

Prisão e saúde mental: Um breve olhar sobre a política de saúde no âmbito da execução penal



<https://doi.org/10.56238/interdiinnovationscresce-027>

Lobelia da Silva Faceira

Doutora em Educação (PUC-Rio) e Pós-doutora pelo Programa de Estudos Pós-graduados em Política Social (UFF)

Professora do Programa de Pós-graduação em Memória Social

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

ORCID: 0000-0002-7295-4909

E-mail: lobelia.faceira@unirio.br

Thais de Oliveira Azevedo

Discente do curso de Serviço Social e Bolsista de Iniciação Científica

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

E-mail: thaisoazevedo@hotmail.com

Sara Cristina da Silva Moura

Discente do curso de Biomedicina e Bolsista de Incentivo acadêmico

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

E-mail: saraht1503@gmail.com

Agnes Conceição Pereira de Andrade

Discente do curso de Serviço Social

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

E-mail: agnesandrade@edu.unirio.br

RESUMO

O artigo foi produzido a partir dos estudos e análises da pesquisa “Políticas sociais e Prisão: uma avaliação da política de execução penal”, vinculada ao Programa de Pós-graduação em Memória Social e ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). O artigo tem a proposta de analisar os processos de anulação da subjetividade e adoecimento na perspectiva da saúde mental dos indivíduos em privação de liberdade. O encarceramento, o afastamento dos vínculos familiares e comunitários, o ócio, a perda de autonomia sobre aspectos da vida cotidiana e o ambiente insalubre das prisões são elementos que contribuem para a degradação da saúde mental dos detentos. Estudos mostram que pessoas privadas de liberdade são mais acometidas por transtornos mentais que a população geral de forma significativa. Logo, o artigo apresenta uma análise destas questões e também da política de saúde no âmbito da execução penal.

Palavras-chave: Prisão, Saúde mental, Políticas Públicas.

1 INTRODUÇÃO

O artigo apresenta os debates produzidos no grupo de pesquisa “Violência, Prisão e Políticas Públicas” e na pesquisa intitulada “Políticas Sociais e Prisão: uma avaliação da política de execução penal”, vinculada ao Programa de Pós-graduação em Memória Social (PPGMS) e ao Curso de Serviço Social da UNIRIO. A pesquisa qualitativa possui referencial teórico-metodológico do materialismo histórico e dialético, tendo como objetivo analisar as contradições implícitas à operacionalização das políticas sociais no âmbito da execução penal.

A partir de uma análise crítica da sociedade contemporânea (na qual a fragmentação do sujeito torna-se um aspecto central da vida, em contraposição com instituições e práticas sociais



homogeneizadoras), será analisado as relações de identidade e os processos de “mortificação do eu” que são produzidos e reproduzidos no ambiente prisional.

A Lei de Execução Penal (LEP) nº 7.210 de 11 de Julho de 1984, em seu artigo 5º, estabelece o respeito do tratamento destinados aqueles que transgridam a lei, ou seja: “os condenados serão classificados, segundo os seus antecedentes e personalidade, para orientar a individualização da execução penal”. Na prática, sobretudo, esse direito não é respeitado e a individualização não é assegurada.

As políticas sociais desenvolvidas no âmbito prisional reproduzem a mesma lógica de focalização, seletividade e precarização que as políticas sociais brasileiras. Neste sentido, a população encarcerada sofre com os mesmos agravos e problemas que a população brasileira como um todo. A realidade encontrada nas prisões torna evidente que a política de saúde não é executada de forma eficiente. As condições do cárcere intensificam o surgimento de problemas de saúde, e impõe uma série de obstáculos para o acesso a assistência médica.

Ao ingressar no sistema prisional os indivíduos tem mais do que o seu direito de liberdade suprimido, estes indivíduos acabam tendo seus direitos humanos e sociais violados. A violação do direito à saúde é evidenciado quando observamos a infraestrutura das prisões, que mantêm a população em ambientes superlotados com iluminação e ventilação precárias, onde indivíduos ingressam com doenças infectocontagiosas num ambiente que facilita a contaminação de outras pessoas e também pela falta de acesso a assistência médica dentro das unidades prisionais.

O encarceramento, o afastamento dos vínculos familiares e comunitários, o ócio, a perda de autonomia sobre aspectos da vida cotidiana e o ambiente insalubre das prisões são elementos que contribuem para a degradação da saúde mental dos detentos. Estudos mostram que pessoas privadas de liberdade são mais acometidas por transtornos mentais que a população geral de forma significativa.

Nos EUA foi constatado que mais da metade da população carcerária sofre de transtornos mentais, chegando ao número de 64% dos presos em presídios locais. Um estudo realizado em Chicago nos EUA mostrou que os presos daquele estado tinham taxas de transtornos mentais até 4 vezes maior que a população local, e que entre as mulheres presas foi constatado que aproximadamente 81% delas apresentaram ao menos um transtorno psiquiátrico durante a vida, indicando um agravamento relacionado a questões de gênero. Os principais transtornos apresentados foram sintomas depressivos, abuso de drogas, e transtorno de estresse pós-traumático. Em países como França, Honduras, Inglaterra, Nova Zelândia e Escócia também foram percebidas altas taxas de transtornos mentais entre a população carcerária.

O presente artigo está estruturado em duas seções: num primeiro momento realizamos uma apresentação dos dados e análise da política de saúde nas prisões e, posteriormente, numa segunda



seção, analisamos o processo de adoecimento e a saúde mental dos sujeitos em situação de privação de liberdade.

2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO ÂMBITO PRISIONAL

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional - PNAISP nasce com o declínio deste modelo e a necessidade urgente de promover a inclusão efetiva das Pessoas Privadas de Liberdade ao Sistema Único de Saúde (SUS). Publicado em 9 de setembro de 2003 por meio da Portaria Interministerial nº 1.777, pelos Ministérios da Saúde e da Justiça, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) teve como objetivo aproximar a população penitenciária ao SUS, buscando garantir que o direito à cidadania se efetivasse em uma perspectiva dos direitos humanos.

Todos os tipos de agravos de saúde que a sociedade enfrenta também são encontrados no sistema prisional, mas podem ser potencializados devido às condições precárias de confinamento. A superlotação e estrutura insalubre das celas com umidade, sujeira, pouca iluminação e ventilação geram ainda mais impacto nas demandas de saúde, facilitando a transmissão e dificultando o tratamento das doenças. Portanto, nesse cenário, é obrigatório que as políticas públicas sejam transversais, de forma a atender a todos em todas as suas especificidades.

Para que esses obstáculos possam ser reduzidos progressivamente é de suma importância que haja articulação entre os gestores de saúde e de administração penitenciária, em todos os níveis da federação, de forma a priorizar a garantia dos direitos humanos e a dignidade das pessoas privadas de liberdade, bem como a salubridade, a segurança e a manutenção das ações de saúde para aqueles que residem ou frequentam as unidades prisionais.

O direito à saúde está garantido pela Constituição Federal de 1988 e pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Tais dispositivos indicam a Atenção Básica como ordenadora desse Sistema, ou seja, as unidades prisionais serão as “portas de entrada” e “ponto de atenção” da Rede de Atenção à Saúde.

Os serviços serão formados por equipes de atenção básica prisional (EABP), que organizarão a saúde nas unidades prisionais com a perspectiva de promoção a saúde, prevenção de agravos, tratamento e seguimento, permitindo que essa população tenha acesso aos serviços de urgências e emergências, à atenção especializada e hospitalar na rede fora das penitenciárias, sempre que houver necessidade de atenção de maior complexidade. Muitas dessas ações e serviços são configuradas, no SUS, como redes: Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência, dentre outras, às quais a população prisional deve ter acesso.

O ingresso dos indivíduos privados de liberdade no sistema penitenciário deveria priorizar as ações de diagnóstico precoce de doenças, em especial as transmissíveis, de promoção da saúde e de prevenção de agravos, utilizando-se os protocolos clínicos estabelecidos e realizando coleta de exames



laboratoriais e imunização, conforme calendário básico de vacinação. Conseqüentemente, essas ações deveriam ser registradas pela equipe multiprofissional de saúde no prontuário de cada indivíduo privado de liberdade, que deverá ter acesso ao seu prontuário sempre que desejar e, em especial, na sua saída do sistema prisional, momento em que uma cópia desses registros lhe será entregue.

Considerando a realidade brasileira e, especificamente, o sistema penitenciário do estado do Rio de Janeiro, os indivíduos privados de liberdade quando ingressam nas prisões não realizam exames ou diagnósticos médicos, em função da ausência de profissionais, equipamentos e infraestrutura.

No Modelo de Gestão da Política Prisional (2016), consta que os presos sejam submetidos a exames de saúde antes de serem acautelados, uma vez que muitas pessoas chegam adoecidas às prisões. Os exames têm a função de: (i) mapear as doenças mais comuns dentro desses estabelecimentos; (ii) evitar a proliferação de doenças infectocontagiosas; e (iii) garantir assistência médica ao recém apripisionado, que - uma vez preso -, passa a ter o seu bem-estar permanentemente tutelado pelo o Estado.

De acordo com os documentos institucionais pesquisados, as diretrizes gerais da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional são:

- **Integralidade**

As equipes de saúde no sistema prisional devem estar orientadas e capacitadas para prestar atenção integral à saúde para as pessoas privadas de liberdade, tendo como prioridade ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e de recuperação, referenciando as ações de maior complexidade para a atenção especializada na Rede de Atenção à Saúde.

- **Intersetorialidade**

As ações de saúde no sistema prisional deverão ser compreendidas em sua dimensão mais ampla, objetivando a criação de condições necessárias à garantia dos direitos das pessoas privadas de liberdade, no âmbito do SUS, e em parceria com os setores governamentais e não governamentais relacionados.

- **Descentralização**

A atenção integral à saúde da População Privada de Liberdade é de responsabilidade dos três níveis gestão, de acordo com as competências de cada um, previstas na Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, no Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 e na Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014.

- **Hierarquização**

O acesso universal e igualitário aos serviços de saúde os quais se iniciam pela porta de entrada do SUS e se completa na rede hierarquizada e regionalizada, de forma a dar conta das demandas da população nos variados níveis de complexidade dos serviços de saúde oferecidos. Uma vez que os serviços de saúde prisional constituem unidades básicas de saúde, esses devem estar articulados com



os demais serviços da Rede de Atenção à Saúde, seguindo os fluxos de referência e contra referência de forma a garantir à população privada de liberdade o acesso integral aos serviços e ações do SUS.

- **Humanização**

As práticas em saúde deverão nortear-se pelo princípio da humanização, aqui compreendidas como atitudes e comportamentos dos gestores e profissionais de saúde que contribuam para reforçar o caráter da atenção à saúde como direito do usuário. Neste sentido, o atendimento à saúde da população privada de liberdade deverá nortear-se pelo respeito a todas as diferenças, sem discriminação de qualquer espécie e sem imposição de valores e crenças pessoais por parte dos profissionais de saúde.

O Modelo de Gestão da Política Prisional (2016) estabelece que a prisão deve ser compreendida como um espaço de proteção social:

(...) proteção para o sujeito em privação de liberdade, ao qual devem ser garantidos a vida e todos os demais direitos consubstanciados em normas e leis; proteção para a sociedade, uma vez que esta, ao produzir as penas e as prisões, optou por assumir que aqueles que são considerados agressores das normas e leis devem ser responsabilizados e ter seu convívio social restringido; proteção para o próprio Estado, uma vez que, ao assegurar direitos e assistências, o Estado coloca em evidência seu papel de regulador e mediador das relações sociais, legitimando a si e às leis que o regem, regem a sociedade e regem as penas e punições. (DEPEN: 2016, p.41)

Como já pontuamos anteriormente, os indivíduos que se encontram em estado de privação de liberdade possuem todos os direitos individuais e sociais, excluído apenas o direito à liberdade. Em outras palavras, o Estado é responsável direto por esse sujeito e pelo gozo de suas prerrogativas juridicamente estabelecidas.

Na luta contra a violação de direitos da população penitenciária, as disposições da LEP e do Modelo de Gestão da Política Prisional se configuram como ferramentas fundamentais: a primeira na condição de lei; e o segundo, de documento norteador do Governo para a execução da política carcerária.

A LEP aponta como dever do Estado a manutenção da relação da Rede dos hospitais penitenciários com os demais hospitais públicos, tendo o objetivo de garantir o pleno atendimento de saúde dos assistidos. Ou seja, o adoecido deve ser transferido para uma unidade de saúde pública extramuros, caso não haja as instalações e atendimentos necessários ao tratamento nas unidades hospitalares do Sistema Penitenciário. Segundo o Modelo de Gestão Penitenciária:

O atendimento à saúde é uma preocupação inerente aos estabelecimentos prisionais, seja porque os problemas de saúde são potencializados em tais estabelecimentos, seja porque qualquer atendimento de maior complexidade e que não possa ser realizado no interior das unidades prisionais será compreendido como fator de risco à segurança do estabelecimento, de seus servidores e da localidade onde se encontram a unidade prisional e o hospital de referência para onde são deslocadas as pessoas privadas de liberdade que necessitam do atendimento. (DEPEN: 2016, p. 114)



Além do trabalho de rede, a LEP prevê atendimentos específicos à saúde da mulher, principalmente no pré-natal e no pós-parto, extensivos ao recém-nascido. Isso denota o grande avanço social trazido pela legislação, pois ela estabelece meios para a garantia do bem-estar da população penitenciária.

O Relatório do Escritório das Nações Unidas para Drogas e Crime (UNODC), feito em parceria com a Organização Mundial de Saúde (OMS), evidencia que tanto a incidência de transtornos mentais como a transmissão de doenças infectocontagiosas têm uma taxa significativamente maior dentro da população carcerária do que na população em geral (UNODC & WHO, 2013, p. 02). Assim, são necessárias medidas específicas para a inserção dos sistemas públicos de saúde nas dinâmicas das unidades prisionais.

Especificamente no Brasil, o Informe Mundial sobre os Direitos Humanos no Mundo – Edição 2016, apresentado pela *Human Rights Watch*, destaca que a incidência de HIV nas prisões é 60 vezes maior que no restante da população. A proporção, quando feita com base nos casos de tuberculose, é da ordem de 40 vezes.

Os dados do último Infopen (2020), colhidos de julho a dezembro de 2019, mostram que, devido à escassez de recursos humanos e materiais, a Política Setorial de Saúde Prisional ficou impraticável. Antes de falar sobre os dados, é importante reafirmar a situação do Sistema Penitenciário Brasileiro.

Dessa forma, mesmo que os alojamentos sejam dotados de locais para guarda de pertences pessoais, locais de higiene pessoal e camas, os fatores ora mencionados impedem que estes espaços sejam mantidos com as condições adequadas de higiene, salubridade, ventilação e iluminação, tornando-se ambientes críticos para os procedimentos de segurança e propícios para a disseminação de doenças e transtornos. (DEPEN: 2016, p. 112)

Além da crítica situação de insalubridade outras recomendações são violadas. Como ressaltamos anteriormente, apesar da importância dos exames médicos anteriores ao encarceramento, não há estrutura para a implementação dessas análises médicas. Além da escassez estrutural, há de se observar a falta de recursos humanos.

Analisando somente o sistema prisional do estado do Rio de Janeiro¹, são – atualmente - 52 unidades prisionais, com 50.822 pessoas presas². Nessa conjuntura 80% das unidades prisionais do estado têm consultório médico; apenas 36% das prisões têm estabelecimentos com sala de coleta de material para laboratório; 22% têm cela de observação; 20% têm sanitário para pacientes e 66% têm sanitários para equipe de saúde; 16% têm central de material esterilizado/ expurgo; 10% têm sala de

¹ Dados do Sistema de Informações do Departamento Penitenciário Nacional (SISDEPEN) de julho de 2019. Disponível em: <http://antigo.depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen/relatorios-analiticos/RJ/rj>. Acesso em: 13 de janeiro de 2021.

² Infopen, dezembro/2019. Disponível em:

<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiZWl2MmMmJmMzYtODAzMC00YmZiLWl4M2ItNDU2ZmIyZjFjZGQ0IiwidCI6ImViMDkwNDIwLTQ0NGMtNDNmNy05MWYyLTRiOGRhNmJmZThlMSJ9>. Acesso em: 11 de janeiro de 2021.



lavagem e descontaminação; 14% têm sala de esterilização; 32% têm depósito de material de limpeza (DML) e 0% tem cela de enfermaria com solário (INFOPEN, 2019).

Ademais, os recursos humanos dessas instituições contam com: apenas 21 médicos de clínica-geral, 4 médicos ginecologistas, 14 médicos psiquiátricos, 11 médicos de outras especialidades, 72 enfermeiros, 29 psicólogos, 22 dentistas, 28 assistentes sociais e 19 advogados.

Conforme os dados mais recentes do INFOPEN (2020) – colhidos em 2019 -, o número total de encarcerados é de mais 755 mil, e o déficit de vagas atinge a marca de 320 mil. Em outras palavras, considerando que o número total de vagas do sistema carcerário é de 442.349, a lotação atual dos estabelecimentos prisionais é de 170%.

Um estudo de 2013 da FIOCRUZ, evidenciou que entre os problemas de saúde física apresentados pelos detentos destacam-se: os osteomusculares, como dores no pescoço, costas e coluna (76,7%), luxação de articulação (28,2%), bursite (22,9%), dor ciática (22,1%), artrite (15,9%), fratura óssea (15,3%), problemas de ossos e cartilagens (12,5%) e de músculos e tendões (15,7%); os do aparelho respiratório, como sinusite (55,6%), rinite alérgica (47%), bronquite crônica (15,6%), tuberculose (4,7%) e outras (11,9%); e doenças de pele⁴. Dessa forma, considerando a existência dessas comorbidades, poderia haver aumento da mortalidade dos detentos, não sendo possível determinar, com o conhecimento científico até o momento, em qual percentual. (FIOCRUZ, 2013 apud CREMERJ, 2020)

Nesse sentido, Alexandra Sánchez, do Grupo de Pesquisa Saúde nas Prisões (Gepesp/ENSP/Fiocruz), constatou em uma pesquisa que a taxa de mortalidade entre presos no Rio de Janeiro é cinco vezes maior que a média nacional. Assim, foi concluído na pesquisa que, na maioria dos casos (83%), as mortes estão associadas às doenças (causas naturais), cujos óbitos poderiam ter sido evitados se tivessem sido diagnosticadas e tratadas.³

Diante desse quadro crítico, pode-se afirmar que - no sistema prisional brasileiro - há violação generalizada de direitos fundamentais dos presos, e de tudo aquilo que é caro à dignidade humana. A Pandemia causada pelo novo Coronavírus fez com que esse cenário ficasse ainda mais preocupante.

Frente à necessidade do combate mais intensificado da pandemia de Covid-19, o Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), emitiu algumas determinações para serem cumpridas em ambiente prisional, a fim de evitar a contaminação da doença nessas dependências⁴. São elas:

- I. Restrição de entrada e suspensão das visitas; atendimento de advogados e defensoria pública;

³ FIOCRUZ. ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE SÉRGIO AROUCA. Informe: Taxa de mortalidade entre presos no Rio de Janeiro é cinco vezes maior que a média nacional. 25 abr. 2019. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/45983> .Acesso em: 13 de janeiro de 2021.

⁴ Sítio eletrônico do Departamento Penitenciário Nacional - DEPEN. Disponível em: <http://antigo.depen.gov.br/DEPEN/prevencao-ao-covid-19-no-sistema-prisional-informacoes-complementares>. Acesso em: 10 de janeiro de 2021.



- II. Isolamento de casos sintomáticos, presos maiores de 60 anos ou com doenças crônicas;
- III. Triagem obrigatória nas unidades prisionais (antes do ingresso);
- IV. Recomendação n. 62/2020 do Conselho Nacional de Justiça;
- V. Produção de notas técnicas e manuais orientadores;
- VI. Distribuição de 87.000 Kits de testes rápidos – (custo de 11,2 milhões de reais);
- VII. Distribuição de equipamentos individuais (11 milhões de reais);
- VIII. Apoio técnico de médico infectologista e epidemiologista;
- IX. Assepsia diária nas celas.

É importante reforçar que a COVID-19 é perigosa e altamente contagiosa até para aqueles que têm acesso a recursos e meios que possam evitar a contaminação. Nessa esteira, para a população carcerária, a quem todos os recursos são escassos, o cenário é delicado. Afinal, as instituições prisionais são historicamente caracterizadas por suas condições de extrema insalubridade, superlotação e violação de direitos básicos. Essas características somadas à vulnerável saúde da população carcerária, acabam por compor o cenário perfeito para a proliferação em massa do vírus.

Além de ser inviável (em função da superlotação nas prisões) o distanciamento social entre presidiários, as outras medidas sanitárias de combate ao COVID são de difícil ou impossível execução. Isso porque, para além da aglomeração, há uma série de outras circunstâncias que agravam a insalubridade do meio penitenciário. Nessa linha, conforme o “Relatório Parcial sobre os impactos do COVID-19 no Sistema Prisional do Rio de Janeiro”⁵ do Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura do Rio de Janeiro – MEPCT/RJ⁶: (i) os presos não possuem o devido acesso à água para higienizar as mãos, sendo a mesma sem procedência e com o uso restrito; (ii) as prisões são ambientes abafados, que impedem a livre circulação do ar; (iii) é notória a ausência de equipes médicas para atendimento dos apenados; (iv) o sistema prisional é incapaz de lidar com uma pandemia; (v) não há vagas do SUS disponíveis; (vi) as cadeias são superlotadas (INFOPEN, 2019).

Analisar a política de saúde nas prisões brasileiras é evidenciar a ausência, invisibilidade ou inconsistência dos dados oficiais. Cada vez mais, cresce a importância da realização de pesquisas para revelar a realidade, subsidiar um debate crítico e proporcionar o planejamento de novas políticas públicas. Afinal, garantir os direitos à saúde, educação, trabalho e assistência social é um desafio constitucionalmente previsto, que não pode encontrar barreiras nem mesmo nas grades da prisão. A

⁵ Relatório Parcial sobre os impactos do COVID-19 no Sistema Prisional do Rio de Janeiro. Disponível em: <http://mecanismorj.com.br/wp-content/uploads/Relat%C3%B3rio-parcial-do-MEPCTRJ-sobre-o-COVID19-no-sistema-prisional-atualizado-21.06-final.pdf>. Acesso em: 10 de janeiro de 2021.

⁶ O Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura do Rio de Janeiro (MEPCT/RJ) é um órgão criado pela Lei Estadual n.º 5.778 de 30 de junho de 2010, vinculado à Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro que tem como objetivo planejar, realizar e conduzir visitas periódicas e regulares a espaços de privação de liberdade, qualquer que seja a forma ou fundamento de detenção, aprisionamento, contenção ou colocação em estabelecimento público ou privado de controle, vigilância, internação, abrigo ou tratamento, para verificar as condições em que se encontram submetidas as pessoas privadas de liberdade, com intuito de prevenir a tortura e outros tratamentos ou penas cruéis, desumanos e degradantes.



pandemia da COVID-19 evidenciou a necessidade premente de implementação dessas políticas no âmbito prisional e da sociedade brasileira. A seguir iremos analisar as especificidades da saúde mental no âmbito das prisões.

3 A QUESTÃO DA SAÚDE MENTAL NAS PRISÕES: ALGUNS APONTAMENTOS E ANÁLISES

Na política de execução penal não há um fluxo contínuo e uma metodologia de avaliação da política, existem entraves no processo de integração entre as diversas políticas sociais, além de seguirem uma lógica da focalização, seletividade e precarização. As prisões possuem atendimentos pragmáticos, emergenciais e compensatórios de carências. Utiliza-se da meritocracia para atender às necessidades sociais dos presos através de um processo burocrático.

Além disso, as autoras elucidam que as contradições implícitas e explícitas e a disputa de poder no campo das assistências no âmbito da execução penal é uma realidade, dificultando o acesso aos direitos sociais e assistenciais na perspectiva cidadania e da universalidade, a condição para que os presos acessem tais direitos é o bom índice de comportamento e disciplina.

As próprias estruturas das unidades prisionais também não são projetadas para garantir o atendimento universal e acesso de toda a população carcerária às assistências, não só dificultando o êxito no trabalho dos profissionais que nela atuam, mas fomentando o adoecimento desses profissionais também. O critério para o atendimento é o preso com maior necessidade.

“A LEP não ganhou a efetividade necessária à garantia e ao acesso aos direitos da população presa.” (FACEIRA, LEMOS e SILVA, 2022, p. 10), mesmo como Modelo de Gestão para a Política Prisional considerando fundamental a articulação entre os organismos estatais para a universalização do acesso, ela não ocorre e ainda existe a refilantropização e mercantilização das políticas públicas dentro dessa dinâmica.

No Brasil foram publicados dados do Estado de São Paulo no ano de 2006, que também trazem o elevado número de presos com transtornos mentais, que na época era de 61% da população carcerária do Estado e assim como no Estudo feito em Chicago, evidencia uma incidência maior entre as mulheres presas.

As pesquisas direcionadas ao estudo da saúde mental de pessoas privadas de liberdade são recentes e foram pela Organização Mundial de Saúde ao iniciar o “Projeto de Saúde no Sistema Prisional” criado em 1995. E a partir deste primeiro projeto foram instauradas normas internacionais com o propósito de definir a qualidade do tratamento oferecido aos presos, com o objetivo de que os presos não saíssem da prisão em um estado de saúde pior do que quando entraram, fato que infelizmente é comum até os dias atuais.



A partir de um estudo seccional de autoavaliação das condições de saúde da população carcerária do Estado do Rio de Janeiro no ano de 2013, foram colhidos dados relativos as condições de saúde, hábitos de vida e o uso dos serviços de saúde. O estudo foi realizado a partir de uma amostragem de 1573 presos de uma população de 24.231 encarcerados de 33 unidades do Estado, sendo 1110 homens e 463 mulheres, excluindo hospitais, patronatos, casas de albergado, colônias agrícolas e unidades militares.

No Estudo foram aplicados o Inventário de Depressão de Beck que é um instrumento que reflete os graus crescentes da gravidade do quadro de depressão e o Inventário de sintomas de Estresse para Adultos referentes as fases do Estresse.

A pesquisa, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz/Fiocruz, começa trazendo um perfil dos presos, mais da metade possui até 29 anos, são pretos e pardos e 80% praticam alguma religião. Entre os homens 47,2% são solteiros e 43,7% são casados, enquanto entre as mulheres o número de solteiras é maior, totalizando 58,8%.

A boa relação com o vínculo familiar foi relatada por 77,4% dos homens e entre as mulheres o número é de 68,7%. Os homens também recebem mais visitas, somando 73,9% enquanto as mulheres têm um percentual de 58,6%.

Os resultados do Inventário de sintomas de Estresse para adultos mostraram que as mulheres são as principais vítimas deste sintoma, totalizando 57,9% das mulheres que participaram da pesquisa e entre os homens a porcentagem foi de 35,8%. A mulheres também sofrem mais de sintomas depressivos graves somando 7,5% enquanto os homens somam 6,3%. Em relação aos sintomas depressivos moderados o número de mulheres é expressivamente superior aos de homens totalizando 39,6% enquanto os homens totalizam 24,8%. Foi observado que os presos sem vínculo familiar ou com um relacionamento ruim com o vínculo familiar apresentam maior chance de desenvolver problemas de saúde mental, tanto homens quanto mulheres. Outros fatores como religião e atividades laborativas também contribuem no estado de saúde mental, detentos que praticam a religião com maior frequência e que possuem alguma atividade laborativa dentro das prisões tem menor chance de apresentarem transtornos mentais.

A pesquisa torna evidente que grande parte da população encarcerada do Estado do Rio de Janeiro padece de estresse e sintomas depressivos e como dito anteriormente, esta realidade não está presente somente no Rio de Janeiro, mas também no resto do país e do mundo. Estes dados reiteram a importância dos serviços de saúde mental para a população carcerária, sobretudo as mulheres.

Apesar da necessidade urgente em desenvolver políticas de saúde para o tratamento de saúde mental dos detentos, o Estado do Rio de Janeiro, segundo o relatório analítico do DEPEN de junho de 2022, conta com 62.437 mil pessoas na população carcerária distribuídos em 51 estabelecimentos penais ao passo que contam com apenas 24 médicos psiquiatras e 32 psicólogos.



Diante destes dados é importante reiterar a necessidade de investimentos na política de saúde no âmbito da execução penal de forma geral e também com foco na saúde mental, ampliar o desenvolvimento de pesquisas na saúde mental voltadas para a população carcerária em conjunto com o desenvolvimento de estratégias para fortalecer os vínculos familiares que se fazem tão importantes quando se trata de saúde mental. Existe a necessidade de repensar toda a política de execução penal, pois a população carcerária tem seus direitos humanos e sociais violados sistematicamente e as condições de vida nas prisões, a própria infraestrutura, a superlotação, a tortura e o ócio em que a população é submetida são fatores determinantes para o surgimento e agravamento de problemas mentais e também físicos.

No Sistema Penitenciário Brasileiro, o programa de saúde pública não é empregada a mesma forma que é fora dele, visto que, há diversos relatos que remetem a falta de assistência básica para os encarcerados tais como: a falta de diversas categorias de medicamentos, a alta demanda de instrumentos para as práticas de cuidados e a falta de informação para os detentos acerca de como ter e manter qualquer bem-estar físico, psíquico e social no âmbito prisional.

Diversos pontos podem ser levantados quando o assunto é a dificuldade em implementar a promoção, prevenção e a recuperação da saúde dos detentos(as), e um dos principais acometidos pela baixa demanda de cuidados que são básicos do SUS são as encarceradas gestantes e as puérperas.

Segundo o documentário “Leite e Ferro” dirigido por Claudia Priscila, no ano de 2007 as detentas relatavam suas vivências até serem presas, onde era comum as mulheres terem histórico de conflitos familiares, problemas com drogas, gravidez na adolescência, se relacionar com pessoas envolvidas no mundo do crime criando uma realidade vista como problemática, mas que elas viam como algo comum e normal, como, por exemplo: uma das entrevistadas no documentário contou sua experiência ao ter uma overdose para as outras companheiras de cela, fazendo com que as demais se identificassem com sua história dizendo que algo semelhante teria acontecido com elas, além de mostrar suas realidades em relação à falta de assistência pediátrica para os recém nascidos no presídio, a falta de informação em relação aos cuidados com os filhos e também sobre o destino do recém-nascido após elas terem deixado-os, pois isso não é decidido por elas e sim pelo juiz, caso não haja familiar para acolher o bebê, ele será encaminhado para um abrigo, onde posteriormente poderá ser adotado por outra família sem um aviso e consentimento por parte da genitora.

Dentre os relatos mais comuns das detentas grávidas e puérperas, em geral, está o fato de terem sido algemadas na hora do parto, serem expostas a diversas violências seja ela psicológica, física, sexual, verbal por profissionais da saúde. Até então existe a Lei 9.263/96 que asseguram as mulheres gestantes a todos os tipos de assistência, seja ela o planejamento familiar, acesso ao atendimento pré-natal, assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato através do Sistema Único de Saúde (SUS), porém essa lei parece não se encaixar para presas que estão em seu período de gravidez, visto que há diversos



depoimentos onde elas mencionam maus tratos durante sua estadia no hospital, portanto somente em 2022 a Lei núm. 7.210 (Lei de execução penal) foi alterada para assegurar à mulher presa gestante ou puérpera tratamento humanitário antes e durante o trabalho de parto e no período de puerpério, bem como assistência integral à sua saúde e à do recém-nascido. Diante disso, ainda sim, existem diversas contrariedades em relação a esses problemas apresentados.

Em virtude dos fatos apresentados, podemos observar uma grande deficiência em relação as políticas públicas de saúde na execução penal, onde podemos ressaltar a indiferença e a falta de recurso quando se trata da qualidade em saúde do sistema prisional. A sociedade como um todo possui a crença de que tudo que for oferecido a pessoa detida deverá ser de maneira precária, que ele não seja visto como ser humano com direitos e necessidades mais básicas do homem em forma castigo aos crimes cometidos, porém isso só é a realidade para um grupo específico da sociedade, que são pessoas predominantemente negras que desde sempre conviveram com a pobreza e negligência governamental onde não teve acesso à saúde básica, educação, alimentação, segurança entre outros aspectos básicos.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cárcere constitui um terreno árido, contraditório e de negação dos direitos humanos e sociais, anulando a historicidade e a cidadania dos diversos sujeitos presos. O artigo evidencia algumas contradições inerentes ao cenário prisional, ressaltando a importância de dar visibilidade e romper com os processos de massificação e alienação.

A partir do movimento de apreender a realidade e sair do nível da aparência, torna-se possível desmistificar e decodificar o cenário prisional, pensando estratégias de enfrentamento e mediação social. Refletir e intervir em uma instituição como a prisão, caracterizada pela violação de direitos, consiste em um desafio.

É relevante enfatizar a necessidade de estudos e pesquisas que desvelem e apresentem reflexões críticas sobre o contexto prisional, destacando suas contradições e ressaltando a importância do fortalecimento das instâncias de monitoramento, fiscalização e controle social da execução penal, com vistas a garantia de direitos.

A constatação do cárcere enquanto um ambiente que adoce os sujeitos traz a luz da necessidade de visibilidade para a temática, mostrando o quanto os processos de aprisionamento modificam a identidade dos sujeitos que são inseridos no sistema prisional, sendo um espaço de controle social que molda novas subjetividades para os indivíduos e o desprende de sua realidade anteriormente vivida.



REFERÊNCIAS

- ANDREOLI, S.B.; RIBEIRO S.W.; QUINTANA M.I.S; HIGASHI, M.K.; DINTOF A.M. Estudo da prevalência de transtornos mentais na população prisional do estado de São Paulo. Relatório Científico Final. Brasília: CNPq, 2008.
- BRASIL. Lei no 7.210/1984. Institui a Lei de Execução Penal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17210.htm>. Acesso em 14 de junho de 2021.
- BRINDED P.M.; Simpson A.I.; LAIDLAW, T.M.; FAIRLEY, N.; MALCOLM F. Prevalence of psychiatric disorders in new Zealand prisons: a national study. *Aust N Z Psychiatry*, 2001, 35: 166-173.
- COHN, A. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: CAMPOS, G. W. S et al. (Org.), *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 219-246.
- CONSTANTINO, Patricia; ASSIS, S. G. PINTO, Liana Wernersbach. O impacto da prisão na saúde mental dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. In: *Ciência & Saúde Coletiva (Online)*. V. 21, p. 2089-2100, 2016.
- DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL. DIRETORIA DE POLÍTICAS PENITENCIÁRIAS. *Modelo de Gestão para a Política Prisional*. Brasília: 2016.
- DRAIBE, Sônia. As políticas sociais e o neoliberalismo – reflexões suscitadas pelas experiências latino-americanas. In: *Revista USP (Universidade de São Paulo)*, São Paulo, 1996.
- FACEIRA, Lobelia. Por mais longa que seja a noite, o sol volta sempre a brilhar! A memória rompendo o silêncio entre paredes do cárcere. In: GEIGER, Amir, DODEBEI, Vera e FARIAS, Francisco. *Por que memória social*. 1. ed. Rio de Janeiro: Híbrida, 2016
- GOFFMAN, E. *Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada*. 4ª ed. Rio de Janeiro: LTC, 1963, pp. 11-48.
- GOFFMAN, E. *Manicômios Prisões e Conventos*. 2ª ed. São Paulo: Ed. Perspectiva AS, 1987.
- GRAMSCI, A. *Cartas do cárcere: 1926-1930 (v.1)*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.
- HANEY, Craig; BANKS, Curtis & ZEMBARDO, Philip. *A study of prisoners and guards in a simulated prison*. 1973.
- HUMAN RIGHTS WATCH. *World Report 2016. Our annual review of human rights around the globe*. Disponível em: <https://www.hrw.org/es/world-report/2016/countrychapters/285490#55c37b> . Acesso em: 13 de jan de 2021.
- IRÍAS-ORTIZ R.; MARTÍNEZ-MOLINA G.; AMAYA-MARTINEZ G.; SOTO R.J.; REYES-TICAS A. Prevalência de transtornos mentales em personas privadas de libertad. In: *Rev. Med. Post. UNAH*, 1999, 4:129-136.
- MECANISMO ESTADUAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À TORTURA DO RIO DE JANEIRO. *Relatório parcial sobre os impactos do COVID-19 no sistema prisional do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: julho, 2020.
- MINAYO, M.C. *Estudo das condições de saúde e qualidade de vida dos presos e custodiadores e das*



condições ambientais do sistema prisional do Rio de Janeiro. Relatório de Pesquisa: FAPERJ, 2014.

MINERVINE, J. Psychiatri eenmilieupénitentiaire. 1ére Journé dès soins Psychiatriquesen Milieu Peenitentiaire Conference. Franche-Comté, France, 2001.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA, DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias. Brasília: 2019.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA, DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias. Brasília: 2020.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL. Sistema de Informações do Departamento Penitenciário Nacional – SISDEPEN. Brasília:2022.

TEPLIN, L.A.; ABRAM, K. M. MCClelland, G.M. Prevalence of psychiatric disorders among incarcerated women. Arch Gen Psychiatry. 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Health in prisons: a WHO guide to thr essentials in prison health. Copenhagen: Organization regional Office for Europe, 2007.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

UNODC & OMS. Relatório mundial sobre Drogas. Viena, 2013.