as que servem de “refúgio do mundo” (GOFFMAN, 1974).

Perpassa nas conceituações de todos os autores citados, a noção de exercício de poder institucional sobre os atores que realizam seu funcionamento. Ambas pressupõe relações interpessoais intermediadas pelas relações sociais e políticas historicamente instituídas. É na confluência dessas relações que se materializam as formas de micro poderes e contra-poder. Nestas relações, o agente institucional e o detento colocam-se frente a frente, em permanentes embates e conflitos.

As práticas institucionais se concretizam a partir das relações entre seus vários atores. A relação entre os agentes de segurança e detentos (denominado por Goffman (1974) como “equipe dirigente” e “internados”) é de extrema importância quando é pensada a saúde nos presídios.

O Sistema Prisional é um sistema complexo, pois geralmente apresenta uma diversidade de fatores estruturais deficientes que se interrelacionam: condições de saúde, higiene, alimentação, trabalho e lazer, e questões ligadas à disciplina e cultura, próprias de um sistema fechado e repressivo. Neste sentido, o sistema é reflexo dos mecanismos sociais excludentes que ocorrem em um espaço micro de confinamento gerando tensões frequentes.

As unidades prisionais são responsáveis por abrigar, sob tutela do Estado, indivíduos infratores, isolando-os do convívio com a sociedade. Conforme o texto constitucional, é atribuição precípua do sistema penitenciário a reeducação, ressocialização e reintegração dos detentos (BRASIL, 1998).

Em todo o país, o contingente de internos que compõe as unidades carcerárias tem se apresentado em crescimento progressivo, provavelmente resultado de um processo político-econômico excludente, conforme o ideário neoliberal. A fragilidade de suas redes familiares e

de sociabilidade somada à precarização do trabalho e ao aumento do desemprego, tem levado cada vez mais indivíduos à condição de invalidação social.

2. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E O PLANO NACIONAL DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO (PNSSP)

2.1 O Sistema Único de Saúde (SUS)

Desde o início do século XIX até a década de 1980, o Sistema de Saúde no Brasil foi marcado pela exclusão e reprodução das desigualdades sociais, pois fazia distinção e separação entre “saúde pública” e “medicina preventiva”. A população brasileira era atendida por um sistema de classes. Os ricos utilizavam a medicina privada, os trabalhadores previdenciários usavam a rede assistencial do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), e o restante da população ficava à mercê da filantropia, exercida muitas vezes pelas Santas Casas de Misericórdia, possuindo, na área da saúde, acesso somente às campanhas de vacinação realizadas pelo Estado.

Na década de 1980, o processo de democratização instaurado no Brasil favorece a mobilização de vários segmentos da sociedade, apontando para a expansão dos direitos sociais, desencadeando um movimento para a universalização das políticas sociais, como a saúde e a assistência social. Tal fenômeno conduziu o Brasil a um amplo processo de reforma sanitária de inspiração universalista, resultando na implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal de 1988, inserido em uma concepção de Seguridade Social.

Nessa perspectiva, a reforma sanitária brasileira vem contribuindo para uma mudança social e estrutural do Estado, ao defender a democratização da saúde. Esse movimento ampliou o espaço de luta política, possibilitando aos diversos grupos da sociedade discutir e refletir sobre as condições de saúde e seus determinantes sociais nas diferentes conjunturas (PAIM, 1999).

Sendo assim, as Conferências Nacionais de Saúde (CNS) tornaram-se um importante foro democrático para a avaliação da situação de saúde e para a elaboração de diretrizes a serem incorporadas na formulação de novas políticas setoriais, sendo os relatórios finais encaminhados para o Governo Federal (BRASIL, Lei 8.142/90), com a perspectiva de fomentar a implementação de novas respostas às necessidades e às demandas da população.

Dentre as conferências de saúde, a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, destacou-se como marco histórico, uma vez que sistematizou os princípios e diretrizes da reforma sanitária (PAIM, 1999). O relatório final desta Conferência foi encaminhado pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária à Assembléia Nacional Constituinte, em 1987, visando a legalização de suas propostas. Como resultado do processo de redemocratização do país, foi promulgada a Constituição Federal (CF) em 1988 (BRASIL, 1990), a qual apresenta, com relação aos direitos sociais, um caráter nitidamente social-democrata (CASTILHOS, 2003), contemplando especificamente a saúde nos artigos 196 a 200.

A CF define que saúde é “direito de todos, dever do Estado, mediante políticas sociais e econômicas para reduzir os riscos” (BRASIL, 1990), criando o SUS, como o novo modelo de saúde brasileiro. O texto constitucional considera o acesso universal, a equidade e a oferta de ações de saúde com alcance na promoção, proteção e recuperação, extremamente, relevantes para o exercício do direito à saúde (CASTILHOS, 2003). Além disso, a CF define a seguridade social como a integração dos setores de saúde, previdência e assistência social, caracterizando-a como uma rede de proteção social aos cidadãos.

Deste modo, as reflexões da VIII Conferência Nacional de Saúde são incorporadas na Carta Magna, consagrando a saúde, portanto, como produto social, resultante de um conjunto de direitos que envolvem o emprego, o salário, a habitação, o saneamento, a educação, o transporte e o lazer.

Em 1990, com o redirecionamento das políticas públicas sociais brasileiras, foram aprovadas, também a Lei Orgânica da Saúde n.º 8080/90 e a Lei n.º 8142/90, que regulamentam o capítulo referente ao direito à saúde constante na CF, formando o arcabouço jurídico da política de saúde brasileira, a qual começou a ser trabalhada a partir de novos marcos, onde a garantia do direito social à saúde torna-se um eixo essencial e estruturante (CONFÊRENCIA NACIONAL DE SAÚDE, 12ª, 2003).

A Lei Orgânica de Saúde, n.º 8080, de 19 de setembro de 1990, define o SUS como:

(...) o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas, federais, estaduais e municipais da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, incluídas as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados e, de equipamentos para saúde (BRASIL, Lei n.º 8080/90).

garantida, também a participação complementar da iniciativa privada.

Complementarmente, a Lei n.º 8142, de 28 de dezembro de 1990, regulamenta a participação da comunidade na gestão do SUS e o financiamento na área da saúde. Tal legislação define que as conferências e os conselhos de saúde são instâncias colegiadas, necessárias para a garantia do controle social. E, em seu artigo 1º estabelece que o SUS:

(...) contará, em cada esfera do governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde. A Conferência de Saúde é convocada, pelo menos a cada quatro anos, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis nacional, estadual, municipal e do Distrito Federal (BRASIL, Lei n.º 8142/90).

Entretanto, apesar das legislações garantirem o acesso do direito à saúde, mediante um processo de gestão participativa, muitos dos conselhos de saúde, que são os responsáveis por exercer o controle social, acabaram por sofrer fortes influências partidárias ou corporativas, além de imposições governamentais.

Desde a promulgação das Leis n.º 8080/90 e n.º 8142/90 e a implementação do SUS, houve um fortalecimento da rede pública de serviços de saúde e o aumento da cobertura dos serviços em todos os níveis de complexidade, principalmente as de Atenção Básica, por meio do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF).

Um desafio para consolidação dos princípios e diretrizes do SUS é conseguir atender a camada da população excluída da sociedade brasileira. Entre estes, está a população carcerária, que aumenta de forma vertiginosa, causando uma grave crise no sistema prisional.

A superlotação nos presídios e a forma desumana como são tratados os detentos fazem com que alguns segmentos progressistas do Governo Federal e as entidades de direitos humanos façam constantes apelos para que haja uma melhoria de tratamento das pessoas em privação de liberdade. Estes apelos sensibilizaram o Estado para realizar a extensão do atendimento a população penitenciária, por meio do SUS, a partir do Programa de Atenção Básica, a qual é entendido como um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo situado no primeiro nível dos Sistemas de Saúde, voltados para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e reabilitação.

2.2 O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP)

A política de saúde para o sistema penitenciário brasileiro teve início a partir de 2 (duas) ações, que foram, a assinatura, em 02 de abril de 2002, da Portaria Interministerial n.º 628 (ação conjunta entre os Ministérios da Saúde e da Justiça), que regulamentou o “Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário”, com a missão de viabilizar a atenção integral à saúde de homens e mulheres adultas sob a tutela do Estado em unidades prisionais ligadas ao Sistema Penitenciário no Brasil.

O PNSSP surgiu como uma estratégia político/administrativa de inclusão de pessoas privadas de liberdade no SUS. Sua estrutura está em consonância com os princípios do SUS, além de ter respaldo jurídico nas Regras Mínimas para Tratamento do Preso, e na Lei de Execução Penal (LEP), nº. 7210/84.

O PNSSP é resultado de um trabalho que contou 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. E foi instituído através da Portaria Interministerial n.º 1777, de 09 de setembro de 2003.

As ações e os serviços de atenção básica em saúde previstas no PNSSP devem ser organizadas e realizadas por equipes interdisciplinares de saúde. O acesso aos demais níveis de atenção em saúde devem ser pactuados e definidos 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).

No DF, o PNSSP começou a ser implementado no ano de 2004. Para compreendermos melhor o Sistema Penitenciário no DF, descrever-se-á sucintamente a organização dos órgãos que fazem parte desta estrutura física, administrativa e humana: a execução penal no DF está sob a competência da Subsecretaria do Sistema Penitenciário (SESIPE) que é subordinada à Secretaria de Segurança Pública do Distrito Federal (SSPDF). A SESIPE é o órgão responsável pela execução, manutenção e acompanhamento da pena restritiva de liberdade.

Fazem parte do Sistema Penitenciário do Distrito Federal o Complexo Penitenciário da Papuda, que é compreendido pelo Centro de Internamento e Reeducação (CIR), Centro de Detenção Provisória (CDP) e a Penitenciária do Distrito Federal (PDF). Fora do Complexo da Papuda estão o Centro de Progressão Penitenciária (CPP), a Coordenação de Polícia Especializada (CPE) e a Penitenciária Feminina do Distrito Federal (PFDF), que dispõe de

uma Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP). Esta estrutura quase não sofreu alterações desde a década de 80, pois os gastos públicos mostraram-se bastante residuais para melhoria do sistema.

O perfil do apenado no DF segue os mesmos padrões encontrados em outras cidades do Brasil: em sua maioria são homens, com baixa escolaridade, pertencentes aos extratos de baixa renda, nascidos na cidade. A faixa etária está entre 19 (dezenove) e 35 (trinta e cinco) anos, e o tipo de delito mais encontrado é o furto.

Segundo levantamentos, a população carcerária do DF mais que duplicou o seu contingente, de 2.900 (dois mil e novecentos) detentos em 1996 para, aproximadamente, 6.897 (seis mil e oitocentos e noventa e sete) detentos em 2003. Este crescimento populacional nas Unidades prisionais não foi devidamente acompanhado das melhorias estruturais necessárias a uma condigna execução das penas.

Em dezembro de 2003, o Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), apresentou um levantamento sobre o aumento da população carcerária no DF. Naquele período havia 6.897 (seis mil e oitocentos e noventa e sete) pessoas presas, sendo 6.624 (seis mil e seiscentos e vinte e quatro) do sexo masculino e 273 (duzentos e setenta e três) pessoas presas do sexo feminino. Na época, havia um déficit carcerário de 2.706 (duas mil e setecentas e seis) vagas. Estes dados demonstram que o sistema não se adequou às novas demandas criadas pelo crescimento da população carcerária, havendo uma inércia no sentido de ampliar o sistema.

O ambiente prisional, que geralmente apresenta condições de exclusão, violência e abandono, retrata o ideal de que apenas a privação da liberdade não basta: é necessário um ambiente desumano e cruel. São excluídos e destituídos dos direitos humanos e sociais mais básicos. Acabam sendo reduzidos a indivíduos sem direito a reivindicar seus direitos que não foram legalmente privados, como a dignidade, a saúde, o bem-estar entre outros.

3. METODOLOGIA

O estudo em questão é uma pesquisa de caráter qualitativo, visando analisar o processo da implementação do PNSSP na qualidade de vida da população penitenciária tendo como estudo de caso o Centro de Internamento e Reeducação (CIR). Realizou-se o levantamento dos dados em prol deste estudo através de entrevistas semi-estruturadas com profissionais de saúde lotados no CIR, sendo que todas as análises foram realizadas a partir de depoimentos desses profissionais.

Foram utilizados, basicamente, bibliografias que se relacionam ao SUS e ao Sistema Penitenciário, além do PNSSP.

Para a realização da pesquisa de campo, optou-se pela utilização de um roteiro com perguntas norteadoras como instrumental de pesquisa (vide Anexo), para que as entrevistas fluíssem melhor. Este instrumental foi dividido em 4 (quatro) blocos.

O primeiro bloco visa conhecer o trabalho da equipe na penitenciária em termos gerais, localizando a função do profissional naquele universo. O segundo bloco é o mais longo do roteiro, no qual visa conhecer o processo de atendimento do preso em relação à saúde, desde a forma e o momento em que é feita a solicitação de atendimento médico/odontológico pelo preso até os caminhos percorridos até a concretização do atendimento. Outra questão abordada neste bloco é o tempo de duração de tal processo, bem como as diferenças no processo decorrentes da gravidade da enfermidade e do local de atendimento, já que alguns atendimentos são realizados fora da penitenciária, em unidade hospitalar do SUS. Estão presentes questões que visam conhecer as maiores demandas de saúde dos presos, como quais são as enfermidades mais comuns, por exemplo. O bloco encerra-se com uma pergunta que exige do profissional uma comparação do atual processo de acesso à saúde na penitenciária e a forma como este se dava anteriormente.

Os 2 (dois) últimos blocos são mais específicos no que concerne ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. As perguntas, no entanto, são de cunho geral, pois como o PNSSP não conta com uma ampla divulgação no nível nacional e local, evitou-se o risco de que a falta de divulgação pudesse estar atingindo também os profissionais de saúde da área. O terceiro bloco, por exemplo, ao invés de questionar como está sendo realizada a implementação do trabalho dos agentes promotores de saúde entre os presos, previsto pelo PNSSP, pergunta apenas se os presos participam da prevenção/promoção da saúde na penitenciária, buscando identificar nas falas dos profissionais se existe esta participação e qual a sua intensidade. A outra pergunta desse bloco é se existem programas de prevenção, exigência explícita do PNSSP.

O quarto e último bloco de questões pede a opinião do profissional entrevistado acerca da atual situação da saúde dentro da penitenciária. A análise dessa pergunta foi feita buscando reconhecer nas falas dos profissionais uma equivalência acerca dos pontos positivos do processo e do que necessita para melhorar.

Diante da escassez de tempo e da dificuldade de contatar todos os profissionais que trabalham na unidade de saúde do CIR, foi possível realizar 5 (cinco) entrevistas, sendo elas com uma Assistente Social, uma Psicóloga, um Auxiliar de Enfermagem, uma Médica e uma Terapeuta Ocupacional.

Assim, este estudo procurou confrontar o disposto no PNSSP, a partir das falas dos profissionais e da observação realizada na ocasião das entrevistas.

Com isso, destacam-se como objetivos propostos neste estudo:

- Objetivo geral: Analisar o processo de implementação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciária a partir da qualidade de acesso da população penitenciária aos serviços de atenção à saúde, dentro e fora da unidade penitenciária.

- Objetivos específicos: conhecer o trabalho da equipe de saúde; analisar a forma em que se dá o acesso do preso às consultas médicas; conhecer que tipo de dificuldades são enfrentadas pelos presos para obterem tal atendimento; e verificar em que condições físicas o PNSSP foi implementado no CIR.

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

As entrevistas foram realizadas em julho de 2006, na unidade de saúde do CIR, com um total de cinco profissionais entrevistados de diversas áreas de atuação. São eles uma Assistente Social, uma Terapeuta Ocupacional, uma Psicóloga, uma Médica, uma Dentista e um Técnico de Enfermagem.

A seguir, apresentamos os conteúdos e análises das entrevistas segundo a divisão em blocos utilizada no roteiro (vide Anexo).

4.1 Primeiro Bloco – Conhecer o trabalho da equipe

1 – Como se dá o trabalho da equipe?

- qual a função do profissional na equipe?

Este primeiro bloco visa conhecer a dinâmica da equipe e como se dá o trabalho, assim como a função dos entrevistados. A equipe é relativamente pequena; em cada turno de trabalho tem-se a atuação de 8 (oito) pessoas. Nesta unidade, o quadro de profissionais de saúde é composto por 2 (dois) Terapeutas Ocupacionais, 2 (dois) Psicólogos, 2 (dois) Enfermeiros, 2 (dois) Médicos, 2 (dois) Dentistas, 2 (dois) Técnicos de Enfermagem, 2 (dois) Assistentes Sociais e 2 (dois) Auxiliares de Consultório dentário, além de 2 (dois) Psiquiatras que atendem todo o Complexo Penitenciário da Papuda, e ainda 1 (um) Farmacêutico que atende todas as unidades prisionais do DF. A carga horária de trabalho é de 20 (vinte) horas semanais: em tese, 4 (quatro) horas diárias. A equipe é contratada pela Fundação Zerbini, prestadora de serviço para o PNSSP. O contrato de trabalho destes profissionais é regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

Segundo a Psicóloga entrevistada, o trabalho é interdisciplinar, uma vez que, quando identifica a necessidade de outro tipo de abordagem de um problema, os internos são encaminhados para o profissional adequado. Porém, não foi identificado nas entrevistas junto aos outros profissionais o trabalho interdisciplinar. De fato, o que se observa é a existência de uma equipe multiprofissional, ou seja, profissionais de várias áreas trabalhando no mesmo espaço, porém sem nenhuma interação de conhecimento com os demais. Um dos indicadores desta constatação é a inexistência de reuniões periódicas de equipe com fins de planejamento para a qualificação dos atendimentos e planejamento das ações.

Aparentemente a dificuldade em realizar um trabalho interdisciplinar por esta equipe é a exigência de produtividade e a reduzida carga horária dos profissionais. Um trabalho interdisciplinar necessita de uma interação maior entre os envolvidos no sentido de buscar estratégias para resolver problemas de ordem multifatorial. O método de avaliação de desempenho e produtividade dos profissionais se restringe ao número absoluto de atendimentos, ou seja, devem atingir uma cota mínima de atendimentos a serem realizados mensalmente. Por isso, eles acabam por ficarem presos a esta rotina diária, o que evidencia a dificuldade de se criarem novos métodos de trabalho dentro da unidade.

Através da fala de quase todos os profissionais, pôde-se perceber que não há uma triagem das demandas que surgem por parte dos presos. Segundo a Dentista entrevistada, a mesma ressalta: “a gente atende demanda livre, eles pedem pro chefe de pátio que tem uma lista, e é assim de uma forma bem grosseira”. Na percepção da mesma, tal fato é um agente dificultador do trabalho, pois em alguns casos os atendimentos são feitos a presos que não necessitam realmente do trabalho. A Terapeuta Ocupacional entrevistada considera que: “(...) se conseguíssemos fazer uma triagem, a demanda seria maior”. Tal acesso dos presos aos profissionais pela livre demanda demonstra que não há um planejamento estratégico das ações.

Uma especificidade apresentada pela Assistente Social entrevistada é a dificuldade em definir o seu papel dentro da instituição, pois são requeridos a ela trabalhos que não são específicos da área de Serviço Social, como por exemplo, a leitura das cartas endereçadas aos presos, além de serviços que, em sua opinião poderiam ser desempenhados por assistentes administrativos, fato que, para a mesma, dificulta o andamento de seu trabalho. Outra dificuldade apontada pela Assistente Social entrevistada é o fato de que o trabalho realizado por ela não se dá apenas na área de saúde, prejudicando as demandas desta área.

A Terapeuta Ocupacional entrevistada apresenta, como sendo uma dificuldade, a falta de conhecimento tanto por parte dos presos quanto por parte dos agentes penitenciários das suas atribuições, uma vez que, tratam seu trabalho como uma especificidade da área de fisioterapia:

As pessoas não tem noção do nosso trabalho, acham que vamos ajudar num exercício, numa reeducação postural, não nos enxergam como terapeuta [...] acham que o Terapeuta Ocupacional é um profissional da saúde que vai trabalhar só com a reabilitação física. Não sabem que trabalhamos também com a parte social, e de reintegração.

Já a Psicóloga entrevistada ressalta que, uma das especificidades do seu trabalho com os detentos é “despertar algum sentimento bom que exista, mostrando que eles são seres humanos”. E relata que, como terapeuta, tem por objetivos aliviar o sofrimento do preso dentro da penitenciária, fazer com que eles estejam ajustados aos padrões e as regras carcerárias, além de despertar-los para o sentido da vida.

Em relação aos demais profissionais entrevistados, estes ressaltaram que são reconhecidos pelo seu trabalho e suas demandas são bastante específicas e reconhecidas por todos que compõem a equipe assim como pelos detentos.

4.2 Segundo Bloco – Conhecer o processo de atendimento do preso em relação à saúde

1 – Como se dá o acesso do preso às consultas médicas/odontológicas?

- em que momento?*
- a quem ele solicita?*
- de que forma?*
- quem encaminha?*

2 – Quanto tempo dura esse processo entre a solicitação e o atendimento? Por quê?

- se é um processo muito burocrático ou não?*
- se depende da enfermidade?*
- se depende do local onde o atendimento será realizado?*

3 – Sempre foi assim? Como era antes?

4 – Quais as demandas mais freqüentes?

Este bloco traz como objetivo conhecer o processo de atendimento do preso em relação à saúde, através da forma em que se dá esse acesso, do tempo de espera para que o atendimento seja efetivado, além das demandas que se apresentam mais freqüentes para cada profissional.

Para obterem acesso ao atendimento com qualquer profissional de saúde, os presos devem encaminhar um bilhete, solicitando o atendimento com determinado profissional. De acordo com os profissionais entrevistados, este bilhete tem o nome de “catatau”. Este catatau deve ser entregue ao chefe de pátio – um agente penitenciário responsável pelo pátio – que é quem faz o encaminhamento do mesmo para os profissionais.

Contudo, no que diz respeito ao atendimento médico, são realizados apenas procedimentos competentes à área de clínica geral, sendo que, quando existe a necessidade de algum procedimento especializado, faz-se necessário encaminhar o preso para a rede de saúde externa, cabendo a Médica solicitar este encaminhamento, quando julgar necessário. Segundo o relato da Médica entrevistada, tal encaminhamento se dá de forma simples, e quase sempre sem muito tempo de espera, dependendo somente da disponibilidade de escolta.

O Auxiliar de Enfermagem entrevistado relata que, após o recebimento por eles do catatau, não há uma demora significativa no tempo de espera dos presos para o atendimento, afirmando que: “Não existe demora no atendimento, aqui tem o chamado tratamento de elite, eles tem mais atendimento aqui dentro do que como cidadão comum lá fora.” Segundo a Psicóloga e a Médica entrevistadas, o tempo médio de espera para que haja o atendimento é de cerca de 3 (três) semanas, a partir do recebimento do catatau pelos profissionais, sendo que este período de espera não é considerado como grande pelas referidas profissionais, confirmando assim, o relato do Auxiliar de Enfermagem entrevistado.

Ainda segundo o mesmo profissional entrevistado, uma alternativa para que os atendimentos sejam mais ágeis é a divisão de acesso em dias da semana por pátio. Cada pátio tem seu dia específico diferente do dia de visita.

Tal fator que dificulta o acesso dos detentos aos serviços de saúde, o que é colocado pela Assistente Social entrevistada e também por quase todos os profissionais aqui entrevistados, como sendo a falta de pessoal para fazer a escolta, fazendo com que o trabalho não tenha a fluência necessária, e sendo que os únicos profissionais a não considerar este fator que dificultam o trabalho são a Médica e o Auxiliar de Enfermagem entrevistados.

Outro dificultador citado pelos profissionais é a falta de consciência dos chefes de pátio da necessidade que alguns profissionais têm de que haja continuidade no tratamento, ou seja, o preso deve ser atendido mais de uma vez pelo profissional. A Dentista entrevistada

ressalta que: “às vezes precisa de 3 (três) a 4 (quatro) consultas pra você adequar as condições de saúde bucal. É pouco difícil esse retorno, tenho uma dificuldade maior no retorno, do que na primeira consulta”. Porém, a referida profissional entrevistada considera o problema contornável através da sua atitude de estar agendando o paciente e solicitando ao chefe de pátio que traga o detento para o atendimento. “Eles chegam pro interno ‘não, não você já foi atendido’, acha que uma vez só está bom. É isso que a gente tenta mostrar. Que não é uma vez só e pronto”, ressalta a Dentista entrevistada.

Tanto a Psicóloga entrevistada quanto a Terapeuta Ocupacional entrevistada expressam esta mesma dificuldade na continuidade dos tratamentos. A Psicóloga entrevistada, para contornar tal problema, relata ficar cerca de 30 (trinta) a 40 (quarenta) minutos com cada paciente, aproveitando ao máximo o tempo dos atendimentos, por não saber quando poderá atender novamente aquele paciente. A Terapeuta Ocupacional entrevistada relata, ainda, como sendo um agravante do problema da continuidade do tratamento a falta conscientização e importância do mesmo, tanto por parte dos agentes quanto dos internos, que possuem uma imagem de que o medicamento é a única coisa eficaz. Contudo, a referida profissional entrevistada, na ocasião de seus atendimentos, tenta fazer tal conscientização, obtendo já alguns resultados, relatando: “(...) nesse um ano que eu estou aqui consegui manter pacientes em tratamento seqüenciais semanais, observar a evolução até eles irem embora”.

Nas falas dos profissionais, as demandas mais freqüentes identificadas foram gripe, viroses, dores de cabeça, diabetes, hipertensão, tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis, dermatites, dores nos dentes, cáries, além de depressão, problemas com alcoolismo e drogas.

Uma outra demanda apresentada pela Psicóloga entrevistada é a indisciplina dos presos, que é trabalhada pela mesma, para que haja uma melhor adaptação deles à rotina do presídio. Esta indisciplina tanto pode ser percebida pelo chefe de pátio quanto por qualquer profissional de saúde, que os encaminham para que façam um acompanhamento.

4.3 Terceiro Bloco – Prevenção/Promoção da Saúde

1 – Existem programas preventivos? Quais?

2 – Os presos participam da promoção da saúde na penitenciária? Como?

Este terceiro bloco tem como objetivo verificar a existência de programas de promoção e prevenção à saúde e conhecer seus conteúdos.

Segundo o relato do Auxiliar de Enfermagem entrevistado, existem no presídio campanhas de vacinação, onde este ressalta: “(...) gripe, tétano, todas as campanhas feitas pelo governo”, trabalhando também com educação em saúde, fazendo aconselhamento de diabéticos e palestras sobre tuberculose. O aconselhamento é feito normalmente às quartas e quintas-feiras com a população que vai ao presídio visitar os detentos, bem como com os próprios presos quando chegam para atendimento. Geralmente, este aconselhamento é individual ou em grupos de 3 (três) pessoas, enquanto aguardam na sela de espera.

Além dos programas de vacinação e aconselhamento, existe ainda a distribuição de preservativos para os presos que possuem o benefício da visita íntima, que de acordo com o Auxiliar de Enfermagem entrevistado, tem o objetivo de “evitar que eles contaminem os de fora”.

O CIR não possui nenhum programa além da vacinação que atinja toda sua população. As palestras e aconselhamentos são feitos somente para aqueles que já recorreram à unidade de saúde. Isso acontece, segundo o Auxiliar de Enfermagem entrevistado, porque os presos normalmente chegam ao CIR depois de já haver passado pelo CDP, que é “a porta de entrada”, onde todos participam de atividades de promoção à saúde. Lá também são realizados exames para diagnosticar tuberculose, DST/Aids, diabetes, dentre outras enfermidades. Como praticamente todos os presos já chegam ao CIR com o prontuário já aberto, apenas é feito, rotineiramente, o acompanhamento destes presos.

Outro motivo apontado pelos profissionais entrevistados para que não seja viável a implementação de programas que atinjam toda a população do CIR, é a dificuldade de escolta suficiente para que eles possam ter acesso aos internos. Foi idealizado pelas equipes de saúde um programa de atendimento ao dependente químico. Porém, o programa não foi posto em prática porque, como o método proposto era o trabalho com grupos de detentos, houve dificuldades em relação à escolta, ao controle do espaço físico e a disponibilidade de um profissional dedicado exclusivamente a esse trabalho.

A Assistente Social entrevistada afirma que algumas tentativas já foram feitas no sentido de promover a saúde e, uma delas, foi um programa onde os presos tinham aulas de educação sexual na escola do presídio. Porém, tal programa não conseguiu ser efetivado devido à carga horária exigida para os conteúdos mínimos exigidos, não podendo abrir mão desse tempo para que as aulas do programa fossem dadas.

Segundo a Terapeuta Ocupacional entrevistada, foi realizado, em parceria com a escola, uma semana de prevenção ao tabagismo, onde os presos puderam tirar dúvidas sobre o tabaco e outras drogas, sendo incentivados a buscar um acompanhamento da equipe de saúde. Porém, a referida profissional entrevistada aponta a dificuldade de acesso dos presos à escola como um fator para que este tipo de ação não seja realizado com frequência.

Sobre a promoção da higiene e saúde bucal, a Dentista entrevistada afirma realizar este tipo de ação apenas com os presos que vão ao consultório, uma vez que a demanda curativa é muito grande e não há como se abrir mão desse espaço para realizar um trabalho preventivo. Para a realização deste trabalho, ela afirma que seria necessária a contratação de mais profissionais para se dedicarem somente a tal atividade.

Os profissionais entrevistados foram unânimes quanto à não existência do programa de Agentes Promotores de Saúde preconizado no PNSSP, o que o Auxiliar de Enfermagem entrevistado explica não acontecer devido à alta rotatividade dos presos no CIR: “(...) a gente treina eles, e hora que vê eles já saíram”.

4.4 Quarto Bloco – Conhecer a opinião do profissional sobre a atual situação da penitenciária em relação à saúde

1 – Como você avalia, hoje, a qualidade de vida da população penitenciária em relação à saúde?

- dificuldades

- o que está bom

- o que precisa melhorar

Este quarto e último bloco pede a opinião dos profissionais entrevistados acerca da atual situação da saúde dentro da penitenciária, buscando reconhecer nas suas falas uma equivalência acerca dos pontos positivos do processo e do que necessita para melhorar.

Os profissionais entrevistados concordam entre si no que concerne à uma melhora significativa da qualidade de saúde da população penitenciária do CIR, após a implementação do PNSSP. Segundo o Auxiliar de Enfermagem entrevistado: “(...) antes deles o acesso do preso ao médico era quase impossível, só em casos extremos acontecia. Agora eles tem acesso

ao médico muito mais fácil, que se estivesse lá fora”, e relata ainda que, “(...) no início foi difícil porque era novo, até todos se adaptarem. Hoje não tem dificuldade nenhuma não, eles vem e são atendidos normalmente”.

Quando indagados sobre as necessidades de melhorias no CIR, grande parte dos profissionais entrevistados afirma haver a necessidade de contratação de mais profissionais para que se consiga atender todas as demandas, tanto no que diz respeito à saúde quanto aos profissionais dedicados a tarefa da escolta. Uma vez que a escolta foi apontada com um dos grandes problemas para realização de um trabalho de qualidade.

A Psicóloga entrevistada afirma que “(...) o sistema prisional do DF é um exemplo para os outros estados, só que ainda tem muito que melhorar, mas já houve muitos avanços. A gente precisa de mais profissionais devido a grande demanda”.

Sobre o PNSSP, apenas a Assistente Social e o Auxiliar de Enfermagem entrevistados, que estão no CIR desde a implementação do Plano, demonstraram conhecer seu conteúdo. Os demais profissionais afirmam ter apenas um conhecimento superficial do que o PNSSP preconiza. Isso demonstra que, mesmo os profissionais que lidam diretamente com a população penitenciária, desconhecem os direitos que esta população possui e quais destes direitos necessitam respeitar de forma constante.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo ora realizado apresenta, antes de uma análise conclusiva, aspectos relevantes para discussão sobre a operacionalização do PNSSP. Tais aspectos são resultados da análise do PNSSP e das informações obtidas através das entrevistas revelaram que:

- O CIR possui 2 (duas) equipes trabalhando na área de saúde. Cada equipe é composta por 8 (oito) profissionais de áreas diversas. A carga horária destes profissionais é de 20 (vinte) horas semanais. A rotatividade dos profissionais decorrente da baixa carga horária de trabalho demonstrou que existe muita dificuldade para que exista uma continuidade nos atendimentos feitos pelos profissionais.
- Apesar de uma das profissionais entrevistadas ter pontuado a existência de um trabalho interdisciplinar, não foi identificado na fala de nenhum outro profissional entrevistado a existência deste tipo de trabalho. O que de fato foi observado, é que não há nenhuma interação de conhecimento entre os profissionais, sendo feito apenas um trabalho multiprofissional.
- Pôde-se perceber que não há uma triagem das demandas que surgem por parte dos presos. Sendo o acesso dos presos aos profissionais de saúde realizado através de demanda livre, conforme os padrões de comportamento e decisões de servidores não devidamente preparados, demonstrando que não há um planejamento estratégico das ações, tampouco a garantia do direito ao acesso aos serviços.
- Para que os presos tenham acesso aos serviços de saúde, precisam encaminhar ao chefe de pátio um bilhete, chamado “catatau”, para que este, por sua vez, encaminhe o bilhete ao profissional de saúde. O tempo de espera entre o envio do “catatau” e a efetivação do atendimento não foi considerado como grande pelos profissionais

entrevistados, sendo que um dos profissionais entrevistados considera o tratamento recebido pelos presos como “tratamento de elite”.

- No CIR, são realizados apenas procedimentos médicos competentes à clínica geral, sendo os demais procedimentos (média e alta complexidade) encaminhados pela Médica ali presente para a rede de saúde externa, na dependência da disponibilidade de viaturas e escolta.
- Os principais pontos citados nas entrevistas como fatores que dificultam o acesso dos presos aos serviços de saúde foram: a falta de pessoal para fazer a escolta e a falta de consciência dos chefes de pátio da necessidade que alguns profissionais têm de que haja continuidade no tratamento.
- As demandas mais frequentes identificadas nas entrevistas foram: gripe, viroses, dores de cabeça, diabetes, hipertensão, tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis, dermatites, dores nos dentes, cáries, além de depressão, problemas com alcoolismo e drogas.
- No que concerne aos programas preventivos, as entrevistas demonstraram que o PNSSP não está sendo seguido pela equipe de saúde do CIR, uma vez que não existe na penitenciária nenhum programa além da vacinação que atinja toda a população do CIR. As demais ações preventivas são pontuais e não apresentam nenhum planejamento estratégico por parte da equipe. As entrevistas ressaltaram como principais dificuldades para a implementação de programas preventivos que atinjam toda a população do CIR: a inexistência de escolta suficiente para a realização desses programas e a alta demanda curativa, não havendo como abrir mão desse espaço para a realização de outro tipo de trabalho.

- Quando questionados sobre a atual situação da saúde dentro do CIR, os profissionais entrevistados foram unânimes ao afirmarem que houve uma melhora significativa na qualidade de saúde da população penitenciária após a implementação do PNSSP. Contudo, ressaltam como sendo necessária a contratação de mais profissionais, tanto no que se refere aos profissionais da área de saúde, quanto aos profissionais dedicados à tarefa da escolta, para que consiga se atender toda a demanda.
- Um fator preocupante apresentado na análise das entrevistas é o desconhecimento, por parte da maioria dos profissionais de saúde, do conteúdo do PNSSP, uma vez que o trabalho de todos os profissionais ali presentes deve estar baseado neste conteúdo.

Assim sendo, percebeu-se durante a realização deste estudo um esforço notório, por parte dos órgãos responsáveis, em efetivar a atenção básica em saúde para a população penitenciária. Contudo, existe ainda um grande desafio, que é conscientizar a população como um todo, de que as pessoas que estão em privação de liberdade, irão retornar ao convívio com a sociedade após o cumprimento de sua pena. E se essas pessoas não receberem do Estado e da sociedade civil a devida atenção em áreas essenciais da vivência humana, como as questões concernentes à saúde, por exemplo, não terão condições de recomeçar suas vidas sem a perspectiva de voltar a praticar delitos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (5 de outubro de 1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em <<http://www.senado.gov.br/>>. Acesso em 5. abr.2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Publicações Técnicas. Nº. 2, 1990.

BRASIL. Lei nº. 8.142 (28 de dezembro de 1990). Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre financiamento em saúde. Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/saude>>. Acesso em 3 de abril de 2006.

BRASIL. Lei nº. 8.080 (19 de setembro de 1990). Dispõe sobre o Sistema Único de Saúde. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br/saude/>>. Acesso em 3 de abril de 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde/PLANO NACIONAL DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO. Brasília, 2004.

CASTILHOS. In: REDE FEMINISTA DE SAÚDE. **A presença da mulher no controle social das políticas de saúde**: anais da capacitação de multiplicadoras em controle social das políticas de saúde. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2003.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8ª, 1986. **Relatório Final**. Disponível em <<http://www.cns.gov.br/>>. Acesso em 3 de abril de 2006.

CONFÊRENCIA NACIONAL DE SAÚDE, 12ª, 2003. **Relatório Final**, Disponível em: <<http://www.cns.gov.br/>>. Acesso em 7.mai.2006.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**: historia de violência nas prisões. Trad. de Raquel Ramallete. Petrópolis, RJ: Vozes, 1987.

GOFFMAN, Erwing. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectivas, 1974.

MARX, Karl. **O Capital** – Crítica da economia política. São Paulo: Nova Fronteira, 1983.

PAIM. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAIROL: FILHO. **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro, 1999.

WEBER, Max. **A ética protestante e o espírito capitalista**. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

ANEXO

ROTEIRO PARA ENTREVISTAS

1º Bloco – conhecer o trabalho da equipe

- 1 – Como se dá o trabalho da equipe?
- qual a função do profissional na equipe?

2º Bloco – Conhecer o processo de atendimento do preso em relação à saúde

- 1 – Como se dá o acesso do preso às consultas médicas/odontológicas?
 - em que momento?
 - a quem ele solicita?
 - de que forma?
 - quem encaminha?

- 2 – Quanto tempo dura esse processo entre a solicitação e o atendimento? Por quê?
 - se é um processo muito burocrático ou não?
 - se depende da enfermidade?
 - se depende do local onde o atendimento será realizado?

- 3 – Sempre foi assim? Como era antes?

- 4 – Quais as demandas mais freqüentes?

3º Bloco – Prevenção/promoção da Saúde

- 1 – Existem programas preventivos? Quais?

- 2 – Os presos participam da promoção da saúde na penitenciária? Como?

4º Bloco – Conhecer a opinião do profissional sobre a atual situação da pen. Em relação à saúde

- 1 – Como o Sr. avalia hoje a qualidade de vida da população penitenciária em relação à saúde?
 - dificuldades?
 - o que está bom?
 - o que precisa melhorar?