

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

Fernando Balvedi Damas

**SAÚDE MENTAL NO SISTEMA PRISIONAL:
AS PRISÕES CATARINENSES NA PERSPECTIVA DA SAÚDE
COLETIVA**

Florianópolis/SC

2011

Fernando Balvedi Damas

**SAÚDE MENTAL NO SISTEMA PRISIONAL:
As prisões catarinenses na perspectiva da saúde coletiva**

Dissertação de Mestrado apresentada
ao Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva da Universidade
Federal de Santa Catarina, para
obtenção do Título de Mestre em
Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Walter Ferreira
Oliveira

Florianópolis

2011

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária
da
Universidade Federal de Santa Catarina

D155s Damas, Fernando Balvedi

Saúde mental no sistema prisional [dissertação] : as prisões catarinenses na perspectiva da saúde coletiva / Fernando Balvedi Damas ; orientador, Walter Ferreira de Oliveira. - Florianópolis, SC, 2011.

258 p.: il., tabs., mapas

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública.

Inclui referências

1. Saúde pública. 2. Prisões. 3. Saúde mental. 4. Direito penal. 5. Psiquiatria Legal. I. Oliveira, Walter Ferreira de. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. III. Título.

CDU 614



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

“A saúde mental no sistema prisional: as prisões catarinenses na perspectiva da saúde coletiva”

POR

Fernando Balvedi Damas

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE: **MESTRE EM SAÚDE COLETIVA**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: **Ciências Humanas e Políticas
Públicas**

Profa. Dra. Karen Glazer de Anselmo Peres
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Walter Ferreira de Oliveira (Presidente)

Profa. Dra. Fátima Büchele (Membro Titular)

Profa. Dra. Luciana Musse (Membro Externo)

Profa. Dra. Kathie Njaine (Suplente)

Aos meus pais,
Terezinha e João (*in memorium*).

AGRADECIMENTOS

Adriano Cechin ▪ Alan Índio Serrano ▪ Carla Regina Rudolf ▪ Carlos Antônio Gonçalves Alves ▪ Dirceu Rodrigues da Silva ▪ Earle Serrano ▪ Fátima Büchele ▪ Fernando Vasconcelos da Fonseca ▪ Joana Tamiris Macedo ▪ Kathie Njaine ▪ Kléber dos Santos ▪ Leonardo Balvedi Damas ▪ Luciana Barbosa Musse ▪ Márcio de Oliveira ▪ Nédio Antenor Becker ▪ Neiva Marcelle Hiller ▪ Richard Harrison Chagas ▪ Rita de Cássia Teixeira Rangel ▪ Roberto Pilotto Figueiredo ▪ Rodrigo Otávio Botelho ▪ Sandra Noemi Cucurullo de Caponi ▪ Sérgio Fernando Torres de Freitas ▪ Silvia Cardoso Bittencourt ▪ Teresinha Balvedi Damas ▪ Walmir Lélis de Assunção ▪ Walter Ferreira de Oliveira

Sê o senhor de tua vontade e escravo de tua
consciência

Aristóteles

RESUMO

Introdução. A população carcerária é composta, em sua esmagadora maioria, de indivíduos oriundos de classes socialmente excluídas: pobres, com baixa qualificação profissional e desempregados. No Brasil, a regra do sistema prisional é a superlotação, ambientes altamente insalubres onde são usurpados os direitos dos detentos e se desenvolvem e proliferam diversas patologias, resultando numa total ineficácia do sistema de ressocialização. **Método.** Este estudo analisa as condições das unidades prisionais do estado de Santa Catarina e da aplicação das políticas de saúde voltadas para as prisões, principalmente no que tange à saúde mental. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo-observacional. Foram levantados dados da produção literária no assunto para revisão bibliográfica crítica. Os dados empíricos foram obtidos a partir da observação participante e análise do discurso das entrevistas semi-estruturadas conduzidas com os administradores de uma amostra representativa das unidades prisionais do estado de Santa Catarina. **Resultados:** A precariedade das unidades prisionais de Santa Catarina evidencia a má aplicação das políticas de saúde no sistema carcerário. A superlotação, infra-estrutura 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, ao passo que a desassistência em saúde mental relaciona-se com maiores níveis de detenção. **Discussão:** A ressocialização dos detentos é indissociável das condições de saúde nas prisões. O entendimento de saúde pública e coletiva está intimamente relacionado com o sistema prisional, pois enquanto os direitos dos detentos foram negligenciados, toda a sociedade sofre as conseqüências. Noutra via, enquanto o portador de transtorno mental estiver desassistido, maiores os riscos de detenção destes indivíduos.

Descritores: 1. Prisões. 2. Saúde Mental. 3. Saúde Pública. 4. Direito Penal. 5. Psiquiatria Legal.

DAMAS, Fernando Balvedi. **Saúde mental no sistema prisional: As prisões catarinenses na perspectiva da saúde coletiva.** Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva - área de concentração: Ciências Humanas) Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

ABSTRACT

Introduction. The prison population is composed overwhelmingly of individuals from socially excluded classes: poor, low-skilled and unemployed. In Brazil, the rule of the prison system is overcrowding, unsanitary environments where the rights of detainees are highly usurped and where develop and proliferate several diseases, resulting in a total ineffectiveness of the rehabilitation system. **Method.** This study analyzes the conditions of prisons in the state of Santa Catarina and implementation of health policies aimed at the prisons, especially about the mental health. It is a qualitative study, descriptive and observational. Literature data about the subject were collected were for critical review. Empirical data were obtained from participant observation and discourse analysis of semi-structured interviews conducted with administrators of a representative sample of prisons in the state of Santa Catarina. **Results:** The precariousness of the prisons of Santa Catarina shows the poor implementation of health policies in the prison system. Overcrowding, poor infrastructure and deficit in human resources are related with health problems in prisons, especially, HIV, tuberculosis and other infectious diseases, respiratory diseases, skin diseases and mental disorders. The lack of attendance at health compromises the security of the prison unit and society, while the lack of attendance in mental health is related to higher levels of arrest. **Discussion:** The rehabilitation of inmates is linked to the health conditions in prisons. Collective and public health is closely related to the prison system, because while the rights of detainees were neglected, the whole society suffers the consequences. In another way, while the mentally ill is unattended, there are greater risks of arresting for these people.

Keywords: 1. Prisons. 2. Mental Health. 3. Public Health. 4. Criminal Law. 5. Forensic Psychiatry

DAMAS, Fernando Balvedi. **Mental health in the prisional system. : The prisons of the State of Santa Catarina (Brasil) in a public heath perspective.** Dissertation (Master's degree in Public Health – concentration area: Human science) Post-degree program in Public Health. Federal University of Santa Catarina (BR), Florianópolis, 2011.

LISTA DE FIGURAS

Parte I

Figura 1 – Regionalização administrativa penitenciária do estado	71
Figura 2– Mapa dos municípios que com unidades prisionais.....	71
Figura 3 - Protocolo de acesso às unidades prisionais	85

LISTA DE TABELAS

Parte I

Tabela 1 – Regionalização da administração penitenciária do estado...	70
Tabela 2 – Classificação das unidades prisionais.....	72
Tabela 3– Amostra das unidades da pesquisa	74
Tabela 4– Unidades incluídas na pesquisa	86
Tabela 5 – Perfil dos administradores das unidades prisionais*	89
Tabela 6 – Vagas, lotação e idade das unidades prisionais	90
Tabela 7 – Serviços de saúde nas unidades prisionais	96
Tabela 8 – Problemas de saúde relatados pelos administradores	101
Tabela 9 – Ativ. ocupacionais, desportivas e de lazer nas unidades ...	105

Parte II

Tabela 1 – Amostra das unidades da pesquisa.....	186
Tabela 2 – Serviços de saúde nas unidades prisionais e demanda.....	186
Tabela 3 – Problemas de saúde relatados	187

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP	Associação brasileira de psiquiatria
AIDS	Síndrome da imunodeficiência humana adquirida
CEPH	Comitê de ética de pesquisas com seres humanos da UFSC
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CNPCP	Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária
DEAP	Departamento de administração prisional
DST	Doenças sexualmente transmissíveis
ESF	Estratégia da saúde de família (sinônimo de PSF)
HCTP	Hospital de custódia e tratamento psiquiátrico
HCV	Vírus da hepatite C
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
IPQ/SC	Instituto de psiquiatria de Santa Catarina
LEP	Lei de execução penal
ONU	Organização das nações unidas
PM	Polícia militar
PS	Presídio
PSF	Programa de saúde da família
PT	Penitenciária
SAMU	Serviço de atendimento móvel de urgência
SISNEP	Sistema de informações sobre ética em pesquisa envolvendo seres humanos
UE	Unidade prisional especial
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UPA	Unidade prisional avançada

TERMINOLOGIA

Os termos “prisões”, “unidades prisionais” e “estabelecimentos prisionais” serão utilizados como sinônimo e de modo intercambiável neste estudo, dando-se preferência para os dois últimos, que se remetem aos locais oficiais para a detenção de indivíduos. Da mesma forma, serão utilizados de modo intercambiável os termos “sistema prisional” e “sistema carcerário” para o conjunto de estabelecimentos prisionais do estado.

Muitos são os termos usados para referir-se aos indivíduos em situação carcerária: “prisioneiro”, “detento”, “apenado”, “reeducando” e “encarcerado”. De modo geral, os termos “prisioneiro” e “detento” podem ser usados como sinônimos. O termo “apenado” deve referir-se apenas ao indivíduo sentenciado, que está cumprindo pena, portanto, não se refere a toda população carcerária, que compreende também presos em situação provisória e aguardando julgamento. Neste estudo, dar-se-á preferência ao uso do termo “detento”, referindo-se toda a população carcerária – presos condenados (apenados) e presos provisórios. O termo “reeducando” parece ser uma tentativa de evitar preconceitos contra o indivíduo encarcerado, ou humanizar a situação dos prisioneiros, porém será pouco utilizado nesta pesquisa. A revisão analítica do significado do termo e da situação atual da maior parte das prisões não permite afirmar que o detento esteja em situação de reeducação.

Em relação aos problemas de saúde mental, dar-se-á preferência ao termo “transtorno mental”, por ser mais amplo, englobando as doenças mentais, dependências químicas e outros transtornos de ordem neurótica e da personalidade, em detrimento do termo “sofrimento mental”, pois nem todo indivíduo com patologia mental apresenta sofrimento psíquico.

O termo “drogas de abuso” ou somente “drogas” é utilizado no sentido de “toda substância psicotrópica capaz de causar dependência”, podendo ser usado como sinônimo de “entorpecente”. As mais comuns no estado de Santa Catarina são o álcool, a maconha, a cocaína e derivados (crack), anfetamínicos e benzodiazepínicos.

SUMÁRIO

PARTE I - DISSERTAÇÃO	27
1. Introdução	29
2. Referencial Teórico	31
2.1 O surgimento das prisões	31
2.2 O surgimento das instituições psiquiátricas	34
2.3 O sistema prisional brasileiro – história, legislação, e a situação atual.....	36
2.4 Políticas e Assistência à Saúde Mental no Brasil.....	41
2.5 Fatores Psicodinâmicos envolvidos no crime e na reclusão... 47	
2.6 A situação do detento no sistema prisional brasileiro - condições de saúde e saúde mental	49
2.7 A Reforma nos serviços de saúde mental.....	57
3. Objetivos.....	63
3.1 Objetivo Geral.....	63
3.2 Objetivos Específicos.....	63
4. Metodologia.....	65
4.1 Tipo de Pesquisa	65
4.2 Procedimentos.....	66
4.3 Caracterização dos locais da pesquisa.....	69
4.4 Caracterização dos participantes da pesquisa.....	73
4.5 Amostragem	73
4.6 Análise de dados	75
4.7 Categorização.....	77
4.8 Aspectos Éticos	79
4.9 Limitações da pesquisa	80
4.10 Motivações da Pesquisa	83
5. Resultados e Análise.....	85
5.1 Dados gerais e recepção à entrevista.....	85
5.2 Perfil dos administradores das unidades prisionais.....	88
5.3 Infra-estrutura e serviços básicos da unidade prisional.....	90
5.4 Condições de saúde e assistência social dos detentos	95
5.5 Hábitos dos detentos e acesso a ações de ressocialização	103
5.6 Práticas transgressoras.....	111
5.7 Drogas de abuso	115
5.8 Condições de saúde mental do detento.....	118
5.9 A segurança da unidade.....	124
5.10 Questões relacionadas ao gênero.....	130

5.11 Fatores sociais envolvidos na criminalidade, sua relação com o sistema prisional e as perspectivas de redução da reincidência.....	131
5.12 A Administração da Unidade prisional	135
5.13. Saúde mental do agente prisional.....	143
6. Considerações Finais	147
Referências	155
PARTE II – ARTIGO CIENTÍFICO	163
Resumo	167
Abstract	168
1. Introdução.....	169
2. Método	172
3. Resultados	174
3.1 ASSISTÊNCIA SOCIAL E à saúde Na unidade	174
3.2 Principais problemas de saúde entre os detentos	177
4. Discussão.....	181
5. Referências	184
Tabelas	186
PARTE III – APÊNDICES E ANEXOS	189
Apêndice A – Roteiro de visita às unidades prisionais	191
Apêndice B – Entrevista com Administrador da Unidade.....	195
Apêndice C – Termo de Consentimento livre e esclarecido aos administradores da unidade prisional	197
Apêndice D – Documentos do Comitê de Ética	199
Apêndice E - Mensagem enviada através de correio eletrônico às unidades prisionais da amostra:.....	205
Anexo 1 – Lei de Execuções Penais.....	207
Anexo 2 – Portaria Interministerial No. 1777	239
Anexo 3 – Plano Diretor do Sistema Penitenciário - Assistência a Saúde	245
Anexo 4 – Metas de Assistência à saúde.....	247
Anexo 5 – Leitos psiquiátricos pelo SUS.....	251
Anexo 6– Localização geográfica das unidades prisionais	253
Anexo 7	255

APRESENTAÇÃO

Trata-se este estudo da dissertação de mestrado para conclusão do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). O tema da Saúde mental nas prisões concentra-se na área das Ciências Humanas e Políticas Públicas de saúde.

A proposta acadêmica desta pesquisa é estudar o sistema prisional catarinense sob o escopo teórico da Saúde Pública e Coletiva. A base metodológica do estudo compreende uma revisão de literatura e busca de dados empíricos. Os dados do referencial teóricos do estudo foram selecionados através de uma leitura crítica da produção literária no assunto, incluindo revisão bibliográfica de diversas bases de dados (estudos acadêmicos científicos, literatura científica e filosófica, além de outras produções veiculadas nos diversos meios de comunicação). Os dados empíricos foram coletados através da visitação e observação participante de uma amostra representativa das unidades prisionais do estado de Santa Catarina, e entrevistas com os administradores destas unidades.

O estudo buscará mostrar como as políticas de saúde pública – em especial, as políticas de saúde mental - interferem na dinâmica do sistema prisional, e, por outro lado, como as políticas de atenção ao detento (não somente as relacionadas à saúde, mas também relacionadas aos aspectos ressocializadores da pena), relacionam-se, de modo mais amplo, com a saúde coletiva.

Este trabalho é apresentado de acordo com regimento do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFSC, dividido em duas partes: Parte I – Dissertação propriamente dita, e Parte II – Artigo científico, que foi elaborado para submissão à revista Ciência & Saúde Coletiva. Na Parte III estão os apêndices e anexos. O formato de apresentação segue as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

PARTE I - DISSERTAÇÃO

1. INTRODUÇÃO

De acordo com o Departamento Penitenciário Nacional, no ano de 2008, havia 496.251 indivíduos detidos nas unidades prisionais do país. No estado de Santa Catarina, 14.541 reclusos encontravam-se distribuídos nas 6.792 vagas disponíveis (BRASIL, 2010).

Dentre as finalidades da pena privativa da liberdade imposta pelo poder judiciário, está a inibição da prática criminal, o isolamento de indivíduos socialmente perigosos, e sua reabilitação. Este último parece ser o maior desafio, por diversos motivos. Condições mínimas de infra-estrutura, organização, e de serviços são necessários para alcançar os objetivos propostos. Na perspectiva da saúde coletiva, as unidades prisionais devem propiciar um ambiente favorável através de acesso à assistência à saúde, psicossocial, pedagógico, laboral, atividades de lazer e desportiva, entre outros direitos previstos em leis.

Aproximadamente 95% do contingente carcerário brasileiro são oriundos das classes socialmente excluídas, ou seja, pobres, com baixa qualificação profissional e desempregados e que, muitos deles, foram “empurrados” ao crime por não terem tido outras oportunidades. Tal população está sujeita a ambientes altamente precários e insalubres, celas superlotas, além de má-alimentação, sedentarismo, uso de drogas e falta de higiene, condições são propícias à proliferação de epidemias e desenvolvimento de patologias. Há uma prevalência considerável de casos de DST/AIDS, tuberculose, pneumonias, dermatoses, transtornos mentais, hepatites, traumas, diarreias infecciosas, hipertensão arterial e *diabetes mellitus* entre a população carcerária brasileira (SANTA CATARINA, S/D-A). Acaba ocorrendo a dupla penalização do condenado: a privação da liberdade e o precário estado de saúde que ele adquire durante a sua permanência no cárcere. Neste sentido, grande parte das rebeliões e fugas de presos pode ser encarada como uma resposta e um alerta às autoridades para as condições desumanas a que são submetidos (ASSIS, 2007).

A prisão é cenário de constantes violações dos direitos humanos, e os problemas demonstram que o Brasil vem aniquilando qualquer possibilidade de os presos virem a se recuperar, ao mesmo tempo em que gasta dinheiro com um sistema cruel que forja mais criminosos (MAGNABOSCO, 1998). Não é de surpreender que, com a tamanha precariedade, o sistema de ressocialização do egresso prisional seja

ineficaz - em média, 90% dos ex-detentos voltam a delinquir. O mesmo preso que sofre as penúrias do ambiente prisional será o cidadão que logo estará de volta ao convívio social praticando delitos (ASSIS, 2007).

A situação atual não ocorre por falta de dispositivos legais. A Declaração dos Direitos Humanos buscou assegurar como direitos básicos dos cidadãos a saúde, a segurança pessoal, a presunção da inocência e o direito de justiça, entre outros, além de rejeitar as práticas de tortura ou castigo (ONU, 1948). Em âmbito nacional, a Constituição da República Federativa do Brasil, trouxe em sua redação a saúde como direito de todos e dever do Estado, e defende a dignidade, liberdade e igualdade para todos os cidadãos (BRASIL, 1988). O direito à saúde do detento também é amparado pela lei de Execução Penal (Lei 7.210), que prevê o direito à saúde como uma obrigação do Estado (BRASIL, 1984). Há ainda outros instrumentos legais de iniciativa dos ministérios da Saúde e da Justiça, através de Portarias Interministeriais, que buscam prover a atenção integral à saúde da população prisional. Da mesma forma, instrumentos legais específicos para o estado de Santa Catarina, foram criados, visando ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças nas Unidades Prisionais (SANTA CATARINA, S/D-A e S/D-B).

A ressocialização dos detentos é indissociável das condições de saúde nas prisões, que, em sua definição mais ampla, está associada à oferta de uma abordagem integrada de assistência médica, pedagógica, psicossocial, jurídica e laboral aos detentos, favorecendo a inclusão social. Este estudo mostrará como o entendimento de saúde pública e coletiva está intimamente relacionado com o sistema prisional: enquanto negligenciamos os direitos dos detentos, toda a sociedade sofre com as conseqüências.

Sendo o cenário das prisões marcado pelo desrespeito aos direitos básicos do ser humano, em que o detento convive com condições precárias e tem sua saúde física debilitada e sua dignidade degradada, é natural que haja repercussões na saúde mental. Não obstante, muitos indivíduos com transtornos mentais severos acabam sendo detidos e conduzidos às prisões, por falta de acesso aos serviços especializados. O modelo de atenção à saúde comunitarista precariamente implantado, aliado à epidemia do crack, não é capaz de suprir a demanda em serviços em saúde mental, ocasionando na criminalização e judicialização de indivíduos que deveriam estar sendo acompanhados através de serviços adequados em saúde mental.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

No fundo da prática científica existe um discurso que diz: "nem tudo é verdadeiro; mas em todo lugar e a todo momento existe uma verdade a ser dita e a ser vista, uma verdade talvez adormecida, mas que no entanto está somente à espera de nosso olhar para aparecer" (...) Dentro desta perspectiva poderíamos também fazer uma história da confissão na ordem da penitência, da justiça criminal e da psiquiatria.(...) A seqüência interrogatório/confissão, que é tão importante na prática médico-judiciária moderna, oscila de fato entre um antigo ritual da verdade/prova prescrito ao acontecimento que se produz, e uma epistemologia da verdade/constatação prescrita ao estabelecimento dos sinais e dos testes. (...) E esta forma singular de produção da verdade que pouco a pouco foi recobrando as outras formas de produção da verdade e que, ou pelo menos, impôs sua forma como universal. (...) Trata-se sim de formas de poder-e-de-saber, de poder-saber que funcionam e se efetivam ao nível da "infra-estrutura" e que dão lugar à relação de conhecimento sujeito-objeto como nome do saber. (...) Nestas condições podemos então compreender que ela não se aplica sem problemas a tudo que resiste ou escapa às formas de poder-saber de nossa sociedade, a tudo que resiste ou escapa ao poder estatal, à universalidade mercantilista e às regras de produção. Ou seja, a tudo que é percebido e definido negativamente: doenças, crime, loucura (FOUCAUT, 2008).

2.1 O SURGIMENTO DAS PRISÕES

Desde o início das sociedades primitivas, já havia a preocupação em discriminar quais comportamentos seriam coerentes com as

ideologias de justiça do grupo. A visão jurídica da criminalidade, tal como atualmente, teve origem ideológica e prática apenas ao final do século XVIII (SANTOS, 2005). Na antiguidade, não havia a noção plena da privação de liberdade como sanção penal – o direito era influenciado pelo Código de Hamurabi ou “lei do Talião” (“olho por olho, dente por dente”). Na época, o encarceramento de delinquentes não tinha caráter de pena, e sim de preservação dos réus, como custódia até seu julgamento ou execução (pena de morte, penas corporais e penas infamantes), ou com finalidade de tortura (MAGNABOSCO, 1998).

Na Idade Média na maior parte da Europa ocidental, as sanções estavam submetidas ao arbítrio dos governantes, que as impunham em função do “status” social a que pertencia o réu. Os condenados eram o centro de espetáculos (guilhotina, forca, amputações, etc.) em que se promovia a dor e o sadismo. O suplício dos condenados tinha função jurídico-política – trava-se de um cerimonial para reconstituir a soberania lesada. O suplício não somente restabelecia a justiça, mas reativava o poder. (FOUCAULT, 2010).

O marco crucial desta mudança se deu na Idade Moderna, a partir da obra do italiano Cesar Beccaria - *Dos Delitos e das Penas* (em italiano *Dei delitti e delle pene*), publicado em 1764. A repercussão foi tamanha que forçou modificações na legislação de vários países. Beccaria sustentou a tese de que as penas constituíam uma espécie de vingança coletiva, e que essa concepção justificava a aplicação de punições de conseqüências muito superiores e mais terríveis do que os males produzidos pelos delitos, condenando o direito de vingança. Portanto, a pena para o criminoso deveria deixar a forma de punição, e assumir a de sanção. O criminoso não seria alguém paralelo à sociedade, mas alguém que não se adaptou às normas preestabelecidas. O direito de punir deveria seguir uma utilidade social, ressaltando a necessidade da publicidade e da presteza das penas (BECCARIA, 2000).

Foucault considera que, o verdadeiro objetivo da reforma judicial na Idade Média, não é tanto fundar um novo direito de punir a partir de princípios mais equitativo, mas estabelecer uma nova “economia” do poder de castigar, assegurando uma melhor distribuição dele. Ou seja, a reforma do direito criminal como uma estratégia para o remanejamento do poder de punir. Entre o fim do século XVIII e começo do século XIX, ocorre o que Foucault identifica como o desaparecimento do espetáculo dos suplícios e a extinção do domínio sobre o corpo. A relação castigo-corpo toma a forma de reclusão, trabalhos forçados, servidão, interdição, deportação. A partir de então, passa a prevalecer a idéia de que o essencial na pena é procurar corrigir, reeducar ou curar –

a punição torna-se vergonhosa para o judiciário. Passa-se a utilizar de outros técnicos para substituição do carrasco – os guardas, médicos, psicólogos, educadores, religiosos, etc.

Introduzindo solenemente a as infrações no campo dos objetos susceptíveis de um conhecimento científico, dar aos mecanismos da punição legal um poder justificável não mais simplesmente sobre as infrações, mas sobre os indivíduos; não mais sobre o que eles fizeram, mas sobre aquilo que eles são, serão, ou possam ser (FOUCAULT, 2010).

Considera-se que a partir de 1830 desapareceram os suplícios. Foucault identifica um momento central na história da repressão: a passagem da punição à vigilância. Momento em que se percebeu que, segundo a economia de poder, poderia ser mais eficaz e rentável vigiar que punir. Porém, já nos primórdios da reforma penal ao final da idade média havia divergências entre os juristas de que a prisão não era uma forma de punição mais do que uma garantia sobre a pessoa e seu corpo (FOUCAULT, 2008 e 2010). Então, a partir do final do século XIX, começam a surgir as primeiras penitenciárias, influenciadas pela Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1789, que defendia a integridade física e psicológica do indivíduo sob custódia do Estado. As primeiras penitenciárias visavam a privação a liberdade do criminoso e buscar a normalização do comportamento social (SANTOS, 2005):

A prisão tem sido nos últimos séculos a esperança das estruturas formais do Direito em combater o processo da criminalidade. Ela constituía a espinha dorsal dos sistemas penais de feição clássica. É tão marcante a sua influência (...) que passou a funcionar como centro de gravidade (MAGNABOSCO, 1998).

Segundo Foucault, é preciso abandonar a ilusão de que a penalidade é antes de tudo uma maneira de reprimir os delitos. De fato, o poder sobre o corpo nunca deixou de existir – não se centralizando a pena no suplício, esta passou a ser definida pela perda de bens ou direitos. Mesmo os trabalhos forçados da prisão ou a simples privação da liberdade não funcionariam sem certos “complementos”: alimentação precária, privação sexual, expiação física, etc. Ademais, a tortura

judiciária no ritual de inquisição e confissão constitui os pontos remanescentes de aplicação do castigo do suplício. Não obstante, a crença de que as prisões seriam instrumentos de transformação dos indivíduos não se concretizou – desde as primeiras prisões constata-se que servem mais para aprofundar os detentos na criminalidade (FOUCAULT, 2008 e 2010).

Somente em 1948, com a Declaração dos Direitos Humanos, a comunidade das Nações Unidas buscou assegurar como direitos básicos dos cidadãos a saúde, a segurança pessoal, a presunção da inocência e o direito de justiça, entre outros, além de rejeitar as práticas de tortura ou castigo (ONU, 1948). Outros instrumentos legais internacionais também foram criados para a preservação dos direitos dos detentos, como p. ex., a Declaração Americana de Direitos e Deveres do Homem e a Resolução da ONU que prevê as Regras Mínimas para o Tratamento do Preso.

2.2 O SURGIMENTO DAS INSTITUIÇÕES PSIQUIÁTRICAS

Segundo Foucault, o nascimento das instituições para doentes mentais deu-se se início no século XVIII, após o nascimento dos hospitais gerais. Somente a partir do século XIX iniciou-se a prática do internamento, momento em que a loucura é percebida como desvio à conduta regular e normal. O hospital psiquiátrico que nascia era o lugar de observação, classificação e diagnóstico:

Antes do século XVIII, a loucura não era sistematicamente internada, e era essencialmente considerada como uma forma de erro ou de ilusão. Ainda no começo da idade clássica, a loucura era vista como pertencendo às quimeras do mundo; podia viver no meio delas e só seria separada no caso de tomar formas extremas ou perigosas. Nestas condições compreende-se a impossibilidade do espaço artificial do hospital em ser um lugar privilegiado, onde a loucura podia e devia explodir na sua verdade. Os lugares reconhecidos como terapêuticos eram primeiramente a natureza, pois que era a forma visível da verdade; tinha nela mesma o poder de

dissipar o erro, de fazer sumir as quimeras (FOUCAUT, 2008).

Para muitos estudiosos, a Psiquiatria como especialidade médica surgiu a dois séculos, tendo como marco a separação do criminoso e do insano na figura do médico francês Philippe Pinel (1745-1826). A psiquiatria desenvolveu-se dentro dos asilos e da necessidade de abrigar, proteger, cuidar, investigar, diagnosticar e tratar os indivíduos que da loucura fossem acometidos. Ou seja, a Psiquiatria é fruto da revolução francesa, e nasceu com as idéias de liberdade, igualdade e fraternidade. Começou nas prisões, passando para os asilos (manicômios), derrubando gradativamente os muros (PICCININI, 2006):

O termo “manicômio” deve se referir à estruturas asilares precárias, onde não existe a lógica de cura ou restabelecimento de saúde, mas sim, funciona na lógica da exclusão, cronificação e estigmatização:

O manicômio efetivamente se constitui sobretudo como local de descarga e de ocultamento de tudo aquilo que, como sofrimento, miséria ou distúrbio social, resulta incoerente frente aos códigos de interpretação e de intervenção (de problema-solução) das instituições que fazem fronteira com a Psiquiatria, ou seja, a medicina, a justiça e a assistência. E, por isso, a Psiquiatria se constitui em última instância na fronteira, no cruzamento dessas instituições e assume o dever de absorver no seu interior tudo aquilo que resta da lógica problema-solução que a governa e, portanto, todos os problemas que aos resultarem incoerentes, insolúveis e irreduzíveis são por isso expulsos (ROTELLI, LEONARDIS & MAURI, 2001).

Figueiredo (1998), avalia que o “êxito” que a psiquiatria obteve ao separar o louco comum do louco criminoso, revela a fragilidade da psiquiatria. Na sua incapacidade de dar conta sozinha do problema do louco criminoso, a especialidade médica precisou aliar-se ao judiciário, criando o “Manicômio Judiciário”, instituição na qual ocorre a complicada relação entre terapeutas e guardas.

2.3 O SISTEMA PRISIONAL BRASILEIRO – HISTÓRIA, LEGISLAÇÃO, E A SITUAÇÃO ATUAL

Após a 2ª. Guerra Mundial desenvolveu-se a Lei de Execução Penal em vários países e estados-membros da Organização das Nações Unidas (ONU):

Somos herdeiros de um sistema que encontrou o seu apogeu no século das luzes quando o reconhecimento formal dos direitos naturais, inalienáveis e sagrados do Homem, impunha a abolição das penas cruéis. E a prisão não seria, portanto, uma pena cruel principalmente porque ela mantinha a vida que tão freqüentemente era o preço do resgate para o crime cometido. (MAGNABOSCO, 1998).

Para muitos estudiosos, o Brasil Colonial do século XVI era o destino onde os europeus deportavam seus criminosos, como forma de puni-los. A imigração compulsória desses desertores teria originado pequenos povoados, que foram o primórdio das cidades. Esta versão é em parte discordada por Gilberto Freyre, que afirma que europeus com histórico de delinquência vinham ao território brasileiro por vislumbrarem a possibilidade de recomeçar a vida, sem um passado maculado pelo crime. (FREYRE, 2004).

De qualquer modo, desde o período Colonial já havia um sistema carcerário com instalações precárias e desempenho duvidoso, pois estava à mercê das ordens da nobreza. Com a proclamação da República, e sob a influência da Revolução Francesa e a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão (1789), o campo jurídico brasileiro passou por inovações na forma de julgar e lidar com os reclusos. (SANTOS, 2005).

Em 1769, por determinação da Carta Régia, foi determinada a construção da primeira prisão brasileira, a Casa de Correção do Rio de Janeiro. Já no início do século XIX começou a surgir o problema da superlotação. (SOUZA, 2008). Na época, insanidade mental e crime possuíam uma relação íntima no discurso dos intelectuais, e doentes mentais, mendigos e criminosos dividiam o mesmo espaço nas prisões até meados do século XX, pois não havia instituições específicas para os mentalmente doentes (SANTOS, 2005).

Com o advento do 1º. Código Penal houve a individualização das penas. Somente a partir do 2º. Código Penal, de 1890, aboliu-se a pena de morte e surgiu o regime penitenciário de caráter correccional, com fins de ressocialização e reeducação dos detentos (MAGNABOSCO, 1998). Também com o novo Código Penal de 1890, previu-se que os presos com bom comportamento, após cumprirem parte da pena, poderiam ser transferidos para presídios agrícolas. E, com a Constituição de 1824 ficou estabelecido que as cadeias tivessem os réus separados por tipo de crime e penas e que estas se adaptassem para que os detentos pudessem trabalhar. Com o Código Penitenciário da República, de 1935, se propôs explicitamente que o sistema prisional, além de deter indivíduos para cumprimento da pena privativa de liberdade, também trabalhasse pela sua regeneração e reinserção social. Porém, ainda hoje esses preceitos pouco se concretizaram, e a possibilidade de trabalho abrange uma pequena parcela da população carcerária, uma vez que existem apenas 37 presídios agrícolas e industriais no país, e em alguns estados inexistem unidades prisionais semelhantes (SOUZA, 2008).

As inovações ideológicas incorporados ao Direito Penal brasileiro foram influenciadas pelas teorias européias de modernização social do século XIX, como a Eugenia e a Antropologia Criminal. Essas teorias tinham caráter biodeterminista, defendendo a idéia que os crimes eram cometidos por indivíduos com pré-disposição biológica. As ações jurídicas visavam identificar e reeducar os cidadãos pré-dispostos, e, desta forma, a Antropologia Criminal, toma conotação racista. A teoria biodeterminista deixou seu legado por estereotipar criminalmente certos grupos sociais, como negros, classes mais humildes, e também os doentes mentais. Posteriormente, o sócio-determinismo quebrou em parte a visão biodeterminista da Antropologia Criminal, porém fortaleceu a idéia de que o cidadão pobre é levado ao crime apenas por sua condição econômica. Esta interpretação distorcida da influência social é reforçada pela ação da justiça criminal, que na maioria das vezes só consegue atuar nas camadas mais baixas, abarrotando as prisões com pessoas de baixa renda. Se, por um lado, o sócio-determinismo consegue diminuir a responsabilidade do infrator pobre, considerando-o vítima da sociedade, ao mesmo tempo esta visão impede que a população humilde possa livrar-se do estigma que ser pobre é estar pré-disposto a criminalidade (SANTOS, 2005).

Com a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil, baseada nas idéias democráticas da Declaração Universal dos Direitos Humanos, a saúde aparece como direito de todos e dever do Estado, e defende a dignidade, liberdade e igualdade para todos os

cidadãos. No art. 5º. da Carta Magna, que trata das garantias fundamentais do cidadão, constam 32 incisos aplicados especialmente ao indivíduo preso (BRASIL, 1988).

Em 11 de julho de 1984 foi promulgada a Lei 72.210 – A Lei de Execuções Penais (LEP – Anexo 1) Considerada uma das mais avançadas e completas do mundo, qualquer leigo no assunto pode constatar que a aplicação da lei é feita de forma precária. A LEP também dispõe sobre os direitos ao sentenciado no decorrer da execução penal. Reconhece os direitos humanos dos presos (proibindo o uso de violência contra os detentos), e tem como principal objetivo a ressocialização dos detentos. Garante aos presos assistência educacional, como instrução escolar e ensino profissionalizante. Também garante assistência médica, jurídica, social e religiosa. O Estado tem obrigação de oferecer trabalho remunerado ao presidiário, cujo salário não pode ser inferior a três quartos do salário mínimo. A LEP também prevê que os prisioneiros sejam mantidos em celas individuais de pelo menos seis metros quadrados. (BRASIL, 1984; SOUZA, 2008).

A Lei de Execuções Penais prevê diferentes tipos de estabelecimentos prisionais, os quais se destinam à execução da pena privativa de liberdade, à execução da medida de segurança, à custódia do preso provisório, e aos cuidados do egresso. A lei também classifica os estabelecimentos segundo as diferentes fases do regime progressivo: prisão provisória; condenação ou medida de segurança; liberdade condicional; egresso. E os distribui da seguinte forma: Centros de Observação; Penitenciárias; Colônias Agrícolas ou Industriais; Casas do Albergado; Cadeias Públicas; Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico; Penitenciária para mulheres; Penitenciária para o Jovem Adulto (BRASIL, 1984; MAGNABOSCO, 1998).

As determinações do Ministério da Justiça prevêem que para todo estabelecimento prisional sejam observados os seguintes requisitos: a) instalações de administração, com salas para serviço jurídico, social e psicológico; b) assistência religiosa e culto; c) escola e biblioteca; d) prática de esporte e lazer; e) oficinas de trabalho; f) refeitório; g) cozinha; h) lavanderia; i) enfermaria; j) parlatório; l) visitas reservadas aos familiares; m) cela individual (BRASIL, 1984; MAGNABOSCO, 1998).

O “tratamento reeducativo” ou “tratamento penitenciário” é a educação tardia do recluso, considerando-se que não a obteve em época oportuna. O legislador adotou o termo “assistência penitenciária” na LEP, a qual compreende os instrumentos: assistência médica, jurídica, psicológica e social; educação e profissionalização; trabalho; e

disciplina. O tratamento reeducativo (termo mais usado em Direito Penal) compreende, portanto, um conjunto de medidas sociológicas, penais, educativas, psicológicas e métodos científicos que são utilizados numa ação compreendida junto ao delinqüente, com o objetivo de tentar modelar a sua personalidade para preparar a sua reinserção social e prevenir a reincidência. (BRASIL, 1984; MAGNABOSCO, 1994).

Da mesma forma, o indivíduo antes recluso, que egressa do sistema prisional tem também um amplo amparo legal, com seus direitos previstos na Lei de Execução Penal. A lei prevê orientação para sua reintegração à sociedade, assistência social para auxílio na obtenção de emprego, bem como alojamento e alimentação em estabelecimento adequado nos primeiros dois meses de sua liberdade. O Patronato Penitenciário, órgão do poder executivo estadual, é responsável pela efetivação desses direitos do egresso, e visa a recolocação do indivíduo no mercado de trabalho através de prestação de assistência jurídica, pedagógica, social e psicológica. Entretanto, o Patronato Penitenciário encontra obstáculos na falta de interesse político, que não lhe repassam os recursos necessários. Apesar de sua importância, a assistência pró-egresso não pode ser encarada como uma solução ao problema da reincidência dos ex-detentos, que está mais relacionada ao ambiente criminógeno da prisão (ASSIS, 2007):

Ocorre, na prática, a constante violação de direitos e a total inobservância das garantias legais previstas na execução das penas privativas de liberdade. A partir do momento em que o preso passa à tutela do Estado, ele não perde apenas o seu direito de liberdade, mas também todos os outros direitos fundamentais que não foram atingidos pela sentença, passando a ter um tratamento execrável e a sofrer os mais variados tipos de castigo, que acarretam a degradação de sua personalidade e a perda de sua dignidade, num processo que não oferece quaisquer condições de preparar o seu retorno útil à sociedade. (ASSIS, 2007).

Há ainda outros instrumentos legais específicos, através de iniciativa dos ministérios da Saúde e da Justiça. Portarias Interministeriais, inicialmente com a Portaria nº 628, de 02 abril de 2002, e a seguir, com a Portaria nº 1777, de 9 de setembro de 2003. Ambas aprovam o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário,

destinado a prover a atenção integral à saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas (BRASIL, 2002; BRASIL, 2003). Além destas Portarias, a saúde mental no sistema prisional é regulamentada e disciplinada em relação às pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei (medidas de segurança), pelas Resoluções CNPCP nº. 05, de 04/05/2004 e nº. 04, de 2010; Resolução nº. 113, de 20/04/2010 e Recomendação CNJ nº. 35, de 12/07/2011.

No estado de Santa Catarina, a Secretaria do Estado de Saúde criou o Plano Operativo Estadual de Atenção Integral à Saúde da População Prisional, cujo objetivo principal é o de contribuir para o controle e/ou redução dos agravos mais frequentes à saúde, com vistas a promover, proteger e recuperar a saúde da população prisional. Segundo este documento, a necessidade de implementação, acompanhamento e avaliação das ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças nas Unidades Prisionais se deve aos inúmeros fatores de risco aos quais grande parte dessa população está exposta (SANTA CATARINA, S/D).

A situação atual das unidades prisionais é que, em sua grande maioria, se encontram em estado deplorável de conservação. Quase a totalidade das unidades apresenta paredes das celas e pátio descascadas, e um ambiente escuro, abafado e úmido, propício para o desenvolvimento de microorganismos infecto-contagiosos. São comuns goteiras e fios desencapados. Nas celas, sempre com superlotação, muitas vezes os presos têm de fazer revezamento para dormirem; quando muito há uma cama feita de cimento, quando muito há um colchão fino sobre ela. Num canto da cela é fica o “boi”, espécie de privada que não tem descarga, é utilizada de cócoras por todos os presos da cela. Geralmente o local de banho é coletivo, e não tem água quente. Pasta dental, sabonete e outros objetos de higiene pessoal não são providos pelo Estado, a família deve trazer. É comum os detentos fazerem “gambiarra” nos fios de eletricidade para usar utensílios elétricos ou mesmo para acender cigarros. Num ambiente destes, não é de se estranhar que animais como ratos, baratas e outros insetos transitem livremente (SOUZA, 2008; ASSIS, 2007; SANTOS, 2005).

A realidade carcerária brasileira, sob uma perspectiva dos direitos humanos e do direito de atenção à saúde é desoladora. Por um lado, há uma insuficiência de recursos materiais e humanos para que os prisioneiros tenham suas necessidades de saúde atendidas. Por outro, as terríveis condi-

ções carcerárias (superlotação, insalubridade, controle da massa carcerária por facções rivais) tornam-na fonte geradora de novas doenças físicas e mentais, as quais, insuficientemente atendidas, retroalimentam-se, criando um círculo vicioso de sofrimento. (TABORDA & BINS, 2008)

O Brasil possui o quarto sistema prisional do mundo em número de presos, está atrás somente dos Estados Unidos, China e Rússia. A maioria das unidades prisionais no país é administrada pelos governos estaduais. Em junho de 2007, de acordo com o levantamento do Departamento Penitenciário Nacional, do Ministério da Justiça, havia no Brasil 437.596 presos distribuídos nas 262.690 vagas dos 1.115 estabelecimentos penais. Ou seja, havia quase dois presos para cada vaga. Do total de presos, 87% estavam no sistema prisional (penitenciárias, presídios e cadeias públicas), enquanto 13% ocupavam irregularmente delegacias e distritos policiais. Não há nenhum estado brasileiro cujo número de presos é igual ou menor que o número de vagas. Para piorar, há no Brasil milhares de mandados de prisão a cumprir – em 2007, contabilizava-se 550 mil mandados de prisão. Ou seja, há ainda mais criminosos soltos com mandado de prisão, do que detentos cumprindo pena. Para dar conta de todos estes presos, as vagas atuais do sistema prisional deveriam quadruplicar (SOUZA, 2008).

2.4 POLÍTICAS E ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL NO BRASIL.

Desde o princípio do século XIX, mesmo antes da influência do desenvolvimento do conhecimento europeu a respeito da psicopatologia, há registros de cerceamento de indivíduos perigosos ou indesejados às cadeias, em razão de supostos transtornos mentais. Ou seja, aplicava-se medidas efetivamente punitivas aos que não tiveram sua segregação baseada em delitos. Em verdade, não se pode falar propriamente em Psiquiatria e psiquiatras no Brasil até o século XX, quando surgem os primeiros especialistas. Até então, os médicos dos asilos, chamados alienistas, eram, em grande parte, clínicos gerais e legistas. Fez-se necessário, então, uma regulamentação desta atividade, que começava a ampliar seu campo de atuação na medida em que aumentava a quantidade de asilos pelo território brasileiro. (MACEDO, 2006). Uma série de leis específicas foram sendo criadas a partir do final do século

XIX, a fim de proteger os direitos dos portadores de transtornos mentais:

A) Decreto no. 82, de 1841 (Dom Pedro II).

A primeira instituição específica para alienados, o Hospício D. Pedro II, surgiu na época do Brasil Colônia em 1841, com o decreto de D. Pedro II, com um anexo ao Hospital da Santa Casa de Misericórdia da Corte. Segundo Piccinini e Oda (2009), especula-se que se buscava marcar a maioridade de D. Pedro II com a construção de obras filantrópicas. Nesta época, os médicos pouco participavam, apenas colaborando com componentes científicos para o discurso filantrópico. Quem dirigia efetivamente tais instituições eram as religiosas incumbidas dos doentes e a Mesa diretora da Santa Casa

Na época, as palavras hospital e hospício eram usados de modo intercambiável. Durante o segundo reinado, foram construídas várias instituições exclusivas para alienados em outras províncias, ocorrendo então a transferência destes indivíduos das enfermarias das Santas Casas aos hospícios exclusivos. na época. (PICCININI e ODA, 2009; MACEDO, 2006).

B) Decreto no. 1.132, de 1903 (Rodrigues Alves) – “Reorganiza a assistência a alienados”.

A idéia de implantar legislação referente aos doentes mentais no Brasil partiu do primeiro catedrático da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, o deputado João Carlos Teixeira Brandão e relator do decreto responsável por “reorganizar a assistência aos alienados”, promulgado pelo presidente Rodrigues Alves (MACEDO, 2006).

Segundo o primeiro artigo, “o indivíduo que, por moléstia mental, congênita ou adquirida, comprometer a ordem pública ou a segurança das pessoas, será recolhido a um estabelecimento de alienados”. A internação era realizada em hospitais públicos ou privados por requisição de autoridade pública ou por algum particular, necessitando atestados médicos declarando a alienação mental. O modelo assistencial era centralizado no hospital psiquiátrico (hospício) e na atuação médica. O isolamento era visto como necessário ao tratamento. A alta poderia ser dada quando pedida pelo paciente, pela família, ou por quem o havia internado, desde que não constituísse perigo para o enfermo ou para a ordem pública (BRASIL, 1903; PICCININI e ODA, 2009).

O decreto de 1903 regulamentava a internação provisória até a prova de alienação, por exame médico. O enfermo tinha o direito a reclamar exame de sanidade e de solicitar alta, e uma comissão do

governo deveria fiscalizar os estabelecimentos. Em seu art. 10, fica proibido manter alienados em cadeias públicas ou entre criminosos. (BRASIL, 1903).

O decreto afirmou a idéia de que o “louco” não possui a capacidade de gerir seus bens e a sua pessoa, devendo estar o doente e seus bens submetidos a responsabilidade de um curador. Do mesmo modo, não caberia ao paciente interferir ou mesmo conhecer o tratamento a ser aplicado (MACEDO, 2006).

Com a promulgação de um decreto em 1927, estabeleceu-se a distinção entre “psicopatia” como todo doente mental, e “alienado”, que se referia ao doente mental perigoso, sujeito à incapacidade penal e civil, tornando a internação do alienado obrigatória (MACEDO, 2006).

C) Decreto no. 24.559, de 1934 (de Getúlio Vargas) – “Dispõe sobre a proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas e a fiscalização dos serviços psiquiátricos”

O decreto promulgado no governo provisório de Getúlio Vargas revogou o decreto anterior de 1903, e retirou o termo “alienado” do ordenamento jurídico, que passou a referir-se somente ao “psicopata”, como uma definição mais ampla. A incapacidade do doente mental foi reafirmada, facilitando o recurso à internação, que era vista como regra, e não exceção (MACEDO, 2006).

O artigo 1º. orienta que:

A assistência a psicopatas e profilaxia mental terá por fim:

- a) Proporcionar aos psicopatas tratamento e proteção legal;
- b) Dar amparo médico e social não só aos predispostos a doenças mentais, como também aos egressos dos estabelecimentos psiquiátricos;
- c) Concorrer para a realização da higiene em geral e da profilaxia das psicopatias em especial. (BRASIL, 1934)

A internação psiquiátrica poderia ser feita por ordem judicial ou requisição de autoridade policial, a pedido do próprio paciente ou solicitação de familiares até o 4º. grau ou autoridade em geral, sendo necessário atestado médico ou guia de internação do médico do hospital. Definia-se que poderiam ser internados “os psicopatas, os toxicômanos e intoxicados habituais.” Não permitia a presença de doentes mentais em hospitais gerais, exceto em seções especiais, e estabelecia três regimes

de internação: aberto, fechado e misto. Os que tivessem apenas suspeita de doença mental deveriam ficar em seções especiais, antes da internação definitiva. Os critérios de alta eram os mesmo de 1903. O modelo assistencial mantinha-se centralizado e hospitalocêntrico, sendo a reinserção social um objetivo periférico, para poucos doentes, sob supervisão do hospício. (BRASIL, 1934; PICCININI e ODA, 2009).

Com art. 24 do decreto de 1934, “os psicopatas, assim declarados por perícia médica (...), são absoluta ou relativamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil.” (BRASIL, 1934). Tal medida era entendida como administração provisória ou curatela. O enfermo em internação voluntária tinha direito de alta, “salvo em caso de perigo iminente”, e todos tinham o direito de solicitar novo exame de sanidade mental. (BRASIL, 1934; PICCININI e ODA, 2009)

Reafirmou-se a conexão entre a Justiça e a Psiquiatria, com o tratamento sendo associado ao posicionamento legal. O psicopata era visto sob os enfoques médico e jurídico, na medida que sua existência era uma questão de ordem pública, em razão do potencial de periculosidade. Condicionado a este raciocínio, o Código Penal de 1942 relacionou a duração e o caráter da Medica de Segurança aplicável ao doente mental criminoso inimputável à gravidade do delito, e não à natureza do distúrbio, prognóstico e evolução do tratamento. Os doentes eram cerceados em manicômio como forma de preservar a sociedade do perigo que representavam, sendo pouco considerados como indivíduos portadores de uma patologia (MACEDO, 2006).

D) Lei 10.216, de 2001 – “Dispões sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”. Também chamada “Lei Paulo Delgado”, pois se originou do Projeto de Lei 3.657, de 1989, do então deputado Paulo Delgado.

O Projeto de Lei 3.657 “dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória.” O projeto causa muita polêmica no país, pois já em seu 1º. artigo determina que “fica proibida, em todo o território nacional, a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento, pelo setor governamental, de novos leitos em hospital psiquiátrico”, e previa a desativação dos hospitais existentes. Definia “internação compulsória” como aquela realizada sem o expreso desejo do paciente, e que deveria ser comunicada pelo médico, no prazo de 24 horas, à autoridade judiciária local. Esta, por sua vez, ouviria o paciente, médico, equipe

técnica e familiares, e emitiria parecer sobre a legalidade da internação. Buscava-se um modelo assistencial que pretendia a substituição do hospital por outras instâncias (desospitalização), e anti-psiquiátrico, contra o enfoque médico da doença mental. Definia como “recursos não manicomialis”: unidade psiquiátrica em hospital geral, hospital-dia, hospital-noite, centros de atenção e de convivência e pensões (BRASIL, 1989; PICCININI e ODA, 2009).

Neste contexto, foi invertida a concepção das leis anteriores, que estabeleciam a internação como princípio basilar, e agora passou a ser um visto como recurso quando os extra-hospitalares não se mostrassem suficientes. Percebe-se a preocupação do legislador em proteger o portador de transtorno mental contra as internações arbitrárias (MACEDO, 2006).

A Lei 10.216 tem ainda como antecedente o Substitutivo do Senado ao projeto de lei da Câmara no. 8, de 1999, de autoria do senador Sebastião Rocha (“substitutivo de Sebastião Rocha”), que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos psíquicos e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.” Segundo este, a internação estaria somente indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, e só se daria com laudo médico circunstanciado. Orienta tratamento integral, multidisciplinar, e baseado na desospitalização, com uma rede de serviços diversificada, comunitária, e menos restritiva possível. Entretanto, não especifica os tipos de serviços, nem onde se dará a internação. Previa, entretanto, a possibilidade de novos leitos psiquiátricos, se necessário. (BRASIL, 1999).

O primeiro artigo da Lei 10.216 diz que “os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtornos mentais, de que trata esta lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.” O modelo assistencial segue o preconizado no Substitutivo de 1999, exceto pela supressão do artigo que determinava a destinação de recursos do poder público para a construção de uma rede de serviços de saúde mental, inclusive novos hospitais psiquiátricos públicos. Ou seja, a lei 10.216 não prevê, mas também não proíbe a construção de novos hospitais nem a contratação de leitos psiquiátricos (BRASIL, 2001).

A lei 10.216 manteve em seu art. 3º, assim como o Substitutivo de 1999, que “é responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção da saúde aos

portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família” (BRASIL, 2001). Os direitos dos doentes mentais são garantidos especialmente art. 2º. da lei 10.216:

Art. 2º - Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único:

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. (BRASIL, 2001).

Observa-se que cada uma das leis citadas reflete as condições históricas específicas em que foram geradas e as noções sobre a doença mental vigentes na sociedade brasileira de cada contexto histórico. O decreto de 1841 traz a marca da benemerência de D. Pedro II, sendo antes uma vitória da filantropia que da incipiente corporação médica, pois o Hospício se destinou, primordialmente, a recolher os insanos sob os cuidados de uma ordem religiosa. A lei de 1903 reflete a consolidação da Psiquiatria como especialidade médica no Brasil, e também o contexto de uma República nascente, com os esforços de modernização do país e garantir o direito de tratamento dos loucos, e protegê-los das reclusões carcerárias. O Decreto de 1934 surge com o

advento dos conceitos médicos de profilaxia e higiene mental, consolida-se o papel do médico psiquiatra. Era a época da centralização de poder, autoritarismo e restrição de liberdades que surgiu no contexto do golpe de 1930 e ascensão de Getúlio Vargas ao poder. (PICCININI e ODA, 2009).

A percepção da necessidade urgente de reforma da assistência psiquiátrica e da luta pela garantia dos direitos de cidadania dos doentes mentais é sintetizada no projeto de lei de 1989, que surgiu num contexto de retomada da democracia no pai, após a ditadura militar. Teve o mérito de provocar a discussão do tema na sociedade; porém, seu caráter anti-psiquiátrico refletiu disputas corporativas, e equivocadas por colocar os procedimentos médicos no campo ideológico. Neste sentido, a Lei 10.216 é um grande marco e avanço para as políticas públicas em saúde mental no Brasil, pois inclui os princípios de proteção aos enfermos mental, e a melhoria da assistência a saúde mental, assim como preconizado pela ONU. Garante o direito de acesso aos melhores recursos diagnósticos e terapêuticos disponíveis, e reconhece a internação psiquiátrica integral com o mais um dos recursos terapêuticos válidos, além de ressaltar a necessidade de desenvolvimento de políticas específicas de desospitalização. Trata-se de princípios já apoiados há muito tempo pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e pelo Conselho Federal de Medicina (CFM). (PICCININI e ODA, 2009).

A desassistência em saúde mental no Brasil relaciona-se com as políticas públicas em saúde mental no Brasil, permeadas por viés ideológico que redundam em redução do número de leitos psiquiátricos sem o devido incremento de recursos comunitário (TABORDA & BINS, 2008).

2.5 FATORES PSICODINÂMICOS ENVOLVIDOS NO CRIME E NA RECLUSÃO

Numa visão psicanalítica, o papel do judiciário pode ser equiparado aos clãs primitivos, à Lei do Pai, ou seja, tem o objetivo de internalizar a Lei estruturante. Entretanto, observa-se que, em geral, proporciona a exclusão e o obscurecimento da diferença, dando continuidade à trajetória que o sujeito vem percorrendo em sua vida - uma trajetória marcada pela exclusão e punição. Para grande parte dos reclusos, o castigo se fez presente em diversos momentos, o que dificulta a busca por outras possibilidades na vida senão a delinquência,

papel social que lhe foi designado, e que se apropriou. (FREUD, 2006A; MARTINHAGO, 2003)

É comum que um delinquente, depois de ter sido submetido a um castigo injusto ou excessivo, passe a justificar seu ato. Ou seja, defende-se do tratamento injusto na prisão, e decide “descontar” e vingar-se quando tem a oportunidade, tornando-se realmente um criminoso (GOFFMAN, 1999). Foucault (2000) identifica essa contradição do sistema prisional – de que o aprisionamento, de sua função de ressocializar, acaba produzindo delinquência – como um mecanismo de mantenedor de uma relação de poder.

Segundo Gresham Sykes (*Apud* MAGNOBOSCO, 1998), o detento está vulnerável a pelo menos cinco fontes de sofrimento: o primeiro está na privação de liberdade; o segundo sofrimento é aquele no qual o preso está privado de todos os bons serviços que o lado de fora oferece, e que poderia reeducá-lo naturalmente; o terceiro está na abstenção de relações heterossexuais; o quarto deriva das regras institucionais a qual o preso está submetido, designada s a controlar todos seus movimentos; o quinto e último é o causado pela cultura da prisão, que refletirá na cultura da sociedade que ele levará consigo quando for egresso do sistema prisional.

Não obstante, as adaptações psicológicas e antropológico-culturais do indivíduo em reclusão parecem influenciar na vida em liberdade. Ou seja, os reclusos são moldados pelo ambiente institucional mesmo após a sua libertação através de um processo de "prisonalização" ou institucionalização. A rotina do recluso é marcada por agressões físicas e psicológicas, e a submissão às experiências carcerárias repercute na assimilação da cultura prisional, em que as tradições, valores, atitudes e costumes impostos pela população carcerária são apreendidos pelos internos, como uma forma natural de adaptação ou até mesmo de sobrevivência ao rígido sistema prisional. As transformações variam e atingem o egresso em diferentes níveis, tais como no hábito de comer e agir, e nas estruturas de linguagem. Esse impacto pode ocorrer em dimensões muito maiores, que variam desde o aumento da agressividade à extrema passividade. Como uma das conseqüências, tem-se o alto índice de pessoas que reincidem no crime; segundo INALUD/Brasil equivale a 70%. (BARRETO, 2006)

2.6 A SITUAÇÃO DO DETENTO NO SISTEMA PRISIONAL BRASILEIRO - CONDIÇÕES DE SAÚDE E SAÚDE MENTAL

O ambiente prisional é local propício à violação dos direitos humanos dos indivíduos. Embora as violações explícitas e chocantes, como as práticas de violência e torturas – sejam menos comuns, na maioria das vezes, entretanto, ocorrem sob formas mais sutis, através da denegação de direitos básicos da pessoa humana. Uma dessas violações diz respeito à deficiência nos cuidados elementares de saúde. Os prisioneiros brasileiros encontram-se totalmente à margem das políticas de saúde do SUS, já que os hospitais e serviços de saúde penitenciários não têm suas despesas ressarcidas por esse sistema, devendo buscar financiamento dentro das já escassas verbas do sistema penitenciário. Esta discriminação redundará em prejuízo concreto a esses estabelecimentos de saúde e favorece o processo de sucateamento dessas instituições (TABORDA, 2008).

São dois os tipos diferentes de violências que o Estado pode praticar contra o indivíduo encarcerado:

1. Violência quanto à ilegalidade da prisão, ou duração excessiva da pena: geralmente prisões arbitrárias praticadas pela polícia, ou detenções que ultrapassam o cumprimento da pena;
2. Violência quanto à maneira de execução da prisão: superlotação de celas, falta de higiene e sanitários, ociosidade dos presos, castigos arbitrários, estupro, espancamentos, maus tratos, torturas, etc (MAGNABOSCO, 1998).

É principalmente neste segundo tipo de violência que estudo se atém. Algumas das conseqüências desta violência, somadas ao déficit de estabelecimentos prisionais, são apontadas:

- Segregar de condenados definitivos em unidades destinadas a presos provisórios;
- Mistura de presos em diferentes estágios do regime progressivo na mesma unidade prisional, determinando revolta entre aqueles que não gozam do mesmo benefício;
- Superlotação de unidades propiciando violência sexual, uso de tóxicos, falta de higiene e doenças relacionadas;
- Presença de doentes mentais em unidades não adequadas, gerando perturbações e contribuindo para a revolta dos

presos e também dos agentes prisionais e outros funcionários;

- Criação de um ambiente prisional incentivador do crime (MAGNABOSCO, 1998).

A precariedade, superlotação e insalubridade das prisões brasileiras criam um ambiente propício à proliferação de epidemias e ao contágio de doenças. A estes fatores estruturais, soma-se a má-alimentação dos presos, o sedentarismo, uso de drogas e precariedade higiênica, que fazem com que o indivíduo que ingressa à prisão dificilmente não seja acometido por doença. Dentre as doenças mais comuns estão as infecto-contagiosas, tais como as pneumonias, tuberculose, hepatite e doenças sexualmente transmissíveis, principalmente o HIV, sendo estimado que 20% dos detentos sejam portadores do vírus. Há também muitos indivíduos portadores de distúrbios mentais, câncer e hanseníase. Não existe tratamento médico-hospitalar dentro das prisões. Quando há necessidade de serem removidos para o hospital, os detentos dependem de escolta da PM, que muitas vezes não é disponível. Dependem também da disponibilidade de vagas nos hospitais públicos, que normalmente carregam discriminação contra os detentos. A manutenção do preso em estado deplorável de saúde estaria fazendo com que a pena não só perdesse o seu caráter ressocializador, mas também estaria sendo descumprido um princípio geral do Direito, de a aplicação da pena deve atender aos fins sociais a que ela se dirige e às exigências do bem comum. (ASSIS, 2007)

Nem todas as prisões constam com a assistência à saúde física e psicossocial por profissionais. Mesmo aquelas que constam com médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais e nutricionistas geralmente o número de presos e a falta de infra-estrutura, equipamentos e medicamentos impossibilita a prática de um serviço adequado. Na maior parte das prisões não há um acompanhamento nutricional, e a dieta é preparada pelos próprios detentos, e geralmente com déficit de alguns nutrientes e excesso de carboidratos e lipídios. A assistência jurídica, da mesma forma, é escassa, e apresenta os mesmos problemas. Quando têm a possibilidade de ir ao pátio, os presos, sem ter o que fazer, andam de um lado para o outro durante horas. Geralmente, cada preso têm somente uma hora de sol por dia. Alguns fumam excessivamente, até pontas de cigarros e papéis, na falta do tabaco. Em muitas unidades o uso de maconha é aceitável. Em algumas unidades maiores os detentos têm à disposição equipamentos improvisados para exercícios, ou locais para disputar uma partida de futebol. (SOUZA, 2008).

Segundo o Relatório do Comitê das Nações Unidas Contra a Tortura (ONU, 2007; *apud* SOUZA, 2008), a prática de tortura nas cadeias brasileiras é fato comum, e os torturadores raramente são punidos. O relatório conclui que a ameaça constante de revolta nos presídios é o resultado direto das condições precárias. Ou seja, considerando a conjugação de todos os fatores negativos existentes no ambiente prisional, aliados à falta de segurança, é de se esperar que as rebeliões e as fugas de presos sejam eventos corriqueiros no sistema prisional brasileiro, pois:

A liberdade é um anseio irreprimível do ser humano, não sendo razoável esperar que, por si só, o preso venha a conformar-se com o estado de confinamento de sua liberdade é executada em nosso sistema carcerário. (ASSIS, 2007):

Os dados mostram a deterioração e ineficácia do sistema prisional brasileiro: o número de presos é absurdamente maior que o número de vagas e não há unidade prisional com número menor de presos que o de vagas. Tampouco se consegue a reabilitação do detento – 80 a 90% dos indivíduos que saem das cadeias voltam a cometer crimes e retornam às prisões. (ASSIS, 2007; SOUZA, 2008)

O perfil do preso brasileiro é o homem jovem, de baixo nível sócio-econômico-cultural, que praticou assalto. Cerca de 55% dos presos têm entre 18 e 29 anos, 70% não completaram o ensino fundamental, e 10% são analfabetos. Somente 18% desenvolvem alguma atividade educativa; os 72% restante vivem em total ociosidade. Quase a metade dos presos masculinos está reclusa por roubo, seguido de tráfico de entorpecentes, furto e homicídio. No caso das mulheres, o tráfico é o principal motivo da prisão. Em 2007 as mulheres eram 6% do total de presos, porém esta representatividade aumenta a cada ano Além de todos estes problemas, ressalta-se que na maior parte das prisões não há separação de detentos por tipo de crime nem por tempo de pena. Criminosos de todo tipo convivem juntos, “experientes” com “iniciantes”, fazendo com que a cadeia seja “a melhor escola do crime”. (SOUZA, 2008).

O estudo de Carvalho e cols (2006), sobre o perfil sociodemográfico, história penal, uso de drogas e doenças sexualmente transmissíveis da população carcerária do Estado do Rio de Janeiro, mostrou que o detento é, em geral, um indivíduo jovem, de baixa escolaridade, que apresenta ruptura de vínculos da vida social em várias

dimensões para ambos os sexos. Algumas diferenças de gênero foram identificadas: fatores mais fortemente associados ao sexo masculino foram a 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. Para o sexo feminino, esteve mais associado ter 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.

A tuberculose tem sido apontada como um dos principais problemas de saúde nas prisões. Há diversos fatores relacionados com a disseminação da doença nas prisões:

- Celas superpopulosas, mal ventiladas e com pouca iluminação solar;
- Exposição freqüente ao agente causador da doença em ambiente confinado;
- Falta de informação sobre a gravidade do problema;
- Dificuldade de acesso aos serviços de saúde na prisão e diagnóstico tardio dos casos;
- Falta de profissionais de saúde no sistema prisional;
- Transferências freqüentes dos doentes em tratamento, dificultando o acompanhamento até a cura;
- Dificuldade na busca de sintomáticos respiratórios;
- Falta de uma rotina (protocolo) para realização de triagem (baciloscopia e raios-x) na entrada e saída dos indivíduos encarcerados;
- Elevado contingente de portadores do HIV, outras infecções crônicas, usuários de drogas e álcool, bem como tabagismo endêmico ativo e passivo e intercâmbio freqüente com população moradores de rua (JUNKES, 2011).

De acordo com informações contidas no site da Secretaria Executiva de Justiça e Cidadania de SC (18/06/2010), foram registrados 14.276 presos em 48 unidades prisionais, representando 0,2% da população e contribuindo com quase 10% dos casos de tuberculose do estado. O risco de contrair a doença nas prisões de SC é mais de 400 vezes mais, sendo a taxa de incidência da doença nas prisões (no ano de 2009) de 1.022 por 100.000 habitantes, enquanto que a mesma taxa no estado é de 27 por 100.000 habitante. (JUNKES, 2011)

Coelho e cols (2009) encontraram uma prevalência de infecção pelo vírus da hepatite C na Penitenciária de Ribeirão Preto (SP), entre

maio a agosto de 2003, de 8,7%. Strazza e cols (2007) encontraram uma prevalência para HIV e HCV de 13,9% e 16,2 %, entre mulheres detentas numa penitenciária de São Paulo, em 2000. Autores como Carvalho (2003) consideram o uso de drogas dentro das prisões como parte do adoecimento da população carcerária, encontrando-se muitas vezes associado a infecções com hepatite C, infecções potencialmente transmissíveis pela via sexual, como hepatite B, HIV, entre outras.

Prática comumente realizada nas prisões, uma forma de punição dentro da própria prisão por mau comportamento, é o isolamento em solitária, geralmente uma cela minúscula, com privação de espaço físico mínimo, luz solar e alimentação escassa. No estudo de Metzner e Fellner (2010), sobre esta prática em prisões dos Estados Unidos esteve associada a transtorno mental grave. O confinamento em solitária tende a desencadear ou exacerbar sintomas ou provocar recorrência de transtornos mentais, ao mesmo tempo que as regras do sistema prisional para estes detentos restringe seu acesso a serviços de saúde mental.

Os indivíduos encarcerados também podem estar sob maior risco de suicídio que a população geral. Negrelli (2006) identificou as características demográficas e criminológicas dos detentos que cometeram suicídio no sistema prisional do estado do Rio Grande do Sul, no período de 1995 a 2005. Os suicídios corresponderam à média de 5,79% do total de mortes. A taxa de suicídios foi de 2,98% vezes a taxa média de suicídios do estado do Rio Grande do Sul, sendo a terceira causa de morte no sistema prisional, perdendo apenas para doenças infectocontagiosas e homicídio. Como perfil do suicida, foi identificado o gênero masculino; com idade de 20 a 29 anos; cor branca; estado civil solteiro; provenientes da região metropolitana; religião católica; primeiro grau incompleto e baixa qualificação profissional. O ato suicida caracterizou-se por enforcamento, durante o dia, principalmente, nos meses de dezembro, janeiro e fevereiro. Outras características associada foram o regime fechado; a situação de réu primário, tempo cumprido de pena de um a quatro anos; expectativa de pena a cumprir, de 5 a 10 anos; prática de delito contra a vida, principalmente o homicídio. Havia doença mental diagnosticada em 68,8% dos indivíduos que cometeram suicídio. (NEGRELLI, 2006).

Marques-Teixeira (2004) afirma que os estabelecimentos prisionais são atualmente, de fato, grandes depositários de indivíduos que necessitam de uma abordagem psiquiátrica específica. Portanto, é inevitável que as prisões desenvolvam grandes serviços de saúde mental, por duas razões: porque o número de detentos com problemas psiquiátricos é elevado, e porque a situação de reclusão é ela própria

geradora de descompensações. Entretanto, os estabelecimentos prisionais não sofreram grande transformação neste aspecto, e, aparentemente, o principal impedimento para a criação destes serviços é o custo.

De acordo com o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, aprovado pela Portaria Interministerial no. 1777 (Anexo 2), as metas para saúde mental são¹:

- implantação de Programas de Atendimento Psicossocial nas unidades prisionais capazes de contribuir para a prevenção e redução dos agravos psicossociais decorrentes da situação de confinamento em 40% das unidades prisionais no 1º ano, 60% no 2º ano, 80% no 3º ano e 100% no 4º ano;
- atendimento de situações de grave prejuízo à saúde decorrente do uso de álcool e drogas, na perspectiva de redução de danos em 40% das unidades prisionais no 1º ano, 60% no 2º ano, 80% no 3º ano e 100% no 4º ano.” (BRASIL, 2003)

Portanto, tal documento previa, para 2007, uma cobertura dos “agravos psicossociais” em 100% e atendimento de “situações de grave prejuízo à saúde decorrente de álcool e drogas” em 100%. No entanto, a implementação de serviços de saúde e saúde mental é alto, e decorrente da necessidade de diversos fatores: a) multidisciplinaridade (médicos, psicólogos, enfermeiros, técnicos, assistentes sociais, farmacêuticos, terapeutas ocupacionais, educadores físicos, advogados, etc); b) treinamento dos agentes prisionais; c) serviço de qualidade e vagas adequadas para a demanda; d) adaptação das medidas disciplinares ao portador de transtorno mental infrator; e) expansão de serviços para os egressos deste sistema; f) métodos de avaliação periódica dos serviços, entre outros. (MARQUES-TEIXEIRA, 2004)

Fazel & Danesch (2002) procederam a uma revisão sistemática incluindo 22.790 prisioneiros de doze países, e encontraram uma prevalência significativa de transtornos mentais na população carcerária. A prevalência de doença psicótica ficou em 3,7% entre homens e 4,0%

¹ (Para mais detalhes, vide Anexo 3 – Plano Diretor do Sistema Penitenciário - Assistência a Saúde, e Anexo 4 – Metas de Assistência à saúde, ambas para o estado de Santa Catarina).

entre as mulheres; depressão maior foi encontrada em 10% dos homens e 12% das mulheres; e transtorno da personalidade em 65% dos homens e 42% das mulheres (FAZEL & DANESH, 2002).

Ribeiro, Quintana e Andreoli (2008) conduziram um estudo da prevalência de transtornos mentais no estado de São Paulo, que abriga cerca de 40% da massa carcerária do Brasil, e encontraram uma prevalência de transtornos mentais graves em 12,2% dos detentos. Entre os transtornos mais prevalentes, estavam a depressão maior (7,4% em homens e 18,8% em mulheres), o transtorno do estresse pós-traumático (9,2% dos homens e 17,8% das mulheres), esquizofrenia e outras psicoses (2,7% dos homens e 1,9% das mulheres), além de dependência ao álcool e outras drogas e transtorno bipolar. A extrapolação destes resultados para a população carcerária atual, de aproximadamente 500 mil prisioneiros, significa uma prevalência de 61 mil portadores de transtorno mental grave nas prisões do país.

É possível que uma das razões para a alta prevalência de doentes mentais no cárcere consista na política oficial de atenção à saúde mental à população brasileira, permeada por forte viés derivado dos ideólogos da chamada Reforma Psiquiátrica. Segundo a orientação predominante entre as autoridades de saúde, a doença mental é considerada como fruto de políticas de “exclusão social” e, portanto, deve ser tratada basicamente com medidas de “inclusão” (...) Progressivamente passou-se à extinção de leitos hospitalares sem a devida criação de redes comunitárias alternativas. Com isso, o número de doentes mentais nas ruas das grandes cidades aumentou e, vários deles, supostamente terminaram na prisão. Negando-se a realidade da doença mental e utilizando-se desses pacientes como instrumento de luta política, na verdade logrou-se um pinelismo às avessas, reconduzindo-se os doentes mentais das ruas para o cárcere. (TABORDA & BINS, 2008).

Em 2007, o estado de Santa Catarina tinha 11.108 indivíduos detidos nas aproximadas quatro dezenas de unidades prisionais oficiais do estado, que tinham capacidade somada para 6.475 vagas. (SOUZA, 2008), Nos três anos entre 2006 e 2009, o número de indivíduos encaminhados a prisão aumentou de 108% em Santa Catarina. Enquanto em 2006 3.628 pessoas foram detidas entre janeiro de novembro, em

2009 foram 7.566 no mesmo período. Fenômenos como estes geralmente são acompanhados de severas crises econômicas e desemprego, entretanto, o Brasil experimentou crescimento econômico neste período. O crescimento do número de prisões pode estar ligado à precariedade do combate ao crime, a falta de aproximação da população para a prevenção, ausência de polícia comunitária, e expansão do tráfico de drogas, em especial, ao crack. . Há quem veja nas penas alternativas uma solução, pelo menos em curto prazo. (PEREIRA, 2009)

Martinhalgo (2003), em seu estudo com os detentos de um presídio catarinense, constatou da freqüente relação entre o uso de drogas e a prática do delito na população carcerária. A relação entre o uso de drogas e a criminalidade está entrelaçada na trajetória de vida dos indivíduos que constituem a população carcerária. A droga e o delito estão interligados de forma que um complementa ou outro: ora o delito é cometido para a compra de drogas, ora a droga é consumida para a prática do delito, numa forma de parceria para a transgressão da lei, sugerindo que a droga e o delito funcionam juntos como um mecanismo para transgredir a lei. Além disso, o uso de drogas também acaba sendo um paliativo para o alívio imediato do mal-estar. Desta forma, cria-se o ciclo vicioso de dependência química predispondo à prática criminal e vice-versa.

Não obstante, o agente prisional e outros funcionários das prisões, por estarem submetidos ao mesmo ambiente, também estão suscetíveis a maior morbidade em relação à população geral. Reichert e cols (2007) verificaram a prevalência de cinco indicadores de saúde em agentes penitenciários do município de Londrina (PR), e encontraram uma associação significativa foi verificada entre ausência de prática regular de atividades físicas e consumo de bebidas alcoólicas ($p=0,03$) e presença de distúrbios psíquicos menores ($p=0,02$). O consumo regular de bebidas alcoólicas (71,2%) e excesso de peso corporal (53,4%) foram os indicadores de saúde mais prevalentes. Apenas um entre três agentes penitenciários (37,3%) relatou praticar atividades físicas regulares e a presença de distúrbios psíquicos menores foi observada em 21,3% dos entrevistados. Associação significativa foi verificada entre ausência de prática regular de atividades físicas e consumo de bebidas alcoólicas ($p=0,03$) e presença de distúrbios psíquicos menores ($p=0,02$).

2.7 A REFORMA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

Falar de Sistemas de Saúde Mental e de Psiquiatria no sub-sistema prisional implica, naturalmente, falar do panorama da Psiquiatria e da Saúde Mental no país. E a razão é simples: quanto mais deficiências este mega-sistema tiver mais repercussões aquele outro micro-sistema irá ter. (Marques-Teixeira, 2004)

Nos século XX, com a evolução do entendimento dos transtornos mentais – sobretudo com o desenvolvimento das neurociências, a fisiopatologia das doenças mentais graves, e a farmacologia – a psiquiatria deparou-se com uma nova perspectiva sobre o tratamento e prognóstico das patologias mentais graves. Houve um avanço súbito no sentido de que grande parte dos portadores de doenças mentais podia ter seu problema controlado, e não necessariamente em ambiente hospitalar. Entretanto, há diversos estudos que sustentam que a pressão pela desinstitucionalização tem levado doentes mentais a um tipo e a trans- e interinstitucionalização, Ou seja, a escassez de leitos psiquiátricos e de serviços extra-hospitalares substitutivos tem ocasionado a transferência de portadores de graves transtornos mentais para outras instituições, sejam elas unidades prisionais e outras instituições totais², ou mesmo a ausência total da instituição, que é a situação de morador de rua, e contribuindo para o aumento da criminalidade de detenções (BANDEIRA, 1991; MARKOWITZ, 2006; LOVISI, 2010).

Porém, encarar o fato de que o hospital psiquiátrico deixava de ser uma instituição asilar-manicomial para se transformar numa instituição de tratamento das perturbações graves dos transtornos mentais sempre foi encarada com resistência por diversos setores da sociedade. Profissionais de saúde, administradores públicos, legisladores, juristas, sociólogos, portadores de transtornos mentais,

²Segundo Goffman, instituições totais caracterizam-se pela segregação de um grande número de indivíduos, todos com situação semelhante, por um período considerável de tempo, através de uma “barreira” que os separa do mundo externo. Os principais aspectos da vida dos indivíduos - trabalhar, dormir, brincar e fazer suas refeições – ocorrem no interior da instituição, não havendo separações destas esferas da vida. Cada atividade diária é pré-estabelecida em uma rotina de horários e tem tempo predeterminado por um sistema de regras, sendo realizadas na companhia imediata de um grupo de outras pessoas. Todas indivíduos devem ser tratados da mesma forma e obrigadas a fazer as mesmas coisas em conjunto, sob a supervisão/vigilância de um grupo de funcionários. (GOFFMAN, 2001)

familiares e leigos da sociedade demonstram até hoje divergência das mais diversas mesmo entre os grupos que compõem. A iniciativa de reduzir os leitos das instituições psiquiátricas em diversos países se deu por diversas razões – não somente em relação à evolução do tratamento dos transtornos mentais, mas também devido questões financeiras, políticas e ideológicas. Em especial, a “anti-psiquiatria”, movimento que acompanhou a contracultura nas décadas de 60 e 70, ganhava força e expressão política, denunciando abusos nos hospitais psiquiátricos (ROTELLI, LEONARDIS & MAURI, 1986).

De todos os países, os Estados Unidos, o Reino Unido e a Itália estão entre os que mais estudam os efeitos das reformas políticas, e, para o caso deste estudo, a reforma nas políticas de atenção à saúde mental (“*Reforma psiquiátrica*”). Dependendo do modo em que são realizadas estas reformas, é que se se repercute o aumento dos casos de moradores de rua, criminalidade e detenções (MARKOWITZ, 2006, LOVISI, 2010).

Nos Estados Unidos, o impacto da redução da capacidade de leitos psiquiátricos tem sido parcialmente absorvido pelos leitos psiquiátricos em hospitais gerais, que, embora possam contribuir para algum controle social, não são capazes de fornecer tratamento em longo prazo para os casos mais severos (MARKOWITZ, 2006). Estudos realizados nos Estados Unidos nas décadas de 80 e 90, de diversas áreas do conhecimento (antropologia, ciências social e política, psicologia e economia) demonstraram altas taxas altas de prevalência de distúrbios mentais maiores entre os moradores de rua nos Estados Unidos, chegando até a 90% em certos estudos (BASSUK e cols., 1984; FISHER e cols., 1986; LAMB, 1984, *apud* LOVISI, 2010). Alguns achados recentes sugerem que a população morando na rua nos Estados Unidos, atualmente, parece estar mais relacionada a problemas econômicos que a ser composta por minorias étnicas (ROSSI, 1990, *apud* LOVISI, 2010). De modo similar, no Reino Unido, o número de moradores de rua vem aumentando nas últimas duas décadas, expressivamente através do número de jovens nessa população, e, em particular, mulheres, oriundas de minorias étnicas (CRAIG E TIMMS, 1992, *apud* LOVISI, 2010).

Esses achados influenciaram alguns setores da opinião pública, geralmente, em todo o mundo, inclusive no Brasil. Para essas pessoas com tal opinião, a grande maioria dos moradores de rua é constituída por doentes mentais graves. (...). Por

sua vez, tal psiquiatrização serve para obscurecer a dramática questão dos moradores de rua, remetendo-os à condição de doentes mentais. (LOVISI, 2010).

Apesar de poucos estudos da situação do Brasil sobre os moradores de rua (principalmente devido à questões de ordem epistemológica e metodológica - da quantificação, ou talvez pela própria desnecessidade de comprovação por pesquisas), alguns estudos mostram tratar-se de um problema importante no país. No Rio de Janeiro, foram conduzidos estudos sistemáticos sobre os moradores de rua, que demonstrou um perfil de um morador do sexo masculino, na faixa etária de 20 a 40 anos, com baixo nível de escolaridade, desempregado, oriundos, sobretudo, da própria cidade e do estado do Rio de Janeiro, e com um período de longa vivência nas ruas (LOVISI, 2010).

Considerando a pluralidade de expressão do estereótipo do morador de rua, os principais fatores que o caracterizam são sua extrema pobreza, a falta de moradia e o isolamento social. Os sem-teto seriam divididos em três grupos: alcoólatras crônicos; doentes mentais crônicos; indivíduos vítimas de fatores estressantes intensos e situacionais, como, por exemplo, desabamentos de casas. Percebe-se que, todos são “potencialmente” indivíduos para o cuidado da Psiquiatria (LOVISI, 2010). A questão se interpõe: qual é o acesso que estes indivíduos têm aos serviços de saúde mental disponíveis?

Atualmente, muito tem se tentado explicar o aumento e expansão das instituições formais de controle social, que incluem a justiça criminal, saúde mental e assistência social. Entretanto, comparativamente, pouca atenção tem sido dispensada para as consequências associadas com a falta destas instituições. Em um estudo do início do século passado, Penrose (1939, *apud* MARKOWITZ, 2006) demonstrou uma relação inversa entre a população prisional e a população interna em hospitais psiquiátricos em diversos países europeus. Markowitz (2006), em seu estudo sobre oitenta e uma cidades dos Estados Unidos, encontrou que a capacidade de leitos de hospital psiquiátrico público está relacionado de estatisticamente significativo com um efeito negativo nas taxas de crime e detenção. Curiosamente, não foi encontrada efeito de redução na criminalidade com leitos psiquiátricos em hospital privado.

No caso da experiência da desinstitucionalização italiana, Rotelli, Leonardis e Mauri (1986) destacam algumas particularidades. Primeiramente, porque não foi movida somente por motivos financeiros,

administrativos ou ideológicos, mas, sobretudo, porque envolveu diversos setores da sociedade, e iniciou-se de dentro da instituição. Mesmo buscando-se a construção de um grande e complexo sistema de saúde mental na Itália, isto não impediu a cronificação de alguns pacientes, e, portanto, não superou a necessidade de locais de internação prolongada. Isto demonstra que, mais de que um processo social complexo e contínuo, a reforma dos serviços de saúde mental demanda, sobretudo, informação e preparação da sociedade e um grande investimento nas diversas instituições que prestam serviços aos portadores de transtornos mentais. A reforma dos serviços de saúde mental italiana desconstruiu a relação problema-solução, comumente utilizada nos sistemas que dão suporte à psiquiatria (medicina/ciência, administração pública, poderes legislativo e judiciário, assistência social). Trata-se mais do que enfrentar a etiologia da doença, adotando-se uma direção compreensiva sobre a lógica normativa, das definições científicas e das estruturas institucionais. O processo de desinstitucionalização é encarado como a reconstrução da complexidade do objeto; a ênfase não é mais colocada no processo de cura, mas a produção de vida, de sentido, de sociabilidade e convivência do indivíduo. A reforma italiana demonstrou também que o processo de desinstitucionalização mobiliza todos os atores envolvidos no sistema institucional, sendo os técnicos que trabalham no interior das instituições os protagonistas. São estes técnicos (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, etc) que ativam toda a rede de relações que estruturam o sistema de ação institucional e dinamizam as competências, os poderes, os interesses, as demandas sociais, etc. Caracterizou-se por um processo que ocorreu a partir do interior da instituição, ou seja, de “dentro para fora”, sendo mobilizados gradativamente os sujeitos sociais (pacientes, comunidade, opinião pública, sujeitos políticos). Isto porque o objetivo prioritário da desinstitucionalização é transformar as relações de poder entre instituição e sujeitos (pacientes). Eis mais uma característica do processo italiano: está baseado na utilização dos recursos e problemas internos da instituição para a construção de estruturas externas. Ou seja, os serviços externos nascem do interior da instituição e de sua decomposição e transformação dos recursos materiais e humanos. (ROTELLI, LEONARDIS & MAURI, 1986).

A reforma dos serviços em saúde mental nos diversos países do mundo em geral baseou-se prioritariamente na prática da desospitalização. Observa-se que, na grande parte destes países, a alta dos pacientes das instituições psiquiátricas não foi acompanhada pela

criação de serviços substitutivos, e que a sociedade em geral não se mostrou apta para acompanhar uma mudança tão radical. Diversos estudos demonstraram o “fenômeno da porta-giratória”³, e o aumento da marginalização e criminalidade entre os egressos das instituições psiquiátricas. Os países com maior sucesso na reforma dos serviços em saúde mental houve a incorporação de alguns conceitos fundamentais: a) o não baseamento numa perspectiva radical; b) a não identificação somente na prática da desospitalização ou da anti-psiquiatria; c) busca a do deslocamento das intervenções terapêuticas da instituição hospitalar para os serviços na comunidade de forma gradual; d) a compreensão de que os serviços extra-hospitalares convivem e dependem da internação, um não substituindo ao outro, mas do ao contrário, um confirma a necessidade do outro. Enquanto a internação hospitalar é a melhor maneira de contenção de casos graves e rápida recuperação de um surto, os serviços extra-hospitalares são mais apropriados para oferecer abordagens psicoterápicas e favorecer a inclusão social dos portadores de transtornos mentais (ROTELLI, LEONARDIS & MAURI, 1986).

Enquanto isso, no Brasil, quanto ao problema da assistência à saúde mental (e da assistência à saúde em geral), outros pontos devem ser considerados. Não somente os hospitais psiquiátricos são precários, mas qualquer hospital geral público carece de investimentos em infraestrutura e recursos humanos. Em se tratando de saúde pública, a corrupção e a má administração do dinheiro público são grandes empecilhos para os investimentos na saúde.

O projeto de política de saúde mental do Brasil apresenta características semelhantes à de vários outros países. Estes, porém já convivem com erros e limites desta política e já apontam seus mitos e dificuldades: falta de apoio financeiro suficiente para criar serviços comunitários adequados; falta de formação, preparação e engajamento da comunidade no acolhimento do doente mental, dificuldade de coordenação dos diversos setores dos serviços oferecidos, divergências ideológicas entre os trabalhadores da saúde mental membros das equipes interdisciplinares, falta de tolerância com os subgrupos mais deficientes de pacientes, falta de um atendimento permanente a cada paciente. Esta configuração tem levado a

³ O termo “fenômeno da porta giratória”, ou “*revolving door*”, foi introduzido por Kiesler & Sibulkin em 1987.

resultados difíceis: o aumento dos casos tratados fora dos hospitais é acompanhado de aumento também dos casos tratados em instituição, numa taxa maior que a do crescimento da população. Muitas instituições na comunidade diferem pouco dos hospitais psiquiátricos. Observa-se um problema de obstrução das unidades psiquiátricas e das emergências de hospitais gerais, que têm se tornado a porta de entrada do paciente. Observa-se um aumento de rehospitalizações de um contingente de pacientes jovens, pobres, desempregados, itinerantes, que acabam sendo recolhidos pela igreja ou transitam nas ruas ou prisões. Uma discussão generalizada sobre as conseqüências da desinstitucionalização se impõe, para utilizar positivamente a experiência de outros países (BANDEIRA, 1991)

Segundo Piccinini (2006), muito antes do “Movimento de Reforma Psiquiátrica”, já existia diversas ações no sentido de desospitalização dos doentes mentais, interiorização da assistência à saúde mental e criação de serviços comunitários. Atualmente, o que se observa é que nas portas dos hospitais (gerais e psiquiátricos) batem diariamente milhares de pessoas em busca de acolhimento. O grande problema, então, não é liberar os que lá dentro se encontram, é impedir que esses infelizes iniciem o caminho da hospitalização e institucionalização (PICCININI, 2006).

No estado de Santa Catarina, em 2008, o número de leitos psiquiátricos era de 760, divididos para 04 hospitais, para uma população total de 5.866.487 habitantes no estado 4 760 (Anexo 5). Isso contabiliza modestos 2,01% dos leitos do SUS, e precária taxa de 0,13 leitos por 1000 habitantes. (BRASIL, 2008). De acordo com Serrano (2003), Santa Catarina vivencia uma deficiência de leitos psiquiátricos em algumas regiões, por falta de serviços hospitalares. Não obstante, devido ao aumento proporcional de alguns transtornos psiquiátricos no contexto da transição demográfica e melhorias na informação em saúde corre o risco de deficiência para os próximos anos. Santa Catarina não tem macro-hospitais psiquiátricos em situação calamitosa, e existe uma diversidade na oferta de leitos psiquiátricos por regiões, seja em hospitais psiquiátricos ou hospitais gerais (SERRANO, 2003).

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a aplicação das políticas públicas de saúde voltadas à população carcerária em Santa Catarina, mais especificamente, das políticas de saúde mental, na ótica da Saúde pública e coletiva.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1 – Conhecer as condições gerais de saúde e saúde mental dos detentos catarinenses;

2 – Conhecer as ações e serviços de saúde disponíveis nas unidades prisionais de Santa Catarina;

3 – Verificar outros serviços disponíveis nas unidades prisionais, relacionados à ressocialização do detento;

4 – Correlacionar a situação atual de saúde e saúde mental dos detentos e a prestação de serviços em saúde para a população carcerária com as políticas e metas do governo para a saúde e saúde mental no sistema prisional;

4. METODOLOGIA

A saúde não institui nem uma disciplina nem um campo separado das outras instâncias da realidade social. (...) A sua especificidade é dada pelas inflexões sócio-econômicas, políticas e ideológicas, relacionadas ao saber teórico e prático sobre saúde e doença, sobre a institucionalização, a organização, administração e avaliação dos serviços e a clientela dos sistemas e Saúde. (...) Ao ampliar suas bases conceituais, as ciências sociais da saúde (...) se aproximam com maior luminosidade dos contornos reais dos fenômenos que abarcam. (MINAYO, 2004)

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo qualitativo, transversal, descritivo-observacional. Em metodologia qualitativa, recorrem-se aos recursos da revisão bibliográfica, observação participante e entrevistas. A coleta de dados empíricos neste estudo se deu através da visitação de uma amostra das unidades prisionais do estado, que foram submetidas à análise observacional. Os administradores de tais unidades prisionais participaram da pesquisa no fornecimento de dados em entrevistas semi-estruturadas para análise de discurso. *A priori*, não se estabeleceu sujeitos da pesquisa – ou seja, não se propôs uma avaliação sobre indivíduos, enquanto estudo ecológico-populacional. Todos os indivíduos envolvidos com o sistema prisional, que, por outro lado, é indissociável da coletividade da sociedade, são características de um estudo ecológico.

A mais séria pesquisa não é necessariamente a que mais se aproxima dos modos das ciências naturais, mas sim aquela cujo método é o mais adaptado ao seu objeto, por mais difícil que seja delimitá-lo. (LAVISSE & DIONNE, 1999)

Portanto, envolvendo, este trabalho, diferentes atores sociais, com diferentes percepções a respeito dos conceitos de saúde-doença, saúde mental e sistema judiciário-prisional, a abordagem qualitativa mostrou

ser a mais apropriada. Para tais temas de pesquisa estão envolvidos não apenas conhecimento técnico-científico, mas também aspectos sócio-culturais. Do ponto de vista do conhecimento da saúde, diz Minayo:

Como em qualquer processo social, o objeto 'saúde' oferece um nível possível de ser quantificado, mas ultrapassa quando se trata de compreender dimensões profundas e significativas que não conseguem ser aprisionadas em variáveis (MINAYO, 2004)

O interesse central em Ciências Sociais é o fato de que os seres humanos não são apenas *objeto* de investigação, mas pessoas com as quais agimos em comum: são *sujeitos* em relação. Importa, para as Ciências Sociais, os significados dados pelos atores sociais a seus atos e aos acontecimentos que consideram relevantes. Isto é, as motivações, aos objetivos perseguidos e aos fins vividos em comunidade. Não obstante, a pesquisa científica empenha-se em combater tanto os exageros da supremacia da razão como dos subjetivismos, assumindo a relatividade dos fatores objetivos e subjetivo, material e espiritual e sua unidade dialética (GOLDMAN, 1980, *apud*: MINAYO, 2004).

Portanto, a pesquisa qualitativa torna-se importante para: a) compreender os valores culturais e as representações de determinado grupo sobre temas específicos; b) para compreender as relações que se dão entre atores sociais; c) para avaliação das políticas públicas e sociais, tanto do ponto de vista de sua formulação, aplicação técnica, como dos usuários a quem se destina (MINAYO, 2004).

4.2 PROCEDIMENTOS

Os instrumentos de pesquisa consistem na observação participante dos locais de estudo, com o registro de dados num roteiro, e as entrevistas abertas a serem realizadas com diretores de unidades prisionais de Santa Catarina, além da análise documental.

Para que a observação se torne um instrumento válido e fidedigno, precisa ser antes de tudo controlada e sistemática, o que implica um planejamento cuidadoso do trabalho e uma preparação do observador (LUDKE & ANDRÉ, 1986). A observação como técnica de pesquisa é mais que um olhar atento, trata-se de um olhar ativo sustentado por uma questão e por uma hipótese. A técnica de observação

que se aplicará a esta pesquisa combina elementos de observação estruturada com elementos de observação não estruturada, podendo, portanto, ser chamada de observação “semi-estruturada” (LAVILLE & DIONE, 1999).

A observação participante é uma estratégia de campo que envolve não só a observação direta, mas todo um conjunto de técnicas metodológicas - combina simultaneamente a análise documental, a entrevista de informante, a participação, a observação direta e a introspecção. Permite um contato pessoal e estreito do pesquisador com o fenômeno pesquisado, e que o observador chegue mais perto da perspectiva dos sujeitos, na tentativa de apreender sua visão de mundo e o significado que eles atribuem à realidade que os cerca e às suas próprias ações. Ademais, as técnicas de observação são úteis para o reconhecimento de outros aspectos dos problemas da pesquisa, e permite a coleta de dados em situações em que é impossível outras formas de comunicação. Portanto, a posição do pesquisador nesta pesquisa adéqua-se à de “observador-participante”, papel em que a identidade do pesquisador e os objetivos do estudo são revelados ao grupo pesquisado desde o início. Apesar de ter acesso a uma gama variada de informações, até mesmo confidenciais, deve pedir cooperação ao grupo, que poderá controlar o que será ou não tornado público (LUDKE & ANDRÉ, 1986).

As visitas às unidades prisionais foram conduzidas com o pesquisador munido de uma grade de observação, através do qual se registrou informações para posterior análise (Apêndice A). Em tais registros, possibilitou-se a tomada de notas descritivas e analíticas a respeito dos fatos e situações observadas. Portanto, o pesquisador seguiu um roteiro de questões aos administradores das unidades (Apêndice B), ou seja, um instrumento de orientação, servindo como facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação. Difere, portanto, do sentido tradicional do questionário, e, tratando-se de um guia, o roteiro não pode prever todas as situações e condições de trabalho de campo. (MINAYO, 2004, p. 99 e 100). De acordo com Haguete:

A entrevista, como qualquer outro instrumento, está submetida aos cânones do método científico, um dos quais é a busca de objetividade, ou seja, a tentativa de captação do real, sem contaminações indesejáveis nem da parte do pesquisador nem de

fatores externos que possam modificar aquele real original. (HAGUETE, 1995)

A entrevista cria uma relação de interação entre o pesquisador e os sujeitos, havendo uma atmosfera de influência recíproca entre quem pergunta e quem responde. Permite, assim, a captação imediata e corrente da informação desejada e o aprofundamento de pontos levantados por outras técnicas. Permite também atingir informantes pouco disponíveis por outros meios de investigação e o acesso a assuntos de natureza pessoal e íntima. Para registro dos dados foi utilizada a gravação direta em arquivo de áudio, que tem a vantagem de registrar todas as expressões orais, imediatamente, deixando o entrevistador livre para prestar toda sua atenção ao entrevistado (LUDKE & ANDRÉ, 1986). As entrevistas envolveram apenas a participação dos administradores das unidades prisionais da amostra que consentiram com o procedimento e assinaram o Termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice C).

Por definição, a entrevista semi-estruturada trata-se de uma série de perguntas abertas, feitas verbalmente em uma ordem prevista, mas na qual o entrevistador pode acrescentar perguntas de esclarecimento. Ou seja: se o entrevistador achar que há necessidade de aprofundar o discurso de determinado tema, ele pode fazer mais perguntas ao entrevistado. A aplicação de um questionário de respostas abertas permite ao interrogado abrir espaço para emitir sua opinião, tendo a oportunidade de exprimir seu pensamento pessoal, traduzi-lo com suas próprias palavras, conforme seu próprio sistema de referência:

Tal instrumento mostra-se particularmente precioso quando o leque das respostas possíveis é amplo ou então imprevisível, mal conhecido. (...) Possibilita um contato mais íntimo entre o entrevistador e o entrevistado, favorecendo assim a exploração em profundidade de seus saberes, bem como de suas representações, de suas crenças e valores (LAVILLE & DIONE,).

Paralelamente às entrevistas, realizou-se uma análise documental crítica sobre os assuntos pertinentes à realização deste trabalho, principalmente no que diz respeito às condições de saúde das prisões e aplicação das legislação penal e políticas públicas de saúde aos detentos. A revisão de literatura é componente essencial de qualquer pesquisa, pois contribui para a operação de racionalização da problemática. Desde

a confrontação da percepção dos pesquisadores com as publicações a respeito do tema de pesquisa, até a objetivação da pesquisa e a adaptação da metodologia a ser aplicada requerem uma revisão detalhada das publicações clássicas e mais atuais na temática envolvida. Portanto, vem sendo realizada uma revisão bibliográfica a respeito dos temas de saúde nas prisões e políticas de saúde para os prisioneiros.

A revisão de literatura sistematizou-se através da busca em banco de dados nacionais e internacionais com as palavras-chaves: saúde, prisões, saúde mental, prisioneiros, sistema prisional, saúde pública, políticas de saúde, etc. Foram incluídos na metodologia a análise de documentos oficiais nacionais, regionais ou locais a respeito do sistema prisional. Como método de pesquisa, a análise documental busca identificar informações factuais nos documentos a partir de questões ou hipóteses de interesse. Os documentos, além de constituírem uma fonte de evidências para o teste das hipóteses do pesquisador, também indica problemas que devem ser mais bem explorados através dos outros métodos (LUDKE & ANDRÉ, 1986).

Foram pesquisadas bases de dados nacionais em saúde (Bireme, Scielo, Biblioteca Virtual em Saúde), assim como teses e dissertações do banco de teses da CAPES e da biblioteca digital de teses e dissertações. Também se procedeu à pesquisa de bases de dados estrangeiras em saúde (PubMed) e multidisciplinar (Scopus e Web of Science), buscando-se pelos descritores: saúde mental, prisões, prisioneiros, sistema prisional e saúde pública.

4.3 CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DA PESQUISA

Antes de se proceder à amostragem, é necessário descobrir a distribuição dos caracteres dos elementos da amostra. A amostragem diz-se rigorosa se quando for uma parte representativa do universo inicial – neste caso, os resultados obtidos serão generalizados para o todo (BARDIN, 2002).

Até o ano de 2010, o estado de Santa Catarina contava com 42 unidades prisionais oficiais (DEAP, 2010), as quais são classificadas de acordo com a região administrativas e tipo de estabelecimento. A tabela 1 especifica as unidades prisionais de acordo com a região do estado. A figura 1 ilustra a regionalização administrativa de Departamento de

Administração Prisional (DEAP). A figura.2 mostra as cidades onde situam-se unidades prisionais⁴:

Tabela 1 – Regionalização da administração penitenciária do estado

Região	Município	Estabelecimentos Prisionais
Norte do Estado	Joinville	Presídio Regional de Joinville
		Penitenciária Industrial de Joinville
	Jaraguá do Sul	Presídio Regional de Jaraguá do Sul
	Mafra	Presídio Regional de Mafra
	Porto União	Unidade Prisional Avançada de Porto União
Vale do Itajaí	Barra Velha	Unidade Prisional Avançada de Barra Velha
	Itajaí	Presídio Regional de Itajaí
	Baln. Camboriú	Presídio Regional de Balneário Camboriú
	Blumenau	Presídio Regional de Blumenau
	Indaial	Unidade Prisional Avançada de Indaial
	Brusque	Unidade Prisional Avançada de Brusque
Grande Florianópolis	Florianópolis	Unidade Prisional Avançada de Ituporanga
		Presídio Regional de Rio do Sul
		Casa do Albergado de Florianópolis
		Hospital de Custódia de Trat. Psiquiátrico
		Presídio Feminino de Florianópolis
	Presídio Masculino de Florianópolis	
	Penitenciária de Florianópolis	
	Biguaçu	Presídio Regional de Biguaçu
Sul do Estado	Palhoça	Colônia Penal Agrícola de Palhoça
	São Pedro de Alcântara	Complexo Prisional Catarinense (Penitenciária de São Pedro de Alcântara)
	Tijucas	Presídio Regional de Tijucas
	Imbituba	Unidade Prisional Avançada de Imbituba
		Laguna
Criciúma	Presídio Regional de Criciúma	
	Penitenciária Sul	
Araranguá	Presídio Regional de Araranguá	
Planalto Serrano	Lajes	Presídio Regional de Lajes
	Correia Pinto	Unidade Pris. Avançada de Correia Pinto
	S. Cristóvão do Sul	Penitenciária da Região de Curitiba
	Campos Novos	Unidade Pris. Avançada de Campos Novos
Região Oeste	Capinzal	Unidade Prisional Avançada de Capinzal
	Videira	Unidade Prisional Avançada de Videira
Caçador	Caçador	Presídio Regional de Caçador

⁴ Mais detalhes sobre adistribuição geográfica das unidades prisionais no Anexo 6.

Região Oeste	Joaçaba	Presídio Regional de Joaçaba
	Concórdia	Presídio Regional de Concórdia
	Xanxerê	Presídio Regional de Xanxerê
	Chapecó	Casa do Albergado de Chapecó
		Presídio Regional de Chapecó
		Penitenciária Agrícola de Chapecó
São Miguel do Oeste	Unidade Prisional Avançada de São Miguel do Oeste	
Total	42 unidades prisionais	

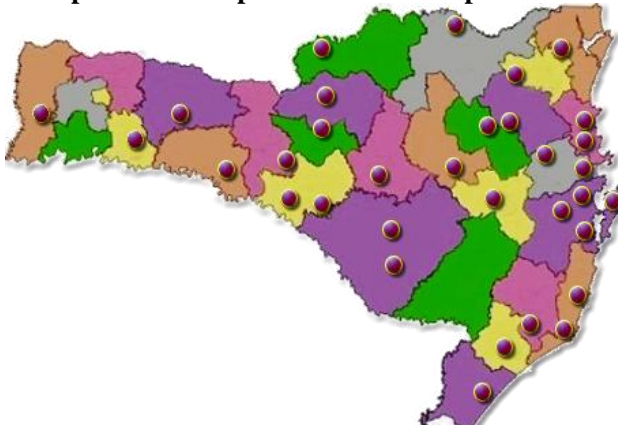
Fonte: DEAP, 2010

Figura 1 – Regionalização administrativa penitenciária do estado



Fonte: DEAP, 2010

Figura 2– Mapa dos municípios com unidades prisionais



Fonte: DEAP, 2010

De acordo com o grau de complexidade, as unidades prisionais do estado de Santa Catarina podem ser categorizadas em: penitenciárias, presídios, unidades prisionais avançadas, ou ainda outros estabelecimentos especiais, tais como unidades de saúde (ex, hospital de custódia), colônias penais, casas do albergado. A Tabela .2 mostra como estão classificadas as unidades prisionais catarinenses:

Tabela 2 – Classificação das unidades prisionais

Classificação	Estabelecimentos
Penitenciárias (6)	Penitenciária de Florianópolis
	Penitenciária da Região de Curitiba
	Penitenciária Agrícola de Chapecó
	Penitenciária do Sul (Criciúma)
	Penitenciária Industrial de Joinville
	Penitenciária de São Pedro de Alcântara
Presídios (20)	Presídio Masculino de Florianópolis
	Presídio Feminino de Florianópolis
	Presídio de Araranguá
	Presídio de Balneário Camboriú
	Presídio de Biguaçu
	Presídio de Blumenau
	Presídio de Caçador
	Presídio de Chapecó
	Presídio de Concórdia
	Presídio de Criciúma
	Presídio de Itajaí
	Presídio de Jaraguá do Sul
	Presídio de Joaçaba
	Presídio de Joinville
	Presídio de Lages
	Presídio de Mafra
Presídio de Rio do Sul	
Presídio de Tubarão	
Presídio de Tijucas	
Presídio de Xanxerê	
Unidades Prisionais Avançadas (12)	U.P.A. de Imbituba
	U.P.A. de Ituporanga
	U.P.A. de Laguna
	U.P.A. de Porto União
	U.P.A. de São Miguel do Oeste
	U.P.A. de Brusque

Unidades Prisionais Avançadas (12)	U.P.A. de Videira
	U.P.A. de Barra Velha
	U.P.A. de Campos Novos
	U.P.A. de Capinzal
	U.P.A. Porto União
	U.P.A. de Correia Pinto
Colônias Penais (1)	Colônia Penal da Palhoça
Hospitais (1)	Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
Casas do Albergado (2)	Casa do Albergado de Florianópolis
	Casa do Albergado de Chapecó

Fonte: DEAP, 2010

4.4 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

O pesquisador trabalha com vivências e com representações correlatas, por mais que estimule a explicitação de determinados temas, se eles não constituem relevâncias para os informantes, dificilmente emergirão. (MINAYO, 2004).

Neste estudo, serão participantes diretos os administradores das unidades prisionais, através da análise do seu discurso. Os administradores foram escolhidos para fornecerem dados por meio de entrevistas, pois normalmente são os indivíduos que concentram a maior parte das informações a respeito da unidade prisional. O cargo determina a responsabilidade máxima dentro da unidade prisional, e também na aplicação das políticas voltadas à população carcerária, inclusive as de saúde, objeto desta pesquisa

No cenário atual, no qual as unidades prisionais são estabelecimentos estatais, com a exceção de uma penitenciária, que é terceirizada. O cargo de diretor de unidade prisional é dito “comissionado” ou “por indicação”. Ou seja, trata-se de um cargo indicado politicamente, geralmente através das Secretarias do Estado de Segurança Pública e Secretaria da Justiça:

4.5 AMOSTRAGEM

Na abordagem qualitativa, preocupamo-nos menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão do objeto da pesquisa, e, portanto, o critério não é numérico. A amostra ideal é aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões. (MINAYO, 2004).

O caráter representativo de uma amostra depende evidentemente da maneira pela qual ela é estabelecida. Para a pesquisa atual, recorreu-se a uma amostra não probabilística, buscando-se contemplar um subconjunto de unidades prisionais que pudessem representar todo o sistema prisional catarinense. Consideramos que uma amostra probabilística para esta pesquisa não é o método viável, considerando-se a complexidade do sistema prisional catarinense.

Desta forma, das 42 unidades prisionais oficiais, 17 foram selecionadas para a realização do trabalho, levando-se em consideração o tipo do estabelecimento prisional, seu nível administrativo e sua localização. A tabela 3 abaixo mostra o perfil das unidades selecionadas. Para preservação do anonimato da amostra, as unidades e a região serão referidas através de símbolos - as regiões do estado são simbolizadas através de caracteres alfabéticos (A a F), e as unidades prisionais em siglas (PT – penitenciária, PS – presídio, UPA – unidade prisional avançada, e UE – unidade especial).

Tabela 3– Amostra das unidades da pesquisa

Categoria	Unidades	Região
Penitenciárias (4)	PT1	A
	PT2	B
	PT3	C
	PT4	D
Presídios (6)	PS1	A
	PS2	B
	PS3	C
	PS4	D
	PS5	E
	PS6	F
Unidades Prisionais Avançadas (4)	UPA1	A
	UPA2	D
	UPA3	E
	UPA4	F
Unidades especiais (3)	UE1	B
	UE2	B
	UE3	C

Trata-se, portanto, de uma amostra intencional, ou, segundo Laville & Dionne (1999), de uma “amostra típica”, em que, a partir das necessidades do estudo o pesquisador seleciona o que julga exemplar ou típico do universo de pesquisa. Deste modo, entre as 17 unidades prisionais selecionadas, 4 são penitenciárias, 6 presídios, 4 são unidades prisionais avançadas e 3 são unidades especiais, e todas as seis regiões administrativas do estado foram.

4.6 ANÁLISE DE DADOS

O que caracteriza a análise qualitativa, segundo Bardin (2002), é o fato de a inferência ser realizada fundada na presença do índice (tema, palavra, personagem, etc.), e não sobre a frequência da sua aparição, em cada comunicação individual. A abordagem qualitativa corresponde a um procedimento mais intuitivo, e também mais maleável e adaptável, a índices não previstos ou à evolução das hipóteses. Portanto, é mais utilizado nas fases de lançamento das hipóteses, já que permite sugerir possíveis relações entre um índice da mensagem e uma ou várias variáveis do locutor ou da situação de comunicação. A análise qualitativa é válida, sobretudo, na elaboração das deduções específicas sobre um acontecimento ou uma variável de inferência precisa, e não em inferências gerais. (BARDIN, 2002).

Portanto, sendo este uma pesquisa de abordagem qualitativa, os dados coletados tomam forma literal, sendo, então, objetos de uma análise de conteúdo. Na análise de conteúdo, segundo Minayo (2004), o rigor matemático pode ser uma meta e vir junto com outras formas de validação, mas nunca substitui a percepção de conteúdos latentes e intuições não passíveis de quantificações. A riqueza da linguagem cotidiana ultrapassa em muito a sua função descritiva, e se diversifica em uma enorme variedade de usos e de funções tão importantes quanto a própria função descritivo-representacional:

Não se tem acesso, portanto, ao funcionamento do pensamento humano, analisando tão-somente a estrutura lógica sobre a qual se apóiam as línguas naturais e sim é necessário contemplar todos os usos da linguagem se queremos entender tanto nossa forma de pensar quanto nossa forma de agir e a maneira como nos relacionamos com as pessoas. (...)

A linguagem não é um simples veículo para expressar nossas idéias, nem uma simples roupa para vestir nosso pensamento quando o manifestamos publicamente. Ela é a própria condição de nosso pensamento e, para entender esse último, temos que nos concentrar nas características da linguagem. (GRACIA, 2004)

Dois concepções de comunicação confrontam-se no plano epistemológico: a) o modelo “representacional”, que dá fundamental importância ao conteúdo lexical do discurso, defendendo a análise do discurso das palavras do interlocutor; e b) o modelo “instrumental”, cujo ponto de vista defende que o mais importante numa comunicação não é o conteúdo manifesto, mas o conteúdo latente e o que expressa graças ao contexto e às circunstâncias em que se dá (MINAYO, 2004).

Não obstante, cada ator social experimenta e conhece o fato social de forma peculiar. É a constelação das diferentes informações individuais vivenciadas em comum por um grupo que permite compor o quadro global das estruturas e das relações (SUCHULTAZ, 1954, 266, apud MINAYO, 2004). Neste sentido, o método da *triangulação* mostra-se útil para uma análise mais apurada. O conceito de triangulação em pesquisa científica pode compreender a análise crítica dos dados coletados através das entrevistas e observação participante (MINAYO, 2004), ou mesmo a checagem de um dado obtido através de diferentes informantes (LUDKE & ANDRÉ, 1986).

Do ponto de vista operacional, a análise de conteúdo parte de uma literatura de primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado, em que se ultrapassam os significados manifestos. Para isso a análise de conteúdo em termos gerais relaciona estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados. Articula a superfície dos textos descrita e analisada com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto e processo de produção da mensagem (MINAYO, 2004).

A característica da análise de conteúdo é a *inferência* – variáveis inferidas a partir de variáveis de inferência ao nível da mensagem, ou simplesmente a indução a partir dos fatos. A análise de conteúdo fornece informações suplementares ao leitor crítico de uma mensagem. Segundo Bardin (2002), a análise de conteúdo compreende a análise da própria mensagem, do emissor (produtor da mensagem), do receptor (a quem a mensagem se dirige), e do instrumento ao qual se dá a comunicação. A

análise da mensagem compreende também dois níveis: do código e da significação. O reconhecimento de que o código é o indicador capaz de revelar realidades subjacentes, permite, através da análise das significações, a extração de mitos, símbolos e valores. A análise de discurso constitui um bom instrumento de indução para se investigarem as causas (variáveis inferidas) a partir dos efeitos (variáveis de inferência ou indicadores). (BARDIN, 2002, p. 133 a 137).

O objetivo básico da análise do discurso é realizar uma reflexão geral sobre as condições de produção e apreensão da significação de textos produzidos em diferentes campos, visando compreender o modo de funcionamento, os princípios de organização e as formas de produção social do sentido. Isto porque o sentido de uma palavra, de uma expressão ou de uma proposição não existe em si mesmo, mas expressa posições ideológicas em jogo no processo sócio-histórico, e toda formulação discursiva dissimula sua dependência das formações ideológicas. A análise de discurso busca inferir a estrutura profunda dos processos de produção, tendo como hipótese básica o fato de que o discurso é determinado por condições de produção e por um sistema lingüístico (MINAYO, 2004, p. 211-212).

Considerando que os discursos e também as análises que dele são feitas são práticas sociais, e, estando a pesquisa inserida em ambientes de conflitos sociais e permeável por discursos socialmente relevantes, buscar-se-á uma análise crítica do discurso. Nessa perspectiva, os discursos e até a própria tarefa do pesquisador são considerados situados socialmente, e atribuídos um papel na reconstrução e reprodução recursiva e recorrente das estruturas e da organização social. (ROJO, 2004).

4.7 CATEGORIZAÇÃO

A pesquisa com abordagem qualitativa permite estabelecer categorias mais discriminantes, visto não estar ligada, enquanto análise quantitativa, a categorias que dêem em lugar a frequências suficientemente elevadas para que os cálculos se tornem possíveis, e levanta problemas ao nível da pertinência dos índices retidos. As hipóteses inicialmente formuladas podem ser influenciadas no decorrer do procedimento, por aquilo que o analista compreende da significação da mensagem (BARDIN, 2002).

Nesta pesquisa, as categorias de análise podem ser classificadas como modelo aberto, pois o pesquisador não apresenta uma grade

fechada previamente a realização das entrevistas. Ou seja, todas as categorias de análise foram sendo definidas de acordo com o transcorrer da pesquisa (LAVILLE & DIONNE, 1999).

Durante a realização das pesquisas, percebeu-se da dificuldade em categorizar dados empíricos em observacionais e da análise de discurso, pela grande disparidade e diversidade entre as unidades prisionais e os discursos de seus administradores. Desta forma, os dados observacionais foram analisados conjuntamente com os dados coletados nas entrevistas, utilizando-se da técnica da triangulação.

Nossa linguagem é um instrumento muito grosseiro para abarcar toda a realidade que somos capazes de construir. Nossa linguagem nasce de uma relação com o mundo feita à medida de nosso corpo e de nossas características e a ela retorna, e, por isso, temos a ilusão de que ela descreve o mundo “tal como é”. (GRACIA, 2004)

Partindo do pressuposto que é impossível realizar categorias de análise “puras”, buscou-se categorias que satisfizessem as seguintes qualidades: exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objetividade e fidelidade, e produtividade. (BARDIN, 2002) Portanto, a análise das categorias não está livre da superposição de temas, que se relacionam a mais de uma categoria. As categorias de análise foram agrupadas da seguinte forma:

- 1. Dados gerais e recepção à entrevista**
- 2. Perfil dos administradores das unidades prisionais**
- 3. Infra-estrutura e serviços básicos da unidade prisional**
 - 3.1 Estrutura física, vagas e lotação
 - 3.2 Manutenção, limpeza, e salubridade da unidade
 - 3.3 Alimentação dos detentos
- 4. Condições de saúde dos detentos**
 - 4.1 Assistência à de saúde dentro da unidade
 - 4.2 Problemas de saúde frequentes entre os detentos
- 5. Hábitos dos detentos e acesso a ações de ressocialização**
 - 5.1 Acesso a atividade laboral e educação
 - 5.2 Visitas
 - 5.3 Acesso a atividade desportiva, de lazer e religião
- 6. Práticas transgressoras**
 - 6.1 Agressões físicas e abusos sexuais
 - 6.2 Práticas de extorção ou corrupção entre os detentos

- 7. Drogas de abuso**
 - 7.1 A dependência química e a prática criminosa
 - 7.2 Consumo de drogas de abuso na unidade
- 8. Condições de saúde mental do detento**
 - 8.1 O psiquismo do indivíduo encarcerado
 - 8.2 O doente mental
- 9. A segurança da unidade**
 - 9.1 Repercussões da desassistência à saúde na segurança
 - 9.2 A revista
 - 9.3 O “seguro” e a “triagem
- 10. Questões relacionadas ao gênero**
- 11. Fatores sociais envolvidos na criminalidade, sua relação com o sistema prisional e as perspectivas de redução da reincidência**
- 12. A Administração da unidade prisional**
 - 12.1 Gestão da unidade prisional. Metas, dificuldades, críticas e perspectivas
 - 12.2 Relação com a política, poderes governamentais e outras instituições
- 13. Saúde mental do agente prisional**

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

Principalmente em psiquiatria (embora isso ocorra, sem exceções, em todas as especialidades médicas), onde, na maioria das vezes nem mesmo alterações morfológicas dão chancela à diversidade dos indivíduos (e, ainda que dessem, não seria, o raciocínio, o mesmo)? - não valerá a pena ser repensado o valor dessa diversidade (individualidade), a fim de preservá-la? Do fato de, cientificamente, serem conhecidos muitos "determinantes" genéticos, culturais e até físicos, químicos e biológicos de muitas patologias, decorrerá o direito ou não de intervir sobre essas diferenças quando o sujeito, manifestando sua vontade, não desejar essa intervenção? O que é o doente? Um ser humano diferente, que talvez tenha sua vida encurtada. O que é o sofrimento? É dor, inteiramente subjetiva, qualquer que seja a

sua origem. O tratamento de uma doença, qualquer que seja, ela apenas será legítimo (e, conseqüentemente, ético), se o "doente" manifestar vontade de ser ajudado. Caso contrário, o "tratamento" poderá tratar-se de "defesa social" (situação freqüente, em psiquiatria) transvestida de benemerência. Retornando a considerar os condicionamentos, dos genéticos aos sociais, não existem todos eles, tanto nos "sãos" como nos "doentes"? A autonomia é uma condição que não se outorga a quem quer que seja: ou se reconhece, ou se nega. (SEGRE & FERRAZ, 1997)

O projeto de pesquisa está cadastrado no Sistema Nacional de Informações Sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (SISNEP). Foi aprovado pelo coordenador do programa de pós-graduação em saúde pública da UFSC, assim como pelo Diretor Geral do Departamento de Administração Prisional (DEAP). Recebeu aprovação pelo ao Comitê de Ética de Pesquisas com Seres Humanos da UFSC (CEPSH), através do processo no. 921, FR 359484 (Documentação anexa no Apêndice D).

Previamente às visitas às unidades prisionais, o pesquisador entrou em contato com o setor administrativo da unidade através de telefone ou correio eletrônico (*e-mail*), disponível nas unidades. Este contato tem o intuito de apresentar-se como pesquisador, realizar a proposta da pesquisa, expondo-se os objetivos. (Apêndice E). Nos *e-mails* enviou-se anexos os documentos do comitê de ética, com a aprovação das entidades envolvidas, buscando-se facilitar o acesso às unidades.

Foi garantido o anonimato das unidades e administradores participantes, e de qualquer outro ator social envolvidos. As unidades e falas dos administradores são reconhecidas através de siglas, evitando-se qualquer associação. Tomou-se o cuidado para não revelar dados nas citações das falas que pudessem se associar com o participante.

Esta pesquisa não teve financiamento.

4.9 LIMITAÇÕES DA PESQUISA

Alguns aspectos da crítica ao sistema convencional da pesquisa científica (academicismo, dependência institucional,

unilateralidade da interpretação, etc.) são muito pertinentes. Mas isto não deve nos fazer mão das idéias de ciência e de racionalidade, sem as quais há riscos de “recaídas” no irracionalismo que, tanto no passado como no presente, foi associado ao obscurantismo e às manipulações de toda ordem. (THIOLENT, 1992)

Toda pesquisa que envolve ciências humanas o pesquisador é mais um ator no meio social, e, portanto, com ele interage e exerce sua influência. A presença do observador modifica em maior ou menor grau a situação e as pessoas observadas, além de se considerar a “chance” de estar ou não presente durante a ocorrência de determinado fenômeno. Outra crítica é que o método observacional se baseia na interpretação pessoal, a aspectos muito ligados à maneira pela qual o pesquisador consegue integrar-se no grupo, registrar as informações, resgatar sua memória, e veicular os dados com seus valores, concepções e representações. (LAVILLE & DIONE, 1999; LUDKE & ANDRÉ, 1986).

A substitubilidade dos pesquisadores não é total, pois o que cada pesquisador observa e interpreta nunca é independente da sua formação, de suas experiências anteriores e do próprio ‘mergulho’ na situação investigada. (THIOLENT, 1992)

Entretanto, alguns autores discordam destas críticas, apoiando-se nos argumentos de que os ambientes sociais são relativamente estáveis, de modo que a presença do observador dificilmente causará mudanças significativas. Nas pesquisas qualitativas, uma postura equilibrada do pesquisador perante o objeto de pesquisa parece ser o mais racional. Reconhecendo-se da impossibilidade de separar os valores pessoais do processo de pesquisa, alguns cuidados especiais podem ser tomados no sentido de controlar o efeito da subjetividade. Uma das formas de controle é a revelação, pelo pesquisador, de seus preconceitos, valores, pressupostos, de modo que as pessoas possam julgar o seu peso relativo no desenvolvimento do estudo. Um longo período de permanência em campo evidentemente aumenta a possibilidade de inferências, interpretações e conclusões acuradas. (LUDKE & ANDRE, 1986):

Já foi discutida a dificuldade de aplicação de amostra probabilista para esta pesquisa. Por outro lado, sabe-se que a generalização das conclusões a partir de amostras não-probabilistas é geralmente mais

complicada, principalmente porque é impossível medir o erro de amostragem (Laville & Dionne, 1999). Idealmente, para este estudo, a amostra por estratos (amostra estratificada), um tipo de amostragem probabilística, seria a técnica mais adequada, porém, de difícil realização considerando a extensão territorial do estado, as dificuldades logísticas, e o tempo para conclusão da pesquisa.

Em relação às entrevistas semi-estruturadas, as dificuldades desta abordagem referem-se ao tratamento dos dados e ao limite de generalização dos resultados. Porém o recurso ao testemunho permite, não somente a exploração dos conhecimentos das pessoas, mas também suas representações, crenças, valores, sentimentos, opiniões... (LAVILLE & DIONNE, 1999). A melhor forma de excluir os vieses nas ciências sociais está no enfrentamento de suas limitações:

O fato de não cremos que a ciência tenha sido historicamente neutra não nos convence de que a objetividade como um ideal não deva ser perseguida. Segundo, estamos cômnicos de que a objetividade é um ideal inatingível mas que, mesmo assim, o cientista deve tentar a aproximação (...) Esta postura, entretanto, não nos exime de dedicar atenção a todas as possíveis limitações inerentes ao método científico nas ciências sociais porque nos parece que é a partir da aceitação de cada limite do método que o cientista social pode ter condição, também, de entender os limites do dado que ele colhe do real.” (HAGUETE, 1995, p. 87).

É previsto que as informações prestadas por alguns dos sujeitos sejam contaminadas por outras questões assim como são todas entrevistas realizadas com seres humanos. Considerando o sistema prisional como um ambiente insalubre também para os funcionários, e que os sujeitos ocupam cargos políticos que devem prestar contas aos superiores administrativos e também ao Poder Judiciário, é possível que esta pesquisa encontre dificuldades adicionais na coleta de informações. O reconhecimento destas peculiaridades e limitações da pesquisa, permite o uso técnicas para reduzir os vieses. Portanto, os dados que foram coletados nas entrevistas foram submetidos a uma análise crítica do discurso, passando pelo exercício prático da contradição e argumentação, princípios da hermenêutica-dialética.

4.10 MOTIVAÇÕES DA PESQUISA

Esta pesquisa trata-se de um estudo sobre a saúde no sistema prisional no estado de Santa Catarina, para conclusão do curso de mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Buscará se fazer uma análise das condições de saúde das prisões catarinenses, sob bases teóricas da Saúde Coletiva, considerando o conceito ampliado de saúde: “não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social” (OMS, 1942). De acordo com a lei orgânica do SUS (Lei 8.080):

“**Art. 2º** - A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º - O dever do Estado de garantir a saúde consiste na reformulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º - O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º - A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo Único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bemestar físico, mental e social.” (BRASIL, 1990)

O autor é médico psiquiatra, graduou-se em Medicina pela UFSC, e especializou-se em Psiquiatria pelo Programa de Residência Médica do Estado de Santa Catarina. Em sua trajetória, trabalhou no

sistema prisional, no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do estado, quando se deparou com a situação dos detentos, particularmente em relação à saúde mental (e também com a situação dos próprios trabalhadores vinculados ao sistema prisional). Atualmente trabalha no Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina (IPq/SC), que é o hospital psiquiátrico de referência do estado, e também em Programa de Saúde Mental de um município de pequeno porte, que funciona dentro de um Núcleo de Assistência à Saúde da Família (NASF). Estas experiências, forneceram a força motriz para a realização desta pesquisa, e conhecimentos teórico-práticos sobre a gestão e assistência à saúde mental da população nos diversos níveis de atenção.

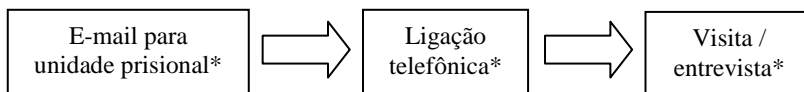
5. RESULTADOS E ANÁLISE

5.1 DADOS GERAIS E RECEPÇÃO À ENTREVISTA

De acordo com a metodologia, buscar-se-ia visitar dezessete unidades e entrevistar os seus dezessete respectivos administradores. Das 17 unidades prisionais da amostra, 12 unidades foram incluídas na pesquisa, sendo que, destas, 11 unidades foram visitadas, e foram realizadas 10 entrevistas com os administradores. Não foi realizado nenhum protocolo fechado para estabelecimento de contato com as unidades prisionais, tendo como pressuposto de que as unidades prisionais se tratam de instituições totais (GOFFMAN, 2001) o bastante para evitar atividades suspeitas. O pesquisador dispunha de dois principais métodos para o contato com os administradores: através de correio eletrônico (*e-mail*) e telefone, ambos disponíveis no endereço eletrônico do DEAP.

Uma vez o trabalho aprovado pelo órgão maior (Departamento de Administração Prisional), e pelo Conselho de Ética da UFSC, todas as unidades prisionais da amostra receberam a proposta de pesquisa através de correio eletrônico (*e-mail*), com os documentos anexos ao e-mail (Apêndice 1). Nos casos em que houve resposta imediata, partia-se para a marcação de uma data em comum acordo para visitação. Quando não ocorria a resposta do *e-mail*, o pesquisador partia então para a ligação telefônica, para contato com o administrador da unidade. O processo realizado pode ser resumido de acordo com a figura 3.

Figura 3 - Protocolo de acesso às unidades prisionais



Observou-se que a facilidade de acesso inicial favoreceu a realização da visita e das entrevistas. Das 17 unidades que se entrou em contato, em sete não se pode realizar a entrevista com o administrador, e em seis unidades não foi permitida a entrada para o estudo observacional (Tabela 4). Apenas quatro unidades responderam ao *e-mail*, e em três unidades (PT1, PT3 e UPA3) os próprios administradores responderam ao *e-mail*, e noutra a resposta foi dada por funcionário da direção.

Tabela 4– Unidades incluídas na pesquisa

Região	Unidades	Participação	
		Observação	Entrevista
A	PT1	+	+
	PS1	+	+
	UPA1	+	-
B	PT2	-	+
	PS2	+	+
	UE1	+	+
	UE2	-	-
C	PS3	+	+
	PT3	+	+
	UE3	-	-
D	UPA2	+	-
	PS4	-	-
	PT4	-	-
E	UPA3	+	+
	PS5	-	-
F	UPA4	+	+
	PS6	+	+

Observou-se resistência à realização da pesquisa em oito unidades, de diferentes formas:

- Duas UPAs foram apenas visitadas, ocorrendo apenas a análise observacional, sem a ocorrência da entrevista com o administrador. Em ambas não houve resposta após envio da proposta da pesquisa por e-mail. Foi realizado contato telefônico com a unidade, porém só se conseguiu falar com o administrador após alguns dias de tentativa. Numa das unidades, em conversa telefônica com o administrador, ele informou que não havia recebido e-mail, que então foi novamente enviado. Em ambas foi agendado o dia para visita, porém o administrador não se encontrava no local conforme combinado. Entretanto, havia um funcionário da unidade que de modo solícito, apresentou a unidade, inclusive colaborando com informações importantes para a pesquisa.
- Em dois presídios não se conseguiu realizar nem a entrevista, e nem a observação. No PS4, após tentativas frustradas de entrar em contato com o administrador por *e-mail* e telefone, partiu-se

para a visitação. Porém, não o funcionário que atendeu impediu de entrar, e informou que o administrador estava ocupado recebendo outra visita acadêmica. No PS5, a proposta de pesquisa foi enviada duas vezes para o e-mail principal, não se recebendo resposta. Foi tentado contato telefônico, por alguns dias, e o telefone não estava funcionando. Outro dia em que se conseguiu contato telefônico, o funcionário que atendeu relatou que o diretor não estava disponível, mas que acusou o recebimento da proposta de pesquisa. Não se tendo sucesso em marcar a data de visitação, o pesquisador dirigiu-se à unidade, numa segunda-feira no início da tarde. O administrador não estava no local, e os funcionários não permitiram visitação nas áreas internas.

- Em duas unidades especiais, após envio do email, e não se obter resposta, procedeu-se para o contato telefônico. Em ambas foi possível conversar com o administrador após algumas tentativas, porém houve demonstração de desconfiança. Numa das unidades, foi tentada marcar visita por três vezes através de contato telefônico, porém o administrador nunca se mostrou disponível. Na outra unidade, o administrador solicitou que fosse enviado novamente o *e-mail* com os arquivos, pois não teria recepcionado o anterior. O *e-mail* foi reenviado, e, não havendo resposta, procedeu-se a contato telefônico, em que o administrador alegou não conseguir abrir os documentos, solicitando diferente formato. Após envio de novo *e-mail* com documentos no formato solicitado, novamente não se obteve resposta do administrador. No dia em que o pesquisador dirigiu-se à unidade, não foi possível realizar a entrevista com o dirigente, pois um dos agentes relatou que o mesmo não se encontrava no local.
- Em uma UPA, na ausência de resposta ao *e-mail*, procedeu-se ao contato telefônico. Inicialmente, o administrador solicitou para marcar a consulta em data diferente da requisitada pelo pesquisador. Em nova tentativa, o administrador novamente solicitou data diferente. O pesquisador realizou um terceiro contato, e marcou diretamente com o administrador o encontro, dirigindo-se à unidade em horário combinado. Chegando à unidade, o administrador não se encontrava, e o pesquisador foi recebido por um funcionário da unidade, que apresentou a unidade e forneceu alguns dados.

- Numa penitenciária (PT2), foi possível marcar a entrevista com o administrador após contato telefônico (pois não se obteve resposta do *e-mail*). Não foi possível fazer a visitação naquele dia por motivo de uma intercorrência interna. Tentou-se proceder a visitação noutro dia, e novamente, não foi permitido realizar a visitação.
- Em outra penitenciária (PT4), tentou-se duas vezes contato via *e-mail*, sem obtenção de resposta. Ao contato telefônico, não foi possível agendar data em comum com o administrador para visitação. Procedeu-se ao deslocamento até a unidade, porém o administrador não estava disponível e não foi permitida a visitação.

Nas demais unidades, de modo geral, foram bem receptivas para a pesquisa pelos administradores. Destas, os administradores que não responderam *e-mails*, mas após contato telefônico concordavam em agendar data para visitação e entrevista. Apenas em uma das unidades percebeu-se bastante abertura para visitas, ocorrendo várias visitas de diferentes setores num único dia, e os funcionários são solícitos e orgulhosos em apresentar a unidade aos visitantes.

Das unidades prisionais visitadas, todas são de administração exclusivamente pública, com exceção de uma delas, que é terceirizada. Unidades com infra-estrutura precária, pouca organização e superlotação, as interrupções nas entrevistas ocorriam com muita frequência, chegando, em alguns momentos, a comprometer a qualidade das informações.

5.2 PERFIL DOS ADMINISTRADORES DAS UNIDADES PRISIONAIS

Dez administradores participaram da entrevista. Dos administradores que participaram da pesquisa, 80% têm superior completo, enquanto os 20% restante estão cursando nível superior. Os administradores têm idade média de 31,7 anos. A média de tempo de serviço no sistema prisional é de 9,65 anos, e 1,75 anos é a média de tempo na direção da unidade (Tabela 5).

Tabela 5 – Perfil dos administradores das unidades prisionais*

Faixa Etária	No.	Escolaridade	No.
20-30 anos	3	Ensino Médio	0
30-40 anos	3	Superior incompleto	2
40 - 50 anos	3	Superior completo	3
> 50 anos	1	Pós-graduação	5
Total	10	Total	10
Tempo de serviço			
	No sistema prisional (n)	Na administração (n)	
≤ 1ano	0	7	
1 – 5 anos	4	2	
5 – 10 anos	4	1	
10-20 anos	0	0	
> 20 anos	2	0	
Total	10	10	

* No momento da entrevista

Dos dez administradores participantes, apenas quatro têm formação para o cargo de diretor de unidade prisional, de acordo com o art. 75 da LEP (Anexo1). Apenas dois diretores entrevistados trabalham há mais de vinte anos no sistema prisional, sendo que, a maioria dos entrevistados têm menos de dez anos de serviço no sistema.

Em relação ao tempo de administração da unidade, apenas um dos administradores tem mais de cinco anos de experiência. Existem hipóteses para esta grande rotatividade de servidores em cargo de chefia: exonerações motivadas por insatisfação pessoal, incompetência profissional, irregularidades administrativas ou mesmo motivações políticas. Estando 70% dos administradores entrevistados com menos de um ano no cargo, observa-se que a influência política na indicação dos cargos é o dos fatores mais determinantes, uma vez que o período da realização da pesquisa se deu em época de pós-eleição. Infere-se que esta rotatividade seja prejudicial para a aplicação das políticas no sistema prisional.

5.3 INFRA-ESTRUTURA E SERVIÇOS BÁSICOS DA UNIDADE PRISIONAL

5.3.1 Estrutura física, vagas e lotação

Na maioria das unidades visitadas, as informações preliminares foram fornecidas por um funcionário. Em três unidades (PS1, UPA4 e PT2) observou-se variação na informação do número de vagas - a informação preliminar do funcionário foi de um número menor de vagas do informado pelo administrador.

De 14 unidades visitadas, a maioria (oito) localiza-se em área urbana, enquanto seis localizam-se em área rural. De 12 unidades acessadas (Tabela 6), apenas uma não está superlotadas, e está com o número exato de detentos para a quantidade de vagas. Destas, onze atendem o sexo masculino, e cinco o sexo feminino.

Tabela 6 – Vagas, lotação e idade das unidades prisionais

Unidade	Vagas*	Lotação*	Det./cela*	Idade do prédio*
UE1	72	200	1 - 32	Aprox. 80 anos
UPA4	84	135	7 - 8	02 anos
PT1	366	366	6	06 anos
PS1	641	900	7 - 8	Mais de 20 anos
PS6	104	301	6 - 8	Aprox. 40 anos
PS2	66	135	#	Aprox. 80 anos
PT2	1.058	1.274	4 - 6	07 anos
UPA3	12	27	6 - 7	12 anos
PT3	760	1035	#	38 anos
PS3	135	329	> 6	37 anos
UPA1 ^{&}	78	87	> 8	10 meses
UPA2 ^{&}	28	109	3 - 6	07 anos
Total	3404	4898	-	-
Média	1,44 detentos/vaga		5,4 – 9,7	27,5 anos

*Na data de visitação, de acordo com informação do administrador ou funcionário de confiança

[&]Informação fornecida por funcionário (não administrador)

[#]Dado não fornecido

As demais unidades, o número de detentos por cela variou de 32 indivíduos numa cela, sendo que a média simples de detentos por cela ficou entre 5,4 a 9,7 indivíduos (Tabela 6). Apenas uma das unidades há disponibilidade de celas individuais, como preconiza a LEP, para cerca de 20% do total de detentos daquela unidade.

A média de idade dos prédios ficou em 27,5 anos. Observa-se, entretanto, uma grande variação – enquanto há estruturas construídas há cerca de 80 anos, outras unidades pouco mais de um ano da inauguração.

De modo geral, os presídios encontram-se em péssimo estado de conservação, são feios, sujos, escuros, com forte odor fétido, e um espaço mínimo para a acomodação do detento. Em unidades superlotadas observaram-se diversas formas de adaptações, desde a acomodação de diversos indivíduos numa cela, sendo que em uma unidade, os detentos chegam a dividir a “cama” em dois ou até três indivíduos. Um presídio, que já chegou a comportar quase quatro vezes sua capacidade, na data da visita estava num número quase três vezes maior da capacidade (PS6). O administrador relatou que os detentos precisam levar seu colchão para dormir no pátio por falta de espaço físico, e o teto de grade é coberto com uma lona à noite para evitar chuva.

“Aqui a gente tem infiltração nas celas. São dois pisos, então a parte de baixo tem bastante infiltração, a gente tem que a toda hora fazer manutenção (...). Se torna até insalubre, o local. (...) Pros agentes também, porque a gente acaba vivendo nesse meio. Se é insalubre pros presos, é insalubre pros funcionários também.” (PS3)

É comum a realização de reformas quando o espaço físico da unidade permite, à custa da segurança do prédio. Duas unidades prisionais avançadas visitadas (UPA2 e UPA3) foram adaptadas da cadeia da delegacia do município. Numa delas o administrador vem realizando reformas constantemente na estrutura visando ampliação do espaço e acomodação dos detentos. Outras unidades (PS1, PS2 e PS3 e PS6) vêm passando por diversas reformas, realizadas em administrações anteriores. Em duas destas unidades (PS1 e PS3), há comprometimento da arquitetura e, da mesma forma, da segurança e da salubridade da própria unidade.

“Com todos os problemas estruturais do prédio – um prédio dessa idade, pra abrigar a população que tem, sempre vai ter falhas. (...) Tivemos

aquela fuga no ano passado (...) a segunda vez foi tentativa, no mesmo local. (...) É de se esperar mais problemas pela estrutura que tem.” (PS6)

Também foi observada, em algumas unidades, uma atitude de defesa por parte do administrador em relação à situação de superlotação de sua unidade. Tais administradores tendem a manifestar racionalizações e conformação com a situação de sua unidade, negando problemas relacionados à superlotação. Porém, de modo geral, foi observado consenso entre os administradores de que a superlotação e infra-estrutura precária geram dificuldades em todos os setores da unidade.

5.3.2 Manutenção, limpeza, e salubridade da unidade

As unidades prisionais, por se tratarem, na sua maioria, de prédios antigos, recebendo detentos acima de sua capacidade, muitas vezes acabam tendo de passar por reformas pouco planejadas para um pequeno espaço físico. Numa das unidades (PS6), havia um alojamento desativado, pois o teto havia cedido, causando infiltrações e problemas na eletricidade. As detentas tiveram de ser deslocadas para o local reservado para o berçário.

Em todas as unidades prisionais visitadas, são os próprios detentos – geralmente presos na condição de “regalias”⁵ os responsáveis pela manutenção e reparo das estruturas básicas do prédio, em serviços tais como reformas simples, reparos elétricos, hidráulicos e sanitários. Podem ocorrer situações em que o detento “perde” a condição de “regalia”. Em algumas situações, é comum a unidade recorrer ao DEAP para realização de melhorias na unidade, ou mesmo utilizar de recursos próprios:

“Toda manutenção limpeza, ou se não toda, mas 90% é feita pelos próprios detentos. Limpeza, manutenção, poda de árvores, corta grama, troca lâmpada fiação elétrica, construção de novos espaços físicos... praticamente 95% são eles que fazem.(...) Eles mesmo que vem construindo a própria penitenciária, isso se torna um perigo se não estiver uma boa supervisão.” (PT3)

⁵ “Presos regalias”: são os detentos que demonstram bom comportamento à equipe de segurança, ganham sua confiança, e são escalados para realização de serviços gerais dentro da unidade, geralmente sem vínculo empregatício formal.

Em geral, estes detentos “regalias” não recebem salário, pois não se considera atividade laboral. Apenas na unidade terceirizada os detentos que realizam as atividades de manutenção e reparo das unidades recebem os mesmos benefícios (salário e redução da pena) dos que estão vinculados à outras atividades laborais (mais detalhes no item 5.5.1).

Num presídio, o administrador queixou-se de dificuldades na manutenção tendo em vista a superlotação e idade do prédio, e relaciona a problemas de saúde nos detentos:

“Por exemplo, se for ver a rede de esgoto, é bastante frágil. Um prédio que é construído para abrigar 70 homens, 80 homens internos, nós temos lá dentro 250. Isso acarreta uma série de problemas no esgoto... transborda, aí não se consegue fazer a limpeza direito... Isso aí com o tempo você sabe que pode complicar. Então nós temos as doenças sazonais: nessa época, doenças de pele, furúnculo. No inverno, as doenças respiratórias.” (PS6)

A limpeza das unidades prisionais, de modo geral, ocorre da mesma forma: as áreas comuns são realizadas pelos “regalias”, sendo as celas de responsabilidades dos seus “moradores”. Em duas unidades (UE1 e PT1), há um funcionário responsável pela coordenação dos detentos que trabalham na limpeza das áreas comuns da unidade.

Os próprios administradores relacionam a falta de higiene das celas com questões culturais do próprio detento, relacionando também, a falta de higiene com doenças dermatológicas⁶:

“Por mais que prezamos pela higiene e limpeza e conservação do ambiente sempre haverá (...) micose, escabioso, piolho... (...) É uma realidade que, infelizmente, por mais que combatamos, por mais que conscientizamos a respeito da higiene pessoal, isso é uma coisa pessoal deles, eu não vou lá dar banho no preso (risos)” (UPA4)

Um participante administrador acredita em um caráter educativo e disciplinador da detenção neste aspecto:

“Algumas tem que ser chamada atenção porque já vem com uma cultura delas próprias, né...(...) Então daí tu tem que chegar, conversar, dizer que a higiene pessoal faz parte do disciplinamento dentro de uma unidade, que isso é

⁶ Mais detalhes sobre doenças dermatológicas no item 5.4.2

dever dela enquanto reeducanda, que não é uma opção dela, que na rua ela pode não tomar banho, mas aqui ela tem.” (PS2)

A salubridade do ambiente prisional está vinculada às condições de infra-estrutura e lotação da unidade prisional. Se por um lado, há esta percepção da cultura dos detentos em negligenciar sua própria higiene, não se percebeu a mesma situação em todas unidades – aquelas poucas com melhor infra-estrutura e lotação mais próxima do adequado, os detentos mostram-se em melhores condições de higiene, aparência e conduta, e suas celas também estão em melhores condições de higiene. Portanto, se percebe nestes discursos uma tentativa de culpar o detento pelas condições desumanas em que são expostos. Discurso este, que é prejudicial inclusive para o próprio agente prisional, que acaba por coabitar no mesmo ambiente insalubre⁷.

5.3.3 Alimentação dos detentos

Com exceção da unidade prisional terceirizada, o serviço de dietética do Departamento de Administração Prisional (DEAP) é responsável pela elaboração do cardápio nas prisões catarinenses. Esse cardápio é elaborado por profissionais nutricionistas, e enviados periodicamente às unidades prisionais, levando em consideração o número de detentos, buscando uma dieta balanceada.

Apenas na unidade especial há refeitório específico para os detentos. Em todas as demais unidades visitadas, o alimento preparado é colocado em marmitas, e levadas até as celas, onde lá mesmo os detentos fazem suas refeições. Dois administradores demonstraram preocupação maior em relação em prover alimentação adequada e de qualidade aos detentos. Um deles gostaria de uma nutricionista em sua própria unidade para elaborar dietas específicas para os detentos com doenças crônicas e em uso de “medicação pesada”. Em outras duas unidades, o administrador revelou preocupação quanto ao provisionamento de comida aos detentos face ao seu número crescente, pois, sem um número fixo de detentos, não há uma previsão de qual a quantidade de alimentos que deve preparar a cada dia.

Em todas as unidades prisionais, os próprios detentos que são responsáveis pela preparação dos alimentos. Numa das unidades, a

⁷ Mais detalhes sobre a saúde do agente prisional no item 5.13.

preparação é feita por outra unidade maior. Em todas as unidades visitadas, os funcionários podem optar por comer os mesmos alimentos preparados pelos próprios detentos, o que pode funcionar como um controle interno da qualidade do alimento dos detentos. Em geral, os detentos que fazem a alimentação são os “regalias”, que, geralmente, não recebem salário e tampouco progressão de pena. Apenas na unidade terceirizada os detentos que estão na cozinha são considerados em atividade laboral – nesta unidade, há outra empresa responsável pela utilização da mão-de-obra do detento. Apenas nesta unidade e em outra (PT2), os presos que trabalham na cozinha realizam curso de manipulação de alimentos.

Obviamente, a realização das refeições numa cela apertada, onde coabitam diversos indivíduos, o mesmo local onde os detentos dormem e passam a maior parte do tempo e amontoam-se roupas sujas penduradas, fere princípios sanitários e humanos básicos. Avalia-se que, práticas rotineiras do sistema prisional, como da alimentação dos detentos, são consagradas durante décadas, estando aceitas como “normais” entre os detentos e mesmo profissionais que atuam no sistema prisional.

5.4 CONDIÇÕES DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL DOS DETENTOS

5.4.1 Assistência à saúde e social dentro da unidade

Todas as unidades prisionais contam, de alguma forma, com um suporte em assistência à saúde dos detentos. Das unidades visitadas, apenas três contam com uma equipe mínima, própria da unidade, capaz de prover assistência próxima aos princípios básicos dos SUS, de universalidade, equidade e integralidade. As demais dependem de funcionários externos, da prefeitura, de outras unidades, ou mesmo voluntários (Tabela 7).

As penitenciárias contam com equipes de saúde próprias, porém uma das penitenciárias visitadas não tem médico, e depende de profissionais de unidades de saúde (centros de saúde e hospitais). A unidade especial visitada tem uma equipe de saúde completa, porém insuficiente para a demanda, de acordo com o administrador. Os presídios não têm equipe de saúde, e dependem de serviços de profissionais do município (centros de saúde), do estado (hospitais), e

voluntários. Em um dos presídios, há três profissionais de saúde que prestam serviços voluntários (médico, dentista e assistente social). As unidades prisionais avançadas, da mesma forma, não contam com equipe de saúde própria – todas dependem de serviços externos. Em apenas uma das UPAs há um profissional de saúde da área da psicologia.

Tabela 7 – Serviços de saúde nas unidades prisionais

Unid.	Serviços e equipe de saúde	Demanda*
UE1	Própria: médicos (psiquiatras e clínico), enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentistas, psicólogos, assistentes sociais, educador físico	Terapeuta ocupacional
UPA4	Externa: equipe de saúde da família (dentista, médico e equipe de enfermagem)	Enfermeiro e assistente social
PT1	Própria: médicos (clínico e psiquiatra), enfermeiro, técnicos de enfermagem, dentista, psicólogas, assistentes sociais, terapeuta ocupacional	Farmacêutico
PS1	Própria: odontólogo. Externo: emergências médicas	Médico, enfermeiro, farmacêutico, etc
PS6	Externa: equipe de saúde da família do município (dentista, médico e enfermeiro) e psicólogo de outra unidade	&
PS2	Própria: técnico de enfermagem Externa: médico clínico, dentista e assistente social (todos voluntários)	Técnico de enfermagem e médico
PT2	Própria: enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentistas, psicólogas, assistentes sociais	Médicos
UPA3	Externa: psicólogo, médico clínico e enfermeiro.	&
PT3	Própria: médicos (clínico e psiquiatra), técnico de enfermagem, dentista, psicólogo, assistente social	Equipe de saúde da família, dentista, assistente social
PS3	Externa: dentista, médico clínico do município e psiquiatra de outra unidade	Enfermeiro, assist. social, psicólogo e farmacêutico
UPA1	Externa: médico da família do município	&
UPA2	Própria: psicólogo. Externa: médico da família e técnico de enfermagem do município	&

*Maior demanda na percepção do administrador

&Não informado ou não acessado

Uma das penitenciárias visitadas possui prédio específico da saúde, onde são realizados os procedimentos relacionados à assistência à

saúde dos detentos. Noutra penitenciária, existe no interior uma ala específica para tais procedimentos. Em todas as unidades visitadas os detentos possuem prontuário médico. Faz-se exceção um presídio, em que o administrador está há pouco tempo no cargo e não soube informar.

O sistema prisional conta também com um sistema informatizado – Ipen⁸, que pode registrar também informações relacionadas à saúde e doenças. Porém, nenhum dos administradores está totalmente satisfeito com os serviços de saúde ofertados em sua unidade. Há duas unidades em que a situação é mais crítica, em que uma população de cerca de mil indivíduos não conta com assistência médica interna. O administrador de um presídio, que conta com a visita semanal de um médico externo, reclama da frequência insuficiente deste profissional, pois há muita rotatividade de detentos em sua unidade prisional. Os administradores também relacionam a falta de médico na unidade com problemas comportamentais entre os detentos.

“A demanda aqui é muito grande. (...) Existe uma carência natural do preso, e ele quer ser assistido. E a saúde é um dos pontos que tem quer ser muito bem atendida. E a falta do médico aqui realmente... eu gostaria de ter médico todos os dias (...). Aí, com certeza metade dos nossos problemas de disciplina resolveria.” (PT2)

Em geral, em situações de urgências médicas, os agentes prisionais recorrem para o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), em alguns casos, recorre-se também aos bombeiros ou em centros de saúde (quando se localizam próximo à unidade prisional). Percebe-se como unidades com fraco suporte de saúde internamente, principalmente quando há carência de médicos, acaba por concorrer com os serviços de saúde da comunidade. Muitos administradores preocupam de sofrer sanções numa eventualidade em que a saúde de um detento seja negligenciada.

Sobre o SAMU: *“Muitas vezes não vêm por causa do efetivo, mas é aberto, é chamado, porque como se trata de saúde eu não autorizo ninguém colocar um enfermo dentro da viatura para levar para o hospital. Porque vai que morra dentro da viatura, pode acontecer várias outras coisas, e aí como é*

⁸ O Ipen é o sistema de informação do departamento de administração prisional de Santa Catarina. Faz parte do Infopen - Sistema de Informações Penitenciárias, programa que, a nível nacional, visa de coleta de dados estatísticos e informações estratégicas sobre os estabelecimentos penais e a população prisional, sendo alimentado pelas secretarias estaduais através de acesso via Internet. O Infopen sistema foi lançado em 2004 pelo Departamento Penitenciário Nacional (Depen) e é gerenciado pelo mesmo.

que vou justificar (...). Então o que a gente faz, aguarda aqui chama o SAMU, é aberto o chamado então se acontecer qualquer coisa com o indivíduo está aberto o chamado.” (PS1)

Nas penitenciárias, está previsto o cargo de Gerente de saúde, o que não ocorre em outras unidades. Porém, a ocupação deste cargo por um profissional de saúde é a exceção à regra. Da mesma forma, em presídios, UPAs e outras unidades, é comum o administrador delegar a função de gerenciar a saúde dos detentos para um agente prisional:

“Eu tenho um agente penitenciário, que tirei ele do plantão para cuidar do setor de saúde. Agenda consultas (...) faz todo o encaminhamento, até pedido ao judiciário (...). Nós estamos recorrendo ao pronto atendimento, e consultas marcadas particular pela família dos detentos. Quando a gente detecta algum doente dentro da unidade a gente faz o encaminhamento que deve ser feito, posto de saúde e assim por diante (...) O ideal seria que tivesse um médico na unidade, facilitaria até o trabalho. A gente tem que buscar a escolta policial, viatura para levar.” (PS1)

Todas as unidades prisionais visitadas contam com profissional odontólogo prestador de serviço, seja interna ou externamente. Numa UPA, em que o administrador conta com a visita de profissionais da saúde do município, tanto os casos urgentes como queixas odontológicas, o indivíduo é levado nas unidades básicas de saúde, e, tais serviços foram conquistados através de negociação com a secretaria municipal de saúde. Em unidades onde o odontólogo presta serviço dentro da unidade, houve a queixa de alguns administradores de que a falta de material é fator limitante do exercício deste profissional. Dois participantes relatam melhora importante na atenção à saúde bucal nos últimos anos. Um destes, administrador de uma penitenciária, possui o registro do número de procedimentos realizados, e relaciona as melhorias conquistadas com ações realizadas junto à comunidade:

“Quando cheguei aqui, havia cerca de 250 intervenções anuais fora da unidade prisional (...). Hoje eu faço 1.500 atividades dentro da unidade prisional, porque a comunidade foi receptiva, ganhamos alguns equipamentos (...) sem deslocamento para fora da unidade prisional.” (PT1)

Um administrador, que conta com uma equipe de saúde multiprofissional, reclama da necessidade de terapeuta ocupacional. O administrador de um presídio vê a necessidade de psicólogo para acompanhamento dos detentos e identificação de casos de transtorno

mental. A necessidade de enfermeiro foi citada por três administradores. Também foram três administradores que queixaram-se da falta de assistente social ou da necessidade de maior número destes profissionais em vista da demanda:

“Doutor, você não tem noção da quantidade de família que me liga, pedindo: passagem de ônibus pra visitar o preso... pedindo cesta básica... pedindo dentista... pedindo se eu consigo consulta na policlínica... Eu preciso de uma assistente social!” (UPA4)

Na maior parte das unidades prisionais, não há profissional de saúde habilitado (p. ex, técnico de enfermagem) para a administração da medicação. Em uma unidade prisional, este serviço é realizado por um detento formado em enfermagem. E, mesmo em unidade grandes, como penitenciárias, onde há técnicos de enfermagem, os recursos humanos são insuficientes. Na maioria dos casos, são os agentes prisionais responsáveis por distribuir a medicação, ou repassar para que detentos “regalias” façam a distribuição aos demais presos, nas unidades maiores. É comum ocorrerem problemas relacionados:

“As meninas passaram um vidro de remédio, e a detenta resolveu tomar tudo. Tiveram que internar no hospital. (...) O médico falou assim: (...) ‘De repente poderia ter mais consequência’. Então precisaria um profissional da área saúde (...) Porque eles acham que o presídio, como é para ser pra presos provisório (...) não teria essa necessidade para ter esses profissionais.(...) Porém a gente tem mais de cem em execução de crime, porque não tem vaga na penitenciária, e acabam cumprindo pena aqui. E as mulheres porque não tem lugar, tem que cumprir pena aqui. (...) E a gente sente falta, porque os agentes tem que se desdobrar. Pegar atribuições que não são do cargo, e... Ainda que desempenham sem muita consequência negativa” (PS3)

Dois administradores de penitenciárias intencionam implantar equipes de Programa de Saúde da Família (PSF) para o atendimento dos detentos. Um dos administradores, que conta com equipe de saúde completa e multiprofissional, abordou sobre a forma discriminada de que segmentos da sociedade encaram os direitos dos detentos (entre eles, o direito à saúde), e os riscos inerentes à este tipo de preconceito:

“A questão toda da saúde dentro do sistema prisional nós temos um paradoxo na verdade, tem uma atividade: ‘Pô o cara está preso tem todos os direitos, lá na rua o pessoal não tem esse direito’. Só que, ainda nessa ótica, se eu deixar de observar que o indivíduo aqui dentro do sistema prisional (...) eu vou ter que tirar ele desse sistema prisional e levar ele para concorrer com o

que já é escasso lá fora, sem contar de outras inseguranças que eventualmente pode haver, né. (...) E até subsidiando eles de alguma ação, podendo na verdade facilitar algum tipo de ação de resgate.(...)" (PT1)

Em resumo, o direito do detento ao acesso à saúde é aplicado precariamente na maioria das unidades prisionais do estado. As ações em saúde bucal, que parecem estar mais próximas do recomendado e abrangendo um número mais de unidades, esbarram muitas vezes na falta de materiais. Percebe-se, no discurso de alguns administradores, que o acesso a profissionais de saúde – principalmente aos médicos - é encarado como uma forma de manter a ordem no sistema prisional ou se eximir de responsabilidades por negligência. Por outro lado, há alguma vontade e iniciativa em trazer profissionais da saúde para atuarem dentro da unidade, e percebe-se que é mais efetivo, oferece menos riscos do que a remoção dos detentos para unidades externas. Além disso, profissionais de saúde atuando na própria unidade tendem a evitar a competição dos serviços de saúde pública com as pessoas da comunidade, podendo-se também facilitar o diagnóstico precoce e tratamento de doenças, que envolve menos custos à sociedade.

5.4.2 Principais problemas de saúde entre os detentos

De modo geral, os administradores identificam como corriqueiro entre os detentos as queixas leves relacionadas à saúde, sendo mais frequentes: dor de cabeça, febre, torções. Por outro lado, são reconhecidas doenças de maior gravidade, e neste ponto, não há consenso entre os administradores sobre os principais problemas de saúde nas diferentes unidades (Tabela 8).

Dois administradores identificam doenças sazonais – no verão são mais comuns as dermatoses, e, no inverno, os problemas respiratórios. Em algumas unidades, os administradores têm a percepção que a maior parte dos problemas de saúde mais graves são crônicos, não relacionados com a detenção ou unidade prisional - ou seja, que os detentos já as “trouxeram da rua”, ou então já vem com alguma predisposição para contraí-las:

“O indivíduo já vem para cá com as mazelas. Então ele é condenado, tem uma bronquite asmática (...) tuberculose, enfim. Quando ele entra dentro da unidade prisional ele vem com esse problema da rua, cardiopata (...), enfim,

todas as doenças que ele pode ter em liberdade ele vai ter elas aqui dentro da prisão” (PT1)

Tabela 8 – Problemas de saúde relatados pelos administradores

Principais problemas de saúde relatados	No. de citações	Unidades prisionais
Tuberculose	06	UE1, PT1, PS1, PS3 PT2, PT3
Dermatoses	03	UPA4, PS3, PS6
Problemas de ordem mental	03	PS2, UPA4, UPA3
Problemas respiratórios	03	PT1, PS3, PS6
HIV	03	PS2, PT2, UPA3
Doenças infecciosas em geral	01	PS2
Dependência de terceiros	01	UE1
Cardiopatias	01	PS2
Odontológicos	01	PT3
De ordem social	01	PT3

Em outras unidades, que apresentam condições mais precárias, é comum o administrador fazer a correlação com a manifestação de doenças entre os detentos:

“Acho que um pouco é devido ao lugar úmido. Que é propiciado pelas infiltrações, pela umidade que tem. E, às vezes, a proliferação de doenças de pele, eles tem muito contato. Porque eles estão na mesma cela, tem que dormir no mesmo colchão. (...) Mais é gripe, resfriado, problemas de respiração.” (PS3)

Reconhece-se que a falta de um diagnóstico precoce favorece a transmissão de doenças infecto-contagiosas, e, conseqüentemente, reduziria o custo com ações envolvendo o tratamento, considerando que, os gastos de tratar um indivíduo dentro do sistema prisional é maior por envolver transferências, encaminhamentos, escolta, viatura, etc. Não obstante, também a falta de ações preventivas e de diagnóstico precoce acaba por sobrecarregar os serviços públicos de saúde:

“O que falta mesmo é equipe de saúde. Se tivesse, eu acho que a demanda para outros hospitais também da rede pública seria minorado (...) Acho que o custo de uma equipe de saúde numa unidade prisional acaba sendo mais barato que você ficar deslocando o preso para unidades hospitalares, fora com escolta, e tudo...” (UE1)

Em relação à tuberculose, a maioria dos administradores revelaram não estar preparados para lidar com o problema: Um dos

administradores informou ter ocorrido um óbito na semana anterior à visita devido tuberculose. A principal dificuldade observada foi em fazer o diagnóstico precoce e evitar a transmissão para outros detentos, já que geralmente coabitam entre seis a oito detentos por cela. Foram também citadas a falta de material e de informações como empecilhos:

“Não chega perto do ideal, porque a gente teria que ter material para trabalhar com esses detentos, até para saúde dos agentes... máscaras... teria que ter uma conscientização, a gente sabe, (...) eu acho que deveria ser investido nessa prevenção.” (PS1)

Das unidades visitadas, apenas três contavam com infra-estrutura física, materiais e recursos humanos para o enfrentamento da tuberculose. O administrador de uma destas unidades apresentou em seu discurso maior conhecimento sobre aspectos relacionados com a patofisiologia da doença:

“A tuberculose acaba sendo favorecida pela umidade, por estar fechado, embora tenha área de circulação, (...), mas nós temos aqui limpeza diária, um atendimento médico regular, medicamentos... isso tudo evita que o indivíduo possa, pelo menos num quadro que ele está em observação, piorar (...). Tem uma cela específica, fica isolado dos demais. O atendimento é feito com máscaras, medicamento que esse indivíduo precisa, intervenção médica sempre que há necessidade.” (PT1)

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana adquirida (HIV) foi citada por três administradores. Foi possível quantificar o número de infectados pelo vírus em duas unidades: numa UPA o percentual é de 7,4%, e num presídio é de 5,9%. Parece haver uma minimização, negação e racionalização da situação do HIV no sistema prisional, tanto pela falta de citação do problema por parte da maioria dos administradores, quanto fala de alguns administradores. Não foi feita nenhuma referência sobre programas para redução dos riscos de infecção do HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis (DST).

Em uma das unidades, o administrador queixou-se de estar com pessoas dependentes de cuidados intensivos, e da falta de recursos humanos para essa demanda. Reconhece-se também que a falta de assistente social sobrecarrega os agentes prisionais, que em algumas unidades passam a prestar serviços relacionados ao serviço social. Um dos participantes relacionou os problemas de saúde e psicológicos dos detentos com a carência de assistente social, e ressaltou os aspectos

positivos para a saúde mental do detento de ter suas questões sociais e jurídicas atendidas.

“Oitenta por cento do atendimento da segurança, se a gente fizer um levantamento, vão ser referente a assistente social. (...) Social, e conseqüentemente psicológica. Se o preso lá ele está comendo bem - ele está encarcerado mas está comendo bem, ele tem assistente social, ele está sendo ouvido, ele está vendo que o processo dele esta andando, que ele está sendo ouvido, assistido, a penitenciária, enfim, as cadeias elas tendem a ficarem mais tranqüila.” (PT3)

As doenças dermatológicas foram relacionadas por dois administradores com os hábitos de higiene pessoal do preso⁹. Três administradores relacionam o impacto psicológico da prisão como principal desencadeador de queixas relacionadas à saúde, e que, em alguns casos, a reação pode se estender, causando transtornos mentais:

“O que pega eles geralmente é nos dois primeiros meses, mas eu acho que é mais o efeito psicológico, o impacto de cadeia né. Até eles não dormem, eles querem remédio para dormir, eles querem para dor de cabeça, tal, tal.” (UPA4)

Em síntese, são reconhecidos queixas de saúde leves, muitas vezes relacionados com o impacto psicológico da detenção. Algumas doenças crônicas (tais como hipertensão e diabetes), que não foram amplamente valorizadas pelos administradores, podem ter prevalência semelhante à da população geral. Outras doenças – em especial, as dermatoses e doenças infecciosas, tais como pneumonia e a infecção pelo HIV (e, talvez, outras DST e hepatites virais), os transtornos mentais, e problemas respiratórios, parecem ter prevalência maior do que na população geral, sendo que, algumas destas, podem estar em taxas epidêmicas em algumas unidades. Para estas patologias, infere-se que o ambiente prisional tenha alguma participação como fator determinante fisiopatológico.

5.5 HÁBITOS DOS DETENTOS E ACESSO A AÇÕES DE RESSOCIALIZAÇÃO

⁹ Reportar-se ao item 5.3.2

5.5.1 Acesso a atividade laboral e educação

Neste estudo, o termo “atividade laboral”, será empregado a toda atividade realizada em horário específico, com vínculo empregatício na unidade, podendo ser prestado na comunidade ou na própria unidade prisional, com a previsão de salário e benefícios trabalhistas, relacionando-se, portanto, com a ressocialização do detento. Na tabela 9 estão as atividades laborais disponíveis nas unidades visitadas.

Na maioria das unidades, principalmente quando não se tratam de penitenciárias, a atividade ocupacional se restringe à preparação de alimentos, manutenção e limpeza da própria unidade pelos “regalias”. Tais atividades geralmente não são remuneradas e não estão vinculadas à progressão de regime, assim como outras atividades laborais oferecidas em algumas unidades (p. ex, a confecção de estopa num presídio). Nesta unidade, somente algumas das mulheres têm acesso detidas tem acesso a esta atividade (apenas cerca de 15% das detentas, ou menos de 2% da população carcerária da unidade), por limitações de área física e de recursos humanos da própria unidade. Porém, esta unidade oferece a oportunidade para que presos masculinos em regime semi-aberto possam trabalhar fora da unidade.

O administrador de um presídio justificou a falta de atividade ocupacional porque, tratando-se de presídios, onde deveriam receber somente presos provisórios, estes “não são obrigados a trabalhar”. Muitos administradores percebem a carência de oferta de atividades laborais bem estruturadas aos detentos.

“Eu acho que eles não deveriam fazer a comida, (...) acho que o Estado tinha que colocar toda essa estrutura só que em contrapartida também dar a condição de eles trabalharem (...) porque a gente vê a diferença que é o cara que trabalha com o que não trabalha. É bem distante mesmo. (...) Porque daí quando ele sai na rua, quando ele saiu da cadeia, encontrou com um cara que estava lá no convívio, ‘- ah...!’ Ou seja, ele já sai reprimido na rua: ‘- Pô lá eu era regalia.’ Não, tem que sair na rua e falar: ‘- não, pô! Lá eu era cozinheiro, e tô trabalhando como cozinheiro no restaurante, e tal.’” (UPA4)

Percebe-se no discurso deste administrador a percepção da oferta de atividade ocupacional na unidade prisional como forma de dar responsabilidades para o indivíduo, aumentando sua auto-estima. E questiona também o fato da separação entre os “presos regalias” e os “presos comuns”, pois, na cultura da população carcerária, esta separação é discriminatória. Na sua percepção, oferecer atividade

laboral de forma “organizada” minimizaria este problema, que parece ir além do ambiente prisional.

Tabela 9 – Atividades ocupacionais, desportivas e de lazer nas unidades

Unid.	Atividades ocupacionais*	Atividades desportivas e de lazer [§]
UE1	Oficina de tear, cestaria, horta, produção de sabonetes fitoterápicos	Caminhadas, futebol, filmes
UPA4	Atividades relacionadas à indústria têxtil	Futebol e “atividade religiosa”
PT1	Lavanderia, padaria, cozinha, diversas empresas do terceiro setor (fabricação de parafusos, tubos e conexões, grampo para varal, borracha para vedação, acessórios e acabamentos para banheiro, carimbos, montagem de compressor, etc)	Esportes (futebol), Oficina de música, “passo da liberdade”, filmes
PS1	Limpeza e manutenção predial, cozinha*	Futebol, atividades físicas no pátio
PS6	Limpeza e manutenção predial, cozinha*, artesanato	Jogo de futebol
PS2	Apetrechos e enfeites para animais de estimação (<i>pet shop</i>); produção de sacolas de papelão para lojas; Artesanato	Não há
PT2	Montagem de telefones, confecção de roupas	Caminhadas, futebol
UPA3	Produção de grampos	Não há
PT3	Montagem de bola de futebol, grampo, fabricação de tubo de concreto, marcenaria, confecção de roupas, pocilga, horta, lavoura, serviços gerais.	#
PS3	Costura de estopa ^{&}	Não há
UPA1	#	#
UPA2	Apetrechos e enfeites para animais de estimação (<i>pet shop</i>)	Futebol (homens); artesanato e crochê (mulheres)

* Atividades de manutenção, reparos e preparação de alimentos na unidade só foram consideradas quando associadas à previsão de salário e progressão de regime.

[&]Atividades não remuneradas, porém considerada devido exclusividade

[#]Não acessado e não observado

A remuneração do detento é considerada “simbólica”, em relação aos benefícios que o trabalho lhe traz. Um dos administradores falou também do aspecto positivo da remuneração para a atividade laboral, no sentido de educação, valorização e ressocialização:

“Então eles vão trabalhar, fica retido o dinheiro no pecúlio, e daí uma vez por mês é feita a lista (...) - e os caras pedem, já tem o saldo ali. (...). Já vai estar se educando aí, no sentido de valorizar as coisas. Então a família mesmo gostou, porque muitos eram obrigados a trazer coisas que eles nem tinham condições.” (UPA4)

Foi observada uma grande disponibilidade de atividades laborais vinculadas na unidade terceirizada, dezenas de empresas com contrato oficial, que utilizam a mão-de-obra dos detentos para as mais diversas finalidades. A seleção dos detentos é realizada de acordo com seu comportamento, através de uma comissão técnica interdisciplinar, em que participam os profissionais psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, chefe segurança e o administrador e gerente de ensino saúde e promoção social e parte do dinheiro (25%) fica retida na unidade para investimento em melhorias:

“Existe toda uma similitude com o que acontece lá fora. Por exemplo, toda área de produção tem um líder, e toda área de produção dentro da unidade prisional tem um líder e estatado por nós. Ele sente a necessidade, nós explicamos que existe algumas regras no departamento dentro do sistema prisional que pode entender ‘ah isso é trabalhar para polícia’. Mas quando eles passam a entender que isso é para eles, começam a desenvolver essas atividades, e vão cada vez mais melhorando, criando essas oportunidades. (...) A empresa vem buscar isso por uma questão econômica, porque a mão-de-obra é mais barata, mas também, do ponto de vista social, cria oportunidade para esse indivíduo, para que a família possa estar tendo subsidiada economicamente pelos recursos que ele traz daqui. O benefício da retirada do ócio do sistema prisional criando oportunidade para ele criando uma prospecção de vida.” (PT1)

Apesar dos benefícios, são reconhecidos também riscos para a segurança nas atividades laborais. O administrador de uma penitenciária compreende que é preciso evitar a formação de grupos organizados:

“Eu gosto de em torno de 10 a 15 detentos, 20 já é um número muito alto (...) Porque assim eles começam a fazer grupinhos” (PT3)

É comum haver confusão entre os administradores entre: atividade laboral e terapia ocupacional; atividade ocupacional e atividade de lazer; e ainda entre atividade laboral e acesso à educação e cursos profissionalizantes. Na realidade, apenas na unidade terceirizada são ofertados cursos profissionalizantes. Há duas unidades onde existem atividades de caráter terapêutico (terapia ocupacional), que não se enquadram como uma atividade laboral, como é o caso das oficinas ofertadas na unidade especial, e do artesanato em um presídio.

Foi constatada a presença de professor em cinco unidades (UE1, PT1, PT2 e PT3 e UPA2). Em um presídio, as atividades escolares foram suspensas por falta de espaço físico – o espaço destinado à escola deu lugar à oficina laboral. Uma das unidades chama a atenção pela infra-estrutura física, de recursos humanos, e quantidade de atividades acadêmicas que ocorrem dentro, e também pelas oportunidades externas que são dadas aos detentos. Esta unidade conta com diversas salas de aula, professores, pedagogos e estagiários, sala de computadores, biblioteca. Oferece diversos cursos (fundamental, médio e EJA¹⁰), além de cursos técnicos, e oficinas:

“Eu tenho quatro salas de aula, nessas quatro salas eu tenho cursos de 1ª à 4ª, 5ª à 8ª, segundo grau, dentro o professor presencial. Isso começa de manhã e vai até às 22:00 horas na sala de aula. Uma sala de aula de capacitação, um curso de elétrica e de calceteiro já foram ministrado, dois cursos de cada uma dessas matérias, dentro da unidade prisional estamos com curso de primeiros socorros e desenvolvendo atividades, 260 horas. Então tudo isso proporciona ao individuo oportunidades, para que ele possa efetivamente ou rotineiramente estar cada vez mais distante da seara criminal que é o que acabou trazendo ele para o sistema prisional” (PT1)

Nos presídios não foi constatado presença assistência educacional. Um administrador de uma UPA manifestou vontade de implementar curso educacional em sua unidade. Há a percepção pelos participantes de que a falta acesso à educação é fator relacionado à criminalidade, e que, oferecendo-se estas oportunidades durante o cumprimento da pena no sistema prisional, há maiores chances de redução da reincidência.

A principal dificuldade observada e relatada pelos administradores para a implantação de atividades laborais e

¹⁰ EJA – Educação de jovens e adultos. Modalidade de ensino fundamental e médio para jovens e adultos que não completaram os anos da educação básica em idade apropriada.

educacionais nas unidades prisionais está na limitação de espaço físico, superlotação das unidades e déficit de recursos humanos. De modo geral, observou-se entre os participantes uma vontade em implantar ações de caráter ressocializador, podendo estar relacionado a um viés de amostragem – ou seja, os administradores que se dispuseram a participar da pesquisa teriam mais vontade política de melhorar o sistema prisional.

5.5.2 Visitas

Em todas as unidades prisionais visitadas, os detentos têm direito à visitação, sendo que a frequência varia de local para local. Em apenas duas unidades – um presídio e uma penitenciária - foi observado o parlatório.

Numa penitenciária, o detento que trabalha tem direito a visitas semanais, enquanto aquele que não trabalha, as visitas só podem ocorrer quinzenalmente. Noutra unidade, a visita precisa ser realizada à noite, por falta de espaço físico. Pois, durante o dia, todos os apenados encontram-se no pátio, e à noite, quando a maioria dos apenados estão alojados, alguns podem receber suas visitas. Apenas uma das unidades a visitação pode ocorrer qualquer dia da semana, e as visitas íntimas podem ocorrer de sexta-feira à terça-feira:

“Eu não abro mão de nada que possa favorecer o contato dele com a sociedade, e a família - a gente sabe que metade do nosso trabalho está bem solucionado quando a família está bem atendida. Então a família vem aqui, eventualmente nos temos alguns problemas sim, de comportamento - a família não quer passar lá por uma revista, acha que é abuso tal... Mas 99% das ocorrências são ocorrências positivas, são atividades que favorecem, são elogios da própria família se sentem bem dentro da unidade, sabe que existe essa preocupação nossa em relação à família, de que esse indivíduo possa produzir ainda para essa família alguma coisa que não só o problema do cárcere, que é levar comida que não lembra absolutamente nada.” (PT1)

Apenas uma das unidades visitadas não era realizada visita íntima. É comum que o direito de visita íntima ocorra como forma de gratificação por bom comportamento, ou então, o detento perca o direito devido mal comportamento. Poucas unidades contam com área específica para visita íntima – em geral, nos presídios, ela ocorre dentro das próprias celas dos detentos os demais detentos saem para que o visitado possa receber a visita. Numa UPA, relativamente mais nova e

projetada para contar com uma área de visitação íntima, ela foi desativada e transformada em cela para acomodação de detentos devido a superlotação. Em outra UPA a área de visita íntima estava em estágio de finalização de construção na época da visita.

Três administradores relataram problemas referentes às visitas íntimas, reforçando a necessidade, da criação de um sistema de registro de visitantes: Um deles reclamou da tentativa dos visitantes em ludibriar os agentes para fazer visitas íntimas. Outro se referiu a detentos que recebem visitas íntimas de mais de uma pessoa. Por último, um administrador se referiu a mulheres que fazem visitas íntimas para mais de um detento, em diferentes unidades.

“Esses dias teve um rapaz aqui, veio me questionar porque a visita dele não pode fazer encontro íntimo com ele. A gente foi descobrir ela fazia encontros íntimos em (outra unidade) também com os detentos... (risos) (...) A gente já cortou (...), aí vira sacanagem, tira aquela finalidade do encontro íntimo.” (PS1)

O acesso a visitas, por outro lado, gera maiores procedimentos de segurança, pois é o principal meio de entrada de objetos não permitidos nas unidades, como será discutido mais adiante. A falta de um ambiente adequado para a realização das visitas – o parlatório – parece deixar a unidade mais vulnerável para que essas investidas ocorram. Não é difícil constatar que, através da visita, grupos criminosos de dentro da unidade têm acesso a armas, celulares, drogas, e outros objetos facilitadores de tensões, rebeliões, fugas e outras práticas criminosas realizadas de dentro da unidade. A ausência de parlatório nas unidades trata-se de mais uma “prática econômica” comum em nosso país, em que a falta de investimentos acaba por encarecer ainda mais o sistema.

5.5.3 Acesso atividades desportivas, de lazer e religião

Neste estudo, serão consideradas práticas desportivas como toda atividade física voltada para a promoção de saúde e prevenção de agravos. Atividade física pode ser considerada uma atividade de lazer, porém, neste estudo, as atividades de lazer serão consideradas todo tipo de ocupações às quais o indivíduo pode entregar-se de livre vontade, seja para repousar, seja para divertir-se, recrear-se e entreter-se, ou ainda, para desenvolver sua informação ou formação desinteressada, sua participação social voluntária ou sua livre capacidade criadora após

livrar-se ou desembaraçar-se das obrigações profissionais, familiares e sociais (DUMAZADIER, 1976)

Como já citado anteriormente da confusão entre os termos de atividade laboral, terapia ocupacional e cursos profissionalizantes, percebeu-se ainda uma confusão maior destes termos com o acesso à atividades desportivas, de lazer e religiosas. Muitos administradores consideram acesso à religião, atividades laborais, terapia ocupacional e acesso ao serviço social como uma atividade de lazer:

“Elas têm o horário de pátio, né. (...) Porque elas também produzem artesanatos lá dentro, então geralmente... e elas também o trabalho das sacolas elas também fazem na cela. Então quando elas não estão trabalhando, estão fazendo artesanato, estão no culto. Tem a assistente social que vem atendê-las semanalmente, então, assim elas têm o espaço preenchido por isso, né.” (PS2)

Todas as unidades o detento tem direito a banho de sol, porém, com frequência e tempo variável entre as unidades. Mais comumente, o detento pode tomar banho de sol todos os dias, de uma a duas horas. Apenas uma das unidades prisionais visitadas conta com educador físico. A atividade de lazer mais citadas para os detentos masculinos é o futebol, que, geralmente, ocorre uma a duas vezes por semana. É comum que o acesso a estas atividades esteja vinculado ao comportamento do detento, assim também como previsto na LEP. Não obstante, presos com mau comportamento em algumas unidades são colocados em “solitária”, ou seja, sozinho numa cela com espaço físico muito pequeno, e restrição de contato à luz solar, à alimentação e ao contato com pessoas por tempo indeterminado, muitas vezes desencadeando transtornos mentais.

Foi verificado o acesso a recursos espirituais e religiosos em todas as unidades prisionais. Em três unidades (dois presídios e uma UPA) observou-se bastante ênfase da religiosidade. Chamam atenção a intensidade e frequência de visitas de grupos religiosos - cada dia da semana está reservado para determinado grupo religioso fazer visita à unidade, havendo dias da semana em ocorre visita por mais de um grupo, de diferentes religiões. Observou-se que, comparativamente às outras unidades, estas apresentam infra-estrutura mais precária, e pior salubridade do ambiente. Supõe-se que a presença religiosa nestas unidades tenha o poder de apaziguar os ânimos dos detentos, reduzindo-se o risco de rebeliões.

Ou seja, o acesso maciço à religião, em que grande parte do tempo do detento é preenchido por atividades religiosas, pode

representar a tentativa de evitarem-se rebeliões nas unidades mais precárias. Numa análise foucaultiana, parece estar ligada com a herança medieval dos suplícios. O ritual da tortura judiciária busca produzir a verdade através da confissão, pois, não é bastante que os maus sejam justamente punidos, é preciso que eles mesmos se julguem e se condenem, e a crença religiosa muitas vezes justifica também as injustiças:

As dores deste mundo podem valem também como penitência para aliviar os castigos do além: um martírio desses é suportado com resignação. Deus não deixará de levar em conta. A crueldade da punição terrestre é considerada como dedução da pena futura; nela se esboça a promessa do perdão. Mas pode-se dizer ainda: um sofrimento tão vivo não seria sinal de que Deus abandonou o culpado nas mãos dos homens? (FOUCAULT, 2010)

5.6 PRÁTICAS TRANSGRESSORAS

5.6.1 Agressões físicas e abusos sexuais

De modo geral, na percepção dos administradores, agressões físicas entre os presos muitas vezes são inevitáveis, porém não acontecem com tanta frequência, pois geralmente coibidas pela equipe de segurança. Porém, perceberam-se momentos de hesitação e receio por parte dos administradores em falar sobre este tema.

“Sempre existe, não tem como eliminar completamente. Mas acredito que, pela lotação que nós temos, pelo espaço físico que nós temos, até que tem ocorrido pouco” (UE1)

Nenhum dos administradores concorda com o uso de ameaças ou práticas de agressões físicas contra os detentos, e nenhum deles revelou acontecer este tipo de castigo em sua gestão. Em geral, o procedimento em suspeita de agressão física é a realização de exame de corpo de delito e, se necessário, abertura de sindicância para investigação. Um dos administradores relatou ocorrer denúncias falsas por parte dos detentos para prejudicar os agentes prisionais.

Percebeu-se um receio e hesitação ainda maior por parte dos administradores em discorrer sobre o abuso sexual nas unidades, que, na maioria das vezes, forneceram respostas vagas ou negando tais práticas. Um administrador confirmou que existem abusos sexuais, mas que não tem tomado conhecimento, ou seja, não chegou denúncia até ele. Outros dois relataram que existem apenas relações homossexuais consentidas em sua unidade:

“Abusos sexuais que acontecem ficam muito só entre eles, nós acabamos não sabendo.” (PT1)

Essa minimização das práticas de abuso sexual correlaciona-se com a falta de relatos sobre as DST. É possível que a transmissão de DST seja alta entre os detentos em algumas unidades.

Um dos administradores acredita que a instalação de câmaras de monitoramento poderia minimizar a ocorrência de abuso sexual e agressões físicas na unidade prisional. O abuso sexual parece estar mais relacionado ao detento condenado por crime contra a dignidade sexual (“crimes sexuais” ou “crimes contra o costume”). Um dos participante relatou sobre uma “justiça interna” entre a população carcerária:

“O que mais acontece é quando a gente mistura. (...) Se eu colocar uma pessoa que foi presa por crime contra os costumes e quaisquer outros com ele, eles vão praticar o ato de violência, não necessariamente ao ato de violência sexual, mas física, de lesões corporais. (...) A gente já previne, já vai se preparando. Teve um fato na semana passada, que ele chegou aqui com mandado de prisão e não disse que era acusado de estupro. (...) e os presos descobriram, mas aí já teve a intervenção dos agentes. (...) A gente separa eles por galerias, há esse controle aqui. (...) Acabam pagando pelos crimes que cometeram – não pela justiça, mas quem cobra são seus pares. (...) Também ocorre com quem vem pela lei Maria da Penha, violência doméstica...” (...) eles fazem justiça com as próprias mãos. (...) Se for ver, a maioria deles já bateu em mulher, já praticou violência doméstica. Mas eles não aceitam que a pessoa seja presa por isso.” (PS3)

Percebe-se que os próprios presos possuem um código de valores, diferente da justiça “oficial”, em que aplicam suas próprias sentenças e punições. Trata-se de um sistema de justiça paralelo, em que o condenado sofre outro tipo de condenação. É comum que esta justiça paralela seja consentida pelos próprios agentes prisionais, principalmente quando se trata de crimes contra a dignidade sexual.

Dois participantes mencionaram que os crimes sexuais são mais comuns em determinadas regiões, talvez por questões culturais. O administrador de uma penitenciária trouxe contribuições relevantes sobre sua experiência nesta questão. Em sua unidade, estes indivíduos recebem acompanhamento de acadêmicos de psicologia. Há a percepção de que existe uma dinâmica diferente do preso comum em relação à prática do crime e aspectos relacionados à redução da incidência. Quando detidos, precisam ser segregados dos demais detentos.

“Nos crimes contra os costumes ou contra a liberdade sexual, é muito importante que haja um entendimento dos nossos legisladores. (...) Eu tenho problema com esses indivíduos, primeiro que toda a estrutura que eu tenho aqui de reintegração é um faz de conta para eles, né. Porque para eles, via de regra, vem de uma família bem estruturada, com uma boa formação, com uma boa apresentação social, falam bem, se expressam bem... E além do que, mesmo no sistema prisional, eles acabam ficando dentro da segregação uma nova segregação. Não existe aceitação do ser humano, mesmo delituoso (...) A gente precisa entrar com alguma coisa muito mais contundente nessa questão, porque não é uma questão só social ou de oportunidade individual, (...) é uma psicopatia... (...) algumas pessoas perguntam: ‘Ah você é a favor de pena de morte, é a favor da prisão perpetua, é a favor da castração química’. Não, sou a favor de uma discussão bem amparada utilizando todo o conhecimento da psiquiatria, da psicologia, trazer isso para o meio político e discutir essas informações. (...) Nós estamos distante dessa discussão, ‘prendemos soltamos, prendemos soltamos’. E sabemos que esses indivíduos tem uma reincidência muito maior do que qualquer outra tipificação criminosa no sistema.(...) Percebemos que a rotina do atendimento específico para esse indivíduo na psicologia dentro do departamento prisional, fez com o que ele ficasse mais disposto a comentar sobre o crime, a comentar sobre o problema dele.(...) É um sinal de que ele quer mudança, ao contrário dos demais que negam todos os delitos.” (PT1)

Percebe-se que o sistema prisional catarinense carece de uma abordagem diferente para as diversas tipificações criminais. O sistema de ressocialização deve ser individualizado, tendo de ser considerado que, em alguns crimes, a chance de recuperação é muito baixa, havendo de se discutir outras abordagens.

5.6.2 Práticas de extorsão ou corrupção entre os detentos

Todos os administradores concordam que existam práticas de extorsão, corrupção, aliciamento ou outras mediante ameaças entre os

presos. Porém, percebeu-se em parte de alguns administradores alguma reação de negação e minimizando de tais condutas. Alguns participantes relacionam as pequenas práticas de extorsão e corrupção entre os presos como o princípio e a continuidade de comportamentos anti-sociais e relacionados à criminalidade. Ou seja, que este tipo de comportamento é gerador de conflitos, tensões entre os presos e os agentes prisionais, podendo evoluir para brigas ou rebeliões. Tais práticas estariam relacionadas a uma “cultura das prisões”, e que a unidade prisional tem o papel de buscar eliminar essas influências, tendo em vista os objetivos de recuperação dos detentos:

A gente cortou esse código deles, e colocou aqui que os valores são outros (...). Então não tem aquele espírito de bandidagem né. (...) A gente procura estar cuidando nesse sentido, de não ter venda, não ter comercialização no caso de dinheiro, de cama, colchão. (...) Porque a gente sabe que é ali que é o ‘ninho’ onde cresce as bandidagens, os acertos.” (UPA3)

A citação do PGC – Primeiro Grupo Catarinense¹¹ – apareceu na fala de três administradores. Nas unidades onde há maior atuação do PGC, os detentos que ali ingressam são muitas vezes são aliciados mediante ameaças.

“O grande problema nosso agora em Santa Catarina (...) é um grupo criminoso. Antigamente tinha quem queria ser o chefe das gangues dentro dos presídios (...) Mas hoje o PGC obriga as pessoas que querem entrar pro grupo a ‘pôr em prova’” (PS3)

“No meio entre eles existe uma lei que a gente sabe que tem - mas não sabe como que é - mas existe uma lei entre eles que você tem que ter certos comportamentos. (...) a questão do PGC que está crescendo no Estado e tal. Existe uma lei que você quando chega pra ganhar espaço, pra ganhar respeito você tem que fazer certas frentes, você tem que enfrentar o agente, e tal... (UPA4)

Percebe-se os efeitos negativos para a segurança da unidade prisional e a influência negativa no sistema ressocializador quando há atuação de facções criminosas. As unidades com maior ocorrência de rebeliões e fugas são aquelas com maior atuação destes grupos, como é o exemplo das grandes revoltas que ocorrem nos estados do Rio de

¹¹ O PGC (Primeiro Grupo Catarinense) surgiu como o modelo dos grupos criminosos das grandes capitais - o PCC (Primeiro Comando da Capital, em São Paulo) e o CV (Comando Vermelho, no Rio de Janeiro).

Janeiro e São Paulo. Muitos detentos, ao ingressarem no sistema prisional, perdem qualquer chance de sair da criminalidade, e, do contrário, aperfeiçoam-se no crime organizado.

5.7 DROGAS DE ABUSO

5.7.1 A dependência química e a prática criminosa

O uso de drogas está intimamente ligado à criminalidade. Quatro administradores relataram que a maior parte da sua população carcerária é formada por indivíduos envolvidos com tráfico de drogas.

“Usuários, provavelmente todos que entram aqui - a maioria, pelo menos 80% com certeza, está relacionada ao uso de drogas, tráfico de drogas. Se for ver já está recorrente isso, já está virando padrão dentro do sistema prisional.” (PT3)

É comum entre os participantes a percepção de que a maioria dos detentos de sua unidade como indivíduos dependentes químicos, que, por esse motivo, tornaram-se vulneráveis para a prática de delitos. Alguns administradores acreditam que muitos destes indivíduos necessitam mais de abordagem médica do que punitiva:

“Dependentes químicos, que em decorrência disso, vem parar aqui. Se fosse fazer um diagnóstico dos detentos que são usuários de drogas, eles estão aqui em virtude do uso da droga, que o levaram a prática do furto, roubo, tentativa de homicídio... (...) Ou até mesmo o tráfico, com a maior incidência. Aí acaba transportando mais droga. (...) Esses detentos, eles precisam de tratamento, e não de privação de liberdade. Precisariam realmente ir para uma clínica, ou penas alternativas que fizessem ele refletir um pouco mais... e tratamento psiquiátrico.” (PS1)

“Uma das soluções é o que estamos falando agora, tirar esses detentos que são usuários e realmente fazer uma triagem para essas pessoas e levar para uma clínica psiquiátrica, e não no sistema prisional, porque aqui dentro só vai estragar. Porque a pessoa já não está em sã consciência vem para cá e acaba se envolvendo com outras práticas de crime.” (PS2)

O administrador de uma UPA encara o problema da epidemia da dependência química com bases nas transformações sócio-culturais, envolvendo o psiquismo da população:

“O que acontece: é uma fuga! (...) As pessoas estão bebendo mais, estão usando mais drogas. Por que? Porque estão sendo cobrados. Hoje, o ritmo em que vivemos (...). É isso que as pessoas estão tendo dificuldade de se adequar a isso. (...) E algumas pessoas ficam pra trás. (...) O uso de entorpecentes vai aumentar conforme a família vai se degradando, valores sociais vão se perdendo.” (UPA4)

Diversos fatores podem estar relacionados com o aumento no consumo de drogas de abuso. As drogas ditas ilícitas são uma proibição da sociedade, e, apesar de tentar se diferenciar o consumidor do traficante, ambos são consumidores e ambos portam a droga. É possível que, se para alguns criminosos o consumo da droga demonstra aspectos de uma personalidade antisocial, para outros indivíduos é a dependência desta substância ilícita que o “empurrou” à criminalidade. Porém, no sistema prisional que dispomos, ambos indivíduos terão uma abordagem que pouco favorece a redução da reincidência.

5.7.2 Consumo de drogas de abuso na unidade

Dos dez administradores acessados, seis deles confirmam a entrada e consumo de drogas na unidade (três penitenciárias, dois presídios e uma UPA), enquanto os outros quatro negam que tal fato ocorra em sua unidade (dois presídios, uma UPA e uma unidade especial). Porém, praticamente todos os administradores referiram problemas relacionados à síndrome de abstinência. As drogas citadas como mais comuns foram a maconha (cinco citações), o crack, (quatro citações), a cocaína (duas citações) e o álcool (duas citações). O crack foi citado como a droga mais preocupante.

O principal meio de entrada de drogas é através das visitas. O álcool entra nas unidades menos comumente - as tentativas são feitas com a colocação do etílico em garrafas de refrigerante. Outras drogas entram com mais facilidade, e os visitantes tentam burlar a revista introduzindo a substância no ânus, na vagina, ou objetos que tentam passar ao detento, como livros e bíblia.

A família foi mencionada como o principal carreador de drogas para dentro da unidade prisional. Dois administradores citaram a figura do advogado do detento, e uma vez foi citado o próprio agente prisional. Um dos administradores acredita haver mais uso à noite, quando os procedimentos de segurança e vigilância são menos ativos.

“A gente monitora a questão de entrada de droga através da revista de familiares, a revista dos apenados. (...) Só que no universo da massa carcerária, a gente sabe também que a revista, por mais que seja feita, né, às vezes ela ainda consegue passar e entrar pra dentro da unidade. (...) A gente tem essas desconfianças que também, dentro do universo em que eles são viciados, a gente não pode acreditar que eles vão chegar aqui e o vício deles vai parar, enfim. (...) Tem vários usuários aqui dentro, assim como temos traficantes que querem continuar tendo seu lucro, e que vêem os usuários que tem aqui a possibilidade de estarem continuando na comercialização das drogas. E aí então por isso que a gente sempre vive nesse embate de estar procurando droga dentro da unidade (...) Por mais que tu não percebas o cheiro, por mais que tu não percebas ninguém que fez o uso, mas tu tens que sempre estar monitorando. Porque isso é uma possibilidade grande, tem um universo com várias traficantes com, varias usuárias, e com familiares que fazem tudo” (PS2)

Percebe-se que, devido à forte associação entre consumo de drogas e criminalidade e alta rotatividade de detentos, sempre haverá indivíduos em grau intenso de dependência química nas unidades prisionais, e, conseqüentemente, as tentativas de passagem de drogas sempre ocorrerão. Em apenas uma unidade (penitenciária) não é permitido fumar cigarro de tabaco, e o administrador revela que isto tem trazido mais problemas para a segurança:

“Aqui eu tenho um problema, não que aqui eu tenha mais droga (...). Por exemplo, é proibido fumar. Então se eu já tenho drogados - ainda mais viciados em tabaco, esses mais ainda - e quando eu crio isso eu crio uma possibilidade de um comércio ilícito. Que as vezes um cigarro de papel vale o mesmo que um cigarro de maconha porque todos tem dificuldade para entrar dentro da penitenciária.” (PT1)

O discurso do administrador de outra penitenciária mostra bem como a dependência química e a síndrome de abstinência altera o comportamento dos detentos, fazendo-os buscar

“A gente sabe que alguns casos eles pedem muito analgésico para dor de cabeça para esmagar e cheirar... para ficar doído com aspirina. (...) Isso não é incomum, infelizmente... (...). Quando ele recém chegou da rua, está acostumado com a droga, ele diminui muito, ou zera. Ele tem que achar outra coisa para pensar que está ficando doído. (...) A abstinência à droga é terrível... (...) é terrível, a agressividade.” (PT2)

Porém, este mesmo administrador, relata tem menos problemas relacionados à síndrome abstinência de drogas em comparação com unidades que não são penitenciária, pois os detentos geralmente chegam “desintoxicados”, por passarem antes por presídios outras unidades prisionais. Relaciona a gravidade da abstinência à condição de estar encarcerado, que “aumenta a ansiedade”.

No discurso de três administradores aparece com evidência a queixa da necessidade de um local específico no sistema prisional para desintoxicação do detento, pois acreditam que, muitos detentos precisam mais de tratamento da dependência química do que medida punitiva:

“O grande problema é a confusão que se faz, que o sistema faz, por não ter uma outra unidade, por exemplo, para a dependência química hoje, no sistema.” (UE1)

Avalia-se que o uso de drogas dentro da unidade prisional tem efeitos que vão além dos efeitos prejudiciais do uso da substância. As unidades prisionais representam a segurança e sistema judiciário da sociedade, e portanto, o uso de substâncias ali dentro tem repercussão diferente do uso quando em liberdade. Trata-se mais que a quebra de uma regra da unidade prisional, que deveria representar a correção de comportamentos ilícitos. O indivíduo que usa substâncias dentro da unidade prisional, mais que aliviar seu sofrimento e fugir da realidade, também provoca a sociedade, mais uma vez desrespeitando suas leis, e mostrando a ineficácia do sistema penal.

5.8 CONDIÇÕES DE SAÚDE MENTAL DO DETENTO

5.8.1 O psiquismo do indivíduo encarcerado

Cinco administradores identificam um impacto psicológico nas primeiras semanas de detenção, e relacionam com o fato da perda da liberdade e da estrada em outra organização social, dentro do sistema prisional, num ambiente muitas vezes com condições adversas. Entendem ser importante fornecer suporte ao indivíduo nesta condição:

“Quando o detento adentra a unidade, geralmente há um choque, de valores, e de comportamento. De valores, porque ele perde o contato com a família e com a sociedade. Ele entra em outro meio social, outros valores. Enquanto que lá fora uma carteira de cigarros custa três reais, aqui pode

custar um pouco mais, pode custar um jogo de cama, um pacote de bolacha (...). Há uma ordem de tomar banho. Ordem de usar o banheiro. Ordem de alimentação. Quem vai ocupar a cama tal. Quem vai ser o nosso mentor. Então ele sai da sociedade – uma pessoa livre, e de repente ele entra aqui nesse ambiente. Muitos há uma dificuldade de assimilação – dos novos valores, de uma nova sociedade. Então há uma necessidade de embutir na cabeça de cada um deles onde eles estão, porque eles estão, quanto tempo vai ficar, quando vai sair. Por isso eu faço esse acompanhamento processual deles.(...) A saúde mental deles, como é que eu posso dizer, é uma linha tênue e frágil.” (UPA4)

Os administradores também identificam aspectos psicológicos que identificam nos indivíduos na condição de detento, tais como a regressão, psicossomatização, depressão e a identificação do agente com figuras paternas ou “superegóicas”. Um administrador identifica reações psicológicas mais acentuadas em determinadas épocas do ano, como nas festas de fim de ano.

“O preso quando ele está encarcerado ele fica realmente mais tenso, mais ansioso... E acho que isso é o natural. (...) Muitas vezes as outras reclamações, dor de cabeça, está ligada a isso, essa ansiedade que ele tem quando ele tá preso” (PS3)

“Elas são totalmente dependentes de medicação pra dormir, se dizem ‘depressivas’, se dizem ‘em surto’... questões psicológicas, eu acredito que é o que mais eu tenho aqui dentro. Mulheres que se abatem psicologicamente pela condição de estarem segregadas. Algumas porque a gente vê que não eram do universo do crime, e outras porque se vejam enclausuradas, e aí, de repente, nunca pensaram que pudessem estar” (PS2)

“Porque ali eles estão muito frágeis, né. É uma fragilidade imensa, eles brigam por causa de uma bolachinha recheada. Então você acaba colocando as coisas na cabeça, em mostrar pra eles no que eles podem acreditar, como a visão no trabalho. (...) A gente costuma aqui tratar eles como filho. Porque eles acabam vendo você como pai. (...) Qualquer um que você não der a condição ou você apertar, os caras surtam mesmo, eles saem do giro. E daí pra eles tanto faz, é aquele negócio: pra quem não tem nada perder tudo... Não esta nem aí, né. Aí quando você dá esse trabalho pra eles, consegue colocar os valores nas coisas que eles estão tendo... até mesmo de um alimento. Fica muito mais raro um surto de loucura entre eles, até mesmo nos demais detentos. (...) E pela condição de aperto, superlotação, vai encurralando o cara aí, daqui a pouco ele não agüenta a pressão, surta mesmo.(...) Obviamente ele vai fazer uma besteira ou outra né, não vai ser ele que vai estar ali pra raciocinar o correto.” (UPA3)

Percebe-se no discurso deste administrador de que há uma relação semelhante à transferência e contratransferência descrita na teoria psicanalítica entre o detento e o agente prisional, e que, da fragilidade emocional do detento, associada às condições insalubres das unidades, ele fica mais predisposto a desenvolver transtornos mentais, e que, no entanto, a oferta de atividades na unidade poderia reduzir este risco

Há ainda aqueles indivíduos que ingressam no sistema prisional e reagem de modo utilizar mecanismos de defesa do ego como a negação e projeção, ou seja, tendem a manifestar-se como se tivessem sido presos injustamente, e que seriam inocentes. Percebe-se que este tipo de comportamento não é favorável à proposta de ressocialização, o que necessita, muitas vezes, uma abordagem específica:

“A partir do momento que você senta e toma consciência da situação. (...) você abre um novo horizonte. Não podemos ver a cadeia como um fim. Temos que ver os sistema prisional como um recomeço..(...) Porque nós temos que imbuir na cabeça deles que isso aqui é uma situação temporária, que eles provocaram e que isso vai acabar. (...) Muitos deles chegam aqui com um complexo de perfeição, dizendo que a polícia perseguiu, que a polícia plantou, que era do vizinho, que não era dele. Até você convencer ele: ‘Olha, você é traficante! Você foi condenado por tanto tempo. Você vai ficar aqui, mas você vai sair’” (UPA4)

Portanto, considerando que o indivíduo na situação de cárcere passa por diversas reações psicológicas, podendo estar se estender para transtornos mentais mais severos ou mesmo para os agentes prisionais, percebe-se que a promoção saúde mental aos detentos é fundamental em termos de prevenção e ressocialização. Por isso, há uma necessidade de profissionais de saúde para o desenvolvimento de ações neste sentido.

“A saúde mental do indivíduo é um passo também para redução da reincidência. O indivíduo tem problema de entender a pena que lhe foi imposta, entender que no momento não é adequado ainda para progressão do regime. A ausência desse atendimento de profissionais que lidam exclusivamente com a saúde mental, não é saudável para o sistema, ela compromete na verdade o sistema.” (PT1)

5.8.2 O doente mental

Os recursos disponíveis nas unidades prisionais catarinenses para lidar com o problema dos transtornos mentais é bastante variável. Das 12 unidades prisionais acessadas sobre os serviços de saúde disponível, apenas quatro contam com acesso a psiquiatra dentro da unidade (Tabela 7). As demais unidades, geralmente são os próprios agentes que identificam manifestações psicopatológicas nos detentos, encaminhando, então, para os profissionais de saúde acessíveis. Estas unidades necessitam encaminhar os casos mais graves para o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Três administradores relataram recorrer também ao Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (IPq/SC), hospital psiquiátrico de referência do estado. Tais dificuldades ocasionam atrasos no estabelecimento de diagnóstico e tratamento, havendo citação de alguns participantes sobre desfechos desfavoráveis. A maior parte dos participantes queixou-se da dificuldade de encaminhamento de detentos com transtornos mentais para tratamento em locais adequados (que, no sistema prisional, seria o HCTP).

“Me deparei com três situações, até havia pedido para o HCTP para transferir para lá, porque, realmente não tinha condições de estar aqui, e esses três que eu tinha pedido, os três já tinham passado por lá retornado para cá e nós estamos com eles aí. Temos que tirar de um lado botar pro outro, porque chega lá ele afronta os detentos, e aí não querem eles na galeria... aí fica para um lado e pro outro (...) Deram alta. (...) Não voltaram bem, voltaram como estavam. (...) A gente que trabalha na unidade prisional, a gente sente falta de um hospital de tratamento psiquiátrico mais ampliado. (...) a gente gostaria que cada regional tivesse um hospital desses aí pelo Estado, faz bastante falta mesmo.(PS1)

Ocorreu entre alguns administradores uma atitude inicial de negação e minimização do problema. Um administrador, com poucos meses administrando a unidade, disse que teve poucos problemas relacionados a pessoas com transtornos mentais severos. Entretanto, começou a recordar de histórias de detentos com doença mental grave – e que um deles morreu eletrocutado, e então se queixou da falta de acompanhamento para esses casos:

“Estar com um cara como esse na unidade, é um risco, ele pode se matar, ele pode matar alguém... não sei o que se passa na cabeça dele. (...) Isso afeta toda a segurança. É o preso que vai criar com todo mundo (...) por causa dele, ou porque quer atendimento, ou porque (...). Esse é o tipo de caso que para nós tem que ser muito bem assistido, muito bem assistido. (...) esse tipo de coisa, se não tiver uma acompanhamento... Eu tive até um (...) que faleceu aí.

(...) Tivemos a informação que ele fazia o seguinte: pagava fio, botava dentro da corda (...). E passava pro pessoal do lado, da cela do lado. (...) Quando o cara pegava a corda tomava um choque. (...) Ele morreu eletrocutado, porque o pessoal fez a mesma coisa com ele. De tanto ele sacanear todo mundo, alguém foi lá, e... passou do limite, né. Ele torrou. (...) E era um que estava para avaliação. (Silêncio).” (PT2)

Sobre a fisiopatogenia e tratamento dos transtornos mentais, há uma variedade de representações sociais, também relacionadas com a diversidade dos casos encontrados pelos participantes da pesquisa. Há referência ao uso de drogas ilícitas, a indivíduos que já ingressam doentes ao sistema prisional, e outros desenvolvem transtornos mentais no ambiente prisional. Há a preocupação com a agitação, a agressividade, o suicídio e o homicídio:

“Muitos eu acho que é pela privação da liberdade, (...) que ocasiona esses distúrbios nesses indivíduos, e a falta de droga também, a abstinência. (...) É a dependência química que vai levando eles ao extremo... E uma característica deles é o suicídio, desses enfermos psiquiátricos, a maior incidência é a tentativa de suicídio.” (PS1)

“Os dois primeiros meses é crucial pra saúde dele. Então depois que passa esse impacto, aí realmente fica quem tem problema. (...). O impacto psicológico deles é muito grande ali. Então eles acabam vendo coisas. Tem situações que os caras viram até o capeta ali dentro, sério, falando com água nos olhos. Falaram que viram o cara caminhar no corredor e tal, pra ver a fragilidade que fica os caras, tidos como bandidos” (UPA3)

“Eu não acredito que seja do ambiente, eu acredito que essas pessoas se manifestam perturbados, já vêm com uma predisposição, um histórico. Esse aí que vamos conduzir ao Hospital (de Custódia), quando ele cometeu o crime deu pra perceber que não era muito certo... Matou a mãe, ficou dizendo que ia matar o vizinho também... não tinha uma conduta normal. Mas houve casos que a gente já viu se manifestar dentro da penitenciária, que a gente acabou tendo problemas, daí então é solicitado transformação da pena para medida de detenção¹², e é encaminhado para o Hospital de Custódia.” (PS3)

Reconhece-se uma falta de conhecimento dos agentes (e também dos outros detentos) sobre o manejo com os indivíduos com transtorno mental. Portanto, a falta de preparo e recursos quando há a presença de um doente mental, prejudica ainda mais o ambiente prisional:

¹² Medida de segurança (Art. 96 do Código Penal).

“Um caso só (de transtorno mental) gera muito problema, como existe uma ignorância grande, digamos assim, por parte de alguns agentes penitenciários e pela maioria dos detentos. (...) Eu vou direto ao exemplo: na sexta feira passada eu tinha dois detentos na segurança surtando, e isso quase causou um desastre aí dentro. Uns presos achavam nós estávamos batendo nos outros presos. E causou um mal-estar na unidade. (...) Um desses dois aí na quinta feira à noite ele já tinha surtado, e nós tivemos que chamar a PM para fazer o uso da pistola taser¹³. Só assim para acalmar o cara. O cara se machucou todo, se arranhou, se bateu na grade, e aí o cara tinha suspeita de HIV... aí tu vai fazer o quê? Bater num detento não adianta, é ilegal. Entrar lá na cela, fazer o uso da força pra tirar o detento da cela, não cabia mais o uso progressivo da força porque ele tava sangrando. Então eu não vou expor um agente penitenciário meu a uma possível doença. (...) Então a gente chamou a PM, e a PM usou a pistola taser, deu um choque no preso para acalmar. Ai assim tinha quase 200 presos berrando chutando porta por causa do maluco ali (...).” (PT3)

“Quando tem urgência e emergência em saúde mental no sistema prisional, é muito sério. A pessoa fica agressiva, agitada, transtornada. E os companheiros de cela, não têm jogo de cintura para tratar. Então, além da pessoa estar naquele estado, ela pode apanhar, sofrer agressões. Então tem que tirar ele, e não tem estrutura pra gente suportar isso. A gente tem dificuldade de suportar o preso comum pelo excesso de lotação, ainda mais problemas mentais.” (PS6)

Por outro lado, em cinco unidades comentou-se sobre o excesso do uso de medicações psicotrópicas entre os detentos (em duas unidades o comentário partiu de um funcionário que não o administrador). O potencial e dependência química de alguns medicamentos e a falta de acompanhamento especializado aparecem no discurso do administrador de uma penitenciária.

“Infelizmente, né, muitos médicos acabam receitando muita medicação na unidade (...). Mas é complicado. Porque às vezes numa noite (...), numa cadeia com 200 presos, tu tem 50 presos tomando medicação controlada. Isso expõe os presos da cadeia pra no futuro estar atuando. Porque uma hora você tem que partir para medicação (...) ele quer mais droga, substitui e depois acaba incomodando (...). A gente vê que falta um acompanhamento melhor ao preso.” (PT1)

¹³ Pistola *taser*[®]: Arma de eletrochoque não-letal, cuja descarga elétrica disparada é capaz de imobilizar uma pessoa momentaneamente. Há, entretanto, registros de casos de morte. Desde 1993 a empresa *Taser International* fabrica e vende diversos modelos de armas de eletrochoque, popularizando seu uso principalmente pelas polícias de diversos países.

O administrador de uma UPA contou que, quando agente prisional, já foi responsável pela medicação dos internos, e que por vezes usava placebo para acalmá-los. O administrador de um presídio relaciona o uso de hipnóticos na prisão como uma questão cultural, de que já é de uso corriqueiro entre a população o uso de hipnóticos sedativos. Há a percepção de que, muitas vezes, a doença mental e a desassistência determinam a detenção. Percebe-se em diversos discursos dos administradores a necessidade de mais vagas em hospital para tratamento psiquiátrico:

“Muitas vezes as pessoas estão doentes mentais na rua, e, por esse problema, acabam presos. (...) É mais problema social do que crime.” (PS6)

“Eu até sugeri, numa reunião, que aumentasse o número de hospitais psiquiátricos.” (PT2)

Ora, para os administradores das unidades prisionais, que normalmente seguem carreira dentro do sistema prisional, a primeira solução que lhes aparece seria a criação de novos hospitais psiquiátricos no sistema prisional. Especula-se outras soluções, como a ampliação e modernização de leitos psiquiátricos em hospitais especializados e em hospitais gerais, além da ampliação de serviços comunitários de saúde mental e em Centros de Atenção Psicossociais (CAPS). Diversos estudos (vide revisão da literatura) demonstram que a disponibilidade de leitos psiquiátricos públicos têm relação inversa com as taxas de moradores de rua, criminalidade e detenção. Entretanto, não se devem esquecer ações mais amplas, porém com efeito a longo prazo, em ações preventivas e de promoção de saúde, incluindo o acesso universal a educação de qualidade, à justiça, à moradia digna, ao lazer e ao trabalho.

5.9 A SEGURANÇA DA UNIDADE

5.9.1 Repercussões da desassistência à saúde na segurança

De modo geral, as unidades prisionais não negligenciam as queixas de saúde dos detentos. Na eventualidade de uma manifestação aguda, quando não dispõem de profissionais de saúde dentro da unidade, costumam deslocar o detendo para unidades de saúde. Porém, os

administradores identificam também diversos problemas inerentes a esta prática, principalmente quando há intercorrências no horário noturno:

“Ah, o preso reclama que está com dor de barriga. Não sou médico, então vou levar para quem entende. Às vezes o cara quer só conversar, né. Mas às vezes é um problema sério. (...) Então a gente tenta atender todos os casos para não deixar a coisa tomar uma proporção maior.” (PS6)

“Porque a gente não pode pecar pela omissão. (...) Se o médico disser: ‘não, ele não tem nada’ - a gente fez a nossa parte, se eximiu de qualquer responsabilidade. (...) Se ele pediu durante o dia e a gente não conduziu, à noite ele vai incomodar. (...) Então, de noite ele bate ali, daí se tu não atendeu durante o dia ele já diz que tu não atendeu. E daí os outros também começam a bater, e ele tumultua. Então é um pouco pensando também na própria segurança.” (PS3)

Os administradores (naturalmente, tratando-se de unidades prisionais), tendem a priorizar a segurança de sua unidade, e percebem que, caso a saúde ou outro direito do detento não for garantido, a segurança fica vulnerável. No caso da necessidade de encaminhar detentos a unidades de saúde, a dificuldade em relação à escolta do detento foi relatada de forma unânime:

“Na questão da segurança para mim é primeiro, segundo, terceiro, quarto, quinto lugar. Prioridade. Aí depois vem a questão, é lógico, saúde do preso. Se faltar saúde do preso, quem vai pagar é a segurança. Se faltar comida - que é da gerência operacional - falta comida hoje aqui no meio dia para você ver se não assiste uma rebelião aqui. (...). Faz o preso trabalhar e não paga o salário dele para ver o que acontece. Vai estourar, eles vão cobrar da segurança. (...) Nessa questão de escolta (...), o DEAP não admite que saia da escolta da penitenciária sem o suporte da PM. Aí todo mundo sabe que a PM também não tira efetivos. Então daí começamos a ter um problema institucional. É extremamente complicado. (...) Devido ao baixo controle que nós temos no setor de saúde, é difícil se dizer se eles realmente estão doentes ou se eles estão tentando persuadir o sistema (...), nós temos que pensar possibilidades infinitas.” (PT3)

“Nós já conhecemos toda situação do cara, não o preso, do ser humano que está ali. (...) É um impacto (no hospital), até mesmo para os visitantes. (...) O PM não tem convívio com a visita, e nós já podemos detectar muito antes, como já ocorreu. (...) Então tá havendo aí um problema assim, um desvio de função, onde o Estado está perdendo, tem gente sendo prejudicada aí também... (...) Mas aqui nós não temos condição. Deus o livre se a PM abandonar nós, nós não temos gente né.. (...) E muitas fugas, você sabe, que ocorreu em

hospitais aí, teve muitos, os caras buscam ser internado porque sabe que o PM vai estar lá, né..” (UPA4)

A análise do discurso dos participantes mostra uma tendência corporativista de valorização do serviço do agente prisional. Em relação à escolta de detentos para unidades de saúde, a maioria dos participantes tem a posição de que idealmente o agente prisional deveria fazer a escolta, porém não há recursos humanos suficientes para o serviço. Em uma das unidades, considerada de segurança máxima, o próprio administrador revela que não possui os padrões para tal denominação. E identifica situações em que a desassistência à saúde compromete a segurança da unidade:

“Tem duas situações: ou o preso realmente está doente, está precisando de atendimento, e acaba criando uma comoção lá dentro. E o outro ponto, é que eles precisam de um motivo pra criar um problema. Então quando se tem a certeza que falta médico, que a saúde não está atendendo como que eles gostariam que atendesse já é um motivo que pode ser usado. (...) Aumenta escolta, aumenta o risco para a sociedade. Então, o ideal é criar aqui dentro...” (PT2)

Na unidade com maiores recursos na área de saúde, o discurso do administrador demonstra percepção de que a melhor maneira de enfrentamento do problema está na garantia dos direitos do detento:

“Para o interno é assegurado os direitos de saúde dele. Para a sociedade é assegurado a não concorrência com quem está em regime fechado cumprindo pena, disputar o atendimento dentro dos postos de saúde públicos. Além da questão toda da segurança pública, que transitam com esse indivíduo enquanto ele não estiver pronto para em condições de retornar a sociedade ou ao convívio social, depois da pena paga e das oportunidades que eventualmente venham a surgir a ele.” (PT1)

Portanto, do ponto de vista de saúde, há uma relação intrínseca entre os problemas relacionados com a saúde dos detentos e a segurança das unidades prisionais. A falta de acesso à saúde dos detentos pode afetar a segurança interna das prisões ou mesmo em nível de segurança pública, sendo identificadas diferentes situações:

- a) Eventos e doenças agudas em detentos podendo gerar de rebeliões internas, dando oportunidade de ações de fuga e investidas contra o agente prisional;

- b) Falta de assistência à saúde sendo usada por grupos criminosos como um “motivo” para rebeliões internas e aliciamento de outros detentos para ações criminosas complexas;
- c) Procedimentos de saúde realizados externamente e internações geram necessidade de escolta policial ou de agentes prisionais, retirando o efetivo da polícia militar das ruas para a segurança da população ou de agentes prisionais para a segurança da unidade prisional;
- d) Procedimentos de saúde realizados externamente dando oportunidade para ações criminosas na rua em unidades de saúde.

Há também que se considerar, em prisões que não compõe o sistema prisional, tais como as cadeias de delegacias, que, quando se encontram superlotadas e custodiando presos por longo período, acabam por retirar efetivos da polícia civil de seu serviço para a guarda destes detentos. Também há de se considerar, como citado no discurso anterior, da concorrência pelos serviços de saúde comunitários entre população local e a população carcerária, quando não há serviços adequados dentro da unidade prisional.

Por outro lado, os discursos também revelam que por trás da preocupação de garantir o direito à saúde do detento parece estar muitas vezes mais relacionada ao medo de sofrer retaliações por negligência, e também porque garantindo algum acesso a serviços de saúde, os riscos de rebeliões são minimizados. Ou seja, falta ainda encarar a saúde não somente como direito dos detentos, mas uma estratégia para possibilitar uma redução da reincidência.

5.9.2 A revista

Apesar de não ser um dos objetivos da pesquisa avaliar questões relacionadas à prática da revista entre os detentos e seus visitantes, a maioria dos administradores citaram diversos problemas relacionados. Do ponto de vista de saúde, a revista se torna importante quando impede a entrada de drogas de abuso na unidade. De modo geral, todos manifestaram uma preocupação constante e permanente acerca da entrada de objetos proibidos na unidade. O discurso geral é de que “sempre haverá tentativa de transgressão”.

De modo geral, todo indivíduo que visita um detento passa por uma revista, inclusive íntima. Foi relatado que o modo mais frequente

de tentativa de passagem de objetos proibidos é através das mulheres, que os colocam no interior da vagina. Quando alguém é pego na revista, é encaminhado para a delegacia para realizar boletim de ocorrência, e, se necessário, passa também por exame de corpo de delito. Ficou evidente o envolvimento de familiares nas práticas delituosas dos detentos, e também, em relação à entrada de objetos e drogas ilícitas através das visitas. Percebeu-se, no discurso dos participantes, uma preocupação em não criminalizar familiares que, já vulneráveis por ter um membro encarcerado, tornam-se manipulados por este:

“Porque às vezes, o que acontece, uma vó que ama muito o filho, ou mesmo a mãe que ama muito o filho, às vezes se coloca na obrigação de ter que trazer maconha, e eu crio um novo criminoso.” (PT1)

“Pra mim não vai ser surpresa se eu encontrar uma pessoa aqui de nível médio, classe média, e um dia descobrir que ela também tá passando droga aqui, porque de repente o familiar que está aqui dentro chegou pra ela e disse assim: ‘Ó, se tu não trouxer droga eu vou morrer’. Então assim, existem pessoas de bom caráter que acabam se submetendo a trazer a droga, porque são pressionadas por outras..” (PS2)

Em suma, considerando-se a relação íntima existente entre a prática criminal e o consumo de drogas, e a rotatividade considerável de detentos nas unidades prisionais, é de se esperar que a passagem de drogas e outros objetos para o interior das unidades prisionais deva continuar sendo preocupação constante dos agentes prisionais. Conforme já comentado no item 5.5.2 - Visita, a falta de parlatório acaba por aumentar a necessidade de procedimentos de revista em cada visita. Em outra análise, deve-se considerar a proposta de dois diretores de penitenciárias, em se tentar prever a criminalidade dentro da própria unidade prisional através de serviços de inteligência, antecipando-se, assim, as ações corretivas.

5.9.3 O “seguro” e a “triagem”

Trata-se de prática comum nas unidades prisionais catarinense reservar uma área ou celas específicas para o que chamam de “seguro”, ou, em alguns lugares, chamadas de “triagem”¹⁴. O “seguro” pode ser

¹⁴ Em outras unidades, a “triagem” se destina a manter detentos por período de tempo para observação de seu comportamento.

definido como uma área onde os detentos que ali são alojados ficam seguros em relação à sua integridade física e moral dos demais detentos, por quatro motivos principais:

- a) Condenados por crimes contra a dignidade sexual;
- b) Portadores de transtornos mentais;
- c) Delatores (“caguetas¹⁵”);
- d) “Presos regalia”

Em relação aos portadores de transtornos mentais, é de comum ocorrência nas unidades prisionais catarinenses que o indivíduo que apresenta um surto psicótico seja colocado em celas do “seguro”, por falta de locais apropriados. Percebe-se que o seguro é uma “segregação dentro de uma segregação”, e que, os indivíduos que ali foram alojados dificilmente poderão voltar ao convívio com os demais detentos:

“Tenho duas (celas de seguro), mas as duas estão entupidas de gente. (...) Mas assim, uma vez no seguro, ele não pode voltar, entende? Eu não posso tirar um preso hoje e voltar pro convívio. (...) Se ele volta, ele leva pau do mesmo jeito. (PS6)”

Um dos participantes queixou-se de receber em suas unidades muitos indivíduos em situação que necessitem da segregação dos demais detentos, por serem condenados por crimes contra a dignidade sexual, tornando difícil a administração da unidade. Outro participante relatou que, sem ter outra opção, recebeu um indivíduo portador de transtorno mental em sua unidade, e que, após introdução de melhorias na unidade prisional, houve melhora geral no comportamento dos detentos, inclusive desenvolvendo neles mais compreensão sobre o portador de transtorno mental:

“Chegou um maluco ali e jogamos pra lá porque não tinha onde botar. É tudo meio junto, só tem uma sala. E o cara aprontou lá dentro. O cara aprontou com visita você sabe mexeu com a visita é caixão. (...) Enfim os caras não encostaram uma mão nele (...). E quando a gente chegou aqui, há quatro anos atrás... (...) Os caras chutavam porta, era um griteiro, aquela coisa. E não foi preciso bater em ninguém para conseguir isso aí, né. Foi tudo na base da estratégia do planejamento, mostrando que eles podem ter alguma coisa melhor ali, então eles estão preservando isso.” (UPA3)

¹⁵ No “vocabulário prisional”, o “cagueta” é o indivíduo que participou de um crime e denunciou os demais envolvidos à polícia, ou então que denunciou práticas ilícitas dentro da própria unidade prisional aos agentes prisionais, geralmente em troca de algum benefício.

O administrador de uma unidade, que conta com assistência psiquiátrica, percebe estar em vantagem em relação às outras unidades. Porém, avalia-se que, com a falta de locais apropriados para o alojamento dos indivíduos com transtornos mentais, uma grande parcela se encontra atualmente no sistema prisional, em celas ditas “seguro”. Locais onde, se não têm um suporte mínimo, ao menos ficam protegidos dos demais detentos e reduzem-se os riscos para terceiros e para a própria segurança da unidade, enquanto aguarda uma transferência para um local mais apropriado.

5.10 QUESTÕES RELACIONADAS AO GÊNERO

Na percepção de quatro administradores, o sistema prisional catarinense é negligente em relação ao gênero feminino. Das doze unidades acessadas, apenas cinco atendem ao sexo feminino (quatro presídios e uma UPA) Não existe penitenciária exclusivamente para mulheres no estado, e também não existe local específico para mulheres cumprirem medida de segurança. Há apenas uma única unidade no estado – um presídio - que se destina exclusivamente para mulheres. Mesmo administradores de unidades que se destinam somente a homens percebem que há uma carência em planejamento e ações por parte da secretaria de segurança.

“A gente não tem penitenciária feminina no Estado. Diferente dos (detentos) masculinos, que têm a perspectiva de ir pra uma penitenciária depois pra uma agrícola, ou pra industrial, as femininas do Estado não, aonde elas são presas elas vão permanecer naquela comarca até sair de condicional” (PS2)

Dentro da população carcerária do sexo feminino, as portadoras de transtorno mental são ainda mais negligenciadas, pois não contam com uma unidade para tratamento. O HCTP não dispõe de vagas para detentas do sexo feminino:

“Então não tem a parte feminina, né então elas acabam que às vezes ficando aqui na sala de triagem, onde tem um numero menor, reduzido de presas, até passar o surto.” (PS2)

Por outro lado, a unidade feminina tem tratamento diferenciado em outros aspectos, principalmente no que tange à alimentação. As

detentas recebem alimentação diferenciada, justificada pela necessidade de berçário e amamentação. Também se percebeu maior envolvimento de atividades voluntárias para com a unidade feminina.

Há a percepção, por um administrador, que a maior parte das mulheres que se encontram detidas nas prisões catarinenses, são mais vítimas do que realmente criminosas:

“Geralmente as que apresentam problemas psicológicos, geralmente elas não são a traficante, elas são a mulher do traficante (...) são a namorada do traficante. Só que acabam que traficando junto. Então, para uma questão de penalização, pelo ordenamento jurídico, elas são tão quanto culpadas e traficantes quanto o namorado, quanto o marido. Só que na verdade, quando elas chegam aqui, diferente deles que já tem mentalizado ‘eu vou pra cadeia uma hora que eu for pego’ (...) é outra situação! (...) Essas são as que eu vejo que tem maior problema de aceitação e que aí acabam entrando em depressão.” (PS2)

Especula-se que, estas mulheres que entraram “por acaso” no sistema prisional podem ter menor risco de reincidência com um acompanhamento multidisciplinar adequado. Porém, avalia-se que, nos moldes atuais, o sistema prisional – mesmo nas unidades com vagas para o sexo feminino – parece contribuir para a recorrência da criminalidade.

5.11 FATORES SOCIAIS ENVOVOLVIDOS NA CRIMINALIDADE, SUA RELAÇÃO COM O SISTEMA PRISIONAL E AS PERSPECTIVAS DE REDUÇÃO DA REINCIDÊNCIA

“É irrisória mesmo hoje a condição de ressocialização, é bem complicado. Está institucionalizado o crime em algumas pessoas, nos detentos.” (PT3)

Há o entendimento entre os administradores das unidades prisionais que segmentos excluídos da população, com baixo acesso à educação e profissionalização, estão mais predispostos à criminalidade. A maioria da população carcerária é identificada por indivíduos com baixa escolaridade, à margem da sociedade e das regras sociais.

“Tem um problema muito mais grave que leva uma parcela da população a cometer alguns crimes ‘meio bobo’. ‘Não considero como crime, né, até que a lei diga, até que tem outra lei que diga que não é, então não é crime...’ Então os caras acabam indo pela marginal da coisa ali... (...) A maioria deles não concluiu a quarta série. Então realmente faltou coisa lá na casa, né. (...) Um ser humano que não teve coisas lá, e ele é levado mesmo a agir de certa forma..” (UPA3)

“Não basta prender, não basta separar o preso da família, da sociedade. Nós temos que ter um compromisso de devolver uma pessoa melhor à sociedade. Porque o seguinte: se uma pessoa passa por mim, um detento, ele sai, e ele volta. Eu errei. O sistema prisional errou. Tá entendendo, doutor. Tudo errou! Erramos na condenação, porque condenamos demais, ou e menos (...). Erramos na ressocialização, porque não ensinamos a ele valores morais e éticos, não ensinamos a ele comprometimento familiar, não ensinamos a ele uma profissão, não educamos. (...)Então precisamos sim, é que o sistema prisional se volte ao modelo de compromisso, de comprometimento. Quem passar por nossa mão, que volte uma pessoa melhor.” (UPA4)

Ao mesmo tempo que a exclusão social é fator relacionado à criminalidade, a resposta da sociedade para o criminoso seria que, durante sua pena, o sistema prisional pudesse suprir as oportunidade que o indivíduo não teve. Percebe-se nos discursos a preocupação de fornecer condições nas unidades prisionais para a redução da reincidência criminal. Há o entendimento de que a promoção da ressocialização dos detentos está ligada à fatores sociais complexos, e, que, portanto, todo o complexo judiciário e outras instituições sociais e órgãos governamentais têm a missão de recuperar os indivíduos infratores que ingressam nas suas unidades. Inclusive fatores como a má administração de recursos públicos e corrupção são identificados como empecilhos para aplicação das políticas e programas no sistema prisional.

“Eu chamo de criminoso que acabou entrando no sistema por uma questão de oportunidade, por estar mais propício a entrar no delito do que trabalhar. (...) Os nossos apenados (...) na verdade são problemas sociais que enfrentamos, ao longo de nossa história, que acabaram tendo mais oportunidade para a carreira ilícita do que ganhar a vida honestamente. Às vezes uma má administração (...) os recursos públicos favorece em vários pontos o aumento da criminalidade. A situação do desemprego... variáveis que contribuem com esse crescimento.” (PT1)

“Se eles vão se ressocializar ou não, é um outro aspecto, mas o meu projeto é tentar oportunizar. (...) A reeducação dele é uma bola de neve, e sobra tudo para nós tudo o que faltou antes da educação, o regramento, a disciplina familiar, enfim, os valores familiares. (...) Quem chegou aqui chegou na última instância da degradação humana. (...)” (PT3)

“Quando nós detectamos que esse indivíduo é um indivíduo que me merece estar segregado, tenhamos políticas reintegradoras dentro do sistema prisional, porque senão, o que vai acontecer, todo ócio gerado no sistema prisional apenas pela segregação favorece o conhecimento criminoso melhoramento das atividades ilícitas, a estruturação de quadrilhas...” (PT1)

“Não adianta você só punir. (...) A maioria a gente está vendo, pela reincidência que se tem estatisticamente, que o cara sai ali, ele quer se cobrar - ele não sabe o que - mas ele vai se cobrar. Se ele roubava bicicleta, ‘- agora eu quero roubar uma moto’ (...) Ele sai com ressentimento, que ele tem que aprender a crescer no mundo do crime, ao invés de o cara aprender pelo lado correto da coisa, se inserir na sociedade.” (UPA4)

Seguindo este raciocínio, entende-se que, dependendo do modo em que é realizada a segregação dos indivíduos no sistema prisional, este pode colaborar com a redução da criminalidade ou mesmo tornar-se uma “faculdade do crime”. Grande parte dos participantes valoriza a atividade laboral como estratégia para a redução da incidência, muitas vezes precisando estar atrelada a sanções. Um dos participantes relatou que, após implementar ações de atividade laboral em sua unidade, houve uma grande melhora no comportamento dos detentos, que passaram a valorizar sua estadia naquela unidade:

“O cara aprontou ali (...) A gente (...) não deixa passar nada (...) ‘beleza, agora você fica dez dias sem trabalhar.’ - nossa senhora, tortura, cara’. Daí ele já ganha menos, já perde dez dias de redução e vai no somatório. Então ele está perdendo muito na cabeça dele: ‘- Nossa eu tinha um monte de coisa e agora não tenho. ’ (...) Pra muitas unidades você dá dez dias, o cara não está nem aí (...). ‘Pode me dá transferência, porque aqui tá terrível, pior que tá em outro lugar não vai ficar, né’. Então daí quando você coloca uma condição melhor... (...) Já começa a respeitar, já começa a educação.” (UPA4)

De modo geral, a família dos detentos também é identificada como “desestruturada”, que possuem uma dinâmica disfuncional, e, ao mesmo tempo, se inserem de modo marginal na estrutura social. Os participantes fazem referência também à “falta de valores” nas famílias

e sociedade, e a convivência com outros indivíduos criminosos como outros fatores relacionados à criminalidade.

“Porque tem familiares que só não estão aqui porque não foram presos em flagrantes (...). Existem familiares que, às vezes, até são eles que são o próprio autor do crime em si, e o outro que está aqui dentro. Então esses familiares são a porta de entrada de drogas, de celular, de muita coisa aí dentro.” (PS2)

“Muitos detentos que estão aqui hoje eram provedores do seu lar, está entendendo. Eram eles que mantinham o lar, que pagavam as contas. Dinheiro, não me interessa saber da onde vinha, se era do crime, se ele cometeu um crime durante seu horário de folga, sei lá, ele trabalhava, enfim. Mas eram provedores do lar. E a família lá fora estão completamente desamparadas” (UPA4)

Há também, portanto, uma outra visão da família, que depende da atividade de um provedor do lar, mesmo sendo esta uma atividade ilícita. Numa análise antropológica, muitas vezes, o indivíduo criminalizado sustenta uma família desta forma, pois vê no crime mais ganho do que em outras atividades. Ou ainda, as oportunidades fora do crime não seriam suficientes para prover o lar, e, uma vez no crime e no sistema prisional, procede-se à rotulação e criminalização dentro do complexo judiciário-penal. E, não se dando oportunidades dentro do sistema prisional, fecha-se o ciclo da criminalidade e exclusão. Estes indivíduos podem ter menor índice de reincidência com o provimento de oportunidades de dentro do sistema prisional, e com uma abordagem sócio-familiar adequada. Um dos administradores relatou sua experiência de um programa de educação com os familiares, com a participação de um psicólogo, resultando em melhora significativa no comportamento dos detentos e dos familiares:

“A própria família era corrompida. (...) Quando a gente passou pelo processo de educar certo até a família. (...) Hoje em dia eles já tem uma visão de aliados, e não de rivalidade. (...) Então a família passou a agradecer nós. (...) E a gente hoje também não tem mais problema com visitas, como eu te falei.” (UPA3)

Porém, se, por um lado, a família merece abordagem específica visando-se a recuperação do detento, a sociedade também precisa enfrentar o problema do preconceito em relação ao sistema prisional e a discriminação para com o detento e egresso do sistema prisional.

“As pessoas pensam sempre nos indivíduos que estão cumprindo pena como um alienígena, um indivíduo que não é dessa natureza, que cumpre a pena e volta para marte, volta para lua, volta para sei lá. Nós aqui desmistificamos isso tudo, trazendo a sociedade para dentro da unidade prisional (...) para quebrar um pouco esse conceito, esse misticismo do sistema prisional. Para sensibilizar a sociedade para que qualquer mudança que fosse feita para quebra de paradigma (...)” (PT1)

“A prisão é esquecida pela sociedade. O que a sociedade quer: que o preso fique preso. (...) Você fala que vem aqui fazer um trabalho para melhorar a situação do preso: para a sociedade não vai ser bem visto. (...) Não tem um programa de ressocialização. (...) Não tratava mais como ressocialização, mas como inclusão social Como que a gente vai ressocializar? No nosso ambiente ou no deles? (...) Então seria uma inclusão social!” (PS3)

Em suma, entre os diversos fatores determinantes da criminalidade e sua interação complexa, há de se considerar a exclusão social, baixo acesso a oportunidades de estudo e profissionalização, marginalidade, atividades ilícitas/crime, e detenção, fechando o ciclo vicioso. Percebe-se, no discurso deste participante, que as unidades prisionais teriam mais que a função de “ressocialização”, mas sim de “inclusão social”. E que, outra ação necessária para romper o ciclo vicioso da criminalidade requer ações educativas junto à sociedade para reduzir o estigma do “presidiário”, dando-os oportunidades para não reincidir ao crime.

5.12 A ADMINISTRAÇÃO DA UNIDADE PRISIONAL

5.12.1 Gestão da unidade prisional. Metas, dificuldades, críticas e perspectivas

Em geral, o discurso dos administradores revela vontade em melhorar sua unidade e o sistema prisional como um todo, ou seja, fazer com que sua gestão gere contribuições, não somente no sentido de oferecer condições para redução da incidência dos detentos, mas por se tratar do ambiente de trabalho. Enquanto alguns administradores mostraram conhecimento mais amplo sobre sua unidade, funcionamento do sistema prisional e legislação, outros entraram em contradições. Por exemplo, um administrador acredita que as celas de sua unidade têm

espaço suficiente para os detentos que a dividem, e que estaria de acordo com o previsto pelo ministério da Justiça. Houve administradores que não souberam relatar o vínculo dos funcionários de saúde em sua unidade, ou que não demonstraram conhecimento sobre o serviço voluntário, ou ainda outro que acreditam que sua unidade está de acordo com os padrões das legislações. Alguns fatos podem estar relacionados com o pouco tempo na gestão da unidade e a uma formação deficiente. Perceberam-se também gratificações pelas conquistas realizadas no discurso da maioria dos administradores, sendo que um dos administradores demonstrou desejo em estruturar uma unidade prisional modelo não somente para o estado, mas para o país:

“Até hoje eu já encaminhei X¹⁶ detentos para trabalhar em empresas. Esses X continuam empregados. (...) Todo mês eu ligo pro RH (...). É motivo de orgulho pra mim, né. (...) Porque é bom para mim, para ele, bom para o empresário, porque é mão-de-obra, e principalmente, bom pro detento. Porque é recomeço. Dinheiro honesto, trabalho!” (UPA4)

Percebe-se, no entanto, que, estando na dependência do governo do estado e órgãos hierarquicamente superiores, as mudanças no sistema prisional ocorrem lentamente. Metade dos participantes relatou contar com apoio de setores da sociedade ou outras entidades governamentais para as realizações de ações dentro de sua unidade prisional:

“O DEAP ele tem a responsabilidade de manter isso aqui e tal, só que tudo esbarra em orçamento, em planejamento e tal. (...). Então tudo tem que ser planejado um ano antes e tal, muita coisa e não dá tempo. Então por isso que hoje aqui a gente tem o conselho da comunidade muito ativa. (UPA3)

Parte dos administradores identificou como principal dificuldade relacionada à estrutura física deficitária das unidades. Foram também citados como empecilhos a convivência na mesma unidade de detentos no regime fechado e no regime semi-aberto, assim como a convivência de detentos com diferentes tipificações criminosas.

“Essas questões estruturais (...) são o meu maior empecilho, porque eu não tenho espaço hoje. (...) Eu não tenho uma sala pra poder colocá-los, eu não tenho espaço pra poder fazer uma atividade com eles, (...). Eu não tenho mais espaço pra colocar mais empresas pra trabalhar, a minha sala de aula aqui é pequena (...). A estrutura física hoje me impede de estar ampliando as possibilidades de retorno deles ao convívio social, de repente restabelecer

¹⁶ Preferiu-se não revelar o número real para garantia de anonimato.

questão de saúde, de laborterapia, enfim. Por causa das condições estruturais, porque elas hoje não me deixam favoráveis a estar condicionando elas a uma atividade sem eu estar tendo vulnerabilizada a minha segurança.” (PS2)

Por outro lado, parte dos administradores cita o déficit de recursos humanos como o principal problema. A maioria dos participantes reclama da falta de agentes prisionais. Um discurso chama a atenção, pois relaciona muitos problemas no sistema prisional mais com a falta de profissionais de outras áreas, que não agentes prisionais:

“O grande problema da administração, é essa falta, essa carência de profissionais. Porque o sistema prisional em si ele se preocupa com abertura de vagas, celas para por os presos, e com a contratação de agentes penitenciários. (...) E deixa de se preocupar com os demais profissionais: da área administrativa, que a gente tem uma carência, que são os agentes que fazem toda a área administrativa; na área de saúde não tem profissionais – e aonde tem, não são suficientes. E a gente tem de administrar tudo isso aí – essa carência de profissionais. (...) E o reflexo maior é no preso.” (PS3)

Ou seja, devido aos diversos serviços que precisam ser realizados dentro de uma unidade prisional, a falta de profissionais especializados ocasiona o desvio de agentes prisionais para as mais diversas funções, com prejuízo dobrado: a baixa eficácia do serviço realizado pelo agente prisional em desvio de função e a perda para a segurança da unidade. Em relação à especificidade do trabalho do agente prisional, foi citado por alguns participantes as diferenças entre a abordagem deste profissional em relação à abordagem policial.

“A PM e polícia civil eles são ostensivos, nós não somos, somos agentes ressocializadores, é o papel principal do agente penitenciário. Então nós não temos competência técnica inclusive, nem humana, para estar fazendo escolta, andando com armamento pesado para fazer a escolta, e nem veículo para isso.” (PT3)

Na proposta ressocializadora do sistema prisional, o agente prisional deve ser encarado como um “agente de ressocialização”, e, portanto, não lhe caberia o uso da repressão e ostensividade para coibir certos comportamentos do detento. Neste aspecto, a baixa qualificação dos agentes prisionais foi citada por alguns participantes como um empecilho para a aplicação dos programas e políticas voltadas para a população carcerária.

“Nossa escola penitenciária, ela tem que definir qual vai ser o perfil do agente penitenciário. Porque hoje, os agentes quando vão para a academia, eles recebem um perfil de polícia, e não de agente penitenciário, que também teria a função de ressocializar. Então, eles vêm de lá com esse perfil de polícia: o preso na dele e o agente do outro lado da grade. Só é dada atenção pro preso quando ele reclama, e quando é da função do agente de ir lá, soltar ele o preso no pátio, ou conduzir ele ao hospital. Mas é sempre aquela distância. (...) Pros dois: ‘mantenha distância’. Então, há essa cultura (...). Tanto do agente com o preso, quanto do preso com o agente. O preso vê o agente como uma pessoa opressora que vai estar ali pra impor disciplina. Então essa relação dificulta bastante, para nós, e para eles também. Porque, se um preso se aproxima do servidor, é porque quer denunciar alguma coisa, no entendimento deles. E, no nosso entendimento, se o agente se aproxima muito do preso, é porque está de rolo com o preso. Então existe essa cultura mesmo.” (PS3)

Percebe-se como a conduta profissional do agente prisional e funcionários para com o detento influencia também no comportamento destes. Portanto, além de uma formação específica, o agente prisional também precisa dispor de características de personalidade que o permitam trabalhar e suportar a carga psíquica do ambiente das unidades prisionais. Um dos administradores discorreu sobre sua própria experiência com o relacionamento dos detentos:

“Todo dia à tarde eu converso com eles. (...) e eu tento transparecer serenidade e tranquilidade. (...) Porque a minha imagem é tudo(...) Eu vejo a situação processual deles. (...). Isso faz bem pra mim... primeiro porque cria uma sensação de bem-estar, e cria uma sensação boa pra eles porque sabem que a direção está perto deles, para saber o que está acontecendo e para ver o que pode ser feito” (UPA4)

Em relação à assistência à saúde, devido ao excesso de serviço, precariedade de condições de trabalho, diversas outras demandas externas e poucos profissionais disponíveis, há grande comprometimento no serviço realizado dentro das unidades prisionais. A implementação de serviços de saúde adequados no sistema prisional esbarra muitas vezes na falta de interesse na contratação de servidores da área. Foi citado pelos participantes também a falta de interesse dos profissionais de saúde para atuar dentro do sistema prisional, que, muitas vezes assumem um concurso público e logo desistem do cargo. Os motivos para essa baixa adesão estão mais relacionados às péssimas condições de trabalho e no salário pouco atrativo, ainda considerando a insalubridade de trabalhar dentro de prisões. Avalia-se que a estratégia

comumente usada pelos órgãos estatais, da realização de concursos públicos com oferecimento de salários vis, é apenas útil como forma de “lavar suas mãos” dos gestores, enquanto a população carcerária fica desassistida e a sociedade convive com os altos índices de criminalidade. E portanto, da mesma forma, é útil manter o problema do sistema prisional “debaixo dos panos” – ou seja, enquanto a população manter seus pré-conceitos, tabus e mitos para com o sistema prisional, mantém-se o *status quo* – a concentração de poder e renda e exclusão social.

5.12.2 Relação com a política, poderes governamentais e outras instituições

Conforme já comentado, o cargo de administrador de unidade prisional é um cargo comissionado, de indicação política. A palavra “política” foi citada no discurso da maioria dos participantes. A análise do discurso dos administradores mostre acredita que grande parte deles associa os problemas do sistema prisional com o descaso dos políticos, e que existem maiores dificuldades em épocas eleitorais.

Nós vamos fazendo muito mais com a ajuda da sociedade organizada, entidades, conselho da comunidade, verbas judiciais, do que propriamente o governo. (...) Qualquer discurso político que você vê, qualquer discussão, você jamais vai ouvir falar no sistema prisional, porque é uma coisa que falando politicamente não dá voto. (...)

Eu já estou fazendo reuniões com comando da PM, com bombeiros, promotorias, juizados, delegados, entidades organizadas, organizações não governamentais, entidades religiosas para em conjunto, também começarem a pensar no sistema prisional sendo um complexo e fazendo parte da segurança pública” (PT3)

Três administradores demonstraram sentir-se desconfortáveis com o fato de estarem em cargo de indicação política:

“Mesmo o meu cargo sendo político, na negociação para vim para esse cargo, eu disse que não abriria mão de algumas coisas, meus valores eu não abro mão, meus valores são inegociáveis. (...) Porque o meu comprometimento é com o sistema, com o sistema. Então eu não posso deixar o meu sistema refém de politicagem. Prefiro sair.” (PT3)

“Como o meu cargo é, digamos assim, é um cargo que geralmente é político né... Mas eu não, não foi colocada política no meio pra eu estar assumindo - pelo contrario, foi a gurizada aqui, quando saiu o nosso chefe antigo, que eu nem podia e colocou meu nome e disse que era eu senão iriam pedir transferência.” (UPA3)

“Eu quando cheguei aqui (...) no começo, eu pensei em desistir. (...) Pensei que de repente não valeria a pena eu continuar dando murro em ponta de faca. Porque, eu cheguei aqui tava uma situação bem difícil... Eu sou um agente penitenciário de carreira, não sou político! (...) E isso é uma dificuldade do Brasil todo, investir no sistema prisional, se esforça, mas falta muita coisa ainda, melhorou bastante do tempo que eu entrei para cá, faz pouco tempo, mas, eu vejo que tem solução.” (PS1)

A análise destes discursos revela que, politicamente, meritoriamente ou democraticamente, estes agentes prisionais foram elevados ao cargo de administrador. Percebe-se também como a palavra “política” é usada num sentido negativo e pejorativo, como um sinônimo de “corrupção”. Isto não é de se estranhar no nosso país, onde, historicamente, o meio político é usado frequentemente para atitudes ilícitas, em crimes de desvio de dinheiro público, peculato, nepotismo, improbidade administrativa, etc.

“A baixa qualificação do funcionalismo público, a ingerência política... são bastante fortes hoje na segurança pública. (...) você tem que ficar sempre cheio de dedos para não bater naquele vereador, deputado, porque, todas as indicações, mesmo sendo cargo de valores não lá tão expressivos, o baixo comprometimento dessas pessoas complicam e muito a gestão.” (PT3)

A queixa de descaso das autoridades para com sua unidade prisional ocorre no discurso da maioria dos participantes, que não procuram conhecer o sistema prisional ou a unidade prisional regional, e que não teriam informação do seu funcionamento. Houve queixas relativas ao Poder Judiciário – um participante queixou-se de receber denúncias por desobediência, por recusar novos detentos em sua unidade já com o dobro da lotação, enquanto o outro referiu sentir-se pressionado pelas cobranças pelo bem-estar do detento. Também houve queixas de dois participantes da relação com a imprensa – da distorção de informações prestadas em entrevistas até a divulgação de matérias sobre o sistema prisional com cunho preconceituoso e discriminatório, que vai à contramão à proposta ressocializadora e de redução da criminalidade.

“Eu enfrentei muita dificuldade! Porque o seguinte: jornalistas dizem que é tudo um bando de vagabundo, jaguaras comendo de graça. Juízes dizem que são marginais. Policiais dizem que são jaguaras. (...) Eu sei o problema de cada família de cada um deles. Eu sei quem está recebendo visita, eu sei qual família está por aí pedindo dinheiro na sinaleira, eu sei qual filho de qual preso está usando crack. (...) Essas pessoas, se nos não tratarmos agora, irão voltar para suas famílias, piores do que vieram, tá, e irão educar os seus filhos semelhantes a ele. E daqui a uns anos, teremos novamente o detento e o filho dele preso. (...) Sim, enfrentamos dificuldades. Por que? Quando eu falo que o detento aqui ele tem: medicação, dentista, refeição, água, banho quente... os caras endoidam!. (...) Daí muitos falam que... ‘tem que descer-lhe o cacete’... (...) o pessoal da imprensa aí que não sabe o que fala... Eu pego e respondo o seguinte... ‘olha, esse homem que você manda eu bater, é o mesmo que quando sair daqui vai te assaltar. Mas se enquanto ele estiver na minha mão, eu o educar, quando ele sair ele vai estar pedindo emprego pra você na sua empresa’. (...) É esse o discurso que tem que ser! A partir do momento que uma pessoa sai do sistema prisional, tem que sair uma melhor. (...) Esse é o caminho. (...) A sociedade catarinense precisa disso. Porque... (...) o que vai acontecer (...) não vai haver sistema prisional que comporte tantos detentos (...) Nós temos que ter a consciência que, o detento, ele perde somente a liberdade de locomoção, mas a dignidade, a cidadania não. Nós temos que ter a consciência que ele está numa situação temporária. Ele vai voltar pra sociedade. E é isso que eu tenho dificuldade (...)” (UPA4)

Dois administradores de penitenciárias reclamaram da falta de autonomia para atuar para com os detentos – por exemplo, para estabelecer progressão de regime. Um dos participantes critica a forma organizacional como crime é institucionalizado no complexo judiciário, em diversas instâncias separadas (polícias, promotorias, juizados, sistema prisional), e a falta de troca de experiências entre estas instâncias. Também defende a terceirização do sistema prisional, pois, no seu entendimento, a máquina estatal apresenta desvantagens relacionadas ao funcionalismo público:

“Nós nos desconectamos da segurança pública e isso é ruim para o sistema. (...) E a segregação se afastando dessa parte da esfera, ela fica iniciando um projeto de reintegração sem as conexões e sem o entendimento diário da polícia, e a polícia distante do sistema prisional para poder subsidiar as informações, que vão gerar toda atividade de prevenção - que é da polícia militar, como os desvendamentos de alguns crimes que é da polícia civil. E o próprio judiciário tem que entender, a quem eu posso arbitrar ou a quem eu posso ceder um semi-aberto, ou a quem eu tenho que negar um semi-aberto. Essa distância é muito ruim para o sistema de uma maneira geral. (...) Eu acho

o sistema prisional tem que estar inserido na segurança pública, porque de nada adianta eu criar modelos de policiamento preventivo sem entender como acontece os delitos. (...) Nós não fizemos absolutamente nada para as questões preventivas ou para as questões de ostensividade. A polícia militar ainda é um veículo corretivo, ela ainda espera cometer o delito fazer isso para prender o indivíduo, que é caro para nós. Então nós desmerecemos o sistema prisional como fonte de informação. (...) Trabalho na prevenção é muito mais econômico para nós que atuar na correção. (...) Eu defendo a terceirização sim (...). A gente percebe algumas coisas que são diferentes do Estado. A iniciativa privada ela é muito rápida e de fácil substituição. Se as pessoas não andam na velocidade que espera o empreendedor, que está conectado às atividades dele, ou quando essa margem começa a ficar comprometida, ele imediatamente vai substituindo pessoas. Dentro do Estado nós não vemos isso. Muito pelo contrário, nós vemos umas gestões sempre anêmicas, sempre distante de soluções.” (PT1)

Portanto, há o entendimento de que são necessárias diversas estratégias para melhorar a situação das unidades prisionais e redução da criminalidade. Além do que já foi comentado, foi relatado também entre os administradores a implementação de penas alternativas; segregação dos detentos em diferentes unidades de acordo com a tipificação criminal e sua região de origem:

“As penas alternativas tem que urgentemente entrar em vigor sob pena de... se potencializar, digamos assim, a questão da generalização do crime. Nós teríamos que ter uma diferenciação por crime, por compleição física (...). Eu vejo assim penitenciária e cadeia é para bandido mesmo, trafico de drogas, traficante, assalto, homicídio qualificado. (...) Eu sou a favor da regionalização do sistema.” (PT3)

O sistema prisional, ao mesmo tempo em que se propõe a lidar com o problema da criminalidade, é composto por unidades prisionais que são, em si, novos problemas. Isto se remete à complexidade das origens da criminalidade; na forma de organização da sociedade e seu dever de punir o indivíduo infrator; na proposta de reabilitação do criminoso; na história do direito penal e das prisões; etc. A busca de outras estratégias para a redução da superlotação do sistema prisional, como, por exemplo, nas penas alternativas, é um atestado da falência do sistema ressocializador – que, do contrário, parece estar contribuindo mais para o aperfeiçoamento de criminosos. As penas alternativas

podem ser de grande utilidade, mas somente se associados a uma grande reforma no sistema prisional¹⁷.

5.13. SAÚDE MENTAL DO AGENTE PRISIONAL

Conforme exposto, não restam dúvidas de que ambiente do sistema prisional catarinense é altamente insalubre, também para os funcionários. Foi comum a reação entre os administradores de questionamento sobre a inclusão da saúde mental do agente prisional no tema de pesquisa. O agente prisional está sujeito a pressões capazes de desestabilizar sua saúde física e mental. Houve a queixa de três administradores sobre o grande número de funcionários afastados por motivo psiquiátrico, e relacionam em parte com a falta de formação, treinamento e acompanhamento dos agentes prisionais por profissionais de saúde mental.

“Da saúde mental do preso, tem a saúde mental do agente (...). Também a nossa situação é ruim. (...) Eu já tive dois casos aqui de afastamento por problema mental (...). Não agüentam trabalhar no sistema. (...) Problema de álcool também, bem sério, já tive gente afastada, tive de transferir para outra unidade.” (PS6)

“Cinco agentes que tiveram que ir para perícia devido à licença por problema de saúde, onde é problema psiquiátrico. O maior problema relatado: estresse... depressão... ou porque sofreu algum tipo de estresse no trabalho. (...) Muitas vezes o cara não volta mais a trabalhar. (...) Só que tem que ter um acompanhamento para recuperar esse profissional. Acho que é isso que falta, é isso que está faltando. (...) Acho que se evitaria muito afastamento de funcionário, diminuiria com certeza. E a qualidade do serviço iria aumentar. (...) Ele passa no concurso, tem a garantia de ser efetivado. Mas ele não sabe para onde vão mandar. Quando ele chega aqui, e vê essa situação penal, ele meio que se apavora. Só que ele não abre mão, porque ele tem um salário, uma garantia de emprego, né, uma estabilidade. Então acho que ele acaba se confrontando com duas questões: não conseguir trabalhar, mas não querer largar também ou por necessidade, ou por simplesmente porque tem uma garantia de estabilidade. (...) Acho que lá na escola, lá na formação, teria que ver o perfil do agente.” (PT2)

¹⁷ Este trabalho não se propõe a aprofundar a discussão das penas alternativas ou da pena de morte.

Percebe-se, neste discurso, a preocupação de que os candidatos a agente prisionais sejam selecionados de acordo com o perfil da personalidade, e, além disso, tenham algum tipo de acompanhamento para evitar o adoecimento. O desenvolvimento de transtornos mentais nos agentes prisionais é percebido como estando, muitas vezes, intimamente relacionados ao trabalho.

“Tem reflexo na vida do agente prisional com certeza. (...) A gente já passou por problemas, por rebelião, de motim, e a gente fica abalado emocionalmente. E tem colegas que, desde a última rebelião que aconteceu na penitenciária, há dez anos, que não se recuperou. Que não teve um acompanhamento depois disso. E às vezes a gente percebe, (...) que muitos fazem uso do álcool. (...) De repente isso pode ser consequência do estresse... Querendo ou não, a gente leva uma vida sob pressão. Tanto quando está no sistema, quanto lá fora. Porque a gente tem que estar atento (...) A nossa relação com o preso não é amistosa. Como ele vê a gente como opressores, lá fora, de repente quando eles estiverem libertos, eles podem querer investir contra um agente (...) Nós, enquanto agentes prisionais, nós somos agentes prisionais 24 horas por dia todos os dias. Tem essa tensão também. A gente acaba absorvendo tudo isso e não se dá conta.(...) É a mesma coisa a rotina dentro do sistema. (...) Devia ter um acompanhamento de formação e capacitação mais freqüente, para que fosse chamada a atenção para certas coisa. (...) Eu nunca tinha trabalhado no presídio, então eu percebo certas coisas aqui que não está de acordo. Mas para eles que estão aqui, eles não percebem, porque é uma rotina.” (PS3)

Muitos agentes prisionais, portanto, não estão suscetíveis ao estresse apenas quando estão trabalhando de fato. A análise conjunta dos discursos demonstra que estes profissionais tendem a criar mecanismos psíquicos e rotinas de conduta para enfrentar o ambiente prisional. Tratam-se de defesas para encarar o choque que ocorre nos primeiros contatos com o ambiente prisional. Foi relatado que, mesmo indivíduos com engajamento e vontade de mudanças tendem, em breve, a absorver e perpetuar práticas e rotinas que, anteriormente, viam como inaceitáveis.

Os próprios participantes da pesquisa manifestaram em seu discurso mecanismos de defesa do ego tais como a negação e racionalização de problemas graves na unidade prisional, como forma de adaptação ao ambiente prisional. Um dos administradores utilizou o tempo da entrevista para uma catarse. Em diversos momentos da entrevista relatou questões pessoais, e muitas vezes relacionaram os

problemas pessoais com o estresse de ter de administrar uma unidade prisional:

“Eu me sentia responsável por cada detento que estava aqui (...) pela sua integridade física, mental, psíquica, alimentação, vestuário. Parei de fazer essas cobranças, confesso, porque era muito desgastante e era um fardo que eu não precisava carregar. (...) Se ele (outro administrador) tem um problema lá e eu posso ajudar, eu não vou dormir à noite se eu não ajudar (...) Comecei a desenvolver fobias que não tinha. Fobias de que eu estou sendo perseguido. Eu tenho que voltar em casa para ver se a porta está fechada. Eu tenho que ver se eu tirei os eletroeletrônicos da tomada. Tudo coisa assim, sabe... Pra dormir eu tenho que tomar clonazepam e levozine. É terrível, é terrível. Eu tenho pesadelos constantes. (...) Eu tenho a sensação que tem alguém em casa” (UPA4)

A ineficácia do sistema ressocializador, a especialização do crime e o adoecimento dos atores envolvidos no sistema prisional (detentos e profissionais) atestam a inaplicabilidade das legislações e a falência do sistema prisional.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os comentários sobre o processo enfraquecem a estrutura da autoridade (...) a investigação aberta de uma organização sobre sua estrutura e processo leva à equalização do poder – ou seja, um nivelamento da pirâmide hierárquica. Geralmente, os indivíduos no topo da pirâmide não apenas são os mais informados tecnicamente, como também possuem informações organizacionais que lhes permitem influenciar e manipular: ou seja, eles não apenas têm habilidades que permitem que obtenham uma posição de poder, mas, uma vez lá, detêm um lugar tão central no fluxo de informações que conseguem reforçar a sua posição. Quanto mais rígida a estrutura de autoridade de uma organização, mais rígidas são as precauções contra comentários abertos sobre o processo (por exemplo, no exército ou na igreja) – e, no caso, o sistema prisional. O indivíduo que deseja manter uma posição de autoridade arbitrária é sensato ao inibir o desenvolvimento de quaisquer regras que permitam observações e comentários recíprocos sobre o processo. (YALOM, 2006.)

A reflexão sobre o campo de saúde no sistema prisional se abre inevitavelmente para as ciências sociais e políticas, pois a deterioração das condições de vida de contingentes imensos da população aglomerados nas cidades (e, no caso, nas cadeias), levanta questões que exigem respostas mais amplas que a definição apenas biológica da doença não consegue explicar. A crescente consciência social de que a luta pela saúde faz parte da construção da cidadania e a contrapartida de que a saúde também é tema de interesse político-social reafirmam este ponto de vista. A industrialização e a modernização capitalista se traduziram, nos países periféricos e América Latina, na internacionalização acelerada do capital, industrialização e urbanização também aceleradas, fortes migrações do campo para as cidades, uma desigualdade abissal entre os mais ricos e os mais pobres, e, conseqüentemente, maiores níveis de criminalidade. É papel do Estado a socialização das condições gerais de produção, que deve realizar a regulação social para atenuar os efeitos das desigualdades, da exclusão e

da mutilação capitalista em relação às classes trabalhadoras, assim como empregar da melhor maneira os recursos públicos destinados aos meios de consumo coletivo - serviços de saúde, educação, transporte, saneamento, lazer, etc. (MINAYO, 2004,).

A prisão em si, é uma violência à sombra da lei. O problema da prisão tem sua raiz na estrutura econômica, política e social do país. Tem se observado que a ressocialização é incompatível ao encarceramento, nas condições atuais em que se encontram as prisões brasileiras. Muitos condenados sofrem um efeito devastador sobre sua personalidade com o aprisionamento, através do reforço de valores negativos e agravamento de distúrbios de conduta. (MAGNABOSCO, 1998). A precariedade das unidades prisionais de Santa Catarina mostra a discrepância entre as legislações e a realidade do sistema prisional. Esta pesquisa encontrou como principais achados:

1. Grande diversidade entre as unidades prisionais catarinenses, em que a grande maioria encontra-se em estado precário, e a regra é a superlotação;
2. Os presídios apresentam as piores condições de salubridade, gerando desorganização geral nos serviços. Mesmo as novas UPAs, que são, em geral, unidades menores e descentralizadas, percebe-se que a infra-estrutura física já se torna insuficiente para a demanda;
3. São reconhecidas como os principais problemas no ambiente prisional as doenças infecciosas e do sistema respiratório (especialmente a tuberculose), os transtornos mentais, a infecção pelo HIV e as dermatoses;
4. Outros problemas de saúde nas unidades prisionais estariam relacionados a problemas crônicos que os detentos já possuíam antes de ingressar no sistema prisional;
5. Há uma carência enorme por profissionais de saúde de diversas áreas, principalmente médicos, assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos e técnicos de enfermagem. A grande maioria das unidades não conta com equipe de saúde mínima, e, das que contam, na vasta maioria a oferta de serviços não é suficiente para a demanda;
6. Dentro das ações de saúde, a saúde bucal é a que melhor vem sendo desenvolvida dentro do sistema prisional;
7. A desassistência na saúde compromete a segurança da unidade prisional e da sociedade;

8. Poucos detentos têm acesso a opções de lazer e práticas desportivas. Da mesma forma, o acesso à educação é desigual, e restrito a poucas unidades.
9. Todas as unidades o detento tem acesso à religião, porém é mais proeminente em unidades precárias, e pode significar uma estratégia de justificação dos abusos cometidos contra os detentos e de redução de riscos de rebeliões;
10. O acesso à atividade ocupacional não é igualitária entre os detentos catarinenses, por diversos motivos, entre eles, da diversidade das unidades prisionais e do cumprimento de pena em unidades que não se destinam a esse fim;
11. Comportamentos e práticas transgressoras dos detentos nas unidades podem estar relacionados com baixo índice de recuperação dos detentos, além de dificuldades na segurança;
12. O uso de drogas dentro da unidade é uma realidade, e está intimamente ligada com a criminalidade. É comum o indivíduo envolvido com delinquência ser também usuário de substâncias, estando, portanto, sujeito a desenvolver síndrome de abstinência durante a detenção;
13. Uma reação psicológica de ajustamento é comum e esperada com a detenção e a privação de liberdade, podendo ser mais comuns em detentas do sexo feminino;
14. Os transtornos mentais mais severos estão mais relacionados à patologia prévia que os detentos já apresentavam antes da prisão, embora haja casos em que o ambiente prisional possa desencadear ou descompensar uma psicopatologia. A desassistência aos portadores de transtornos mentais graves pode estar ligada às detenções destes indivíduos;
15. Há menos unidades prisionais destinadas às detentas do sexo feminino, que têm menor acesso às opções de ressocialização;
16. São identificados fatores sociais relacionados como a criminalidade, como a exclusão, discriminação, baixa escolaridade, desqualificação profissional, desemprego, desestruturação familiar, má gestão dos recursos públicos e corrupção;
17. As famílias dos detentos geralmente são vistas como desestruturadas e caóticas, porém ao mesmo tempo, são consideradas um dos apoios fundamentais para a redução da reincidência criminal. Muitas vezes, é a família quem quebra as regras das unidades trazendo drogas, celulares ou outros

- objetos não permitidos, o que requer uma abordagem psicossocial específica;
18. O sistema prisional é uma “faca de dois gumes” – nas unidades catarinenses, estão menos propícias a funcionar para a redução da reincidência criminal dos egressos (ressocialização), do que ao incentivo à mais criminalidade entre os detentos;
 19. Os indivíduos que cometem crimes contra a dignidade sexual necessitam uma abordagem diferente dos “presos comuns”;
 20. As principais dificuldades dos administradores estão relacionadas com a infra-estrutura precária em algumas unidades, e o déficit de recursos humanos, em outras;
 21. O sistema prisional é negligenciado pela sociedade, que não quer se deparar com o problema da criminalidade, e tende a ter atitudes preconceituosas em relação ao tema, que parece dificultar o desenvolvimento de ações para o sistema prisional;
 22. Existem dificuldades na gestão das unidades que estão relacionadas às políticas partidárias;
 23. Os agentes prisionais e demais funcionários coabitam no mesmo ambiente insalubre dos detentos, e estão sujeitos a adoecimento, em risco maior que da população geral. Estes profissionais requerem formação específica para o serviço, além de treinamento continuado.

Percebe-se a necessidade de ações integradas nas unidades prisionais, visando a ressocialização e redução da reincidência criminal do egresso. Primeiramente, é preciso trazer a questão do sistema prisional a uma discussão social mais ampla, buscando-se eliminar preconceitos e ideologias que somente buscam afastar o reconhecimento do problema e o desenvolvimento de ações eficazes para a redução da criminalidade.

Há indícios de que unidades menores e próximas do local de origem dos presos também parecem ter menos problemas com conduta dos presos e entrada de drogas. Especula-se que é mais fácil impedir comportamentos patológicos e inserir novos valores nestas unidades menores, quando o administrador e agentes prisionais têm maior proximidade com os detentos e de seus familiares, podendo gerar atitudes positivas dos agentes prisionais perante tais situações. Entretanto, há de ser enfrentado o preconceito desta relação agente-preso mesmo dentro do sistema prisional.

A atividade laboral tem sido considerada em unidades diversas, que não penitenciárias, que, teoricamente, deveriam receber apenas presos provisórios. Isto não apenas porque tais unidades vêm recebendo presos condenados, mas também porque muitos administradores têm observado os aspectos positivos de oferecer uma atividade laboral. Nestas unidades, presídios e unidades prisionais avançadas, observa-se um esforço de alguns administradores de implantar sistema educacional e atividades laborais.

Considerando-se as origens sociais da criminalidade, seus níveis de refletem diretamente a situação social que se encontra o país. Embora o Direito Penal e o sistema prisional sejam apresentados como de natureza igualitária, visando atingir indistintamente as pessoas em função de suas condutas, têm na verdade um caráter eminentemente seletivo, estando estatística e estruturalmente direcionados às camadas menos favorecidas da sociedade. Ou seja: não se pode vislumbrar uma expectativa de melhoria do sistema penitenciário e nem uma redução dos índices de criminalidade se não for revisto o modelo de política econômica e social do nosso país, que desde o período colonial privilegia a exclusão social e a concentração de renda. A comprovação de que a pena privativa de liberdade não tem se mostrado eficaz no Brasil para ressocializar o indivíduo preso está no elevado índice de reincidência, em torno de 90%. (ASSIS, 2007):

Quando se defende que os presos usufruam as garantias previstas em lei durante o cumprimento de sua pena privativa de liberdade, a intenção não é tornar a prisão um ambiente agradável e cômodo ao seu convívio, tirando dessa forma até o caráter retributivo da pena de prisão. No entanto, enquanto o Estado e a própria sociedade continuarem negligenciando a situação do preso e tratando as prisões como um depósito de lixo humano e de seres inservíveis para o convívio em sociedade, não apenas a situação carcerária, mas o problema da segurança pública e da criminalidade como um todo tende apenas a agravar-se. (ASSIS, 2007).

Não é o aumento na quantidade de criminosos atrás das grades que significa melhora na sensação de segurança da população; é a repetição de delitos que mantém a sensação de medo nas pessoas. (PEREIRA, 2009). Portanto, enquanto continuarmos negligenciando os

direitos dos detentos, toda a sociedade pagará as conseqüências: a convivência com os altos níveis de criminalidade e a conseqüente perda da saúde e qualidade de vida; os altos impostos para manter um sistema prisional caro e ineficaz; etc.

Com um sistema prisional já bastante precário e deteriorado, o Estado não consegue ampliar a capacidade de vagas na mesma velocidade em que a quantidade de detentos cresce. Se não há disponibilidade de vagas, tampouco há de recursos humanos e serviços para atender o preso, dando-lhe condições humanas e propícias para a ressocialização. Na realidade brasileira, esbarra-se, com freqüência, na questão econômica e de retorno de investimento. Se, por um lado, o custo da implementação de serviços de saúde e reinserção social nas unidades prisionais é alto, por outro lado, o retorno ocorre a longo-prazo. Em termos políticos, significa que investir em recursos para as unidades prisionais não traz retorno em votos.

Porém, tem se observado, nos últimos anos, o tema do sistema prisional em freqüentes discussões a nível nacional, com repercussão significativa no estado de Santa Catarina. Os meios de comunicação vêm denunciando a precariedade do sistema, ao mesmo tempo em que informam melhorias que estão sendo implementadas. Segundo a estatística mais recente do próprio departamento de administração prisional do estado, em 21/07/2011 haviam 15.968 detentos para um total de 9.190 vagas disponíveis (DEAP, 2011), ou seja, o número de vagas aumentou quase 50% em três anos, enquanto o número de detentos teve um acréscimo de aproximadamente 10% no mesmo período.

Quando se fala em sistema prisional não é a busca de soluções definitivas, mas sim a busca de alternativas que ao menos amenizem os problemas dos envolvidos. Já em 1973, na Moção de Goiânia (*Apud MAGNOBOSCO, 1998*), foi elaborado por penalistas de prestígio um documento que afirma alguns princípios básicos para a prevenção da criminalidade, dos quais se destacam:

- a) A substituição do vigente sistema de penas;
- b) Melhores condições de dignidade para o tratamento dos presos;
- c) Reconhecimento de que a pena privativa de liberdade tem se mostrado inadequada em relação aos seus fins, tanto sob o ângulo retributivo como sob os aspectos preventivos;
- d) A necessidade de se reservar a prisão penal para os casos de maior gravidade;

- e) A recomendação da efetiva aplicação do regime de prisão-aberta e outras medidas substitutivas da prisão.

Especialistas indicam que as penas alternativas podem representar uma saída para o caos do sistema penal brasileiro. Enquanto em países de primeiro mundo o índice de penas alternativas muitas vezes ultrapassa os 50%, como é o caso da Inglaterra, EUA e Alemanha, apenas 1,2% dos condenados brasileiros cumprem penas alternativas. A título de comparação, na Alemanha apenas 2% dos condenados estão na prisão – os demais cumprem penas alternativas. (MAGNABOSCO, 1998).

Outros estudiosos vêm na terceirização e privatização das unidades prisionais, uma estratégia para melhoria das condições do sistema prisional, tanto no que diz respeito à garantia dos direitos dos detentos, quanto a uma maior eficácia do sistema de ressocialização, além de maior transparência da administração dos investimentos públicos. A experiência dos Estados Unidos mostrou a movimentação um grande mercado em torno desta atividade.

Há de se considerar também a falta de mecanismos eficientes para fiscalizar as unidades prisionais e colocar em prática todo arcabouço legal. A educação da população é também essencial para que a sociedade possa seguir naturalmente as leis e a justiça, através de campanhas junto à comunidade para combater o preconceito ao ex-detento pode facilitar sua ressocialização.

Porém, deve-se ressaltar que apesar de todos os esforços para remediar o sistema prisional, muitos indivíduos continuarão a ver no crime uma forma mais fácil de sobreviver:

Ninguém é justo por sua vontade, mas forçado, por entender, que a justiça não é um bem para si, individualmente (...). (...) é muito mais vantajosa individualmente, a injustiça, do que a justiça. (PLATÃO)

No que tange à precariedade da saúde mental nas prisões, o problema tem relação com as ações político-sociais que o Brasil vem desenvolvendo nos últimos 20 anos. O modelo de saúde mental comunitarista, apenas parcialmente implementado, não é capaz de acompanhar a grande demanda de serviços. A criminalização e judicialização destes indivíduos poderiam ser evitadas com um apoio adequado pelos serviços de saúde mental. (MARQUES-TEIXEIRA, 2004). Ao mesmo tempo, se observa atualmente um fenômeno complexo, que é judicialização da medicina. Indivíduos buscam cada

vez mais meios judiciais para garantia de um direito previsto em constituição – o direito à saúde. Em relação à assistência à saúde mental, tem se observado grande pressão do poder judiciário para o internamento compulsório de indivíduos portadores de transtornos mentais.

As políticas de saúde mental atuais, com a busca desenfreada pelo fechamento dos hospitais psiquiátricos sem a estruturação necessárias dos serviços extra-hospitalares e em hospitais gerais têm colaborado com a maior cronificação e institucionalização dos doentes mentais. Enquanto não se consegue internação nas fases iniciais dos transtornos mentais, as poucas vagas remanescentes nos hospitais acabam sendo reservadas para os doentes já em estágio crônico, que se encontram no fenômeno da porta giratória. Infelizmente, aqueles novos pacientes terão os mesmo destinos destes últimos, num ciclo vicioso de cronificação de doença mental, exclusão social, pobreza, e, algumas vezes, criminalidade.

REFERÊNCIAS

ASSIS, Rafael Damaceno de. A realidade atual do Sistema Penitenciário Brasileiro. **Revista CEJ. Brasília**, Ano XI, n. 39, p. 74-78, out./dez. 2007, pp. 74-78. Disponível em: <<http://www.cjf.jus.br/revista/numero39/artigo09.pdf>>. Acesso em 01 dezembro 2009

BANDEIRA, Marina. **Desinstitucionalização ou transinstitucionalização: lições de alguns países**. J Bras Psiquiatr; 40(7): 355-60, ago. 1991.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2002.

BARRETO, Mariana Leonesy da Silveira **Depois das grades: um reflexo da cultura prisional em indivíduos libertos**. *Psicol. ciênc. prof*;26(4): 582-593, 2006.

BECCARIA, Cesare, **Dos Delitos e das Penas**. São Paulo: Martin Claret, 2000.

BRASIL. Decreto 1.132, de 22 de dezembro de 1903. Reorganiza a assistência a alienados. Disponível em <<http://www.planalto.gov.br>>

_____. Decreto 24.559, de 3 de julho de 1934. Dispõe sobre a proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas e a fiscalização dos serviços psiquiátricos. Disponível em <<http://www.planalto.gov.br>>

_____. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de execução penal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Leis/L7210.htm>

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei 3.657, de 12 de setembro de 1989. (Deputado Paulo Delgado). Disponível em <<http://www.planalto.gov.br>>

_____. Lei no. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

_____. Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental

_____. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. **Diretrizes de Projeto Prisional**. Resolução nº 016 de 12 de dezembro de 1994.

_____. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional **Plano Diretor do Sistema Penitenciário**. Relatório da situação atual do sistema penitenciário – Assistência à saúde. Maio/2008A.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 628 de 2 de abril de 2002. Aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

_____. Senado Federal. Redação do substitutivo do Senado ao projeto de lei da Câmara no. 8, de 1991 (3.657/89, na casa de origem), de 21 de janeiro de 1999. (Senador Sebastião Rocha).

_____. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1777 de 9 de setembro de 2003. Regulamenta os Serviços de Saúde do Sistema Carcerário.

BRASIL. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)/PRH. Área Técnica de Saúde Mental/DAPES/SAS/MS.** 31 de outubro de 2008B.

_____. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. Infopen. **População Carcerária Brasileira.** Referência: 12/2010. Disponível em: < <http://portal.mj.gov.br>>. Acesso entre julho de 2010 a julho de 2011.

_____. Ministério da Justiça. Governo do Estado de Santa Catarina. Departamento Penitenciário Nacional. Secretaria Executiva de Justiça e Cidadania. **Plano Diretor do Sistema Penitenciário do Estado de Santa Catarina.** S/D.

CARVALHO, Márcia Lázaro de. **Sistema prisional e drogas: interfaces em uma sociedade violenta.** Rio de Janeiro; s.n; 2003.

_____, Márcia Lazaro de; VALENTE, Joaquim Gonçalves; ASSIS, Simone Gonçalves de; VASCONCELOS, Ana Glória Godoi. Perfil dos internos no sistema prisional do Rio de Janeiro: especificidades de gênero no processo de exclusão social. **Ciênc. saúde coletiva**;11(2): 461-471, abr.-jun. 2006.

COELHO, Harnoldo Colares; OLIVEIRA, Sabrina Alberti Nóbrega de; MIGUEL, Juliana Custódio; OLIVEIRA, Maria de Lourdes Aguiar; FIGUEIREDO, José Fernando de Castro; PERDONÁ, Gleici Castro; PASSOS, Afonso Dinis Costa. Marcadores preditivos para infecção do vírus da hepatite C em presidiários brasileiros. **Rev Soc Bras Med Trop**;42(4): 369-372, July-Aug. 2009.

DEAP - Departamento de Administração Prisional do Estado de Santa Catarina. Disponível em: <<http://www.deap.sc.gov.br>>. Acesso entre: junho de 2010 a agosto de 2011.

DUMAZEDIER, Joffre. **Lazer e cultura popular.** São Paulo: Perspectiva, 1976

FAZEL, S.; DANESH, J. Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. **Lancet.** 2002 Feb 16;359(9306):545-50.

FIGUEIREDO, Gabriel. Crime e loucura - o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século. **Rev. Antropol.** São Paulo, v. 41, n. 2, 1998.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder.** Rio de Janeiro: Graal, 2008. 295pp.

_____, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão,** 38 ed. Petrópolis: Vozes, 2010. 291pp.

FREUD, Sigmund. **Totem e Tabu e outros trabalhos** (1913~1914). Edição *Standard* Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Comentários e notas de James Strachey. Traduzido do alemão e do inglês sob a direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 2006A.

_____, Sigmund. **O Futuro de uma Ilusão, o Mal-Estar na Civilização e outros trabalhos** (1927~1931). Edição *Standard* Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Comentários e notas de James Strachey. Traduzido do alemão e do inglês sob a direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 2006B.

FRANÇA, Genival Veloso de França. **Direito Médico.** 3 ed. São Paulo: Fundo Editorial Byk-Prociencx, 1982.

FREYRE, GILBERTO. **Casa-grande & Senzala:** formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal. São Paulo: Global, 2004.

GOFFMAN, Erving. Manicômios, Prisões e Conventos. Tradução de Dante Moreira Leite. 7ª. edição. São Paulo: editora Perspectiva, 2001.

GRACIA T.I. O “giro lingüístico”. *In:* IÑIGUEZ L (coord.). **Manual de Análise de Discurso em Ciências Sociais.** Petrópolis: Vozes, 2004.

HAGUETE, T.M.F. **Metodologias qualitativas na sociologia.** 4ª ed. Petrópolis: Vozes, 1995,

JUNKS, Nardele Maria. **Análise da situação da tuberculose no sistema prisional de Santa Catarina (07/04/2011).** Coordenadoria Estadual - Programa de Controle da Tuberculose. [mensagem pessoal].

Mensagem recebida por gppsufsc@gmail.com e tuberculose@saude.sc.gov.br em 31 de maio de 2011.

KIESLER, Charles A.; SIBULKIN, Amy E. **Mental Hospitalization: Myths and facts about a national crisis**. Newbury Park, CA: Sage Publications

LAVILLE C.; DIONNE J. **A Construção do Saber**. Manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Porto Alegre: Artmed, 1999.

LOVISI, GIOVANNI MARCOS. **Avaliação de distúrbios mentais em moradores de albergues públicos das cidades do Rio de Janeiro e de Niterói**. Tese apresentada na Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Saúde Pública. Orientador: Anastácio Ferreira Morgado. Rio de Janeiro, 2000.

LUDKE M.; ANDRÉ M.E.D.A. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. **Métodos de coleta de dados: observação, entrevista e análise documental**. São Paulo: EPU, 1986.

NEGRELLI, Andréia Maria. **Suicídio no Sistema Carcerário**: Análise a partir do perfil biopsicossocial do preso nas instituições prisionais do Rio Grande do Sul. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação, Faculdade de Direito da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul a obtenção do título de Mestre em Ciências Criminais. Orientador: Alfredo Cataldo Neto. Porto Alegre, 2006

MACEDO, Camila Freire. A evolução das políticas de saúde mental e da legislação psiquiátrica no Brasil. **Jus Navigandi**. Teresina, ano 10, no. 1017, 14 abr. 2006.

MAGNABOSCO, Danielle. Sistema penitenciário brasileiro: aspectos sociológicos. **Jus Navigandi**. Teresina, ano 3, no. 27, dez. 1998.

MARKOWITZ, Fred E. Psychiatric hospital capacity, homelessness, and crime and arrest rates. **Criminology**, v. 44, n.1, 2006

MARQUES-TEIXEIRA, João. Saúde Mental nas Prisões. Vol 2, no.2. março/abril 2004.

MARTINHAGO, Fernanda. **O Sujeito e as Drogas**: Um estudo com os apenados do Presídio Regional de Blumenau. Trabalho de Conclusão de Curso de Psicologia. Universidade Regional de Blumenau. Orientadora: Profa. Márcia C. G. O. Frassão. Blumenau, 2003. 65 p.

MELLO, Marcelo Feijó de; MELLO, Andrea de Abreo Feijó de; KOHN, Robert. **Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007

METZNER J.L.; FELLNER J. Solitary Confinement and Mental Illness in U.S. Prisons: A Challenge for Medical Ethics. **J Am Acad Psychiatry Law**. 2010;38(1):104-108.

MIGUEL, Juliana Custódio; OLIVEIRA, Maria de Lourdes Aguiar; FIGUEIREDO, José Fernando de Castro; PERDONÁ, Gleici Castro; PASSOS, Afonso Dinis Costa. Marcadores preditivos para infecção do vírus da hepatite C em presidiários brasileiros. **Rev Soc Bras Med Trop**;42(4): 369-372, July-Aug. 2009. tab.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 8 ed. São Paulo: Hucite, 2004.

ONU. Assembléia Geral das Nações Unidas. **Declaração dos Direitos Humanos**. ONU, 10 de dezembro de 1948.

PEREIRA, Felipe. Atrás da Grades. **Diário Catarinense**. Domingo, 3 de janeiro de 2010. p. 29.

PICCININI, W. ; ODA, Ana Maria Galdini Raimundo . **A Loucura e os Legisladores**. Psychiatry Online, v. 11, p. 036, 2006.

PICCININI, Walmor; História da Psiquiatria – **Dialogando com a Antipsiquiatria**. . Psychiatry Online, v. 14, no.9,

PLATÃO. **A Republica** (Título Original Polis revisto por Saulo Krieger) trad. Pietro Nasseti 2º ed. São Paulo-SP Martin Claret, 2003. p 320

REICHERT, Felipe Fossati; LOPES, Marcio; LOCK, Mathias Roberto;

ROMANZINI, Marcelo. Atividade física e outros aspectos relacionados à saúde de agentes penitenciários de Londrina, PR. **Rev. bras. ativ. fís. saúde**;12(3)set.-dez.2007.

RIBEIRO, W.S.; QUINTANA, M.I.S.; ANDREOLI, S.B. **Epidemiologia dos Transtornos Mentais na População Prisional do Estado de São Paulo**. In: XXVI CONGRESSO BRASILEIRO DE PSIQUIATRIA. São Paulo, 2008.

ROJO L.M. A fronteira interior – Análise crítica do discurso: um exemplo sobre “racismo”. In: INÍGUEZ L (coord.). **Manual de Análise de Discurso em Ciências Sociais**. Petrópolis: Vozes, 2004.

ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota de; MAURI, Diana. **Desinstitucionalização**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2001

SANTA CATARINA. Secretaria do Estado da Saúde. Diretoria Estadual de Vigilância em Sanitária. **Manual de Orientações sobre as Normas Sanitárias do Sistema Carcerário**. S/D-A.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Secretaria de Estado da Segurança Pública e Defesa do Cidadão. **Plano Operativo Estadual de Saúde no Sistema Penitenciário**. Atenção integral à saúde da população prisional. S/D-B.

SANTOS, Elaine Maria Geraldo. Saúde Mental e Direitos Humanos no Sistema Penitenciário Brasileiro. **Revista eletrônica**. Ano 1 no.1, junho 2005. Disponível em: <<http://www.ufpe.br/historia/artigo3rev1.html>>. Acesso em: jan 2010.

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. O conceito de saúde. **Rev. Saúde Pública** vol. 31 no. 5 São Paulo Oct. 1997

SERRANO, Alan Índio. Estado de Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde. **Indicação de Parâmetros de Distribuição Regional e Cadastro de Leitos Psiquiátricos pelo SUS em Santa Catarina para 2004**. Relatório de pesquisa. Florianópolis: 2003.

SOUZA, Fátima. **Como funcionam as prisões**. Jan. 2008. Disponível em <<http://pessoas.hsw.uol.com.br/prisoes2.htm>> Acesso em 23 Nov 2009

STRAZZA, Leila; MASSAD, Eduardo; AZEVEDO, Raymundo S; CARVALHO, HERÁCLITO B. Estudo de comportamento associado à infecção pelo HIV e HCV em detentas de um presídio de São Paulo, Brasil. **Cad Saude Publica**;23(1): 197-205, jan. 2007. tab.

SZASZ, T. S. O mito da doença mental. **Ideologia e doença mental**. Rio de Janeiro: Zahar editores, 1977.

TABORDA, José Geraldo; BINS, Helena Dias de Castro. Assistência em Saúde Mental e o Sistema prisional no Brasil. **Revista de Psiquiatria**, v. 21, p. 164-170, 2008.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da Pesquisa-Ação**. 5ª. Ed. São Paulo: Cortez, 1992.

YALOM I.D; Leszcz M. **Psicoterapia de grupo: teoria e prática**. 5ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

PARTE II – ARTIGO CIENTÍFICO

ARTIGO ORIGINAL
Periódico: Revista Ciência & Saúde Coletiva

**ASSISTÊNCIA E CONDIÇÕES DE SAÚDE NAS PRISÕES
DE SANTA CATARINA, BRASIL**

**CARE AND HEALTH CONDITIONS IN THE PRISONS
OF SANTA CATARINA, BRAZIL**

Fernando Balvedi Damas¹; Walter Ferreira de Oliveira¹

¹Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, SC, Brasil.

Título: Assistência e condições de saúde nas prisões de Santa Catarina, Brasil¹⁸

Title: Care and health conditions in the prisons of Santa Catarina, Brazil

Autores:

Fernando Balvedi Damas^I

Walter Ferreira de Oliveira^I

^IPrograma de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil.

Correspondência para:

Fernando Balvedi Damas,

Rua Lauro Linhares, 2123 (Trindade Shopping), sala 308-A, Trindade - Florianópolis, SC, Brasil.

CEP 88036-003

Telefone: +55 (48) 3334-9099

Fax: +55 (48) 3954-2000

E-mail: nandobd@gmail.com.

Este artigo foi baseado na dissertação: “Saúde mental no sistema prisional: as prisões catarinenses na perspectiva da saúde coletiva”, de autoria de Fernando Balvedi Damas, apresentada em agosto de 2011 ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Não houve financiamento.

Número de palavras do texto: 5.950

Número de caracteres do texto (com espaço): 38.972

Número de caracteres no resumo (com espaço): 1.366

Número de caracteres no abstract (com espaço): 1.281

Tabelas: 3

¹⁸ Artigo submetido à revista “Ciência & Saúde Coletiva”

RESUMO

Objetivos: 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.

Métodos: Estudo qualitativo, transversal, descritivo-observacional. Uma amostra representativa das unidades prisionais foi submetida à análise observacional (observação-participante), e foram conduzidas entrevistas semi-estruturadas com os administradores destas unidades para análise de discurso.

Resultados: A precariedade das unidades prisionais de Santa Catarina evidencia a má aplicação das políticas de saúde no sistema carcerário. A superlotação, infra-estrutura precária e déficit em recursos humanos estão relacionados 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.

Discussão: A ressocialização dos detentos é indissociável das condições de saúde nas prisões. Esta pesquisa mostra como o entendimento de saúde pública e coletiva está intimamente relacionado com o sistema prisional: enquanto os direitos dos detentos foram negligenciados, toda a sociedade sofre com as conseqüências.

Descritores: 1.Prisões. 2.Saúde Pública. 3.Políticas, Planejamento e Administração em Saúde. 4.Direito Penal.

ABSTRACT

Objectives: This study examines the conditions of prisons in the state of Santa Catarina (Brazil), and the implementation of health policies to the prison system.

Methods: A qualitative study, transversal, descriptive and observational. A representative sample of prisons was submitted to the observational analysis (participant observation), and were conducted semi-structured interviews with the managers of these units for speech analysis.

Results: The precariousness of the prisons of Santa Catarina shows the poor implementation of health policies in the prison system. Overcrowding, poor infrastructure and a deficit in human resources are related to the health problems in prisons, especially HIV, tuberculosis and other infectious diseases, respiratory diseases, skin diseases and mental disorders. The lack of health services compromises the security of the prison unit and the society.

Discussion: The rehabilitation of prisoners is linked to the health conditions in prisons. This research shows how the collective and public health is closely related to the prison system: while the rights of the detainees were neglected, the whole society suffers the consequences.

Keywords: 1.Prisons. 2.Public Health. 3.Health Policy, Planning and Management. 4.Criminal Law.

1. INTRODUÇÃO

De acordo com o Departamento Penitenciário Nacional, no ano de 2008, 496.251 indivíduos encontravam-se detidos nas unidades prisionais do país, enquanto que, no estado de Santa Catarina, haviam 14.541 reclusos, distribuídos nas 6.792 vagas disponíveis (BRASIL, 2010).

Dentre as finalidades da pena privativa da liberdade imposta pelo poder judiciário, estão a inibição da prática criminal, o isolamento de indivíduos socialmente perigosos e sua reabilitação. Este último parece ser o maior desafio, por diversos motivos. Condições mínimas de infra-estrutura, organização, e de serviços são necessários para alcançar os objetivos propostos. Na perspectiva da saúde coletiva, considerando saúde no seu conceito mais amplo, as unidades prisionais devem propiciar um ambiente favorável através de acesso à assistência à saúde, psicossocial, pedagógico, entre outros direitos previstos em leis.

O estudo de Carvalho e cols (2006), sobre o perfil sociodemográfico, história penal, uso de drogas e doenças sexualmente transmissíveis da população carcerária do Estado do Rio de Janeiro, mostrou que o detento é, em geral, um indivíduo jovem, de baixa escolaridade, que apresenta ruptura de vínculos da vida social em várias dimensões para ambos os sexos. Segundo Assis (2001), aproximadamente 95% do contingente carcerário brasileiro é oriundo das classes socialmente excluídas, ou seja, pobres, com baixa qualificação profissional e desempregados, e que, muitos deles, foram “empurrados” ao crime por não terem tido outras oportunidades. Tal população está sujeita a ambientes altamente precários e insalubres, celas superlotas, além de má-alimentação, sedentarismo, uso de drogas e falta de higiene. Tais condições são propícias à proliferação de epidemias e desenvolvimento de patologias. Ou seja, acaba ocorrendo a dupla penalização do condenado: a privação da liberdade e o precário estado de saúde que ele adquire durante a sua permanência no cárcere. Neste sentido, grande parte das rebeliões e fugas de presos pode ser encarada como uma resposta e um alerta às autoridades para as condições desumanas a que são submetidos. (ASSIS, 2007).

Estima-se que ocorra um número considerável de casos de DST/AIDS, tuberculose, pneumonias, dermatoses, transtornos mentais,

hepatites, traumas, diarreias infecciosas, hipertensão arterial e *diabetes mellitus*. (SANTA CATARINA, S/D).

De acordo com informações contidas no site da Secretaria Executiva de Justiça e Cidadania de SC (18/06/2010), foram registrados 14.276 presos em 48 unidades prisionais, representando 0,2% da população e contribuindo com quase 10% dos casos de tuberculose do estado. O risco de contrair a doença nas prisões de SC é mais de 400 vezes mais, sendo a taxa de incidência da doença nas prisões (no ano de 2009) de 1.022 por 100.000 habitantes, enquanto que a mesma taxa no estado é de 27 por 100.000 habitante. (JUNKES, 2011)

Coelho e cols (2009) encontraram uma prevalência de infecção pelo vírus da hepatite C na Penitenciária de Ribeirão Preto (SP), entre maio a agosto de 2003, de 8,7%. Strazza e cols (2007) encontraram uma prevalência para HIV e HCV de 13,9% e 16,2 %, entre mulheres detentas numa penitenciária de São Paulo, em 2000. Autores como Carvalho (2003) consideram o uso de drogas dentro das prisões como parte do adoecimento da população carcerária, encontrando-se muitas vezes associado a infecções com hepatite C, infecções potencialmente transmissíveis pela via sexual, como hepatite B, HIV, entre outras.

As prisões são cenários de constantes violações dos direitos humanos, e os problemas demonstram que o Brasil vem aniquilando qualquer possibilidade de os presos virem a se recuperar, ao mesmo tempo em que gasta dinheiro com um sistema cruel que forja mais criminosos (MAGNABOSCO, 1998). Não é de surpreender que, com a tamanha precariedade, o sistema de ressocialização do egresso prisional seja ineficaz - em média, 90% dos ex-detentos voltam a delinquir. O mesmo preso que sofre as penúrias do ambiente prisional será o cidadão que logo estará de volta ao convívio social. (ASSIS, 2007).

A situação atual ocorre por falta de dispositivos legais. Com a Declaração dos Direitos Humanos, a comunidade das Nações Unidas buscou assegurar como direitos básicos dos cidadãos a saúde, a segurança pessoal, a presunção da inocência e o direito de justiça, entre outros, além de rejeitar as práticas de tortura ou castigo (ONU,1948). Outros instrumentos legais internacionais também foram criados para a preservação dos direitos dos detentos, como p. ex., a Declaração Americana de Direitos e Deveres do Homem e a Resolução da ONU que prevê as Regras Mínimas para o Tratamento do Preso.

Em âmbito nacional, a Constituição da República Federativa Nacional de 1988, baseada nas idéias democráticas da Declaração Universal dos Direitos Humanos, trouxe em sua redação a saúde como direito de todos e dever do Estado, e defende a dignidade, liberdade e

igualdade para todos os cidadãos (BRASIL, 1988). O direito à saúde do detento também é amparado pela lei de Execução Penal (Lei 7.210), que prevê o direito à saúde como uma obrigação do Estado (BRASIL, 1984). Há ainda outros instrumentos legais de iniciativa dos ministérios da Saúde e da Justiça, através de Portarias Interministeriais, que buscam prover a atenção integral à saúde da população prisional.

Da mesma forma, instrumentos legais específicos para o estado de Santa Catarina, onde a Secretaria do Estado de Saúde criou o Plano Operativo Estadual de Atenção Integral à Saúde da População Prisional, visando ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças nas Unidades Prisionais. (SANTA CATARINA, S/D)

Este artigo mostra um panorama do sistema prisional catarinense sob o escopo teórico da Saúde Pública e Coletiva, mostrando como as políticas de saúde pública estão inseridas no contexto da população carcerária.

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo, transversal, descritivo-observacional, e que foram utilizados os recursos da revisão bibliográfica, observação participante e entrevistas. A coleta de dados empíricos neste estudo ocorreu através da visitação de uma amostra das unidades prisionais do estado, que foram submetidas à análise observacional, com a participação dos administradores destas unidades que consentiram com a realização de entrevistas. Os instrumentos de pesquisa consistiram, portanto, na observação participante dos locais de estudo, com o registro de dados num roteiro, e as entrevistas semi-estruturadas que foram submetidas à análise de discurso, além da análise documental.

Recorreu-se a uma amostra não probabilística das unidades prisionais do estado de Santa Catarina, contemplando a representatividade de todo o sistema prisional catarinense para generalização dos resultados¹³. De acordo com o grau de complexidade, as unidades prisionais do estado de Santa Catarina podem ser categorizadas em: penitenciária (PT), presídio (PS), unidades prisionais avançadas (UPA), ou ainda outra unidade especial (UE). De um total de 42 unidades prisionais oficiais no estado de Santa Catarina¹⁴, foi realizada uma amostragem de 17 unidades, considerando-se critérios de regionalização e tipo de estabelecimento prisional. A tabela 1 mostra o perfil das unidades selecionadas, identificadas simbolicamente, para preservação do anonimato dos participantes.

Todas as unidades que permitiram a entrada do pesquisador na unidade foram incluídas, assim como o discurso de todos os administradores que concordaram em participar da entrevista foi incluído na análise. Das 17 unidades prisionais da amostra, 12 unidades foram visitadas, sendo que, destas, 11 foram submetidas ao estudo observacional, e foram realizadas 10 entrevistas com os administradores (Tabela 1).

A posição do pesquisador nesta pesquisa adéqua-se à de “observador-participante”, papel em que a identidade do pesquisador e os objetivos do estudo são revelados ao grupo pesquisado desde o início. Apesar de ter acesso a uma gama variada de informações, até mesmo

confidenciais, deve pedir cooperação ao grupo, que poderá controlar o que será ou não tornado público.

As visitas às unidades prisionais foram conduzidas utilizando-se um roteiro, em que se previa o preenchimento de uma grade de observação e a realização de entre entrevista semi-estruturada com os administradores. Nos registros observacionais possibilitou-se a tomada de notas descritivas e analíticas a respeito dos fatos e situações observadas para posterior análise. A entrevista com os administradores seguiu um instrumento de orientação, servindo como facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação, caracterizando-se como entrevista semi-estruturada, pois o entrevistador pode acrescentar perguntas de esclarecimento¹⁶. Só foram incluídos como participantes da pesquisa os administradores que consentiram com o procedimento e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Para registro dos dados foi utilizada a gravação direta em arquivo de áudio.

Paralelamente às entrevistas, realizou-se uma análise documental crítica sobre os assuntos pertinentes, principalmente no que diz respeito às condições de saúde das prisões e aplicação das políticas públicas de saúde aos detentos. A revisão de literatura sistematizou-se através da busca em banco de dados nacionais e internacionais com as palavras-chaves: saúde, prisões, saúde mental, prisioneiros, sistema prisional, saúde pública, políticas de saúde, etc. Foram pesquisadas bases de dados nacionais em saúde (Bireme, Scielo, Biblioteca Virtual em Saúde), assim como teses e dissertações do banco de teses da CAPES e da biblioteca digital de teses e dissertações. Também se procedeu à pesquisa de bases de dados estrangeiras em saúde (PubMed) e multidisciplinar (Scopus e Web of Science), buscando-se pelos descritores: saúde mental, prisões, prisioneiros, sistema prisional e saúde pública, e a análise de documentos oficiais nacionais, regionais ou locais a respeito do sistema prisional.

O projeto de pesquisa está cadastrado no Sistema Nacional de Informações Sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (SISNEP). Foi aprovado pelo coordenador do programa de pós-graduação em saúde pública da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), assim como pelo Diretor Geral do Departamento de Administração Prisional (DEAP). Recebeu aprovação pelo ao Comitê de Ética de Pesquisas com Seres Humanos da UFSC (CEPSH), através do processo no. 921, FR 359484.

3. RESULTADOS

Os resultados serão apresentados em duas partes:

1. Assistência à saúde e assistência social na unidade prisional;
2. Principais problemas de saúde entre os detentos.

3.1 ASSISTÊNCIA SOCIAL E À SAÚDE NA UNIDADE

Todas as unidades prisionais contam, de alguma forma, com um suporte em assistência à saúde dos detentos. Das unidades visitadas, apenas três contam com uma equipe mínima, própria da unidade, capaz de prover assistência próxima aos princípios básicos dos Sistema Único de Saúde (SUS), de universalidade, equidade e integralidade. As demais dependem de funcionários externos, da prefeitura, de outras unidades, ou mesmo voluntários (Tabela 2).

As penitenciárias contam com equipes de saúde próprias, porém uma das penitenciárias visitadas não tem médico, e depende de profissionais de unidades de saúde externas (centros de saúde e hospitais). A unidade especial visitada há equipe de saúde completa, porém insuficiente para a demanda, de acordo com o administrador. Nenhum dos presídios têm equipe de saúde: um conta apenas com um odontólogo, e outro com um técnico de enfermagem. Os presídios dependem de serviços de profissionais do município (centros de saúde), do estado (hospitais), e de voluntários. Em um dos presídios, há três profissionais de saúde que prestam serviços voluntários (médico, dentista e assistente social). As unidades prisionais avançadas, da mesma forma, não contam com equipe de saúde própria – todas dependem de serviços externos. Em apenas uma das UPAs há um profissional de saúde da área da psicologia.

Uma das penitenciárias visitadas possui prédio específico da saúde, onde são realizados os procedimentos relacionados à assistência à saúde dos detentos. Noutra penitenciária, existe no interior uma ala específica para tais procedimentos. Em todas as unidades visitadas os detentos possuem prontuário médico. Faz-se exceção um presídio, em que o administrador está há pouco tempo no cargo e não soube informar. O sistema prisional conta também com um sistema informatizado – Ipen¹⁹, que pode registrar também informações relacionadas à saúde e

¹⁹ O Ipen é o sistema de informação do departamento de administração prisional de Santa Catarina. Faz parte do Infopen - Sistema de Informações Penitenciárias, programa que, a nível

doenças. Porém, nenhum dos administradores está totalmente satisfeito com os serviços de saúde ofertados em sua unidade. Há duas unidades (um presídio e uma penitenciária) em que a situação é mais crítica, em que uma população de cerca de mil indivíduos não conta com assistência médica interna:

“A demanda aqui é muito grande. São mais de 1200 presos. Existe uma carência natural do preso já, e ele quer ser assistido. E a saúde é um dos pontos que tem quer ser muito bem atendida. E a falta do médico aqui realmente... eu gostaria de ter médico todos os dias, (...) Aí, com certeza metade dos nossos problemas de disciplina resolveria.” (PT2)

O administrador de um presídio, que conta com a visita semanal de um médico, reclama da frequência insuficiente deste profissional

“Não seria suficiente. Mas é o que a gente pode dispor. Porque às vezes acumula, numa semana tem dez presos para atender, na outra tem vinte, trinta.” (PS3)

Em geral, em situações de urgências médicas, os agentes prisionais recorrem para o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), em alguns casos, recorre-se também aos bombeiros ou em centros de saúde (quando se localizam próximo à unidade prisional) Percebe-se como unidades com fraco suporte de saúde internamente, principalmente quando há carência de médicos, acaba por concorrer com os serviços de saúde da comunidade.

Sobre o SAMU: *“Muitas vezes não vêm por causa do efetivo, mas é aberto, é chamado, porque como se trata de saúde eu não autorizo ninguém colocar um enfermo dentro da viatura para levar para o hospital. Porque vai que morra dentro da viatura, pode acontecer várias outras coisas, e aí como é que vou justificar, ninguém vai entender. Então o que a gente faz, aguarda aqui chama o SAMU, é aberto o chamado então se acontecer qualquer coisa com o indivíduo está aberto o chamado.”* (PS1)

Nas penitenciárias, está previsto o cargo de Gerente de saúde, o que não ocorre em outras unidades. Em presídios, UPAs e outras unidades, é comum o administrador delegar a função de gerenciar a saúde dos detentos para um agente prisional:

nacional, visa de coleta de dados estatísticos e informações estratégicas sobre os estabelecimentos penais e a população prisional, sendo alimentado pelas secretarias estaduais através de acesso via Internet. O Infopen sistema foi lançado em 2004 pelo Departamento Penitenciário Nacional (Depen) e é gerenciado pelo mesmo.

“Eu tenho um agente penitenciário, que tirei ele do plantão para cuidar do setor de saúde. Agenda consultas (...) com o detento que está com alguma deficiência, uma moléstia, e faz todo o encaminhamento, até pedido ao judiciário para que atenda os detentos com deficiência na saúde. (...). Nós estamos recorrendo ao pronto atendimento, e consultas marcadas particular pela família dos detentos. (...) O ideal seria que tivesse um médico na unidade, facilitaria até o trabalho. A gente tem que buscar a escolta policial, viatura.” (PS1)

Todas as unidades prisionais visitadas contam com profissional odontólogo prestador de serviço, seja interna ou externamente. Numa UPA, em que o administrador conta com a visita de profissionais da saúde do município, tanto os casos urgentes como queixas odontológicas, o indivíduo é levado nas unidades básicas de saúde, e, tais serviços foram conquistados através de negociação com a secretaria municipal de saúde. Em unidades onde o odontólogo presta serviço dentro da unidade, houve a queixa de alguns administradores de que a falta de material é fator limitante do exercício deste profissional. Dois participantes relatam melhora importante na atenção à saúde bucal nos últimos anos, sendo que, um deles, possui o registro do número de procedimentos realizados

“Quando cheguei aqui, havia cerca de 250 intervenções anuais fora da unidade prisional como, por exemplo, com relação à saúde bucal - os dentistas. Hoje eu faço 1.500 atividades dentro da unidade prisional, porque a comunidade foi receptiva, ganhamos alguns equipamentos que eram necessários para que isso pudesse dar andamento, e hoje fizemos 1.500 atividades, sem deslocamento para fora da unidade prisional.” (PT1)

Um administrador, que conta com uma equipe de saúde multiprofissional, reclama da necessidade de terapeuta ocupacional. O administrador de um presídio vê a necessidade de psicólogo para acompanhamento dos detentos e identificação de casos de transtorno mental. A necessidade de enfermeiro foi citada por três administradores. Também foram três administradores queixaram-se da falta de assistente social ou da necessidade de maior número destes profissionais em vista da demanda:

“Doutor, você não tem noção da quantidade de família que me liga, pedindo: passagem de ônibus pra visitar o preso... pedindo cesta básica... pedindo dentista... pedindo se eu consigo consulta na policlínica... Eu preciso de uma assistente social!” (UPA4)

Na maior parte das unidades prisionais, não há profissional de saúde habilitado (p. ex, técnico de enfermagem) para a administração da medicação. Nestes casos, é o agente prisional responsável por dispensar a medicação, ou o próprio detento fica com a medicação. Em uma unidade prisional, este serviço é realizado por um detento formado em enfermagem. E, mesmo em unidades grandes, como penitenciárias, onde há técnicos de enfermagem, os recursos humanos são insuficientes para a demanda, sendo comum ocorrerem problemas relacionados:

“A detenta resolveu tomar tudo. Tiveram que internar no hospital. Ele era líquido, mas era remédio semelhante ao diazepam. (...) Aí o médico falou assim: (...) ‘De repente poderia ter mais consequência’. Então precisaria um profissional da área saúde (...) Porque eles acham que o presídio, como é para ser pra presos provisório (...) então não teria essa necessidade para ter esses profissionais.(...) Porém, a gente tem mais de cem em execução de crime, porque não tem vaga na penitenciária, e acabam cumprindo pena aqui. E as mulheres porque não tem lugar, tem que cumprir pena aqui. (...).Os agentes tem que se desdobrar. Pegar atribuições que não são do cargo” (PS3)

Em nenhuma das unidades foi observado a Estratégia da Saúde da família (ESF) internamente. Dois administradores de penitenciárias intencionam implantar o programa para o atendimento dos detentos. Há a percepção que alguns segmentos da sociedade discriminam os direitos dos detentos (entre eles, o direito à saúde), o que, na verdade, têm repercussão negativa e aumenta os riscos:

“Se eu deixar de observar que o indivíduo aqui dentro do sistema prisional (...) eu vou ter que tirar ele desse sistema prisional e levar ele para concorrer com o que já é escasso lá fora, sem contar de outras inseguranças que eventualmente pode haver, né. (...) E até subsidiando eles de alguma ação, podendo na verdade facilitar algum tipo de ação de resgate.(...)” (PT1)

3.2 PRINCIPAIS PROBLEMAS DE SAÚDE ENTRE OS DETENTOS

De modo geral, os administradores identificam como corriqueiro entre os detentos as queixas banais relacionadas à saúde, mais frequentemente relacionadas a dores de cabeça, febre, torções. Por outro lado, não minimizam as doenças de maior gravidade, e neste ponto, não

há consenso entre os administradores sobre os principais problemas de saúde nas diferentes unidades (Tabela 3).

Dois administradores identificam doenças sazonais – no verão são mais comuns as dermatoses, e, no inverno, os problemas respiratórios. Em algumas unidades, os administradores têm a percepção que a maior parte dos problemas de saúde mais graves são crônicos, não relacionados com a detenção ou unidade, e que os detentos já as “trouxeram da rua”, ou então já vem com alguma predisposição para contraí-las:

“Eu vejo assim a saúde: o indivíduo já vem para cá com as mazelas. Então ele é condenado, tem uma bronquite asmática (...) tuberculose, enfim. Quando ele entra dentro da unidade prisional ele vem com esse problema da rua, cardiopata (...), enfim, todas as doenças que ele pode ter em liberdade ele vai ter elas aqui dentro da prisão” (PT1)

Noutras unidades, que apresentam condições mais precárias, é comum o administrador fazer a correlação com a manifestação de doenças entre os detentos:

“Acho que um pouco é devido ao lugar úmido. Que é propiciado pelas infiltrações, pela umidade que tem. E, às vezes, a proliferação de doenças de pele, eles tem muito contato. Porque eles estão na mesma cela, tem que dormir no mesmo colchão. Tem que ficar sempre atento para que haja um controle. (...) Dormem no mesmo colchão. Porque não tem como ter um colchão para cada um. Mais é gripe, resfriado, problemas de respiração.” (PS3)

Reconhece-se que a falta de um diagnóstico precoce favorece a transmissão de doenças infecto-contagiosas, e, conseqüentemente, reduziria o custo com ações envolvendo o tratamento, considerando que, os gastos de tratar um indivíduo dentro do sistema prisional são maiores, por envolver transferências, encaminhamentos, escolta, viatura, etc. Não obstante, também a falta de ações preventivas e de diagnóstico precoce acaba por sobrecarregar os serviços públicos de saúde:

“O que falta mesmo é equipe de saúde. Se tivesse, eu acho que a demanda para outros hospitais também da rede pública seria minorado (...) Acho que o custo de uma equipe de saúde numa unidade prisional acaba sendo mais barato que você ficar deslocando o preso para unidades hospitalares, fora com escolta, e tudo...” (UE1)

Em relação à tuberculose, apenas três das unidades visitadas contavam com infra-estrutura física e de recursos humanos para o

manejo adequado. A maioria dos administradores revelou não estar preparados para lidar com o problema: Um dos administradores revelou que ocorreu um óbito na semana anterior à visita, devido tuberculose.

“Vem com tuberculose, e aí até identificar, ou fazer exames disso (...) Às vezes não sabe que tem. Então, numa cela, tu põe um com tuberculose lá tem seis, oito” (PS3)

“Não chega perto do ideal, porque a gente teria que ter material para trabalhar com esses detentos, até para saúde dos agentes... máscaras... teria que ter uma conscientização, a gente sabe, (...) eu acho que deveria ser investido nessa prevenção.” (PS1)

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana adquirida (HIV) foi citado por três administradores. Foi possível quantificar a prevalência do número de infectados pelo vírus HIV em duas unidades: numa UPA o percental é de 7,4%, e num presídio é de 5,9%. Parece haver uma minimização, negação e racionalização da situação do HIV no sistema prisional, tanto pela fala de um deles, quanto pela falta de citação do problema por parte da maioria dos administradores:

“Não é um numero grande a gente tem apenas (5,9%²⁰) aqui dentro pra mim até me surpreendeu que eu acreditava que tinha um numero maior. (...) Eu até acredito que seja uma das unidades mais controladas.” (PS2)

Em uma das unidades, o administrador queixou-se de estar com pessoas dependentes de cuidados intensivos, e da falta de recursos humanos para essa demanda. Um dos participantes relacionou os problemas de saúde e psicológicos dos detentos com a carência de assistente social, e ressaltou os aspectos positivos para a saúde mental do detento de ter suas questões sociais atendidas.

“O preso, ele está 80% do atendimento da segurança, se a gente fazer um levantamento, vão ser referente a assistente social. (...) Social, e conseqüentemente psicológica. Se o preso lá ele está comendo bem - ele está encarcerado mas está comendo bem, ele tem assistente social, ele está sendo ouvido, ele está vendo que o processo dele esta andando, que ele está sendo ouvido, assistido, a penitenciária, enfim, as cadeias elas tendem a ficarem mais tranqüila.” (PT3)

²⁰ Deu-se preferência por citar o número percentual em detrimento do número bruto

Em duas unidades houve a citação das doenças dermatológicas, sendo que, em ambas, os administradores relacionam-nas diretamente com os hábitos de higiene pessoal do preso.

Alguns administradores identificam aspectos psicológicos que identificam nos indivíduos na condição de detento, tais como a regressão, psicossomatização, depressão, identificação e a transferência, e que, em alguns casos, a reação pode se estender, causando transtornos mentais, principalmente quando associado à dependência química:

“O que pega eles geralmente é nos dois primeiros meses, mas eu acho que é mais o efeito psicológico, o impacto de cadeia né. Até eles não dormem, eles querem remédio para dormir, eles querem para dor de cabeça, tal, tal.” (UPA4)

“Usuários provavelmente todos que entram aqui - a maioria, pelo menos 80% com certeza, está relacionada ao uso de drogas, tráfico de drogas. (...) Já esta virando padrão dentro do sistema prisional.” (PT3)

“Muitos eu acho que é pela privação da liberdade, (...) é o que ocasiona esses distúrbios nesses indivíduos, e a falta de droga também, a abstinência. (...) É a dependência química que vai levando eles ao extremo...” (PS1)

4. DISCUSSÃO

A precariedade das unidades prisionais de Santa Catarina mostra a discrepância entre as legislações e a realidade do sistema prisional. Esta pesquisa encontrou como principais achados:

1. Grande diversidade entre as unidades prisionais catarinenses, em que a grande maioria das encontra-se em estado precário, e a regra é a superlotação;
2. São reconhecidos como os principais problemas no ambiente prisional o HIV, tuberculose e outras doenças infecciosas, doenças do sistema respiratório, os transtornos mentais, e as dermatoses;
3. Outros problemas de saúde nas unidades prisionais estariam relacionados a problemas crônicos que os detentos já possuíam antes de ingressar no sistema prisional;
4. Há uma carência enorme por profissionais de saúde de diversas áreas, principalmente médicos, assistentes sociais, enfermeiros e técnicos de enfermagem. A grande maioria das unidades não conta com equipe de saúde mínima, e, das que contam, na vasta maioria a oferta de serviços não é suficiente para a demanda;
5. Dentro das ações de saúde, a saúde bucal é a que melhor vem sendo desenvolvida dentro do sistema prisional;
6. A desassistência na saúde compromete a segurança da unidade prisional e da sociedade;

Há uma relação intrínseca entre os problemas relacionados com a saúde dos detentos e a segurança das unidades prisionais. A falta de acesso à saúde dos detentos pode afetar a segurança interna das prisões ou mesmo em nível de segurança pública, sendo identificadas diferentes situações:

1. Eventos e doenças agudas em detentos podendo gerar de rebeliões internas, dando oportunidade de ações de fuga e investidas contra o agente prisional;
2. Falta de assistência à saúde sendo usada por grupos criminosos como um “motivo” para rebeliões internas, aliciamento de outros detentos para ações criminosas complexas;

3. Procedimentos de saúde realizados externamente e internações geram necessidade de escolta policial ou de agentes prisionais, retirando o efetivo da polícia militar das ruas para a segurança da população ou de agentes prisionais para a segurança da unidade prisional;
4. Procedimentos de saúde realizados externamente dando oportunidade para ações criminosas na rua em unidades de saúde.

A reflexão sobre o campo de saúde no sistema prisional se abre inevitavelmente para as ciências sociais e políticas, pois a deterioração das condições de vida de contingentes imensos da população aglomerados nas cidades (e, no caso, nas cadeias), levanta questões que exigem respostas mais amplas que a definição apenas biológica da doença não consegue explicar. A crescente consciência social de que a luta pela saúde faz parte da construção da cidadania e a contrapartida de que a saúde também é tema de interesse político-social reafirmam este ponto de vista. A industrialização e a modernização capitalista se traduziram, nos países periféricos e América Latina, na internacionalização acelerada do capital, industrialização e urbanização também aceleradas, fortes migrações do campo para as cidades, uma desigualdade abissal entre os mais ricos e os mais pobres, e, conseqüentemente, maiores níveis de criminalidade. É papel do Estado a socialização das condições gerais de produção, que deve realizar a regulação social para atenuar os efeitos das desigualdades, da exclusão e da mutilação capitalista em relação às classes trabalhadoras, assim como empregar da melhor maneira os recursos públicos destinados aos meios de consumo coletivo - serviços de saúde, educação, transporte, saneamento, lazer, etc. (MINAYO, 2004,).

A prisão em si, é uma violência à sombra da lei. O problema da prisão tem sua raiz na estrutura econômica, política e social do país. Tem se observado que a ressocialização é incompatível ao encarceramento, nas condições atuais em que se encontram as prisões brasileiras. Muitos condenados sofrem um efeito devastador sobre sua personalidade com o aprisionamento, através do reforço de valores negativos e agravamento de distúrbios de conduta. (MAGNABOSCO, 1998).

Considerando-se as origens sociais da criminalidade, seus níveis de refletem diretamente a situação social que se encontra o país. Embora o Direito Penal e o sistema prisional sejam apresentados como de natureza igualitária, visando atingir indistintamente as pessoas em função de suas condutas, têm na verdade um caráter eminentemente

seletivo, estando estatística e estruturalmente direcionados às camadas menos favorecidas da sociedade. Ou seja: não se pode vislumbrar uma expectativa de melhoria do sistema penitenciário e nem uma redução dos índices de criminalidade se não for revisto o modelo de política econômica e social do nosso país, que desde o período colonial privilegia a exclusão social e a concentração de renda. A comprovação de que a pena privativa de liberdade não tem se mostrado eficaz no Brasil para ressocializar o indivíduo preso está no elevado índice de reincidência, em torno de 90%. (ASSIS, 2007):

A ressocialização dos detentos é indissociável das condições de saúde nas prisões, que, em sua definição mais ampla, está associada a oferta de uma abordagem integrada de assistência médica, pedagógica, jurídica e laboral aos detentos, favorecendo a inclusão social. Esta pesquisa como o entendimento de saúde pública e coletiva está intimamente relacionado com o sistema prisional: enquanto negligenciamos os direitos dos detentos, toda a sociedade sofre com as conseqüências.

Não é o aumento na quantidade de criminosos atrás das grades que significa melhora na sensação de segurança da população; é a repetição de delitos que mantém a sensação de medo nas pessoas. Portanto, enquanto continuarmos negligenciando os direitos dos detentos, toda a sociedade pagará as conseqüências: a convivência com os altos níveis de criminalidade, com repercussões negativas na saúde e qualidade de vida, além do custo financeiro em manter um sistema prisional caro e ineficaz. Na realidade brasileira, esbarra-se, com frequência, na questão econômica e de retorno de investimento. Se, por um lado, o custo da implementação de serviços de saúde e reinserção social nas unidades prisionais é alto, por outro lado, o retorno é em longo prazo. Em termos políticos, significa que investir em recursos para as unidades prisionais não traz retorno em votos.

5. REFERÊNCIAS

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

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2002.

BRASIL. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de execução penal.

_____. Constituição (1988). Constituição **da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988.

_____. Lei no. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

_____. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. Infopen. **População Carcerária Brasileira**. Referência: 12/2010. Disponível em:< <http://portal.mj.gov.br>>. Acesso entre julho de 2010 a julho de 2011.

CARVALHO, Márcia Lázaro de. **Sistema prisional e drogas: interfaces em uma sociedade violenta**. Rio de Janeiro; s.n; 2003.

_____, Márcia Lázaro de; VALENTE, Joaquim Gonçalves; ASSIS, Simone Gonçalves de; VASCONCELOS, Ana Glória Godoi. Perfil dos internos no sistema prisional do Rio de Janeiro: especificidades de gênero no processo de exclusão social. **Ciênc. saúde coletiva**;11(2): 461-471, abr.-jun. 2006. tab

COELHO, Harnoldo Colares; OLIVEIRA, Sabrina Alberti Nóbrega de; MIGUEL, Juliana Custódio; OLIVEIRA, Maria de Lourdes Aguiar; FIGUEIREDO, José Fernando de Castro; PERDONÁ, Gleici Castro; PASSOS, Afonso Dinis Costa. Marcadores preditivos para infecção do

vírus da hepatite C em presidiários brasileiros. **Rev Soc Bras Med Trop**;42(4): 369-372, July-Aug. 2009. tab.

DEAP - Departamento de Administração Prisional do Estado de Santa Catarina. Disponível em: <<http://www.deap.sc.gov.br>>. Acesso entre: junho de 2010 a agosto de 2011.

JUNKS, Nardele Maria. **Análise da situação da tuberculose no sistema prisional de Santa Catarina (07/04/2011)**. Coordenadoria Estadual - Programa de Controle da Tuberculose. [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por gppsufsc@gmail.com e tuberculose@saude.sc.gov.br em 31 de maio de 2011.

LUDKE M.; ANDRÉ M.E.D.A. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. **Métodos de coleta de dados: observação, entrevista e análise documental**. São Paulo: EPU, 1986.

MAGNABOSCO, Danielle. Sistema penitenciário brasileiro: aspectos sociológicos. **Jus Navigandi**. Teresina, ano 3, no. 27, dez. 1998.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 8 ed. São Paulo: Hucite, 2004.

ONU. Assembléia Geral das Nações Unidas. **Declaração dos Direitos Humanos**. ONU, 10 de dezembro de 1948.

SANTA CATARINA. Secretaria do Estado da Saúde. Diretoria Estadual de Vigilância em Sanitária. **Manual de Orientações sobre as Normas Sanitárias do Sistema Carcerário**. S/D.

STRAZZA, Leila; MASSAD, Eduardo; AZEVEDO, Raymundo S; CARVALHO, HERÁCLITO B. Estudo de comportamento associado à infecção pelo HIV e HCV em detentas de um presídio de São Paulo, Brasil. **Cad Saude Publica**;23(1): 197-205, jan. 2007.

TABELAS

Tabela 1– Amostra das unidades da pesquisa

Tipo de estabelecimento	Unidades	Região do estado	Participação	
			Observação	Entrevista
Penitenciárias (4)	PT1	A	+	+
	PT2	B	-	+
	PT3	C	+	+
	PT4	D	-	-
Presídios (6)	PS1	A	+	+
	PS2	B	+	+
	PS3	C	+	+
	PS4	D	-	-
	PS5	E	-	-
	PS6	F	+	+
Unidades Prisionais Avançadas (4)	UPA1	A	+	-
	UPA2	D	+	-
	UPA3	E	+	+
	UPA4	F	+	+
Unidades especiais (3)	UE1	B	+	+
	UE2	B	-	-
	UE3	C	-	-

Tabela 2 – Serviços de saúde nas unidades prisionais e demanda

Unid.	Serviços e equipe de saúde	Demanda*
PT1	Própria: médicos (clínico e psiquiatra), enfermeiro, técnicos de enfermagem, dentista, psicólogas, assistentes sociais, terapeuta ocupacional	Farmacêutico
PT2	Própria: enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentistas, psicólogas, assistentes sociais	Médicos
PT3	Própria: médicos (clínico e psiquiatra), técnico de enfermagem, dentista, psicólogo, assistente social	Equipe de saúde da família, dentista, assistente social
PS1	Própria: odontólogo. Externo: emergências médicas	Médico, enfermeiro, farmacêutico, etc
PS2	Própria: técnico de enfermagem Externa: médico clínico, dentista e assistente social (todos voluntários)	Técnico de enfermagem e médico

(continua)

Tabela 2 (continuação)

PS3	Externa: dentista, médico clínico do município e psiquiatra de outra unidade	Enfermeiro, assist. social, psicólogo e farmacêutico
PS6	Externa: equipe de saúde da família do município (dentista, médico e enfermeiro) e psicólogo de outra unidade	&
UPA1 &	Externa: médico da família do município	&
UPA2 &	Própria: psicólogo. Externa: médico da família e técnico de enfermagem do município	&
UPA3	Externa: psicólogo, médico clínico e enfermeiro.	&
UPA4	Externa: equipe de saúde da família (dentista, médico e equipe de enfermagem)	Enfermeiro e assistente social
UE1	Própria: médicos (psiquiatras e clínico), enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentistas, psicólogos, assistentes sociais, educador físico	Terapeuta ocupacional

*Maior demanda na percepção do administrador

& Não informado ou não acessado

Tabela 3 – Problemas de saúde relatados

Principais problemas de saúde relatados	No. de citações	Unidades prisionais
Tuberculose	06	UE1, PT1, PS1, PS3 PT2, PT3
Dermatoses	03	UPA4, PS3, PS6
Problemas de ordem mental	03	PS2, UPA4, UPA3
Problemas respiratórios	03	PT1, PS3, PS6
HIV	03	PS2, PT2, UPA3
Doenças infecciosas em geral	01	PS2
Dependência de terceiros	01	UE1
Cardiopatia	01	PS2
Odontológicos	01	PT3
De ordem social	01	PT3

PARTE III – APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE A – ROTEIRO DE VISITA ÀS UNIDADES PRISIONAIS

Unidade: _____ Data: _____

Dados objetivos

1. Capacidade da Unidade (no.) _____
2. Número de detentos _____
3. Idade do prédio _____
4. Lotação das celas (no.) _____
5. Área externa/pátio () sim () não
6. Equipe de saúde? () sim () não Se sim, qual (is) profissionais?

7. Posto de enfermagem () sim () não
8. Consultórios () sim () não Se sim, quantos? _____
9. Refeitório e capacidade () sim () não Se sim, capacidade? _____
10. Atividade laboral e ocupacional () sim () não Se sim, qual (is)?

11. Opções de lazer () sim () não Se sim, qual (is)?

12. Área para visita íntima () sim () não Se sim, quantas? _____
13. Existe um controle de demanda de serviços em saúde? () sim () não

14. Documentos internos. Qual (is)? _____

Grade de observação das unidades prisionais

A. Infra-estrutura geral do prédio

1. Aparência geral – péssimo

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 ótimo

2. Idade do prédio – antigo

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 moderno

3. Higiene – péssimo

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 ótimo

4. Iluminação – péssima

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 ótima

B. Celas

1. Lotação – insuportável

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 ideal
-
2. Iluminação – péssima

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 moderno
-
3. Higiene – péssimo

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 ótimo
-
4. Área para higiene pessoal – péssima

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 ótima
-
5. Conforto – péssimo

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 ótima
-

C. Infra-estrutura complementar

1. Área para higiene pessoal – péssimo

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 ótimo
-
2. Área externa/pátio – péssimo

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 ótimo
-
3. Posto de enfermagem – péssimo

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 ótimo
-
4. Consultórios – péssimo

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 ótimo
-
5. Cozinha – péssimo

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 ótimo
-
5. Refeitório – péssimo

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 ótimo
-
6. Área para atividade ocupacional – péssimo

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 ótimo
-
7. Área para atividade de lazer – péssima

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 ótima
-

Área para visita íntima – péssima

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 ótima

D. Aparência dos detentos e relacionamentos interpessoais

1. Higiene pessoal – inadequada

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 adequada

2. Conduta – irritados

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 calmos

3. Relações entre detentos e equipe:
Conturbada

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 ideal

Outros comentários:

APÊNDICE B – ENTREVISTA COM ADMINISTRADOR DA UNIDADE

Idade: _____ Formação profissional _____
Tempo no sistema pris. ____ Tempo administrando a unidade _____

1. Infra-estrutura física e condições da unidade prisional
 - a) O número de vagas é suficiente para a demanda?
 - b) Qual a quantidade média de detentos por cela? Há celas separadas?
 - c) Existe pessoal responsável pela manutenção do prédio? É suficiente?
 - d) Quem é responsável pela limpeza?
 - e) Há problemas relacionados com a higiene?
 - f) Quem é responsável pela alimentação dos detentos? Existe alguma orientação nutricional?

2. Profissionais de saúde e assistência à saúde dos presos
 - a) Há profissionais de saúde atuando dentro da unidade? (médicos, enfermeiros ou técnicos, ou outros?) Quantos?
(Se não: qual sua opinião sobre a atuação de profissionais de saúde nas unidades prisionais?)
 - b) Qual frequência eles comparecem? É suficiente?
(Se não há profissionais – como fazem quando há problemas de saúde entre os detentos?)
 - c) Quais problemas de saúde são mais frequentes entre os detentos?
 - d) Qual o procedimento no caso de uma urgência ou emergência médica? Há dificuldades?
 - e) Há problemas de saúde que o senhor relaciona com a insalubridade da unidade?
 - f) Há algum tipo de registro dos serviços em saúde para os detentos e do fluxo de pacientes?

3. Segurança e hábitos dos presos

- a) Os detentos tem acesso a algum tipo de atividade ocupacional ou de lazer?
- b) Os detentos recebem visitas de familiares?
- c) Há casos de agressões físicas entre os presos ou por parte de funcionários da unidade?
- d) Há casos de abusos sexuais entre os presos ou mesmo por parte de funcionários da unidade?
- e) O senhor tem conhecimento de que há práticas de extorsão entre os presos ou por parte de funcionários da unidade?
- f) Existe alguma forma de comércio paralelo dentro da prisão. Os presos usam algum tipo de moeda de troca?
- g) Existe consumo de drogas/álcool na unidade? Quais as drogas mais comuns?

4. Condições de saúde mental

- a) Como o senhor avalia as condições de saúde mental dos detentos?
- b) Há muitos problemas de ordem mental/comportamental/psíquica/psicológica entre os detentos? Quais mais comuns?
- c) A que fatores o senhor relaciona os problemas mentais dos detentos?
- d) Qual o procedimento no caso de uma urgência ou emergência psiquiátrica? Há dificuldades?
- e) Há problemas relacionados ao uso de drogas?
- f) O senhor consegue relacionar alguns problemas mentais com a insalubridade da unidade?
- g) Houve alguma situação específica que o senhor queira contar?

5. Administração da Unidade

- a) Quais são os principais empecilhos na administração de sua unidade prisional?
- b) Qual sua avaliação atual sobre seu trabalho, em questão de realizações, remuneração, etc.?

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS ADMINISTRADORES DA UNIDADE PRISIONAL

Meu nome é Fernando Balvedi Damas e estou desenvolvendo a pesquisa *A Saúde no Sistema Prisional Catarinense*, sob orientação do professor Walter Ferreira de Oliveira. O objetivo é conhecer a situação de saúde dos detentos das unidades prisionais de Santa Catarina sob a ótica dos diretores prisionais, e a aplicação das políticas de saúde para a população carcerária.

Os procedimentos da pesquisa compreendem visitas a determinadas unidades prisionais do estado de Santa Catarina, com entrevistas a serem realizadas com os diretores destas unidades, cujas identidades serão preservadas através do anonimato. Portanto, será garantido o sigilo das informações coletadas, preservando a identidade das falas dos entrevistados. Os participantes poderão desistir da pesquisa a qualquer momento, mesmo depois da realização da entrevista.

Os resultados desta pesquisa serão utilizados exclusivamente para fins acadêmico-científicos, sem qualquer interesse comercial. Espera-se que, com a realização desta pesquisa, ocorra ampliação do conhecimento a respeito da situação da saúde no sistema prisional catarinense, podendo gerar subsídios para identificação de problemas e soluções para as unidades prisionais brasileiras.

Em caso de dúvidas em relação ao estudo ou quaisquer circunstâncias, pode entrar em contato pelos telefones (48) 3721-9388, (48) 8812-5531, ou pelos e-mails: ppgsp@ccs.ufsc.br e dr.fernandobd@gmail.com.

Walter Ferreira de Oliveira

Pesquisador principal - orientador

Fernando Balvedi Damas

Pesquisador responsável - mestrando

Eu, _____, fui esclarecido sobre a pesquisa *A Saúde no Sistema Prisional Catarinense* e concordo que minhas informações sejam utilizadas na realização da mesma.

Assinatura: _____ RG: _____

_____, _____ de _____ de 20 ____ .

APÊNDICE D – DOCUMENTOS DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CERTIFICADO Nº 921

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584-GR-99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o conteúdo no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

APROVADO

PROCESSO: 921 FR: 359484

TÍTULO: A Saúde no Sistema Prisional Catarinense

AUTOR: Walter Ferreira do Oliveira, Fernando Balvedi Damas

FLORIANÓPOLIS, 30 de Agosto de 2010.

Magdalenta Koerich
Coordenadora do CEPSH UFSC

Profª Magda Santos Koerich
Subcoordenadora
CEPSH/PRPE/UFSC

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal do Departamento de Administração Prisional de Santa Catarina (DEAP), tomei conhecimento do projeto de pesquisa: *A Saúde no Sistema Prisional Catarinense*, e cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos, ficando assim compromissado o pesquisador a não utilizar as informações para outros fins, que não sejam de cunho acadêmico-científico, sem qualquer interesse comercial, bem como apresentar o resultado a esse departamento.

Florianópolis, 05 de Agosto de 2010.



ADÉRCIO JOSÉ VELTER
Diretor Geral do DEAP



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

DECLARAÇÃO DOS PESQUISADORES

Declaro que no desenvolvimento do projeto de pesquisa *A Saúde Mental no Sistema Prisional Catarinense* cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Declaro, ainda, que não há conflitos de interesses entre os pesquisadores e participantes da pesquisa. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto em questão.

Florianópolis, 02 de agosto de 2010.

Walter Ferreira de Oliveira
Pesquisador principal - Orientador

Fernando Balvedi Damas
Pesquisador responsável - mestrando



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal do programa de pós-graduação em Saúde Pública, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: *A Saúde no Sistema Prisional Catarinense*, e cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Florianópolis, 02 de AGOSTO de 2010.

Sérgio Fernando Torres de Freitas
Coordenador do Programa de Pós-graduação de Saúde Pública



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS				FR - 359484	
Projeto de Pesquisa A Saúde no Sistema Prisional Catarinense					
Área de Conhecimento 4.00 - Ciências da Saúde - 4.05 - Saúde Coletiva - Nenhum				Grupo Grupo III	Nível Não se aplica
Área(s) Temática(s) Especial(s)					Fase Não se Aplica
Unitermos Saúde nas prisões, saúde coletiva, sistema prisional, saúde mental, sistema prisional					
Sujeitos na Pesquisa					
Nº de Sujeitos no Centro 17	Total Brasil 17	Nº de Sujeitos Total 17	Grupos Especiais Pessoas numa relação de dependência como presidiários, militares, alunos, funcionários, etc		
Placebo NAO	Medicamentos HIV / AIDS NÃO	Wash-out NÃO	Sem Tratamento Específico NÃO	Banco de Materiais Biológicos NÃO	
Pesquisador Responsável					
Pesquisador Responsável WALTER FERREIRA DE OLIVEIRA		CPF 351.087.207-00	Identidade 2549456		
Área de Especialização SAUDE PUBLICA		Maior Titulação DOUTORADO		Nacionalidade BRASILEIRA	
Endereço R. Nossa Senhora de Fátima, 226		Bairro Morro das Pedras	Cidade Florianópolis - SC		
Código Postal 88066-020	Telefone 37219388 / 32329231	Fax 37219542	Email walter@ccs.ufsc.br		
Termo de Compromisso					
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não.					
Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima.					
Data: 02/08/2010					 Assinatura
Instituição Onde Será Realizado					
Nome Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC		CNPJ - 83.899.526/0001-82	Nacional/Internacional Nacional		
Unidade/Órgão Departamento de Saúde Pública		Participação Estrangeira NÃO	Projeto Multicêntrico NÃO		
Endereço Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima		Bairro Trindade	Cidade Florianópolis - SC		
Código Postal 88040-900	Telefone 48 3319206	Fax 48 3319599	Email cep@reitoria.ufsc.br		
Termo de Compromisso					
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.					
Nome: SÉRGIO F. TORRES DE FREITAS					 Sérgio F. Torres de Freitas Coordenador do Programa de % Graduação em Saúde Pública
Data: 02/08/2010					

O Projeto deverá ser entregue no CEP em até 30 dias a partir de 02/08/2010. Não ocorrendo a entrega nesse prazo esta Folha de Rosto será INVALIDADA.

APÊNDICE E - MENSAGEM ENVIADA ATRAVÉS DE CORREIO ELETRÔNICO ÀS UNIDADES PRISIONAIS DA AMOSTRA:

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

Prezados srs.

Meu nome é Fernando Balvedi Damas, sou médico psiquiatra, já trabalhei no sistema prisional no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP). Estou realizando a pesquisa sobre A Saúde Mental no Sistema Prisional Catarinense, sob orientação do professor Walter Ferreira de Oliveira, como pré-requisito para a conclusão do curso de mestrado em Saúde Pública pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Os objetivos gerais são conhecer a situação de saúde mental dos detentos das unidades prisionais de Santa Catarina sob a ótica dos diretores prisionais, e a aplicação das políticas de saúde para a população carcerária. Os procedimentos da pesquisa compreendem visitas a determinadas unidades prisionais do estado de Santa Catarina, sendo que além do método observacional, estão sendo realizadas entrevistas com os diretores destas unidades, cujas identidades serão preservadas através do anonimato. Portanto, será garantido o sigilo das informações coletadas, preservando a identidade das falas dos entrevistados. Os participantes poderão desistir da pesquisa a qualquer momento, mesmo depois da realização da entrevista.

A pesquisa foi aprovada pelo Departamento de Saúde Pública da UFSC, assim como do diretor da DEAP, e pelo Comitê de ética da UFSC, conforme documentação anexa.

Os resultados desta pesquisa serão utilizados exclusivamente para fins acadêmico-científicos, sem qualquer interesse comercial. Espera-se que, com a realização desta pesquisa, ocorra ampliação do conhecimento a respeito da situação da saúde no sistema prisional catarinense, podendo gerar subsídios para identificação de problemas e soluções para as unidades prisionais brasileiras. Em caso de dúvidas em relação ao estudo ou quaisquer circunstâncias, pode entrar em contato pelos telefones (48) 8812-5531 (meu celular), ou (48) 3721-9388 (Departamento de saúde pública da UFSC), ou ainda pelos e-mails: dr.fernandobd@gmail.com e ppgsp@ccs.ufsc.br.

Aguardo resposta sobre a vossa disponibilidade para que possamos marcar data para visitação e entrevista com o diretor da unidade.

Att,

--

Fernando Balvedi Damas
Médico psiquiatra (CRM/SC 12479 - RQE/Psiquiatria 7046)
Pesquisador responsável (mestrando em Saúde Pública)

ANEXO 1 – LEI DE EXECUÇÕES PENAIS

LEI DE EXECUÇÃO PENAL LEI N.º 7.210, DE 11 DE JULHO DE 1984

Institui a Lei de Execução Penal.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

TÍTULO I DO OBJETO E DA APLICAÇÃO DA LEI DE EXECUÇÃO PENAL

Art. 1º - A execução penal tem por objetivo efetivar as disposições de sentença ou decisão criminal e proporcionar condições para a harmônica integração social do condenado e do internado.

Art. 2º - A jurisdição penal dos juízes ou tribunais da justiça ordinária, em todo o território nacional, será exercida, no processo de execução, na conformidade desta Lei e do Código de Processo Penal.

Parágrafo único - Esta Lei aplicar-se-á igualmente ao preso provisório e ao condenado pela Justiça Eleitoral ou Militar, quando recolhido a estabelecimento sujeito à jurisdição ordinária.

Art. 3º - Ao condenado e ao internado serão assegurados todos os direitos não atingidos pela sentença ou pela lei.

Parágrafo único - Não haverá qualquer distinção de natureza racial, social, religiosa ou política.

Art. 4º - O Estado deverá recorrer à cooperação da comunidade nas atividades de execução da pena e da medida de segurança.

TÍTULO II DO CONDENADO E DO INTERNADO

CAPÍTULO I DA CLASSIFICAÇÃO

Art. 5º - Os condenados serão classificados, segundo os seus antecedentes e personalidade, para orientar a individualização da execução penal.

Art. 6º - A classificação será feita por Comissão Técnica de Classificação que elaborará o programa individualizador e acompanhará a execução das penas privativas de liberdade e restritivas de direitos, devendo propor, à autoridade competente, as progressões e regressões dos regimes, bem como as conversões.

Art. 7º - A Comissão Técnica de Classificação, existente em cada estabelecimento, será presidida pelo diretor e composta, no mínimo, por dois chefes de serviço, um psiquiatra, um psicólogo e um assistente social, quando se tratar de condenado à pena privativa da liberdade.

Parágrafo único - Nos demais casos a Comissão atuará junto ao Juízo da Execução e será integrada por fiscais do Serviço Social.

Art. 8º - O condenado ao cumprimento de pena privativa de liberdade, em regime fechado, será submetido a exame criminológico para a obtenção dos elementos necessários a uma adequada classificação e com vistas à individualização da execução.

Parágrafo único - Ao exame de que trata este artigo poderá ser submetido o condenado ao cumprimento da pena privativa de liberdade em regime semi-aberto.

Art. 9º - A Comissão, no exame para a obtenção de dados reveladores da personalidade, observando a ética profissional e tendo sempre presentes peças ou informações do processo, poderá:

I - entrevistar pessoas;

II - requisitar, de repartições ou estabelecimentos privados, dados e informações a respeito do condenado;

III - realizar outras diligências e exames necessários.

CAPÍTULO II DA ASSISTÊNCIA

SEÇÃO I DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 10 - A assistência ao preso e ao internado é dever do Estado, objetivando prevenir o crime e orientar o retorno à convivência em sociedade.

Parágrafo único - A assistência estende-se ao egresso.

Art. 11 - A assistência será:

I - material;

II - à saúde;

III - jurídica;

IV - educacional;

V - social;

VI - religiosa.

SEÇÃO II DA ASSISTÊNCIA MATERIAL

Art. 12 - A assistência material ao preso e ao internado consistirá no fornecimento de alimentação, vestuário e instalações higiênicas.

Art. 13 - O estabelecimento disporá de instalações e serviços que atendam aos presos nas suas necessidades pessoais, além de locais destinados à venda de produtos e objetos permitidos e não fornecidos pela Administração.

SEÇÃO III DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Art. 14 - A assistência à saúde do preso e do internado, de caráter preventivo e curativo, compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico.

§ 1º - (Vetado).

§ 2º - Quando o estabelecimento penal não estiver aparelhado para prover a assistência médica necessária, esta será prestada em outro local, mediante autorização da direção do estabelecimento.

SEÇÃO IV DA ASSISTÊNCIA JURÍDICA

Art. 15 - A assistência jurídica é destinada aos presos e aos internados sem recursos financeiros para constituir advogado.

Art. 16 - As unidades da Federação deverão ter serviços de assistência jurídica nos estabelecimentos penais.

SEÇÃO V DA ASSISTÊNCIA EDUCACIONAL

Art. 17 - A assistência educacional compreenderá a instrução escolar e a formação profissional do preso e do internado.

Art. 18 - O ensino de primeiro grau será obrigatório, integrando-se no sistema escolar da unidade federativa.

Art. 19 - O ensino profissional será ministrado em nível de iniciação ou de aperfeiçoamento técnico.

Parágrafo único - A mulher condenada terá ensino profissional adequado à sua condição.

Art. 20 - As atividades educacionais podem ser objeto de convênio com entidades públicas ou particulares, que instalem escolas ou ofereçam cursos especializados.

Art. 21 - Em atendimento às condições locais, dotar-se-á cada estabelecimento de uma biblioteca, para uso de todas as categorias de reclusos, provida de livros instrutivos, recreativos e didáticos.

SEÇÃO VI DA ASSISTÊNCIA SOCIAL

Art. 22 - A assistência social tem por finalidade amparar o preso e o internado e prepará-los para o retorno à liberdade.

Art. 23 - Incumbe ao serviço de assistência social:

I - conhecer os resultados dos diagnósticos e exames;

II - relatar, por escrito, ao diretor do estabelecimento, os problemas e as dificuldades enfrentados pelo assistido;

III - acompanhar o resultado das permissões de saídas e das saídas temporárias;

IV - promover, no estabelecimento, pelos meios disponíveis, a recreação;

V - promover a orientação do assistido, na fase final do cumprimento da pena, e do liberando, de modo a facilitar o seu retorno à liberdade;

VI - providenciar a obtenção de documentos, dos benefícios da previdência social e do seguro por acidente no trabalho;

VII - orientar e amparar, quando necessário, a família do preso, do internado e da vítima.

SEÇÃO VII DA ASSISTÊNCIA RELIGIOSA

Art. 24 - A assistência religiosa, com liberdade de culto, será prestada aos presos e aos internados, permitindo-se-lhes a participação nos serviços organizados no estabelecimento penal, bem como a posse de livros de instrução religiosa.

§ 1º - No estabelecimento haverá local apropriado para os cultos religiosos.

§ 2º - Nenhum preso ou internado poderá ser obrigado a participar de atividade religiosa.

SEÇÃO VIII DA ASSISTÊNCIA AO EGRESSO

Art. 25 - A assistência ao egresso consiste:

I - na orientação e apoio para reintegrá-lo à vida em liberdade;

II - na concessão, se necessário, de alojamento e alimentação, em estabelecimento adequado, pelo prazo de 2 (dois) meses.

Parágrafo único - O prazo estabelecido no inciso II poderá ser prorrogado uma única vez, comprovado, por declaração do assistente social, o empenho na obtenção de emprego.

Art. 26 - Considera-se egresso para os efeitos desta Lei:

I - o liberado definitivo, pelo prazo de 1 (um) ano a contar da saída do estabelecimento;

II - o liberado condicional, durante o período de prova.

Art. 27 - O serviço de assistência social colaborará com o egresso para a obtenção de trabalho.

CAPÍTULO III DO TRABALHO

SEÇÃO I DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 28 - O trabalho do condenado, como dever social e condição de dignidade humana, terá finalidade educativa e produtiva.

§ 1º - Aplicam-se à organização e aos métodos de trabalho as precauções relativas à segurança e à higiene.

§ 2º - O trabalho do preso não está sujeito ao regime da Consolidação das Leis do Trabalho.

Art. 29 - O trabalho do preso será remunerado, mediante prévia tabela, não podendo ser inferior a três quartos do salário mínimo.

§ 1º - O produto da remuneração pelo trabalho deverá atender:

a) à indenização dos danos causados pelo crime, desde que determinados judicialmente e não reparados por outros meios;

b) à assistência à família;

c) a pequenas despesas pessoais;

d) ao ressarcimento ao Estado das despesas realizadas com a manutenção do condenado, em proporção a ser fixada e sem prejuízo da destinação prevista nas letras anteriores.

§ 2º - Ressalvadas outras aplicações legais, será depositada a parte restante para constituição do pecúlio, em cadernetas de poupança, que será entregue ao condenado quando posto em liberdade.

Art. 30 - As tarefas executadas como prestação de serviço à comunidade não serão remuneradas.

SEÇÃO II DO TRABALHO INTERNO

Art. 31 - O condenado à pena privativa de liberdade está obrigado ao trabalho na medida de suas aptidões e capacidade.

Parágrafo único - Para o preso provisório, o trabalho não é obrigatório e só poderá ser executado no interior do estabelecimento.

Art. 32 - Na atribuição do trabalho deverão ser levadas em conta a habilitação, a condição pessoal e as necessidades futuras do preso, bem como as oportunidades oferecidas pelo mercado.

§ 1º - Deverá ser limitado, tanto quanto possível, o artesanato sem expressão econômica, salvo nas regiões de turismo.

§ 2º - Os maiores de 60 (sessenta) anos poderão solicitar ocupação adequada à sua idade.

§ 3º - Os doentes ou deficientes físicos somente exercerão atividades apropriadas ao seu estado.

Art. 33 - A jornada normal de trabalho não será inferior a 6 (seis), nem superior a 8 (oito) horas, com descanso nos domingos e feriados.

Parágrafo único - Poderá ser atribuído horário especial de trabalho aos presos designados para os serviços de conservação e manutenção do estabelecimento penal.

Art. 34 - O trabalho poderá ser gerenciado por fundação, ou empresa pública, com autonomia administrativa, e terá por objetivo a formação profissional do condenado.

Parágrafo único - Nessa hipótese, incumbirá à entidade gerenciadora promover e supervisionar a produção, com critérios e métodos empresariais, encarregar-se de sua comercialização, bem como suportar despesas, inclusive pagamento de remuneração adequada.

Art. 35 - Os órgãos da administração direta ou indireta da União, Estados, Territórios, Distrito Federal e dos Municípios adquirirão, com dispensa de concorrência pública, os bens ou produtos do trabalho prisional, sempre que não for possível ou recomendável realizar-se a venda a particulares.

Parágrafo único - Todas as importâncias arrecadadas com as vendas reverterão em favor da fundação ou empresa pública a que alude o artigo anterior ou, na sua falta, do estabelecimento penal.

SEÇÃO III DO TRABALHO EXTERNO

Art. 36 - O trabalho externo será admissível para os presos em regime fechado somente em serviço ou obras públicas realizadas por órgãos da administração direta ou indireta, ou entidades privadas, desde que tomadas as cautelas contra a fuga e em favor da disciplina.

§ 1º - O limite máximo do número de presos será de 10% (dez por cento) do total de empregados na obra.

§ 2º - Caberá ao órgão da administração, à entidade ou à empresa empreiteira a remuneração desse trabalho.

§ 3º - A prestação de trabalho a entidade privada depende do consentimento expresso do preso.

Art. 37 - A prestação de trabalho externo, a ser autorizada pela direção do estabelecimento, dependerá de aptidão, disciplina e responsabilidade, além do cumprimento mínimo de um sexto da pena.

Parágrafo único - Revogar-se-á a autorização de trabalho externo ao preso que vier a praticar fato definido como crime, for punido por falta grave, ou tiver comportamento contrário aos requisitos estabelecidos neste artigo.

CAPÍTULO IV DOS DEVERES, DOS DIREITOS E DA DISCIPLINA

SEÇÃO I DOS DEVERES

Art. 38 - Cumpre ao condenado, além das obrigações legais inerentes ao seu estado, submeter-se às normas de execução da pena.

Art. 39 - Constituem deveres do condenado:

I - comportamento disciplinado e cumprimento fiel da sentença;

II - obediência ao servidor e respeito a qualquer pessoa com quem deva relacionar-se;

III - urbanidade e respeito no trato com os demais condenados;

IV - conduta oposta aos movimentos individuais ou coletivos de fuga ou de subversão à ordem ou à disciplina;

V - execução do trabalho, das tarefas e das ordens recebidas;

VI - submissão à sanção disciplinar imposta;

VII - indenização à vítima ou aos seus sucessores;

VIII - indenização ao Estado, quando possível, das despesas realizadas com a sua manutenção, mediante desconto proporcional da remuneração do trabalho;

IX - higiene pessoal e asseio da cela ou alojamento;

X - conservação dos objetos de uso pessoal.

Parágrafo único - Aplica-se ao preso provisório, no que couber, o disposto neste artigo.

SEÇÃO II DOS DIREITOS

Art. 40 - Impõe-se a todas as autoridades o respeito à integridade física e moral dos condenados e dos presos provisórios.

Art. 41 - Constituem direitos do preso:

I - alimentação suficiente e vestuário;

II - atribuição de trabalho e sua remuneração;

III - previdência social;

IV - constituição de pecúlio;

V - proporcionalidade na distribuição do tempo para o trabalho, o descanso e a recreação;

VI - exercício das atividades profissionais, intelectuais, artísticas e desportivas anteriores, desde que compatíveis com a execução da pena;

VII - assistência material, à saúde, jurídica, educacional, social e religiosa;

VIII - proteção contra qualquer forma de sensacionalismo;

IX - entrevista pessoal e reservada com o advogado;

X - visita do cônjuge, da companheira, de parentes e amigos em dias determinados;

XI - chamamento nominal;

XII - igualdade de tratamento salvo quanto às exigências da individualização da pena;

XIII - audiência especial com o diretor do estabelecimento;

XIV - representação e petição a qualquer autoridade, em defesa de direito;

XV - contato com o mundo exterior por meio de correspondência escrita, da leitura e de outros meios de informação que não comprometam a moral e os bons costumes.

Parágrafo único - Os direitos previstos nos incisos V, X e XV poderão ser suspensos ou restringidos mediante ato motivado do diretor do estabelecimento.

Art. 42 - Aplica-se ao preso provisório e ao submetido à medida de segurança, no que couber, o disposto nesta Seção.

Art. 43 - É garantida a liberdade de contratar médico de confiança pessoal do internado ou do submetido a tratamento ambulatorial, por seus familiares ou dependentes, a fim de orientar e acompanhar o tratamento.

Parágrafo único - As divergências entre o médico oficial e o particular serão resolvidas pelo juiz de execução.

SEÇÃO III DA DISCIPLINA

SUBSEÇÃO I DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 44 - A disciplina consiste na colaboração com a ordem, na obediência às determinações das autoridades e seus agentes e no desempenho do trabalho.

Parágrafo único - Estão sujeitos à disciplina o condenado à pena privativa de liberdade ou restritiva de direitos e o preso provisório.

Art. 45 - Não haverá falta nem sanção disciplinar sem expressa e anterior previsão legal ou regulamentar.

§ 1º - As sanções não poderão colocar em perigo a integridade física e moral do condenado.

§ 2º - É vedado o emprego de cela escura.

§ 3º - São vedadas as sanções coletivas.

Art. 46 - O condenado ou denunciado, no início da execução da pena ou da prisão, será cientificado das normas disciplinares.

Art. 47 - O poder disciplinar, na execução da pena privativa de liberdade, será exercido pela autoridade administrativa conforme as disposições regulamentares.

Art. 48 - Na execução das penas restritivas de direitos, o poder disciplinar será exercido pela autoridade administrativa a que estiver sujeito o condenado.

Parágrafo único - Nas faltas graves, a autoridade representará ao juiz da execução para os fins dos arts. 118, I, 125, 127, 181, §§ 1º, d, e 2º desta Lei.

SUBSEÇÃO II DAS FALTAS DISCIPLINARES

Art. 49 - As faltas disciplinares classificam-se em leves, médias e graves. A legislação local especificará as leves e médias, bem assim as respectivas sanções.

Parágrafo único - Pune-se a tentativa com a sanção correspondente à falta consumada.

Art. 50 - Comete falta grave o condenado à pena privativa de liberdade que:

I - incitar ou participar de movimento para subverter a ordem ou a disciplina;

II - fugir;

III - possuir, indevidamente, instrumento capaz de ofender a integridade física de outrem;

IV - provocar acidente de trabalho;

V - descumprir, no regime aberto, as condições impostas;

VI - inobservar os deveres previstos nos incisos II e V do art. 39 desta Lei.

Parágrafo único - O disposto neste artigo aplica-se, no que couber, ao preso provisório.

Art. 51 - Comete falta grave o condenado à pena restritiva de direitos que:

I - descumprir, injustificadamente, a restrição imposta;

II - retardar, injustificadamente, o cumprimento da obrigação imposta;

III - inobservar os deveres previstos nos incisos II e V do art. 39 desta Lei.

Art. 52 - A prática de fato previsto como crime doloso constitui falta grave e sujeita o preso, ou condenado, à sanção disciplinar, sem prejuízo da sanção penal.

SUBSEÇÃO III DAS SANÇÕES E DAS RECOMPENSAS

Art. 53 - Constituem sanções disciplinares:

I - advertência verbal;

II - repreensão;

III - suspensão ou restrição de direitos (art. 41, parágrafo único);

IV - isolamento na própria cela, ou em local adequado, nos estabelecimentos que possuam alojamento coletivo, observado o disposto no art. 88 desta Lei.

Art. 54 - As sanções dos incisos I a III do artigo anterior serão aplicadas pelo diretor do estabelecimento; a do inciso IV, por conselho disciplinar, conforme dispuser o regulamento.

Art. 55 - As recompensas têm em vista o bom comportamento reconhecido em favor do condenado, de sua colaboração com a disciplina e de sua dedicação ao trabalho.

Art. 56 - São recompensas:

I - o elogio;

II - a concessão de regalias.

Parágrafo único - A legislação local e os regulamentos estabelecerão a natureza e a forma de concessão de regalias.

SUBSEÇÃO IV DA APLICAÇÃO DAS SANÇÕES

Art. 57 - Na aplicação das sanções disciplinares levar-se-á em conta a pessoa do faltoso, a natureza e as circunstâncias do fato, bem como as suas conseqüências.
Parágrafo único - Nas faltas graves, aplicam-se as sanções previstas nos incisos III e IV do art. 53 desta Lei.

Art. 58 - O isolamento, a suspensão e a restrição de direitos não poderão exceder a 30 (trinta) dias.

Parágrafo único - O isolamento será sempre comunicado ao juiz da execução.

SUBSEÇÃO V DO PROCEDIMENTO DISCIPLINAR

Art. 59 - Praticada a falta disciplinar, deverá ser instaurado o procedimento para sua apuração, conforme regulamento, assegurado o direito de defesa.

Parágrafo único - A decisão será motivada.

Art. 60 - A autoridade administrativa poderá decretar o isolamento preventivo do faltoso, pelo prazo máximo de 10 (dez) dias, no interesse da disciplina e da averiguação do fato.

Parágrafo único - O tempo de isolamento preventivo será computado no período de cumprimento da sanção disciplinar.

TÍTULO III DOS ÓRGÃOS DA EXECUÇÃO PENAL

CAPÍTULO I DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 61 - São órgãos da execução penal:

I - O Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária;

II - o Juízo da Execução;

III - o Ministério Público;

IV - o Conselho Penitenciário;

V - os Departamentos Penitenciários;

VI - o Patronato;

VII - o Conselho da Comunidade.

CAPÍTULO II DO CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA

Art. 62 - O Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, com sede na Capital da República, é subordinado ao Ministério da Justiça.

Art. 63 - O Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária será integrado por 13 (treze) membros designados através de ato do Ministério da Justiça, dentre professores e profissionais da área do Direito Penal, Processual

Penal, Penitenciário e ciências correlatas, bem como por representantes da comunidade e dos Ministérios da área social.

Parágrafo único - O mandato dos membros do Conselho terá duração de 2 (dois) anos, renovado um terço em cada ano.

Art. 64 - Ao Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, no exercício de suas atividades, em âmbito federal ou estadual, incumbe:

I - propor diretrizes da política criminal quanto a prevenção do delito, administração da justiça criminal e execução das penas e das medidas de segurança;

II - contribuir na elaboração de planos nacionais de desenvolvimento, sugerindo as metas e prioridades da política criminal e penitenciária;

III - promover a avaliação periódica do sistema criminal para a sua adequação às necessidades do País;

IV - estimular e promover a pesquisa criminológica;

V - elaborar programa nacional penitenciário de formação e aperfeiçoamento do servidor;

VI - estabelecer regras sobre a arquitetura e construção de estabelecimentos penais e casas de albergados;

VII - estabelecer os critérios para a elaboração da estatística criminal;

VIII - inspecionar e fiscalizar os estabelecimentos penais, bem assim informar-se, mediante relatórios do Conselho Penitenciário, requisições, visitas ou outros meios, acerca do desenvolvimento da execução penal nos Estados, Territórios e Distrito Federal, propondo às autoridades dela incumbidas as medidas necessárias ao seu aprimoramento;

IX - representar ao juiz da execução ou à autoridade administrativa para instauração de sindicância ou procedimento administrativo, em caso de violação das normas referentes à execução penal;

X - representar à autoridade competente para a interdição, no todo ou em parte, de estabelecimento penal.

CAPÍTULO III DO JUÍZO DA EXECUÇÃO

Art. 65 - A execução penal competirá ao juiz indicado na lei local de organização judiciária e, na sua ausência, ao da sentença.

Art. 66 - Compete ao juiz da execução:

I - aplicar aos casos julgados lei posterior que de qualquer modo favorecer o condenado;

II - declarar extinta a punibilidade;

III - decidir sobre:

a) soma ou unificação de penas;

b) progressão ou regressão nos regimes;

c) detração e remição da pena;

d) suspensão condicional da pena;

e) livramento condicional;

f) incidentes da execução.

IV - autorizar saídas temporárias;

V - determinar:

a) a forma de cumprimento da pena restritiva de direitos e fiscalizar sua execução;

b) a conversão da pena restritiva de direitos e de multa em privativa de liberdade;

c) a conversão da pena privativa de liberdade em restritiva de direitos;

d) a aplicação da medida de segurança, bem como a substituição da pena por medida de segurança;

e) a revogação da medida de segurança;

f) a desinternação e o restabelecimento da situação anterior;

g) o cumprimento de pena ou medida de segurança em outra comarca;

h) a remoção do condenado na hipótese prevista no § 1º do art. 86 desta Lei;

VI - zelar pelo correto cumprimento da pena e da medida de segurança;

VII - inspecionar, mensalmente, os estabelecimentos penais, tomando providências para o adequado funcionamento e promovendo, quando for o caso, a apuração de responsabilidade;

VIII - interditar, no todo ou em parte, estabelecimento penal que estiver funcionando em condições inadequadas ou com infringência aos dispositivos desta Lei;

IX - compor e instalar o Conselho da Comunidade.

CAPÍTULO IV DO MINISTÉRIO PÚBLICO

Art. 67 - O Ministério Público fiscalizará a execução da pena e da medida de segurança, oficiando no processo executivo e nos incidentes da execução.

Art. 68 - Incumbe, ainda, ao Ministério Público:

I - fiscalizar a regularidade formal das guias de recolhimento e de internamento;

II - requerer:

a) todas as providências necessárias ao desenvolvimento do processo executivo;

b) a instauração dos incidentes de excesso ou desvio de execução;

c) a aplicação de medida de segurança, bem como a substituição da pena por medida de segurança;

d) a revogação da medida de segurança;

e) a conversão de penas, a progressão ou regressão nos regimes e a revogação da suspensão condicional da pena e do livramento condicional;

f) a internação, a desinternação e o restabelecimento da situação anterior;

III - interpor recursos de decisões proferidas pela autoridade judiciária, durante execução.

Parágrafo único - O órgão do Ministério Público visitará mensalmente os estabelecimentos penais, registrando a sua presença em livro próprio.

CAPÍTULO V

DO CONSELHO PENITENCIÁRIO

Art. 69 - O Conselho Penitenciário é órgão consultivo e fiscalizador da execução da pena.

§ 1º - O Conselho será integrado por membros nomeados pelo governador do Estado, do Distrito Federal e dos Territórios, dentre professores e profissionais da área de Direito Penal, Processual Penal, Penitenciário e ciências correlatas, bem como por representantes da comunidade. A legislação federal e estadual regulará o seu funcionamento.

§ 2º - O mandato dos membros do Conselho Penitenciário terá a duração de 4 (quatro) anos.

Art. 70 - Incumbe ao Conselho Penitenciário:

I - emitir parecer sobre livramento condicional, indulto e comutação de pena;

II - inspecionar os estabelecimentos e serviços penais;

III - apresentar, no primeiro trimestre de cada ano, ao Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, relatório dos trabalhos efetuados no exercício anterior;

IV - supervisionar os patronatos, bem como a assistência aos egressos.

CAPÍTULO VI DOS DEPARTAMENTOS PENITENCIÁRIOS

SEÇÃO I DO DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL

Art. 71 - O Departamento Penitenciário Nacional, subordinado ao Ministério da Justiça, é órgão executivo da Política Penitenciária Nacional e de apoio administrativo e financeiro do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária.

Art. 72 - São atribuições do Departamento Penitenciário Nacional:

I - acompanhar a fiel aplicação das normas de execução penal em todo o território nacional;

II - inspecionar e fiscalizar periodicamente os estabelecimentos e serviços penais;

III - assistir tecnicamente as unidades federativas na implementação dos princípios e regras estabelecidos nesta Lei;

IV - colaborar com as unidades federativas, mediante convênios, na implantação de estabelecimentos e serviços penais;

V - colaborar com as unidades federativas para a realização de cursos de formação de pessoal penitenciário e de ensino profissionalizante do condenado e do internado.

Parágrafo único - Incumbem também ao Departamento a coordenação e supervisão dos estabelecimentos penais e de internamento federais.

SEÇÃO II

DO DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO LOCAL

Art. 73 - A legislação local poderá criar Departamento Penitenciário ou órgão similar, com as atribuições que estabelecer.

Art. 74 - O Departamento Penitenciário local, ou órgão similar, tem por finalidade supervisionar e coordenar os estabelecimentos penais da unidade da Federação a que pertencer.

SEÇÃO III DA DIREÇÃO E DO PESSOAL DOS ESTABELECIMENTOS PENAIS

Art. 75 - O ocupante do cargo de diretor de estabelecimento deverá satisfazer os seguintes requisitos:

I - ser portador de diploma de nível superior de Direito, ou Psicologia, ou Ciências Sociais, ou Pedagogia, ou Serviços Sociais;

II - possuir experiência administrativa na área;

III - ter idoneidade moral e reconhecida aptidão para o desempenho da função.

Parágrafo único - O diretor deverá residir no estabelecimento, ou nas proximidades, e dedicará tempo integral à sua função.

Art. 76 - O Quadro do Pessoal Penitenciário será organizado em diferentes categorias funcionais, segundo as necessidades do serviço, com especificação de atribuições relativas às funções de direção, chefia e assessoramento do estabelecimento e às demais funções.

Art. 77 - A escolha do pessoal administrativo, especializado, de instrução técnica e de vigilância atenderá a vocação, preparação profissional e antecedentes pessoais do candidato.

§ 1º - O ingresso do pessoal penitenciário, bem como a progressão ou a ascensão funcional dependerão de cursos específicos de formação, procedendo-se à reciclagem periódica dos servidores em exercício.

§ 2º - No estabelecimento para mulheres somente se permitirá o trabalho de pessoal do sexo feminino, salvo quando se tratar de pessoal técnico especializado.

CAPÍTULO VII DO PATRONATO

Art. 78 - O Patronato público ou particular destina-se a prestar assistência aos albergados e aos egressos (art. 26).

Art. 79 - Incumbe também ao Patronato:

I - orientar os condenados à pena restritiva de direitos;

II - fiscalizar o cumprimento das penas de prestação de serviço a comunidade e limitação de fim de semana;

III - colaborar na fiscalização do cumprimento das condições da suspensão e do livramento condicional.

CAPÍTULO VIII DO CONSELHO DA COMUNIDADE

Art. 80 - Haverá, em cada comarca, um Conselho da Comunidade, composto, no mínimo, por um representante de associação comercial ou industrial, um advogado indicado pela seção da Ordem dos Advogados do Brasil e um assistente social escolhido pela Delegacia Seccional do Conselho Nacional de Assistentes Sociais.

Parágrafo único - Na falta da representação prevista neste artigo, ficará a critério do juiz da execução a escolha dos integrantes do Conselho.

Art. 81 - Incumbe ao Conselho da Comunidade:

I - visitar, pelo menos mensalmente, os estabelecimentos penais existentes na comarca;

II - entrevistar presos;

III - apresentar relatórios mensais ao juiz da execução e ao Conselho Penitenciário;

IV - diligenciar a obtenção de recursos materiais e humanos para melhor assistência ao preso ou internado, em harmonia com a direção do estabelecimento.

TÍTULO IV DOS ESTABELECIMENTOS PENAIS

CAPÍTULO I DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 82 - Os estabelecimentos penais destinam-se ao condenado, ao submetido à medida de segurança, ao preso provisório e ao egresso.

§ 1º - A mulher será recolhida a estabelecimento próprio e adequado à sua condição pessoal.

§ 2º - O mesmo conjunto arquitetônico poderá abrigar estabelecimentos de destinação diversa desde que devidamente isolados.

Art. 83 - O estabelecimento penal, conforme a sua natureza, deverá contar em suas dependências com áreas e serviços destinados a dar assistência, educação, trabalho, recreação e prática esportiva.

§ 1º - Haverá instalação destinada a estágio de estudantes universitários.

§ 2º - Os estabelecimentos penais destinados a mulheres serão dotados de berçário, onde as condenadas possam amamentar seus filhos.

Art. 84 - O preso provisório ficará separado do condenado por sentença transitada em julgado.

§ 1º - O preso primário cumprirá pena em seção distinta daquela reservada para os reincidentes.

§ 2º - O preso que, ao tempo do fato, era funcionário da administração da justiça criminal ficará em dependência separada.

Art. 85 - O estabelecimento penal deverá ter lotação compatível com a sua estrutura e finalidade.

Parágrafo único - O Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária determinará o limite máximo de capacidade do estabelecimento, atendendo a sua natureza e peculiaridades.

Art. 86 - As penas privativas de liberdade aplicadas pela justiça de uma unidade federativa podem ser executadas em outra unidade, em estabelecimento local ou da União.

§ 1º - A União Federal poderá construir estabelecimento penal em local distante da condenação para recolher, mediante decisão judicial, os condenados à pena superior a 15 (quinze) anos, quando a medida se justifique no interesse da segurança pública ou do próprio condenado.

§ 2º - Conforme a natureza do estabelecimento, nele poderão trabalhar os liberados ou egressos que se dediquem a obras públicas ou ao aproveitamento de terras ociosas.

CAPÍTULO II DA PENITENCIÁRIA

Art. 87 - A Penitenciária destina-se ao condenado à pena de reclusão, em regime fechado.

Art. 88 - O condenado será alojado em cela individual que conterà dormitório, aparelho sanitário e lavatório.

Parágrafo único - São requisitos básicos da unidade celular:

- a) salubridade do ambiente pela concorrência dos fatores de aeração, insolação e condicionamento térmico adequado à existência humana;
- b) área mínima de 6 m² (seis metros quadrados).

Art. 89 - Além dos requisitos referidos no artigo anterior, a penitenciária de mulheres poderá ser dotada de seção para gestante e parturiente e de creche com a finalidade de assistir ao menor desamparado cuja responsável esteja presa.

Art. 90 - A penitenciária de homens será construída em local afastado do centro urbano a distância que não restrinja a visitação.

CAPÍTULO III DA COLÔNIA AGRÍCOLA, INDUSTRIAL OU SIMILAR

Art. 91 - A Colônia Agrícola, Industrial ou similar destina-se ao cumprimento da pena em regime semi-aberto.

Art. 92 - O condenado poderá ser alojado em compartimento coletivo, observados os requisitos da letra a do parágrafo único do art. 88 desta Lei.

Parágrafo único - São também requisitos básicos das dependências coletivas:

- a) a seleção adequada dos presos;
- b) o limite de capacidade máxima que atenda os objetivos de individualização da pena.

CAPÍTULO IV DA CASA DO ALBERGADO

Art. 93 - A Casa do Albergado destina-se ao cumprimento de pena privativa de liberdade, em regime aberto, e da pena de limitação de fim de semana.

Art. 94 - O prédio deverá situar-se em centro urbano, separado dos demais estabelecimentos, e caracterizar-se pela ausência de obstáculos físicos contra a fuga.

Art. 95 - Em cada região haverá, pelo menos, uma Casa de Albergado, a qual deverá conter, além dos aposentos para acomodar os presos, local adequado para cursos e palestras.

Parágrafo único - O estabelecimento terá instalações para os serviços de fiscalização e orientação dos condenados.

CAPÍTULO V DO CENTRO DE OBSERVAÇÃO

Art. 96 - No Centro de Observação realizar-se-ão os exames gerais e o criminológico, cujos resultados serão encaminhados à Comissão Técnica de Classificação.

Parágrafo único - No Centro poderão ser realizadas pesquisas criminológicas.

Art. 97 - O Centro de Observação será instalado em unidade autônoma ou em anexo a estabelecimento penal.

Art. 98 - Os exames poderão ser realizados pela Comissão Técnica de Classificação, na falta do Centro de Observação.

CAPÍTULO VI DO HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO

Art. 99 - O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico destina-se aos inimputáveis e semi-imputáveis referidos no art. 26 e seu parágrafo único do Código Penal.

Parágrafo único - Aplica-se ao Hospital, no que couber, o disposto no parágrafo único do art. 88 desta Lei.

Art. 100 - O exame psiquiátrico e os demais exames necessários ao tratamento são obrigatórios para todos os internados.

Art. 101 - O tratamento ambulatorial, previsto no art. 97, segunda parte, do Código Penal, será realizado no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico ou em outro local com dependência médica adequada.

CAPÍTULO VII DA CADEIA PÚBLICA

Art. 102 - A Cadeia Pública destina-se ao recolhimento de presos provisórios.

Art. 103 - Cada comarca terá, pelo menos, uma Cadeia Pública a fim de resguardar o interesse da administração da justiça criminal e a permanência do preso em local próximo ao seu meio social e familiar.

Art. 104 - O estabelecimento de que trata este Capítulo será instalado próximo de centro urbano, observando-se na construção as exigências mínimas referidas no art. 88 e seu parágrafo único desta Lei.

TÍTULO V DA EXECUÇÃO DAS PENAS EM ESPÉCIE

CAPÍTULO I DAS PENAS PRIVATIVAS DE LIBERDADE

SEÇÃO I DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 105 - Transitando em julgado a sentença que aplicar pena privativa de liberdade, se o réu estiver ou vier a ser preso, o juiz ordenará a expedição de guia de recolhimento para a execução.

Art. 106 - A guia de recolhimento, extraída pelo escrivão, que a rubricará em todas as folhas e a assinará com o juiz, será remetida à autoridade administrativa incumbida da execução e conterá:

I - o nome do condenado;

II - a sua qualificação civil e o número do registro geral no órgão oficial de identificação;

III - o inteiro teor da denúncia e da sentença condenatória, bem como certidão do trânsito em julgado;

IV - a informação sobre os antecedentes e o grau de instrução;

V - a data da terminação da pena;

VI - outras peças do processo reputadas indispensáveis ao adequado tratamento penitenciário.

§ 1º - Ao Ministério Público se dará ciência da guia de recolhimento.

§ 2º - A guia de recolhimento será retificada sempre que sobrevier modificação quanto ao início da execução, ou ao tempo de duração da pena.

§ 3º - Se o condenado, ao tempo do fato, era funcionário da administração da junta criminal, far-se-á, na guia, menção dessa circunstância, para fins do disposto no § 2º do art. 84 desta Lei.

Art. 107 - Ninguém será recolhido, para cumprimento de pena privativa de liberdade, sem a guia expedida pela autoridade judiciária.

§ 1º - A autoridade administrativa incumbida da execução passará recibo da guia de recolhimento, para juntá-la aos autos do processo, e dará ciência dos seus termos ao condenado.

§ 2º - As guias de recolhimento serão registradas em livro especial, segundo à ordem cronológica do recebimento, e anexadas ao prontuário do condenado,

aditando-se, no curso da execução, o cálculo das remições e de outras retificações posteriores.

Art. 108 - O condenado a quem sobrevier doença mental será internado em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

Art. 109 - Cumprida ou extinta a pena, o condenado será posto em liberdade, mediante alvará do juiz, se por outro motivo não estiver preso.

SEÇÃO II DOS REGIMES

Art. 110 - O juiz, na sentença, estabelecerá o regime no qual o condenado iniciará o cumprimento da pena privativa de liberdade, observado o disposto no art. 33 e seus parágrafos do Código Penal.

Art. 111 - Quando houver condenação por mais de um crime, no mesmo processo ou em processos distintos, a determinação do regime de cumprimento será feita pelo resultado da soma ou unificação das penas, observada, quando for o caso, a detração ou remição.

Parágrafo único - Sobrevindo condenação no curso da execução, somar-se-á pena ao restante da que está sendo cumprida, para determinação do regime.

Art. 112 - A pena privativa de liberdade será executada em forma progressiva, com a transferência para regime menos rigoroso, a ser determinada pelo juiz, quando o preso tiver cumprido ao menos um sexto da pena no regime anterior e seu mérito indicar a progressão.

Parágrafo único - A decisão será motivada e precedida de parecer da Comissão Técnica de Classificação e do exame criminológico, quando necessário.

Art. 113 - O ingresso do condenado em regime aberto supõe a aceitação de seu programa e das condições impostas pelo juiz.

Art. 114 - Somente poderá ingressar no regime aberto o condenado que:

- I - estiver trabalhando ou comprovar a possibilidade de fazê-lo imediatamente;
- II - apresentar, pelos seus antecedentes ou pelo resultado dos exames a que foi submetido, fundados indícios de que irá ajustar-se, com autodisciplina e senso de responsabilidade, ao novo regime.

Parágrafo único - Poderão ser dispensadas do trabalho as pessoas referidas no art. 117 desta Lei.

Art. 115 - O juiz poderá estabelecer condições especiais para a concessão de regime aberto, sem prejuízo das seguintes condições gerais e obrigatórias:

- I - permanecer no local que for designado, durante o repouso e nos dias de folga;
- II - sair para o trabalho e retornar, nos horários fixados;
- III - não se ausentar da cidade onde reside, sem autorização judicial;
- IV - comparecer a juízo, para informar e justificar as suas atividades, quando for determinado.

Art. 116 - O juiz poderá modificar as condições estabelecidas, de ofício, a requerimento do Ministério Público, da autoridade administrativa ou do condenado, desde que as circunstâncias assim o recomendem.

Art. 117 - Somente se admitirá o recolhimento do beneficiário de regime aberto em residência particular quando se tratar de:

- I - condenado maior de 70 (setenta) anos;
- II - condenado acometido de doença grave;
- III - condenada com filho menor ou deficiente físico ou mental;
- IV - condenada gestante.

Art. 118 - A execução da pena privativa de liberdade ficará sujeita à forma regressiva, com a transferência para qualquer dos regimes mais rigorosos, quando o condenado:

- I - praticar fato definido como crime doloso ou falta grave;
- II - sofrer condenação, por crime anterior, cuja pena, somada ao restante da pena em execução, torne incabível o regime (art. 111).

§ 1º - O condenado será transferido do regime aberto se, além das hipóteses referidas nos incisos anteriores, frustrar os fins da execução ou não pagar, podendo, a multa cumulativamente imposta.

§ 2º - Nas hipóteses do inciso I e do parágrafo anterior, deverá ser ouvido, previamente, o condenado.

Art. 119 - A legislação local poderá estabelecer normas complementares para o cumprimento da pena privativa de liberdade em regime aberto (art. 36, § 1º, do Código Penal).

SEÇÃO III DAS AUTORIZAÇÕES DE SAÍDA

SUBSEÇÃO I DA PERMISSÃO DE SAÍDA

Art. 120 - Os condenados que cumprem pena em regime fechado ou semi-aberto e os presos provisórios poderão obter permissão para sair do estabelecimento, mediante escolta, quando ocorrer um dos seguintes fatos:

- I - falecimento ou doença grave do cônjuge, companheira, ascendente, descendente ou irmão;
- II - necessidade de tratamento médico (parágrafo único do art. 14).

Parágrafo único - A permissão de saída será concedida pelo diretor do estabelecimento onde se encontra o preso.

Art. 121 - A permanência do preso fora do estabelecimento terá duração necessária à finalidade da saída.

SUBSEÇÃO II DA SAÍDA TEMPORÁRIA

Art. 122 - Os condenados que cumprem pena em regime semi-aberto poderão obter autorização para saída temporária do estabelecimento, sem vigilância direta, nos seguintes casos:

- I - visita à família;

II - frequência a curso supletivo profissionalizante, bem como de instrução do segundo grau ou superior, na comarca do Juízo da Execução;

III - participação em atividades que concorram para o retorno ao convívio social.

Art. 123 - A autorização será concedida por ato motivado do juiz da execução, ouvidos o Ministério Público e a administração penitenciária, e dependerá da satisfação dos seguintes requisitos:

I - comportamento adequado;

II - cumprimento mínimo de um sexto da pena, se o condenado for primário, e um quarto, se reincidente;

III - compatibilidade do benefício com os objetivos da pena.

Art. 124 - A autorização será concedida por prazo não superior a 7 (sete) dias, podendo ser renovada por mais quatro vezes durante o ano.

Parágrafo único - Quando se tratar de frequência a curso profissionalizante, de instrução de segundo grau ou superior, o tempo de saída será o necessário para o cumprimento das atividades discentes.

Art. 125 - O benefício será automaticamente revogado quando o condenado praticar fato definido como crime doloso, for punido por falta grave, desatender as condições impostas na autorização ou revelar baixo grau de aproveitamento do curso.

Parágrafo único - A recuperação do direito à saída temporária dependerá da absolvição no processo penal, do cancelamento da punição disciplinar ou da demonstração do merecimento do condenado.

SEÇÃO IV DA REMIÇÃO

Art. 126 - O condenado que cumpre a pena em regime fechado ou semi-aberto poderá remir, pelo trabalho, parte do tempo de execução da pena.

§ 1º - A contagem do tempo para o fim deste artigo será feita à razão de 1 (um) dia de pena por 3 (três) de trabalho.

§ 2º - O preso impossibilitado de prosseguir no trabalho, por acidente, continuará a beneficiar-se com a remição.

§ 3º - A remição será declarada pelo juiz da execução, ouvido o Ministério Público.

Art. 127 - O condenado que for punido por falta grave perderá o direito ao tempo remido, começando o novo período a partir da data da infração disciplinar.

Art. 128 - O tempo remido será computado para a concessão de livramento condicional e indulto.

Art. 129 - A autoridade administrativa encaminhará mensalmente ao Juízo da Execução cópia do registro de todos os condenados que estejam trabalhando e dos dias de trabalho de cada um deles.

Parágrafo único - Ao condenado dar-se-á relação de seus dias remidos.

Art. 130 - Constitui o crime do art. 299 do Código Penal declarar ou atestar falsamente prestação de serviço para fim de instruir pedido de remição.

SEÇÃO V

DO LIVRAMENTO CONDICIONAL

Art. 131 - O livramento condicional poderá ser concedido pelo juiz da execução, presentes os requisitos do art. 83, incisos e parágrafo único, do Código Penal, ouvidos o Ministério Público e o Conselho Penitenciário.

Art. 132 - Deferido o pedido, o juiz especificará as condições a que fica subordinado o livramento.

§ 1º - Serão sempre impostas ao liberado condicional as obrigações seguintes:

- a) obter ocupação lícita, dentro de prazo razoável se for apto para o trabalho;
- b) comunicar periodicamente ao juiz sua ocupação;
- c) não mudar do território da comarca do Juízo da Execução, sem prévia autorização deste.

§ 2º - Poderão ainda ser impostas ao liberado condicional, entre outras obrigações, as seguintes:

- a) não mudar de residência sem comunicação ao juiz e à autoridade incumbida da observação cautelar e de proteção;
- b) recolher-se à habitação em hora fixada;
- c) não freqüentar determinados lugares.

Art. 133 - Se for permitido ao liberado residir fora da comarca do Juízo da Execução, remeter-se-á cópia da sentença do livramento ao juízo do lugar para onde ele se houver transferido e à autoridade incumbida da observação cautelar e de proteção.

Art. 134 - O liberado será advertido da obrigação de apresentar-se imediatamente às autoridades referidas no artigo anterior.

Art. 135 - Reformada a sentença denegatória do livramento, os autos baixarão ao Juízo da Execução, para as providências cabíveis.

Art. 136 - Concedido o benefício, será expedida a carta de livramento com a cópia integral da sentença em duas vias, remetendo-se uma à autoridade administrativa incumbida da execução e outra ao Conselho Penitenciário.

Art. 137 - A cerimônia do livramento condicional será realizada solenemente no dia marcado pelo presidente do Conselho Penitenciário, no estabelecimento onde está sendo cumprida a pena, observando-se o seguinte:

I - a sentença será lida ao liberando, na presença dos demais condenados, pelo presidente do Conselho Penitenciário ou membro por ele designado, ou, na falta, pelo juiz;

II - a autoridade administrativa chamará a atenção do liberando para as condições impostas na sentença de livramento;

III - o liberando declarará se aceita as condições.

§ 1º - De tudo, em livro próprio, será lavrado termo subscrito por quem presidir a cerimônia e pelo liberando, ou alguém a seu rogo, se não souber ou não puder escrever.

§ 2º - Cópia desse termo deverá ser remetida ao juiz da execução.

Art. 138 - Ao sair o liberado do estabelecimento penal, ser-lhe-á entregue, além do saldo de seu pecúlio e do que lhe pertencer, uma caderneta, que exibirá à autoridade judiciária ou administrativa, sempre que lhe for exigida.

§ 1º - A caderneta conterá:

- a) a identificação do liberado;
- b) o texto impresso do presente Capítulo;
- c) as condições impostas.

§ 2º - Na falta de caderneta, será entregue ao liberado um salvo-conduto, em que constem as condições do livramento, podendo substituir-se a ficha de identificação ou o seu retrato pela descrição dos sinais que possam identificá-lo.

§ 3º - Na caderneta e no salvo-conduto deverá haver espaço para consignar-se o cumprimento das condições referidas no art. 132 desta Lei.

Art. 139 - A observação cautelar e a proteção realizadas por serviço social penitenciário, Patronato ou Conselho da Comunidade terão a finalidade de:

I - fazer observar o cumprimento das condições especificadas na sentença concessiva do benefício;

II - proteger o beneficiário, orientando-o na execução de suas obrigações e auxiliando-o na obtenção de atividade laborativa.

Parágrafo único - A entidade encarregada da observação cautelar e da proteção do liberado apresentará relatório ao Conselho Penitenciário, para efeito da representação prevista nos arts. 143 e 144 desta Lei.

Art. 140 - A revogação do livramento condicional dar-se-á nas hipóteses previstas nos arts. 86 e 87 do Código Penal.

Parágrafo único - Mantido o livramento condicional, na hipótese da revogação facultativa, o juiz deverá advertir o liberado ou agravar as condições.

Art. 141 - Se a revogação for motivada por infração penal anterior à vigência do livramento, computar-se-á como tempo de cumprimento da pena o período de prova, sendo permitida, para a concessão de novo livramento, a soma do tempo das duas penas.

Art. 142 - No caso de revogação por outro motivo, não se computará na pena o tempo em que esteve solto o liberado, e tampouco se concederá, em relação à mesma pena, novo livramento.

Art. 143 - A revogação será decretada a requerimento do Ministério Público, mediante representação do Conselho Penitenciário, ou de ofício, pelo juiz, ouvido o liberado.

Art. 144 - O juiz, de ofício, a requerimento do Ministério Público, ou mediante representação do Conselho Penitenciário, e ouvido o liberado, poderá modificar as condições especificadas na sentença, devendo o respectivo ato decisório ser lido ao liberado por uma das autoridades ou funcionários indicados no inciso I do art. 137 desta Lei, observado o disposto nos incisos II e III e §§ 1º e 2º do mesmo artigo.

Art. 145 - Praticada pelo liberado outra infração penal, o juiz poderá ordenar a sua prisão, ouvidos o Conselho Penitenciário e o Ministério Público,

suspendendo o curso do livramento condicional, cuja revogação, entretanto, ficará dependendo da decisão final.

Art. 146 - O juiz, de ofício, a requerimento do interessado, do Ministério Público, mediante representação do Conselho Penitenciário, julgará extinta a pena privativa de liberdade, se expirar o prazo do livramento sem revogação.

CAPÍTULO II DAS PENAS RESTRITIVAS DE DIREITO

SEÇÃO I DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 147 - Transitada em julgado a sentença que aplicou a pena restritiva de direito, o juiz de execução, de ofício ou a requerimento do Ministério Público, promoverá a execução, podendo, para tanto, requisitar, quando necessário, a colaboração de entidades públicas ou solicitá-la a particulares.

Art. 148 - Em qualquer fase da execução, poderá o juiz, motivadamente, alterar a forma de cumprimento das penas de prestação de serviços à comunidade e de limitação de fim de semana, ajustando-as às condições pessoais do condenado e às características do estabelecimento, da entidade ou do programa comunitário ou estatal.

SEÇÃO II DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS À COMUNIDADE

Art. 149 - Caberá ao juiz da execução:

I - designar a entidade ou programa comunitário ou estatal, devidamente credenciado ou convencionado, junto ao qual o condenado deverá trabalhar gratuitamente, de acordo com as suas aptidões;

II - determinar a intimação do condenado, cientificando-o da entidade, dias e horário em que deverá cumprir a pena;

III - alterar a forma de execução, a fim de ajustá-la às modificações ocorridas na jornada de trabalho.

§ 1º - O trabalho terá a duração de 8 (oito) horas semanais e será realizado aos sábados, domingos e feriados, ou em dias úteis, de modo a não prejudicar a jornada normal de trabalho, nos horários estabelecidos pelo juiz.

§ 2º - A execução terá início a partir da data do primeiro comparecimento.

Art. 150 - A entidade beneficiada com a prestação de serviços encaminhará mensalmente, ao juiz da execução, relatório circunstanciado das atividades do condenado, bem como, a qualquer tempo, comunicação sobre ausência ou falta disciplinar.

SEÇÃO III DA LIMITAÇÃO DE FIM DE SEMANA

Art. 151 - Caberá ao juiz da execução determinar a intimação do condenado, cientificando-o do local, dias e horário em que deverá cumprir a pena.

Parágrafo único - A execução terá início a partir da data do primeiro comparecimento.

Art. 152 - Poderão ser ministrados ao condenado, durante o tempo de permanência, cursos e palestras, ou atribuídas atividades educativas.

Art. 153 - O estabelecimento designado encaminhará, mensalmente, ao juiz da execução, relatório, bem assim comunicará, a qualquer tempo, a ausência ou falta disciplinar do condenado.

SEÇÃO IV DA INTERDIÇÃO TEMPORÁRIA DE DIREITOS

Art. 154 - Caberá ao juiz da execução comunicar à autoridade competente a pena aplicada, determinada a intimação do condenado.

§ 1º - Na hipótese de pena de interdição do art. 47, I, do Código Penal, a autoridade deverá, em 24 (vinte e quatro) horas, contadas do recebimento do ofício, baixar ato, a partir do qual a execução terá seu início.

§ 2º - Nas hipóteses do art. 47, II e III, do Código Penal, o Juízo da Execução determinará a apreensão dos documentos, que autorizam o exercício do direito interditado.

Art. 155 - A autoridade deverá comunicar imediatamente ao juiz da execução o descumprimento da pena.

Parágrafo único - A comunicação prevista neste artigo poderá ser feita por qualquer prejudicado.

CAPÍTULO III DA SUSPENSÃO CONDICIONAL

Art. 156 - O juiz poderá suspender, pelo período de 2 (dois) a 4 (quatro) anos, a execução da pena privativa de liberdade, não superior a 2 (dois) anos, na forma prevista nos arts. 77 a 82 do Código Penal.

Art. 157 - O juiz ou tribunal, na sentença que aplicar pena privativa de liberdade, na situação determinada no artigo anterior, deverá pronunciar-se, motivadamente, sobre a suspensão condicional, quer a conceda, quer a denegue.

Art. 158 - Concedida a suspensão, o juiz especificará as condições a que fica sujeito o condenado, pelo prazo fixado, começando este a correr da audiência prevista no art. 160 desta Lei.

§ 1º - As condições serão adequadas ao fato e à situação pessoal do condenado, devendo ser incluída entre as mesmas a de prestar serviços à comunidade, ou limitação de fim de semana, salvo hipótese do art. 78, § 2º, do Código Penal.

§ 2º - O juiz poderá, a qualquer tempo, de ofício, a requerimento do Ministério Público ou mediante proposta do Conselho Penitenciário, modificar as condições e regras estabelecidas na sentença, ouvido o condenado.

§ 3º - A fiscalização do cumprimento das condições, regulada nos Estados, Territórios e Distrito Federal por normas supletivas, será atribuída a serviço social penitenciário, Patronato, Conselho da Comunidade ou instituição beneficiada com a prestação de serviços, inspecionados pelo Conselho Penitenciário, pelo Ministério Público, ou ambos, devendo o juiz da execução suprir, por ato, a falta das normas supletivas.

§ 4º - O beneficiário, ao comparecer periodicamente à entidade fiscalizadora, para comprovar a observância das condições a que está sujeito, comunicará, também, a sua ocupação e os salários ou proventos de que vive.

§ 5º - A entidade fiscalizadora deverá comunicar imediatamente ao órgão de inspeção, para os fins legais, qualquer fato capaz de acarretar a revogação do benefício, a prorrogação do prazo ou a modificação das condições.

§ 6º - Se for permitido ao beneficiário mudar-se, será feita comunicação ao juiz e à entidade fiscalizadora do local da nova residência, aos quais o primeiro deverá apresentar-se imediatamente.

Art. 159 - Quando a suspensão condicional da pena for concedida por tribunal, a este caberá estabelecer as condições do benefício.

§ 1º - De igual modo proceder-se-á quando o tribunal modificar as condições estabelecidas na sentença recorrida.

§ 2º - O tribunal, ao conceder a suspensão condicional da pena, poderá, todavia, conferir ao Juízo da Execução a incumbência de estabelecer as condições do benefício, e, em qualquer caso, a de realizar a audiência admonitória.

Art. 160 - Transitada em julgado a sentença condenatória, o juiz a lerá ao condenado, em audiência, advertindo-o das conseqüências de nova infração penal e do descumprimento das condições impostas.

Art. 161 - Se, intimado pessoalmente ou por edital com prazo de 20 (vinte) dias, o réu não comparecer injustificadamente à audiência admonitória, a suspensão ficará sem efeito e será executada imediatamente a pena.

Art. 162 - A revogação da suspensão condicional da pena e a prorrogação do período de prova dar-se-ão na forma do art. 81 e respectivos parágrafos do Código Penal.

Art. 163 - A sentença condenatória será registrada, com a nota de suspensão, em livro especial do juízo a que couber a execução da pena.

§ 1º - Revogada a suspensão ou extinta a pena, será o fato averbado à margem do registro.

§ 2º - O registro e a averbação serão sigilosos, salvo para efeito de informações requisitadas por órgão judiciário ou pelo Ministério Público, para instruir processo penal.

CAPÍTULO IV DA PENA DE MULTA

Art. 164 - Extraída certidão da sentença condenatória com trânsito em julgado, que valerá como título executivo judicial, o Ministério Público requererá, em

autos apartados, a citação do condenado para, no prazo de 10 (dez) dias, pagar o valor da multa ou nomear bens à penhora.

§ 1º - Decorrido o prazo sem o pagamento da multa, ou o depósito da respectiva importância, proceder-se-á à penhora de tantos bens quantos bastem para garantir a execução.

§ 2º - A nomeação de bens à penhora e a posterior execução seguirão o que dispuser a lei processual civil.

Art. 165 - Se a penhora recair em bem imóvel, os autos apartados serão remetidos ao juízo cível para prosseguimento.

Art. 166 - Recaindo a penhora em outros bens, dar-se-á prosseguimento nos termos do § 2º do art. 164 desta Lei.

Art. 167 - A execução da pena de multa será suspensa quando sobrevier ao condenado doença mental (art. 52 do Código Penal).

Art. 168 - O juiz poderá determinar que a cobrança da multa se efetue mediante desconto no vencimento ou salário do condenado, nas hipóteses do art. 50, § 1º, do Código Penal, observando-se o seguinte:

I - o limite máximo do desconto mensal será o da quarta parte da remuneração e o mínimo o de um décimo;

II - o desconto será feito mediante ordem do juiz a quem de direito;

III - o responsável pelo desconto será intimado a recolher mensalmente, até o dia fixado pelo juiz, a importância determinada.

Art. 169 - Até o término do prazo a que se refere o art. 164 desta Lei, poderá o condenado requerer ao juiz o pagamento da multa em prestações mensais, iguais e sucessivas.

§ 1º - O juiz, antes de decidir, poderá determinar diligências para verificar a real situação econômica do condenado e, ouvido o Ministério Público, fixará o número de prestações.

§ 2º - Se o condenado for impontual ou se melhorar de situação econômica, o juiz, de ofício ou a requerimento do Ministério Público, revogará o benefício executando-se a multa, na forma prevista neste Capítulo, ou prosseguindo-se na execução já iniciada.

Art. 170 - Quando a pena de multa for aplicada cumulativamente com pena privativa da liberdade, enquanto esta estiver sendo executada, poderá aquela ser cobrada mediante desconto na remuneração do condenado (art. 168).

§ 1º - Se o condenado cumprir a pena privativa de liberdade ou obtiver livramento condicional, sem haver resgatado a multa, far-se-á a cobrança nos termos deste Capítulo.

§ 2º - Aplicar-se-á o disposto no parágrafo anterior aos casos em que for concedida a suspensão condicional da pena.

TÍTULO VI DA EXECUÇÃO DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA

CAPÍTULO I DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 171 - Transitada em julgado a sentença que aplicar medida de segurança, será ordenada a expedição de guia para a execução.

Art. 172 - Ninguém será internado em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, ou submetido a tratamento ambulatorial, para cumprimento de medida de segurança, sem a guia expedida pela autoridade judiciária.

Art. 173 - A guia de internamento ou de tratamento ambulatorial, extraída pelo escrivão, que a rubricará em todas as folhas e a subscreverá com o juiz, será remetida à autoridade administrativa incumbida da execução e conterá:

I - a qualificação do agente e o número do registro geral do órgão oficial de identificação;

II - o inteiro teor da denúncia e da sentença que tiver aplicado a medida de segurança, bem como a certidão do trânsito em julgado;

III - a data em que terminará o prazo mínimo de internação, ou do tratamento ambulatorial;

IV - outras peças do processo reputadas indispensáveis ao adequado tratamento ou internamento.

§ 1º - Ao Ministério Público será dada ciência da guia de recolhimento e de sujeição a tratamento.

§ 2º - A guia será retificada sempre que sobrevier modificação quanto ao prazo de execução.

Art. 174 - Aplicar-se-á, na execução da medida de segurança, naquilo que couber, o disposto nos arts. 8º e 9º desta Lei.

CAPÍTULO II DA CESSAÇÃO DA PERICULOSIDADE

Art. 175 - A cessação da periculosidade será averiguada no fim do prazo mínimo de duração da medida de segurança, pelo exame das condições pessoais do agente, observando-se o seguinte:

I - a autoridade administrativa, até 1 (um) mês antes de expirar o prazo de duração mínima da medida, remeterá ao juiz minucioso relatório que o habilite a resolver sobre a revogação ou permanência da medida;

II - o relatório será instruído com o laudo psiquiátrico;

III - juntado aos autos o relatório ou realizadas as diligências, serão ouvidos, sucessivamente, o Ministério Público e o curador ou defensor, no prazo de 3 (três) dias para cada um;

IV - o juiz nomeará curador ou defensor para o agente que não o tiver;

V - o juiz, de ofício ou a requerimento de qualquer das partes, poderá determinar novas diligências, ainda que expirado o prazo de duração mínima da medida de segurança;

VI - ouvidas as partes ou realizadas as diligências a que se refere o inciso anterior, o juiz proferirá a sua decisão, no prazo de 5 (cinco) dias.

Art. 176 - Em qualquer tempo, ainda no decorrer do prazo mínimo de duração da medida de segurança, poderá o juiz da execução, diante de requerimento

fundamentado do Ministério Público ou do interessado, seu procurador ou defensor, ordenar o exame para que se verifique a cessação da periculosidade, procedendo-se nos termos do artigo anterior.

Art. 177 - Nos exames sucessivos para verificar-se a cessação da periculosidade, observar-se-á, no que lhes for aplicável, o disposto no artigo anterior.

Art. 178 - Nas hipóteses de desinternação ou de liberação (art. 97, § 3º, do Código Penal), aplicar-se-á o disposto nos arts. 132 e 133 desta Lei.

Art. 179 - Transitada em julgado a sentença, o juiz expedirá ordem para a desinformação ou a liberação.

TÍTULO VII DOS INCIDENTES DE EXECUÇÃO

CAPÍTULO I DAS CONVERSÕES

Art. 180 - A pena privativa de liberdade, não superior a 2 (dois) anos, poderá ser convertida em restritiva de direitos, desde que:

I - o condenado a esteja cumprindo em regime aberto;

II - tenha sido cumprido pelo menos um quarto da pena;

III - os antecedentes e a personalidade do condenado indiquem ser a conversão recomendável.

Art. 181 - A pena restritiva de direitos será convertida em privativa de liberdade nas hipóteses e na forma do art. 45 e seus incisos do Código Penal.

§ 1º - A pena de prestação de serviços à comunidade será convertida quando o condenado:

a) não for encontrado por estar em lugar incerto e não sabido, ou desatender a intimação por edital;

b) não comparecer, injustificadamente, à entidade ou programa em que deva prestar serviço;

c) recusar-se, injustificadamente, a prestar o serviço que lhe foi imposto;

d) praticar falta grave;

e) sofrer condenação por outro crime à pena privativa de liberdade, cuja execução não tenha sido suspensa.

§ 2º - A pena de limitação de fim de semana será convertida quando o condenado não comparecer ao estabelecimento designado para o cumprimento da pena, recusar-se a exercer a atividade determinada pelo juiz ou se ocorrer qualquer das hipóteses das letras a, d e e do parágrafo anterior.

§ 3º - A pena de interdição temporária de direitos será convertida quando o condenado exercer, injustificadamente, o direito interdito ou se ocorrer qualquer das hipóteses das letras a e e do § 1º deste artigo.

Art. 182 - (Revogado pela Lei n.º 9.268, de 01-04-1996).

Art. 183 - Quando, no curso da execução da pena privativa de liberdade, sobrevier doença mental ou perturbação da saúde mental, o juiz, de ofício, a

requerimento do Ministério Público ou da autoridade administrativa, poderá determinar a substituição da pena por medida de segurança.

Art. 184 - O tratamento ambulatorial poderá ser convertido em internação se o agente revelar incompatibilidade com a medida

Parágrafo único - Nesta hipótese, o prazo mínimo de internação será de 1 (um) ano.

CAPÍTULO II DO EXCESSO OU DESVIO

Art. 185 - Haverá excesso ou desvio de execução sempre que algum ato for praticado além dos limites fixados na sentença, em normas legais ou regulamentares.

Art. 186 - Podem suscitar o incidente de excesso ou desvio de execução:

I - o Ministério Público;

II - o Conselho Penitenciário;

III - o sentenciado;

IV - qualquer dos demais órgãos da execução penal.

CAPÍTULO III DA ANISTIA E DO INDULTO

Art. 187 - Concedida a anistia, o juiz, de ofício, a requerimento do interessado ou do Ministério Público, por proposta da autoridade administrativa ou do Conselho Penitenciário, declarará extinta a punibilidade.

Art. 188 - O indulto individual poderá ser provocado por petição do condenado, por iniciativa do Ministério Público, do Conselho Penitenciário, ou da autoridade administrativa.

Art. 189 - A petição do indulto, acompanhada dos documentos que a instruírem, será entregue ao Conselho Penitenciário, para a elaboração de parecer e posterior encaminhamento ao Ministério da Justiça.

Art. 190 - O Conselho Penitenciário, à vista dos autos do processo e do prontuário, promoverá as diligências que entender necessárias e fará, em relatório, a narração do ilícito penal e dos fundamentos da sentença condenatória, a exposição dos antecedentes do condenado e do procedimento deste depois da prisão, emitindo seu parecer sobre o mérito do pedido e esclarecendo qualquer formalidade ou circunstâncias omitidas na petição.

Art. 191 - Processada no Ministério da Justiça com documentos e o relatório do Conselho Penitenciário, a petição será submetida a despacho do Presidente da República, a quem serão presentes os autos do processo ou a certidão de qualquer de suas peças, se ele o determinar.

Art. 192 - Concedido o indulto e anexada aos autos cópia do decreto, o juiz declarará extinta a pena ou ajustará a execução aos termos do decreto, no caso de comutação.

Art. 193 - Se o sentenciado for beneficiado por indulto coletivo, o juiz, de ofício, a requerimento do interessado, do Ministério Público, ou por iniciativa do Conselho Penitenciário ou da autoridade administrativa, providenciará de acordo com o disposto no artigo anterior.

TÍTULO VIII DO PROCEDIMENTO JUDICIAL

Art. 194 - O procedimento correspondente às situações previstas nesta Lei será judicial, desenvolvendo-se perante o Juízo da Execução.

Art. 195 - O procedimento judicial iniciar-se-á de ofício, a requerimento do Ministério Público, do interessado, de quem o represente, de seu cônjuge, parente ou descendente, mediante proposta do Conselho Penitenciário, ou, ainda, da autoridade administrativa.

Art. 196 - A portaria ou petição será atuada ouvindo-se, em 3 (três) dias, o condenado e o Ministério Público, quando não figurem como requerentes da medida.

§ 1º - Sendo desnecessária a produção de prova, o juiz decidirá de plano, em igual prazo.

§ 2º - Entendendo indispensável a realização de prova pericial ou oral, o juiz a ordenará, decidindo após a produção daquela ou na audiência designada.

Art. 197 - Das decisões proferidas pelo juiz caberá recurso de agravo, sem efeito suspensivo.

TÍTULO IX DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 198 - É defesa ao integrante dos órgãos da execução penal, e ao servidor, a divulgação de ocorrência que perturbe a segurança e a disciplina dos estabelecimentos, bem como exponha o preso a inconveniente notoriedade, durante o cumprimento da pena.

Art. 199 - O emprego de algemas será disciplinado por decreto federal.

Art. 200 - O condenado por crime político não está obrigado ao trabalho.

Art. 201 - Na falta de estabelecimento adequado, o cumprimento da prisão civil e da prisão administrativa se efetivará em seção especial da Cadeia Pública.

Art. 202 - Cumprida ou extinta a pena, não constarão da folha corrida, atestados ou certidões fornecidas por autoridade policial ou por auxiliares da Justiça, qualquer notícia ou referência à condenação, salvo para instruir processo pela prática de nova infração penal ou outros casos expressos em lei.

Art. 203 - No prazo de 6 (seis) meses, a contar da publicação desta Lei, serão editadas as normas complementares ou regulamentares, necessárias à eficácia dos dispositivos não auto-aplicáveis.

§ 1º - Dentro do mesmo prazo deverão as unidades federativas, em convênio com o Ministério da Justiça, projetar a adaptação, construção e equipamento de estabelecimentos e serviços penais previstos nesta Lei.

§ 2º - Também, no mesmo prazo, deverá ser providenciada a aquisição ou desapropriação de prédios para instalação de casas de albergados.

§ 3º - O prazo a que se refere o caput deste artigo poderá ser ampliado, por ato do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, mediante justificada solicitação, instruída com os projetos de reforma ou de construção de estabelecimentos.

§ 4º - O descumprimento injustificado dos deveres estabelecidos para as unidades federativas implicará na suspensão de qualquer ajuda financeira a elas destinada pela União, para atender às despesas de execução das penas e medidas de segurança.

Art. 204 - Esta Lei entra em vigor concomitantemente com a lei de reforma da Parte Geral do Código Penal, revogadas as disposições em contrário, especialmente a Lei n.º 3.274, de 2 de outubro de 1957.

Brasília, em 11 de julho de 1984; 163º da Independência e 96º da República.

JOÃO FIGUEIREDO

ANEXO 2 – PORTARIA INTERMINISTERIAL NO. 1777

PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 1777, DE 09 DE SETEMBRO DE 2003

O Ministro de Estado da Saúde e o Ministro de Estado da Justiça, no uso de suas atribuições, considerando:

- A importância da definição e implementação de ações e serviços, consoantes com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS –, que viabilizem uma atenção integral à saúde da população compreendida pelo Sistema Penitenciário Nacional, estimada em mais de 200 mil pessoas, distribuída em todas as unidades federadas;

- A estimativa de que, em decorrência de fatores de risco a que está exposta grande parte dessa população, ocorra um número significativo de casos de DST/AIDS, tuberculose, pneumonias, dermatoses, transtornos mentais, hepatites, traumas, diarreias infecciosas, além de outros problemas prevalentes na população adulta brasileira, tais como hipertensão arterial e diabetes mellitus;

- A necessidade de ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças nos presídios;

- A importância da realização de estudos de abrangência nacional que revelem o perfil epidemiológico da população presidiária brasileira;

- A heterogeneidade, entre as unidades federadas, da assistência à saúde prestada às pessoas presas, e

- As recomendações da Comissão Interministerial, criada pela Portaria Interministerial MS/MJ N.º 2035, de 8 de novembro de 2001, com a atribuição de formular propostas destinadas a viabilizar a atenção integral à saúde dessa população, RESOLVEM:

Art. 1º Aprovar o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, constante do ANEXO I desta Portaria, destinado a prover a atenção integral à saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas.

§ 1º As ações e serviços decorrentes desse Plano terão por finalidade promover a saúde dessa população e contribuir para o controle e/ou redução dos agravos mais frequentes que a acometem.

§ 2º Estabelecer como prioridades para o alcance dessa finalidade:

I. a reforma e a equipagem das unidades prisionais visando a estruturação de serviços ambulatoriais que atendam às necessidades de atenção no nível básico, mínimo da assistência no nível da média complexidade (conforme NOAS/MS em seu Anexo III – Grupo 7) e componentes das urgências e emergências em saúde, em consonância com as especificidades do Sistema Penitenciário Nacional;

II. a organização do sistema de informação de saúde da população penitenciária;

III. a implantação de ações de promoção da saúde, em especial no âmbito da alimentação, atividades físicas, condições salubres de confinamento e acesso a atividades laborais;

IV. a implementação de medidas de proteção específica, como a vacinação contra hepatites, influenza, tétano; V. a implantação de ações para a prevenção de tuberculose, hanseníase, diabetes, hipertensão, hepatites, DST/AIDS e dos agravos psicossociais decorrentes do confinamento, bem como a distribuição de preservativos e insumos para a redução de danos associados ao uso de drogas;

VI. a garantia do acesso da população penitenciária aos demais níveis de atenção à saúde, através das referências, que deverão estar incluídas na Programação Pactuada Integrada (PPI) estadual, mediante negociação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Art. 2º Estabelecer que as Secretarias de Estado da Saúde e da Justiça deverão formular o Plano Operativo Estadual, na forma do ANEXO II desta Portaria, e apresentá-lo ao Conselho Estadual de Saúde correspondente e a Comissão Intergestores Bipartite definindo metas e formas de gestão do referido plano, bem como a gestão e gerência das ações e serviços.

§ 1º A gestão e gerência das ações e serviços de saúde do Plano ora aprovado serão pactuadas no âmbito de cada unidade federada, por meio da Comissão Intergestores Bipartite e entre gestores Estaduais de Saúde e Justiça e gestores Municipais de Saúde.

§ 2º Quando as Secretarias Municipais de Saúde assumirem a gestão e/ou gerência das ações e serviços de saúde, deverá constar do Plano Operativo Estadual a aprovação do Conselho Municipal de Saúde.

§ 3º O processo de credenciamento dos estabelecimentos de saúde das unidades prisionais e dos profissionais, por meio do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde constante no Plano Operativo Estadual, deverá ser realizado pela Secretaria Estadual de Saúde, conforme orientações do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário.

§ 4º Para o desenvolvimento do respectivo Plano, as Secretarias de Estado da Saúde e da Justiça poderão estabelecer pactos de atuação conjunta com as Secretarias Municipais de Saúde.

Art. 3º Definir que, para a implementação das ações contidas no Plano Nacional, o Ministério da Saúde, o Ministério da Justiça, as Secretarias Estaduais de Saúde e de Justiça e as Secretarias Municipais de Saúde poderão estabelecer parcerias, acordos, convênios ou outros mecanismos similares com organizações não governamentais, regularmente constituídas, que detenham experiência de atuação no Sistema Penitenciário.

Art. 4º Determinar que o financiamento das ações de saúde, no âmbito do Sistema Penitenciário, deverá ser compartilhado entre os órgãos gestores da saúde e da justiça das esferas de governo.

Art. 5º Criar o Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário, cabendo ao Ministério da Saúde financiar o correspondente a 70% do recurso e ao Ministério da Justiça o correspondente a 30% do recurso.

§ 1º Em unidades prisionais com o número acima de 100 pessoas presas, serão implantadas equipes de saúde, considerando uma equipe para até 500 presos, com incentivo correspondente a R\$ 40.008,00 /ano por equipe de saúde implantada.

§ 2º Em unidades prisionais com o número de até 100 pessoas presas, as ações e serviços de saúde serão realizadas por profissionais da Secretaria Municipal de Saúde, à qual será repassado Incentivo, no valor de R\$ 20.004,00/ano por estabelecimento prisional.

§ 3º Esse incentivo financiará as ações de promoção da saúde e de atenção no nível básico relativos à saúde bucal, saúde da mulher, doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, saúde mental, hepatites, tuberculose, hipertensão, diabetes, hanseníase, bem como a assistência farmacêutica básica, imunizações e coleta de exames laboratoriais.

§ 4º Os créditos orçamentários e os recursos financeiros provenientes do Fundo Penitenciário Nacional (FUNPEN)/ Ministério da Justiça de que trata este Artigo serão repassados ao Fundo Nacional de Saúde, com vistas a sua transferência aos estados e/ou aos municípios.

§ 5º Os recursos do Ministério da Saúde e do Ministério da Justiça poderão ser repassados do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e/ou Municipais de Saúde, dependendo da pactuação no âmbito de cada Unidade Federada, para os respectivos serviços executores do Plano, de acordo com regulamentação do Ministério da Saúde.

§ 6º A não alimentação dos Sistemas de Informações, conforme orientações do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, por dois meses consecutivos ou três meses alternados durante o ano, acarretará a suspensão do repasse do Incentivo.

Art. 6º Estabelecer que o Ministério da Justiça alocará recursos financeiros que serão utilizados no financiamento da reforma física e na aquisição de equipamentos para os estabelecimentos de saúde das unidades prisionais, além daqueles que compõem o Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário.

Art. 7º Definir que as Secretarias Estaduais de Saúde e de Justiça participarão do financiamento do Plano Nacional, fixando suas contrapartidas para o desenvolvimento das ações de atenção básica, promoção, prevenção e assistência à saúde, bem como aquelas relacionadas às condições de infraestrutura e funcionamento dos presídios, a composição e o pagamento das

equipes de saúde e a referência para a média e a alta complexidade (conforme Limite Financeiro de Assistência do Estado).

Parágrafo Único - As Secretarias Municipais de Saúde participarão do financiamento do Plano Nacional, definindo suas contrapartidas para o desenvolvimento das ações de atenção básica, promoção, prevenção e assistência à saúde.

Art. 8º Estabelecer que a atenção básica de saúde, a ser desenvolvida no âmbito das unidades penitenciárias, será realizada por equipe mínima, integrada por médico, enfermeiro, odontólogo, assistente social, psicólogo, auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório dentário, cujos profissionais terão uma carga horária de 20 horas semanais, tendo em conta as características deste atendimento.

§ 1º Cada equipe de saúde será responsável por até 500 presos.

§ 2º Nos estabelecimentos prisionais com até 100 pessoas, o atendimento será realizado no próprio estabelecimento por profissionais da Secretaria Municipal de Saúde, respeitando a composição de equipe citada anteriormente, e com carga horária mínima de 4 horas semanais.

§ 3º Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico serão beneficiados pelas ações previstas nesta Portaria e, em função de sua especificidade, serão objeto de norma própria.

§ 4º O Ministério da Saúde garantirá, a cada equipe implantada de que trata este Artigo, o fornecimento regular de kit de medicamentos básicos.

Art. 9º Definir que, nos estabelecimentos de saúde em unidades prisionais classificadas como presídios, penitenciárias ou colônias penais, as pessoas presas poderão ser selecionadas para trabalhar como agentes promotores de saúde.

§ 1º A decisão de trabalhar com agentes promotores de saúde deverá ser pactuada entre a direção do estabelecimento prisional e a(s) equipe(s) de saúde.

§ 2º Os agentes promotores de saúde, recrutados entre as pessoas presas, atuarão sob a supervisão da equipe de saúde.

§ 3º Será proposta ao Juízo da Execução Penal a concessão do benefício da remição de pena para as pessoas presas designadas como agentes promotores de saúde.

Art. 10 Determinar que o acompanhamento das ações voltadas à atenção integral das pessoas presas será realizado, em âmbito nacional, por Comissão de Acompanhamento, formalmente indicada e integrada por representantes dos Ministérios da Saúde e da Justiça, a saber:

I. do Ministério da Saúde

- Secretaria de Atenção à Saúde

- Secretaria Executiva

- Fundação Nacional de Saúde

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária

II. Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde/CONASS

III. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde/CONASEMS

IV. do Ministério da Justiça

- Secretaria Nacional de Justiça

- Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária

V. Fórum Nacional dos Secretários Estaduais de Justiça

§ 1º Caberá a essa Comissão apoiar os Ministérios da Saúde e da Justiça no cumprimento de suas responsabilidades.

§ 2º Os instrumentos essenciais de trabalho dessa Comissão serão: o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário e os Planos Operativos Estaduais.

§ 3º A Comissão Nacional reunir-se-á periodicamente, em intervalos compatíveis ao acompanhamento sobretudo da operacionalização dos Planos Operativos, avaliando a tendência do cumprimento dos compromissos assumidos, podendo propor aos Ministérios da Saúde e da Justiça, às Secretarias Estaduais de Saúde e Justiça e Secretarias Municipais de Saúde as modificações que eventualmente se fazem necessárias.

Art. 11 Aprovar o Termo de Adesão ao Plano Nacional, a ser formalizado pelas respectivas Secretarias Estaduais de Saúde e de Justiça, nos termos do ANEXO III desta Portaria.

Art. 12 Determinar à Secretaria de Atenção à Saúde e à Secretaria Executiva, do Ministério da Saúde, que adotem, ouvido o Ministério da Justiça, as providências complementares necessárias à operacionalização do Plano ora aprovado.

Art. 13 Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando a Portaria Interministerial nº 628, de 02 de abril de 2002.

HUMBERTO COSTA

Ministro de Estado da Saúde

MÁRCIO THOMAZ BASTOS

Ministro de Estado da Justiça

ANEXO 3 – PLANO DIRETOR DO SISTEMA PENITENCIÁRIO - ASSISTÊNCIA A SAÚDE

SANTA CATARINA

- O Estado de Santa Catarina realizou a adesão ao Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário, nos termos da Portaria Interministerial nº 1.777, de 2003, entretanto, não dispõe de nenhuma unidade penal cadastrada.
- Atualmente a maioria das unidades penitenciárias enviam, mensalmente, o levantamento de situações de doenças dos presos para que o acompanhamento possa ser feito pela unidade de saúde mais próxima.
- Nos demais estabelecimentos, a assistência à saúde é prestada de forma ambulatorial, por uma equipe mínima.
- O abastecimento das unidades prisionais com medicação básica e psicotrópicos se dá através de parceria firmada com a Secretaria de Saúde.
- A rede hospitalar do Estado disponibiliza poucos leitos para os casos de internação e atendimento aos apenados, contribuindo para isso a falta de agentes para o acompanhamento/escolta no ambiente hospitalar.
- Campanhas de vacinação para presos são promovidas regularmente, com o apoio da Secretaria de Saúde.
- A promoção à saúde dos presos em todo o Estado é realizada por uma equipe técnica, disponibilizada dentro dos estabelecimentos penais, da seguinte forma:

Profissionais	Quant. Disponível	Quantidade ideal*
Médico Clínico	10	20
Médico Psiquiatra	03	20
Odontólogo	06	20
Auxiliar de Consultório Dentário	00	20
Enfermeiro	00	20
Auxiliar de Enfermagem	08	40
Nutricionista	00	20
Farmacêutico	00	20
Psicólogo	09	20
Assistente Social	13	40

Obs.:Números de profissionais de acordo com a Portaria Interministerial nº1.777, de 09 de setembro de 2003.

- Na unidade terceirizada, existe um corpo técnico de saúde, formado pelos seguintes técnicos:

Profissionais	Quant. Disponível
Assistente social	2
Atendente gabinete odontológico	1
Técnico de enfermagem	4
Atendente farmacia	1
Enfermeiro	1
Medico clinico	1
Medico psiquiatra	1
Odontologo	1
Pedagogo	1
Psicologo	2
Terapeuta ocupacional	1
Total	16

ANEXO 4 – METAS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE



**PLANO DIRETOR DO SISTEMA PENITENCIÁRIO
ESTADO DE SANTA CATARINA**

META 14 – ASSISTENCIA A SAÚDE		
ADESÃO A PROJETOS OU CONVÊNIOS VISANDO A PLENA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS ENCARCERADOS: PLANO NACIONAL DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO.		
SITUAÇÃO EM 31 / 03 / 2008		
NÃO IMPLANTADA, E COM PROJETO DEFINIDO.		
COMENTÁRIOS:		
<i>O Estado de Santa Catarina aderiu ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário dadas as exigências estabelecidas pela Portaria Interministerial nº 1.777 de 09/2003. O Estado de Santa Catarina não dispõe de nenhuma unidade penal cadastrada, no Plano Nacional de Saúde. Atualmente a maioria das unidades penitenciárias enviam, mensalmente, o levantamento de situações de doenças dos presos para que o acompanhamento possa ser feito pela unidade de saúde mais próxima. Nos demais estabelecimentos, a assistência à saúde é prestada de forma ambulatorial, por uma equipe mínima. O abastecimento das unidades prisionais com medicação básica e psicotrópicos se dá através de parceria firmada com a Secretaria de Saúde.</i>		
AÇÕES PARA ALCANCE DA META		
ACÃO Nº 01		
Implantação de Gerências regionalizadas de Saúde no Sistema Penitenciário do Estado de Santa Catarina.		
ETAPAS DA AÇÃO	INICIO	CONCLUSÃO
1ª ETAPA Articulação conjunta com DEAP e SJC/SC p/ verificação de responsabilidades e competências.	Abril/2008	Dezembro/2008
ACÃO Nº 02		
Levantamento situação (espaço físico) dos setores de saúde dos estabelecimentos penais de SC.		
ETAPAS DA AÇÃO	INICIO	CONCLUSÃO
1ª ETAPA Visita da Vigilância Sanitária para emissão de parecer técnico.	Abril/2008	Dezembro/2008
2ª ETAPA Adequação do espaço físico conforme laudo da vigilância sanitária e portaria interministerial 1.777 de 09/2003.	Abril/2008	Dezembro/2009
ACÃO Nº 03		
Levantamento da situação dos técnicos de saúde, conjunta com recursos humanos		
ETAPAS DA AÇÃO	INICIO	CONCLUSÃO



**PLANO DIRETOR DO SISTEMA PENITENCIÁRIO
ESTADO DE SANTA CATARINA**

1ª ETAPA Articular em conjunto com R.H. quantidade de técnicos de saúde necessários para contratação para completar elenco mínimo de funcionamento dos setores de saúde dos estabelecimentos penais conforme portaria interministerial 1.777 de 09/2003.	Abril/2008	Dezembro/2008
2ª ETAPA Contratação dos técnicos necessários.	Agosto/2008	Permanente
ACAO Nº 04 Contatos com Secretarias Municipais de Saúde para assinarem convênio com Secretaria de Estado de Saúde/MS e AGEPEN com intuito de assumirem as equipes mínimas de saúde das unidades penais que estão localizadas em seus municípios e que possuem MENOS de 100(cem) reeducandos, bem como, nas unidades penais de regime semi-aberto.		
ETAPAS DA AÇÃO		
1ª ETAPA Reunião com secretários(as) de saúde para aceitarem convênio com Secretaria de Estado de Saúde/MS e AGEPEN assumirem equipes mínimas para atendimento dos reeducandos em 01(hum) período.	Função da conclusão da ação nº 1	*
AÇÃO Nº 05 Credenciamento das Unidades de Saúde Penais nos órgãos competentes municipais/estaduais.		
ETAPAS DA AÇÃO		
1ª ETAPA Articulação com órgãos competentes para realizar credenciamento das Unidades de Saúde Penais.	Abril/2008	*
ACAO Nº 06 Criação e capacitação nas Unidades de Saúde Penais serviços de DST/HIV, TB/Hansen, sala de vacina nas unidades já operantes.		
ETAPAS DA AÇÃO		
1ª ETAPA Encaminhamento de projeto ao DEPEN para realização de treinamento dos técnicos de saúde para prevenção, diagnóstico e tratamento das DST/HIV, TB/Hansen, e vacinação dos reeducandos.	2008	*
2ª ETAPA Treinamento dos técnicos de saúde para prevenção, diagnóstico e tratamento das DST/HIV,	Abril/2009	*



**PLANO DIRETOR DO SISTEMA PENITENCIÁRIO
ESTADO DE SANTA CATARINA**

TB/Hansen, e vacinação dos reeducandos		
3ª ETAPA Credenciamento dos serviços de DST/HIV, TB/Hansen, sala de vacina junto aos órgãos competentes.	Abril/2009	*
4ª ETAPA Seleção e treinamento de reeducandos para trabalharem como agentes de saúde.	Abril/2009	*
ACÃO Nº 07		
Em Unidades Prisionais com MAIS de 1.000 reeducandos a contratação de médico Infectologista para completar quadro técnico.		
ETAPAS DA AÇÃO		INICIO
CONCLUSÃO		
1ª ETAPA Contratação de médico infectologista para unidades prisionais acima de 1000 reeducandos.	Abril/2008	*
ACÃO Nº 08		
Criação de vagas para doenças infecto-contagiosas no sistema prisional do Estado de Santa Catarina na unidade de São Pedro de Alcântara.		
ETAPAS DA AÇÃO		INICIO
CONCLUSÃO		
1ª ETAPA Convênio com DEPEN.	Abril/2008	*
2ª ETAPA Licitação.	Junho/2008	*
3ª ETAPA Início execução.	Agosto/2008	*
4ª ETAPA Contratação de 01 médico infectologista, 01 clínico geral, 02 enfermeiro, 08 técnicos.	Abril/2009	*
ACÃO Nº 09		
Projeto de Atendimento ao Servidor – PAS.		
ETAPAS DA AÇÃO		INICIO
CONCLUSÃO		
1ª ETAPA Adequar espaço físico para atendimentos psicológicos, jurídicos e de assistência social em local apropriado.	Abril/2008	Junho/2008
2ª ETAPA Divulgação do Projeto para os servidores da Secretaria Executiva de Justiça e Cidadania.		Agosto/2008
3ª ETAPA Ampliação do número de atendimentos para os servidores.	Julho/2008	Permanente
OBSERVAÇÕES:		



**PLANO DIRETOR DO SISTEMA PENITENCIÁRIO
ESTADO DE SANTA CATARINA**

* A grande maioria dessas ações dependem da execução da ação inicial (implantação da gerencia regional de saúde nas unidades prisionais). Somente uma equipe nesses moldes estaria apta a implantar essas ações no Estado. Não há como precisar a finalização do processo de implantação do Plano Operativo Estadual devido a complexidade das ações e responsabilidades envolvidas.

As datas especificadas anteriormente referem-se principalmente à Unidade Penal São Pedro de Alcântara.

ANEXO 5 – LEITOS PSIQUIÁTRICOS PELO SUS

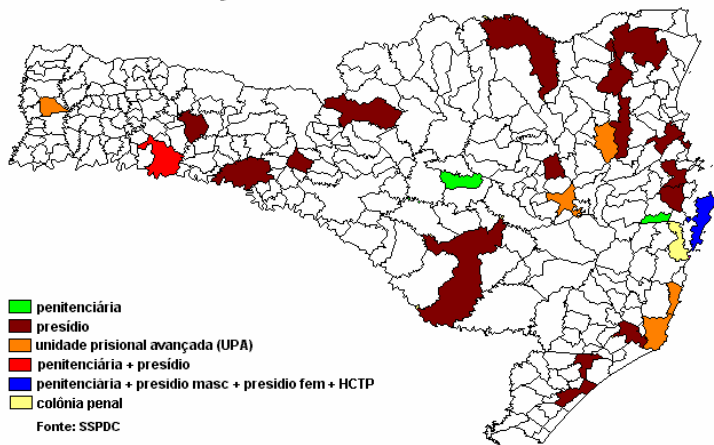
Distribuição dos Leitos Psiquiátricos SUS por UF e Hospitais Psiquiátricos e Indicador Leitos por 1.000 hab.
Brasil, 31 de outubro de 2008

Ranking Leitos/1000 hab	UF	População	Nº hospitais	Leitos SUS	% leitos SUS	Leitos por 1000 hab.
1ª	RJ	15.420.450	38	7.002	18,56	0,45
2ª	PE	8.486.638	15	2.943	7,80	0,35
3ª	SP	39.827.690	57	12.343	32,72	0,31
4ª	AL	3.037.231	5	880	2,33	0,29
5ª	RN	3.013.740	5	747	1,98	0,25
6ª	PR	10.284.503	15	2.400	6,36	0,23
7ª	GO	5.647.035	11	1.201	3,18	0,21
8ª	PB	3.641.397	5	700	1,86	0,19
9ª	ES	3.351.669	3	595	1,58	0,18
10ª	SE	1.939.426	2	320	0,85	0,16
11ª	MG	19.273.533	21	2.889	7,66	0,15
12ª	SC	5.866.487	4	760	2,01	0,13
13ª	TO	1.243.627	1	160	0,42	0,13
14ª	CE	8.185.250	8	1.043	2,76	0,13
15ª	PI	3.032.435	2	360	0,95	0,12
16ª	MA	6.118.995	3	662	1,75	0,11
17ª	MS	2.265.813	2	200	0,53	0,09
18ª	RS	10.582.887	6	910	2,41	0,09
19ª	AC	655.385	1	53	0,14	0,08
20ª	BA	14.080.670	7	1.051	2,79	0,07
21ª	MT	2.854.642	2	202	0,54	0,07
22ª	DF	2.455.903	1	125	0,33	0,05
23ª	AM	3.221.940	1	126	0,33	0,04
24ª	PA	7.065.573	1	56	0,15	0,01
Total		181.582.919	216	37.728	100	0,21
Total Brasil		183.989.711				0,21

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)/PRH. Área Técnica de Saúde Mental/DAPES/SAS/MS

ANEXO 6– LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA DAS UNIDADES PRISIONAIS

Localização das Unidades Prisionais - SC/2003



Fonte: SANTA CATARINA, S/D

ANEXO 7



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEG. PÚBLICA E DEFESA DO CIDADÃO
SECRETARIA EXECUTIVA DA JUSTIÇA E CIDADANIA
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO PRISIONAL
GABINETE DO DIRETOR

Senhoras e Senhores,

Faço uso deste espaço para esclarecer a toda sociedade a real situação do Complexo Penitenciário do Estado. Nossa luta é contra o mal que deseja se instalar em nosso Estado, especialmente no Sistema Prisional Catarinense, que vive uma "instabilidade" criada por criminosos que encontram apoio na falsa ideia de que as coisas dentro daquela casa correcional são tratadas com desprezo e despreparo dos que laboram diariamente na função de Agentes Penitenciários.

Por solicitação do DEAP – Departamento de Administração Prisional, em junho de 2010, assumiu a direção daquela casa o Agente Penitenciário Carlos Antonio Gonçalves Alves, então Gerente do Presídio Regional de Criciúma, conhecido também como Presídio Santa Augusta, estando até hoje a frente de tão árdua missão.

A mudança de direção ocorreu após o pedido de exoneração do diretor anterior, fazendo com que o Departamento aproveitasse o momento para dar início a uma série de mudanças administrativas e operacionais.

Em junho de 2010 tínhamos aproximadamente 1.330 internos no interior daquela unidade, porém o DEAP passou a corrigir o problema de excesso de ocupação. Hoje estamos com 1.234 reeducandos recolhidos em um universo de 1.112 vagas, atingindo nos dias atuais o percentual de 10% de excedente na massa carcerária do Complexo, com certeza, se não é o menor, mas é um dos menores índices do Estado, considerando os atuais 15.390 reeducandos existentes para o total de 9.147 vagas.

Aumentamos o número de pedidos de benefícios aos internos como progressão de regime e saídas temporárias hoje fechando em um numerário de 80 (oitenta)



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEG. PÚBLICA E DEFESA DO CIDADÃO
SECRETARIA EXECUTIVA DA JUSTIÇA E CIDADANIA
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO PRISIONAL
GABINETE DO DIRETOR

pedidos mês, fixando um percentual de 7% de internos alocados no Complexo Penitenciário do Estado, já que muitos não têm assistência de advogados. O relatado pode ser confirmado com a Juíza da vara de Execução Penal da Capital, Dra. Denise e com o Promotor de Justiça, Dr. Raul Rogério Rabelo.

Em relação às mortes, afirmamos que vem ocorrendo para desestabilizar a administração da Unidade e o Departamento de Administração Prisional, com o intuito de recuperar as regalias perdidas e demonstrar força tentando restabelecer o caos que estava instalado naquele local. Nossos Agentes Penitenciários eram frequentemente ameaçados e sofriam atentados dentro e fora do estabelecimento e nada mudava.

Este quadro foi alterado no último ano, através de ações eficazes conjuntas das Forças de Segurança Pública (Direção da Penitenciária junto com o DEAP, Polícia Civil, Polícia Militar e DINI), o que vem deixando as lideranças negativas e criminosas desorientadas a ponto de tomarem estas medidas extremas, pois já foram transferidos para unidades federais 19 reeducandos; 27 estão com pedido formulado junto ao fórum; e, na última quarta-feira, 18 foram retirados e encaminhados para uma só unidade do Estado visando isolar as lideranças criminosas que tentam se insurgir contra o poder estatal.

Foi também encaminhado pelo Departamento ao governo catarinense, pedido para construção urgente de unidade de segurança máxima, com 200 vagas, em Regime Disciplinar Diferenciado – RDD. Em relação aos “privilégios” e “facilitações” (corrupção) destinados a alguns presos, estamos combatendo diuturnamente através da Corregedoria da Secretaria de Justiça e Cidadania.

Podemos afirmar que tiramos os criminosos da zona de conforto, o que fica claro através das retaliações dos presos (ações como homicídios, tentativa de fuga e



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEG. PÚBLICA E DEFESA DO CIDADÃO
SECRETARIA EXECUTIVA DA JUSTIÇA E CIDADANIA
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO PRISIONAL
GABINETE DO DIRETOR

denúncias inverídicas), que fizeram circular carta citando supostas irregularidades, que foram desmentidas recentemente com as inspeções do Judiciário e Ministério Público.

O mais recente ato de afronta foi o plano descoberto pelos agentes de polícia da DEIC, onde os criminosos articulavam um atentado contra autoridades da Segurança Pública, bem como a denúncia de tortura, repassada de forma irresponsável por um advogado à sociedade através da imprensa, todavia, após os exames médicos e de corpo de delito foi constatada sua improcedência.

Vale lembrar também, que estamos combatendo os grupos criminosos que tentam se insurgir contra o Sistema através de coleta de dados que são repassadas ao DEAP, encaminhadas ao DEIC e aos órgãos de Inteligência SSP. Intensificamos o rigor nas revistas implantando novos procedimentos de segurança. Combatemos também através de transferências internas e suspensão de liberação de televisores e rádios para aqueles internos identificados, enquadrando-os em incidentes disciplinares que posteriormente são remetidos ao fórum.

Somente este ano, com o trabalho de nossos Agentes Penitenciários e todo corpo técnico do estabelecimento, foram descobertas diversas tentativas de fuga e salvas mais de 30 (trinta) vidas, eis que, os reclusos estavam mapeados para sofrer atentados contra suas vidas, seja por enfrentar as lideranças negativas, por dívidas contraídas na rua ou no interior das prisões.

O desespero destes criminosos nos serve como indicador de que estamos no caminho certo. Nunca foram combatidos com tanta veemência e eficiência pelos órgãos de Segurança Pública, que estão unidos para o bem da Sociedade Catarinense.



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEG. PÚBLICA E DEFESA DO CIDADÃO
SECRETARIA EXECUTIVA DA JUSTIÇA E CIDADANIA
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO PRISIONAL
GABINETE DO DIRETOR

O Estado não sucumbirá à pressão da criminalidade e não desistiremos até que esta luta seja vencida, somos SEVIDORES PÚBLICOS honrados e comprometidos com o bem comum da sociedade catarinense, principalmente, daqueles que temporariamente estão sob a tutela do Estado, ora representado pelos Servidores do Sistema Prisional: Os Agentes Penitenciários.

DEAP

Florianópolis, 23 de abril de 2011.

[Documento disponível na INTERNET]

Adércio José Velter
Diretor do DEAP



DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO PRISIONAL