

Condições de saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil

Health conditions of prisoners in the state of Rio de Janeiro, Brazil

Maria Cecília de Souza Minayo¹
Adalgisa Peixoto Ribeiro¹

Abstract We present the results of a quantitative and qualitative study on the living conditions and health of prisoners in the state of Rio de Janeiro. The goal was to produce strategic information to support the action of public officials who work in prisons. The results show that prisoners are young (average age: 30 years), poor, mostly black and brown (70.5%), have little education (only 1.5% of them have a higher education), and have been in prison for less than four years. Among the problems that indirectly affect their health, we emphasize: overcrowding (1.39 prisoners per one vacancy), idleness (only 4.4% of them work), lack of perspective, violence and relationships of conflict. The most common physical health problems include: musculoskeletal problems, such as pain in the neck, back, and spine (76.7%), joint dislocation (28.2%), bursitis (22.9%), sciatica (22, 1%), arthritis (15.9%), bone fracture (15.3%), problems with bone and cartilage (12.5%), and muscle and tendon injuries (15.7%); respiratory problems, such as sinusitis (55.6%), allergic rhinitis (47%), chronic bronchitis (15.6%), tuberculosis (4.7%) and others (11.9%); and skin diseases. Despite legal requirements that include prison health care among the Universal Health System's (SUS) obligations, services are scarce and inefficient and a major cause of inmate dissatisfaction.

Key words Health of prisoners, Prison system, Health conditions

Resumo Apresentam-se os resultados de um estudo quantitativo e qualitativo sobre as condições de vida e saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro. O objetivo foi produzir informações estratégicas para subsidiar a ação dos agentes públicos que atuam nos presídios. Os resultados mostram que os presos são jovens (média de 30 anos), pobres, em maioria de cor preta e parda (70,5%), têm baixa escolaridade (só 1,5% deles têm curso superior) e cumprem menos de quatro anos de pena. Dos problemas que afetam indiretamente sua saúde ressaltam-se: superlotação (1,39 presos para uma vaga), ócio (só 4,4% trabalham), escassez de perspectivas, maus tratos e relacionamentos conflituosos. Entre os problemas de saúde física destacam-se: os osteomusculares, como dores no pescoço, costas e coluna (76,7%), luxação de articulação (28,2%), bursite (22,9%), dor ciática (22,1%), artrite (15,9%), fratura óssea (15,3%), problemas de ossos e cartilagens (12,5%) e de músculos e tendões (15,7%); os do aparelho respiratório, como sinusite (55,6%), rinite alérgica (47%), bronquite crônica (15,6%), tuberculose (4,7%) e outras (11,9%); e doenças de pele. Apesar dos dispositivos legais que incluem o cuidado com a saúde prisional entre as atribuições do SUS os serviços são escassos e ineficientes e uma das maiores causas de insatisfação dos presos.

Palavras-chave Saúde dos presos, Sistema prisional, Condições de saúde

¹ Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Av. Brasil 4036/7º, Manguinhos. 21040-210 Rio de Janeiro RJ Brasil. maminayo@terra.com.br

Introdução

Este artigo apresenta parte dos resultados de um estudo exploratório de autoavaliação das condições de saúde dos presos do Estado do Rio de Janeiro. Trabalha-se tanto com o conceito ampliado de saúde estabelecido na Constituição de 1988 – que a considera resultante de condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, lazer, emprego, liberdade – quanto com seu sentido estrito que trata dos problemas de adoecimento e dos cuidados oferecidos pelo setor.

A questão da saúde é tratada por vários documentos setoriais como o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, de 2004¹, e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, de 2014². A Lei de Execução Penal (nº 7.210/1984) também trata da situação de saúde dos presos quando diz que a atenção a eles deve ser de caráter preventivo e curativo e compreender atendimento médico, farmacêutico e odontológico. Nos países ocidentais, em geral³, as leis e as normas consideram a atenção à população prisional como parte do sistema de saúde que trata do bem-estar de toda a sociedade.

As investigações sobre as condições de vida e saúde dos presos são relativamente recentes, sobretudo influenciadas pelo “Projeto de Saúde no Sistema Prisional”, iniciado pela Organização Mundial de Saúde, em 1995, que inclui o “Guia Saúde nas Prisões”⁴, segundo o qual, os presos não devem sair do cárcere em pior situação de saúde do que quando nele entraram.

Este artigo se organiza em três partes: (1) o contexto e o cotidiano da vida na prisão; (2) os principais problemas de saúde relatados pelos presos e pelas presas; e (3) a situação do atendimento e do acesso aos serviços e a organização do setor.

Metodologia

O estudo exploratório de autoavaliação das condições de saúde da população carcerária do estado do Rio de Janeiro se baseou numa combinação de abordagem quantitativa descritiva e qualitativa hermenêutica⁵.

Realizou-se um inquérito sobre condições de saúde, acesso e uso dos serviços sanitários pelos presos⁶. O universo da pesquisa constituiu-se da população carcerária de todas as penitenciárias, presídios, cadeias públicas e casas de custódia

localizadas no estado em 2013, totalizando cerca de 25.570 presos distribuídos em 33 unidades. Foram excluídos hospitais, institutos penais, patronatos, casas de albergado, colônias agrícolas e unidades militares.

Em função do tamanho populacional e da logística, realizou-se um procedimento de amostragem estratificada proporcional ao tamanho (PPT). Para estratificação da população foram considerados a localização da unidade (Capital, Baixada e Interior) e o sexo (masculino e feminino). Essa clivagem teve por hipótese a existência de diferenças tanto na configuração dos crimes como da população carcerária nos três territórios.

No dimensionamento amostral para obtenção de estimativas de proporção, empregou-se um erro absoluto de 7%, nível de confiança de 95% e prevalência de cada um dos eventos de interesse de 50%. Em cada unidade, os presos foram selecionados por amostragem aleatória simples. Considerou-se uma perda de 10%. Para minimizar as recusas usou-se uma lista de substituições garantindo o anonimato. Apenas em uma cadeia não se atingiu o N esperado.

O questionário autopreenchível foi organizado em blocos de questões majoritariamente fechadas composto por: dados socioeconômicos e demográficos; condições de saúde e qualidade de vida dentro da instituição; e usos de serviços de saúde. Os presos que tinham dificuldades para ler e escrever ou problemas de visão receberam ajuda dos pesquisadores para registro das respostas. Ao instrumento responderam 1.573 presos: 51,1% na capital do estado do Rio de Janeiro, 32,1% no Interior (Volta Redonda, Campos dos Goytacazes e Itaperuna) e 16,8% na Baixada Fluminense (Magé, Japeri, Niterói).

O processamento das informações envolveu as etapas de digitação e crítica a fim de se corrigirem erros e identificarem inconsistências dos dados. Máscaras foram elaboradas no programa Epidata 3.1 para a entrada de dados, transferidos para o software SPSS 20.0 visando à análise. Essa etapa consistiu inicialmente na construção da variável *peso amostral* e realização da expansão dos dados por meio da função *weight*. As análises utilizaram as informações expandidas, permitindo inferências para a população. Diante disso, a amostra expandida integrou 22.231 indivíduos, sendo 22.851 do sexo masculino e 1.380 do feminino.

As análises compreenderam: a distribuição de frequências absolutas e relativas para todas as variáveis; cálculo de medidas de resumo para as variáveis quantitativas; construção de tabelas de contingência; e a aplicação dos testes Qui qua-

drado e Exato de Fisher, e do teste de Kolmogorov-Smirnov (para verificação da normalidade das variáveis quantitativas), dos testes de Kruskal-Wallis e de Mann-Whitney (para comparação das medianas) e do teste de McNemar (para comparar proporções de duas amostras relacionadas). Na realização desses testes empregou-se um p-valor $\leq 0,05$ para atribuir significância estatística.

Na etapa qualitativa, realizaram-se 25 entrevistas semiestruturadas com presos de ambos os sexos das unidades prisionais da Capital, Interior e Baixada Fluminense. O objetivo foi aprofundar o estudo de cunho quantitativo, por isso se buscou ouvir os detentos de todas as unidades estudadas. Esse número de 15 homens e 10 mulheres foi a quantidade possível dentro do prazo da pesquisa, sem pretensão de se esgotarem as informações. Os roteiros buscavam sua percepção sobre condições ambientais e de vida e influência da institucionalização em sua saúde física e mental. A análise qualitativa cumpriu as etapas: a) transcrição e digitação das gravações das entrevistas; b) atribuição de códigos aos entrevistados; c) leitura compreensiva dos textos; d) elaboração de estruturas de análise, agrupando trechos de depoimentos mais ilustrativos nos eixos temáticos; e) identificação das ideias centrais; f) identificação dos sentidos atribuídos às ideias; e g) elaboração de sínteses compreensivas, interpretativas e contextualizadas.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz/Fiocruz.

Resultados

O contexto e o cotidiano da prisão

Pensando a saúde como resultante das condições ambientais e de vida, apresenta-se o perfil sociodemográfico dos presos, os relacionamentos e o cotidiano da prisão dando ênfase às questões de superlotação, do ócio e os problemas na alimentação e no transporte.

Trabalhou-se com uma amostra de 1.110 homens e 463 mulheres. Dos homens, 64% encontravam-se na Capital, 13,8% na Baixada Fluminense e 22,2% em cidades do interior do Estado. Das mulheres, 85,1% estavam presas na Capital e 14,9%, no Interior. Sessenta e sete por cento dos homens e 70,5% das mulheres são de cor preta ou parda, com predomínio desta na população feminina ($p < 0,001$), principalmente fora da Capital.

Como se observa na Tabela 1, a população carcerária é jovem: a maioria tem entre 20 e 39 anos, sendo a média dos homens 30,7 anos e das mulheres 32,2 anos ($p < 0,001$). Os presos na Capital são, em média, mais velhos que os da Baixada e do Interior e as presas da Capital mais velhas que as do Interior ($p < 0,001$). Há mais homens casados que mulheres e boa parte de ambos os sexos vivia sozinha antes do encarceramento. Mesmo sendo em maioria solteiros, separados ou viúvos, os presos têm em média dois a três filhos. Entre as mulheres, essa média é mais elevada ($p < 0,01$).

Chama a atenção o percentual de analfabetos e de presos que não têm curso fundamental completo (cerca de 50% em ambos os sexos). O pouco investimento na educação formal se reflete no exercício de profissões e carreiras pouco estáveis e desprotegidas. Muitos homens relataram nunca

Tabela 1. Distribuição percentual dos presos no Estado do Rio de Janeiro, segundo faixa etária, escolaridade, situação conjugal e tempo na prisão.

Variável	Homens	Mulheres
Faixa etária		
Até 19 anos	7,1	4,3
Até 20-29 anos	47,9	42,6
30-39 anos	27,3	31,6
40-49 anos	11,7	15,0
50-59 anos	4,4	5,6
60+ anos	1,7	0,8
Média (DP)	30,7 (10,4)	32,2 (9,8)
Escolaridade		
Analfabeto	7,5	8,2
Ensino fundamental incompleto	50,8	50,5
Ensino fundamental completo	14,5	11,8
Ensino médio incompleto	12,2	15,4
Ensino médio completo	10,1	11,0
Superior incompleto	3,4	1,6
Superior completo	1,4	1,5
Situação conjugal		
Solteiro(a)	46,5	58,8
Casado/companheiro(a)	44,5	30,7
Viúvo(a)	0,7	4,8
Separado(a)	7,9	5,7
Tempo na prisão		
Menos de 1 ano	42,6	47,0
1-4 anos	46,6	45,1
5-9 anos	7,5	5,5
10-19 anos	3,0	1,8
20 e mais anos	0,3	0,6
Média e DP	2,2 (2,9)	1,8 (2,6)

terem trabalhado com carteira assinada, outros mencionaram intensa rotatividade em atividades formais e informais.

Os homens estão presos, em média, há mais tempo que as mulheres: 89,2% deles e 92,1% delas há até quatro anos. O período médio de detenção deles é de 2,2 anos e delas, de 1,8 anos. Há um percentual pequeno de pessoas cumprindo mais de 10 anos de pena e, menor ainda, é o de reclusos há 20 anos ou mais. Na Baixada e no Interior estão os presos com período menor de privação da liberdade (até quatro anos) ($p < 0,01$). No caso das mulheres, as da Capital estão detidas há menos tempo que as do Interior ($p < 0,01$). É importante ressaltar que o tempo de prisão é também dependente da sentença e, por consequência, da infração penal cometida.

Um ponto que tem evidente repercussão na saúde dos presos são as relações mantidas antes e durante o encarceramento. Em seu conjunto, 77,9% dos homens e 68,7% das mulheres informaram que mantêm bom vínculo com suas famílias, seja por meio de correspondência ou de visitas. Mas 11,7% deles e 16,1% delas ou não interagem com os parentes ou não os têm ($p < 0,01$). Um percentual considerável (26,1% deles e 41,4% delas) não recebe visitas.

Nos casos de abandono pelos familiares, observa-se uma clara distinção de gênero. Em geral, as mulheres (41,4%) justificam a ausência de parentes, porque ou tiveram que assumir os cuidados com seus filhos, ou moram muito longe das Unidades Prisionais, ou ainda, sentem medo e vergonha das situações humilhantes pelas quais têm que passar nas “revistas” invasivas para adentrarem aos presídios. Muitas se sentem esquecidas pelos companheiros que constituem outras parcerias. O estudo de Simões⁷ numa penitenciária feminina em Cascavel-PR confirma o que foi encontrado no Rio de Janeiro e acrescenta algumas outras explicações: terem o parceiro também encarcerado; os parentes não poderem mais contar com a ajuda da prática ilícita que elas lhes proporcionavam; e, não menos importante, a estigmatização social da mulher que comete um delito.

Ao contrário, esposas e companheiras dos homens presos costumam acompanhá-los assiduamente, tomam providências para que tenham algum conforto na prisão e até se arriscam a entrar nas cadeias com objetos proibidos pedidos ou exigidos por eles. Torres⁸ complementa que as mulheres ou mães dos presos chegam até mesmo a se prostituir com outros presos, caso isso traga alguma vantagem para seu parente.

Entre os colegas de prisão existem relações de solidariedade, ao mesmo tempo que mútuas desconfianças. Por um lado, encontram-se gestos de ajuda e de compartilhamento dos escassos bens materiais. Muitos entrevistados definiram seus companheiros de cela como *amigos, coletividade legal, como se fosse uma família*. Mas certos presos externaram indignação com alguns colegas que *querem impor sua vontade sobre os outros*. Assim, em frequentes casos, a aparente harmonia é mantida por um respeito imposto por alguns. Esse poder está vinculado à função do preso, como é o caso dos “faxinas” – termo que define os que pelo seu bom comportamento exercem atividades administrativas nas unidades, tarefas que seriam atribuição dos agentes carcerários – e também ao tipo de crime que levou a pessoa ao cárcere. A ambiguidade nas relações entre os presos foi também encontrada por Lemgruber⁹, segundo a qual a camaradagem é condição de sobrevivência numa existência praticamente sem individualidade e com a proximidade permanente dos corpos. Almeida¹⁰ considera, no entanto, que há uma positividade na rede de vínculos que se reorganiza com restrição e mesmo rompimento de algumas relações, mas também de ampliação de outras.

A relação com os funcionários das unidades prisionais foi considerada motivo permanente de insatisfação com: os que os vigiam (agentes penitenciários), a quem consideram insensíveis, grosseiros, inacessíveis e indiferentes às suas demandas; os agentes que os conduzem fora da prisão para os fóruns e para as unidades de saúde, num regime autoritário, desumano e cruel; os profissionais médicos, dentistas e enfermeiros e alguns assistentes sociais e psicólogos que os atendem mal ou são omissos. Nos depoimentos foram citadas algumas poucas exceções. As mulheres (da Capital e do Interior) e os homens presos na Baixada Fluminense foram os mais críticos: sob todos os aspectos, consideram que recebem muito pouca atenção dos funcionários.

O caso dos transportes é um dos pontos de maior queixa dos presos. Eles se sentem humilhados e maltratados quando precisam sair da prisão para tratamento médico ou por demanda judicial. Vale ressaltar que, para fins deste estudo, foram incluídos presídios, cadeias públicas e casas de custódia que não possuem serviços de saúde em seu interior, a não ser uma UPA (Unidade de Pronto Atendimento) que funciona no Complexo de Bangu. O transporte para unidades de maior complexidade é feito pelo Grupoamento de Serviço de Escolta (GSE), formado por

agentes com fama de truculência e intolerância e que costumam agir com violência em relação aos detentos. Os problemas são muitos: maus tratos, excesso de pessoas a serem transportadas (cerca de 400/dia), dificuldades operacionais para pegar e levar os presos a lugares variados e distantes e precária estrutura para realizar o traslado. Os presos reclamam que costumam ficar o dia inteiro, às vezes, madrugada adentro, no interior de veículos *que são verdadeiro inferno*, sofrendo fome, sede, calor e em condições degradantes.

Embora não se configure como a pior situação do país, o Rio de Janeiro vive uma superlotação carcerária: tem uma razão de 1,39 presos para uma vaga (menor que o índice do Brasil 1,61:1,00) e uma taxa de aprisionamento de 238,9/100.000 habitantes. Essa taxa também fica abaixo da calculada para o país (299,7/100.000), mas é muito alta e tem um agravante especial: 46% são presos provisórios ou estão em prisão preventiva¹¹. Isso mostra uma deficiência insofismável do sistema judiciário.

A situação de superlotação é agravada pelo ócio e pela escassez de perspectivas. Os presos das três áreas ressaltam a revolta que sentem pela desocupação em que vivem. Passam o tempo conversando, dormindo, vendo televisão e, uns poucos, leem. Apenas 21,3% deles estavam matriculados em algum curso, por ocasião da pesquisa. A maioria, porém, se queixou da frequente descontinuidade das propostas educativas. E apenas 4,5% realizavam o que denominam “atividade classificada”, ou seja, a que é contada para redução da pena. Mesmo essas “atividades classificadas” costumam ser exercidas pelos chamados “faxinas” (presos que têm algum privilégio) e não por presos em exercício de alguma profissão.

A questão da alimentação faz a ponte entre o contexto adverso da prisão e os problemas de saúde no sentido mais estrito. Tanto a PNAISP¹ se refere à alimentação adequada como condição de saúde, como a Resolução nº 14 da ANVISA, que já havia estabelecido, desde 2004, que: “a alimentação será preparada de acordo com as normas de higiene e de dieta, controlada por nutricionista, devendo apresentar valor nutritivo suficiente para manutenção da saúde e do vigor físico do preso”. Na prática, porém, os presos consideram que *A comida é perigosa a ponto de matar* (fala de um preso da Capital). As presas assinalaram que execram a alimentação que tem gosto insípido e frequentemente lhes chega estragada. Os homens enfatizaram que: *a comida é ruim, não tem variedade e às vezes está azeda e misturada com bichos mortos, moscas, baratas e cabelo*. Também se

queixam de que *a última refeição é servida às três horas da tarde, deixando a todos, o resto do tempo, com muita fome*. É importante ressaltar que as refeições servidas aos presos, na própria cela, são elaboradas por empresas especializadas e entregues condicionadas em marmitas descartáveis de alumínio. Várias pessoas que têm problemas de saúde disseram não serem atendidas em suas dietas.

Em síntese, em todas as unidades, a alimentação foi mal avaliada pela repetição, baixa qualidade, por conter muitos produtos industrializados e ser pouco saudável. Também o precário abastecimento ou mesmo a falta de água e a rotina de servirem a refeição dentro das celas – o que atrai insetos – foram ressaltadas para qualificar a insalubridade do ambiente. Tudo isso leva os presos a se sentirem dolorosamente empobrecidos e humilhados.

Condições de saúde

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

Na Tabela 2 encontra-se a distribuição das doenças referidas pelos presos e presas nos últimos 12 meses. Destacam-se problemas osteomusculares e respiratórios. Os principais sintomas dos primeiros são dores no pescoço, costas e coluna (76,7%), torção ou luxação de articulação (28,2%), bursite (22,9%), dor ciática (22,1%), artrite ou reumatismo (15,9%), fratura óssea (15,3%), problemas de ossos ou cartilagens (12,5%) e de músculos ou tendões (15,7%). As dores no pescoço, costas e coluna foram as mais citadas, principalmente pelas mulheres (43,1% deles e 58,3% delas) e podem estar, em parte, associadas à falta de qualidade dos colchões ou mesmo à ausência deles nos casos de superlotação.

Tabela 2. Distribuição percentual das doenças autorreferidas por homens e mulheres presos no Estado do Rio de Janeiro, segundo aparelhos.

Doenças/Aparelhos	Homens	Mulheres	Total
Osteomuscular	57,3	70,3	58,1
Respiratórias	47,7	54,5	48,1
Visão, audição e fala	37,3	47,3	37,9
Digestivo	35,6	57,6	36,9
Cardíaco/circulatório	23,2	36,5	23,9
Urinário	17,2	50,2	19,1
Doenças infecciosas	17,0	19,2	17,1
Glandular e sanguíneo	15,9	39,6	17,2
Reprodutivo	6,5	20,5	7,4

Vários problemas do aparelho digestivo como prisão de ventre (48,8%), dificuldades digestivas (37,1%) e gastrite (15,9%) foram mencionados. Tais agravos estão associados à péssima dieta com que são alimentados os presos e se encontram muito acima da prevalência encontrada pelo IBGE no Censo de 2010 (15%), assim como pela Federação Brasileira de Gastroenterologia¹² que calcula cerca de 20% de prevalência de problemas no trato digestivo dos brasileiros.

Entre as maiores queixas de saúde dos presos se encontram problemas de dificuldade auditiva (23,7%), mais presente entre os homens. Cegueira de um dos olhos (17,6%), miopia, astigmatismo e vista cansada (58,4%), mais mencionados pelas mulheres. Na população brasileira, a prevalência da miopia varia de 11% a 36%, a hipermetropia, 34%, e a cegueira atinge 3%¹³. Quanto à audição, 3,4% dos brasileiros declararam no Censo Demográfico do IBGE alguma incapacidade ou grande dificuldade em ouvir¹⁴. Portanto, problemas de visão e de audição nos presos do Rio de Janeiro estão muito acima do estimado para a população brasileira em geral, o que é grave, levando-se em conta que os presos são, em maioria, jovens.

Entre as doenças respiratórias, as mais mencionadas são sinusite (55,6%), rinite alérgica (47%), bronquite crônica (15,6%), tuberculose pulmonar (4,7%) e outras (11,9%). Os percentuais das queixas são muito elevados, pois se estima que a prevalência de problemas respiratórios na população brasileira seja de 18%¹⁵. As mulheres são as mais queixosas (acima de 50% delas) e constata-se que se eleva o percentual de homens com esses tipos de agravo à medida que evolui com o tempo de aprisionamento. O aumento

das enfermidades pulmonares e respiratórias em pessoas que estão encarceradas há mais de três anos é um indicativo da insalubridade, da falta de arejamento e dos contatos intensos por causa da superlotação das celas, o centro da questão ambiental nas prisões¹⁶.

Das doenças cardíacas, a mais frequente é a hipertensão arterial. Os percentuais de 35,8% entre homens e de 30% entre as mulheres são compatíveis e até abaixo da média nacional, se não se observasse o fato de os presos serem em maioria muito jovens. Cistite e uretrite foram os problemas do aparelho urinário assinalados por 45,9% dos entrevistados; vindo a seguir as infecções renais (14,3%) e outros (15,9%). O sintoma mais relatado é a infecção urinária, que acomete mais da metade das mulheres.

As doenças infecciosas mais citadas são a dengue (16,7%) e a tuberculose (4,9%). A incidência da dengue é preocupante pela facilidade de disseminação. A tuberculose foi referida por 8,7% dos homens e 2,5% das mulheres. O estudo de Sanchez et al.¹⁷ atribui à superpopulação, às celas mal ventiladas e sem iluminação solar e à prevalência de HIV nas prisões do Rio de Janeiro, algumas das razões para que se mantenha e se dissemine essa doença na população carcerária, com taxas de incidência e prevalência muito mais elevadas que na população em geral.

Entre as enfermidades glandulares e sanguíneas, a anemia ocupa o primeiro lugar, sendo menos frequente na população masculina (9,1%) e tendo um percentual muito mais elevado entre as mulheres (31,7%). Os homens (3,8%) relataram problemas de próstata (4% dos presos na Capital, 3,9% na Baixada e 3,2% no Interior) e 4,5% citaram outras enfermidades. Na população feminina, foram mais frequentemente citados os tumores e os cistos no útero ou no ovário (13,3%).

As doenças pele – temidas pela maioria dos presos, particularmente pelas mulheres – têm prevalência mais elevada que na população brasileira. No grupo estudado, úlceras, eczema e psoríase foram citados por 15,9% dos participantes. E, alergias, dermatites alérgicas, de contato e urticárias, por 43,4%. Segundo o Censo de 2006 da Sociedade Brasileira de Dermatologia¹⁸, as doenças de pele mais comuns no Brasil são as sexualmente transmissíveis (25,12%), as dermatoses alérgicas (14,03%), as dermatoses não especificadas (13,01%), a hanseníase (6,34%), a acne, a seborreia e outras (5,05%). A frequência maior dos sintomas se observa na faixa etária de 20-29 anos.

Vários homens e mulheres relataram na pesquisa que já vieram para a prisão com os proble-

mas de saúde que apresentam. No entanto, a queixa é de que no cárcere eles não são cuidados, têm poucas oportunidades de se prevenir e não há uma preocupação dos agentes com sua situação.

Na contramão das queixas, uma pequena parte dos presos considera que sua situação de saúde até melhorou na prisão, pois têm mais tempo para si e buscam prevenir-se contra os riscos. Esses afirmam que *na rua* estavam muito mais expostos ao uso abusivo de substâncias psicoativas e a prisão serviu como *freio* e contenção. Esse discurso foi referido principalmente por homens. Um deles comentou que na Unidade Prisional foi diagnosticado com hipertensão e diabetes e começou a se cuidar. Outro avaliou que seus hábitos alimentares e de sono estão hoje mais regrados, contribuindo sobremaneira para a melhora de seu quadro de saúde. Tais depoimentos, no entanto, representam uma minoria.

As falas dos presos, em maioria, estabelecem uma relação direta entre condições estruturais da Unidade e seu adoecimento físico e mental. Embora questões de saúde mental não sejam objeto deste artigo, é importante assinalar que elas se entrelaçam com os agravos físicos: 52,2% dos homens e 73,1% das mulheres ($p < 0,01$) relataram ter sofrido pelo menos um problema do sistema nervoso, nos últimos 12 meses. Sinais de depressão foram identificados em 71,2% dos homens e em 82,4% das mulheres ($p < 0,001$), aferidos através da escala de depressão de Beck et al.¹⁹.

Acesso e cuidados com a saúde

A falta de atenção devida à sua saúde, seja por escassez de profissionais ou por outras razões, representa as mais contundentes queixas dos presos. Quando se referem ao tratamento médico, psiquiátrico e odontológico, homens e mulheres usam expressões como: *é horrível; estamos largados; é uma piada, é uma merda; a UPA e o HC em Bangu são uma carnificina; tratam presos como animais; para ir ao médico só se estivermos morrendo*. Além das reclamações sobre a falta de quantidade e de qualidade dos atendimentos, os presos acrescentam que não há médicos depois das 16 horas, aos sábados e domingos e nem *atendimento 24 horas como previsto em lei*. Em seus estudos, Sanchez et al.¹⁷ também chamam atenção para o precário cuidado que os presos doentes do Rio de Janeiro recebem, acrescentando que, por sua vez, os profissionais são mal remunerados ou têm contratos precários de trabalho, o que contribui para sua rotatividade e para a descontinuidade dos tratamentos.

Um grupo significativo de presos ressalta a demora de atendimento em casos de emergência. Faltam ambulâncias e o transporte de presos não é vinculado à coordenação de saúde e sim à de segurança. Por causa dos maus tratos que sofrem nos transportes, as pessoas adiam ao máximo qualquer pedido de atendimento de saúde que inclua saída de sua unidade. Muitos disseram, em tom de revolta, que já viram morrer colegas por falta de socorro. Essa crítica está mais presente entre os presos da Capital e da Baixada Fluminense. Talvez as menores distâncias entre os presídios e as unidades de saúde do Interior amenizem a situação de espera por atendimento.

Os presos verbalizaram também que é precária ou quase inexistente a distribuição de medicamentos. Muitos reclamam que recebem o mesmo remédio para todas as suas queixas e que, muitas vezes, os prescritos não estão disponíveis no presídio, cabendo às famílias, quando podem, comprá-los. Isso ocorre, mesmo no caso dos de uso contínuo. Os problemas com a falta de medicamentos também foram encontrados em 60% das 109 unidades prisionais estudadas por Fernandes et al.²⁰ em São Paulo.

Discussão

Nesta discussão apenas algumas questões serão tratadas: a ineficácia da organização prisional, os efeitos diretos e indiretos do encarceramento sobre a saúde no sentido ampliado e estrito; e a relação entre o antes, o durante e o pós-prisão do ponto de vista da saúde.

Qualquer estudo que trate do sistema carcerário tem como foco central a proposta de ressocialização – imagem objetivo da organização prisional – inclusive nos aspectos relacionados à saúde. Como sugere o Guia Saúde das Prisões⁴, os detentos não devem sair delas em piores condições do que quando entraram. Porém, a proposta de transformação do culpado por meio de técnicas corretivas, lembra Foucault²¹, na prática, não tinha e continua a não ter a finalidade de reconstruir o sujeito de direito, mas a de forjar um sujeito obediente e ordeiro. E acrescenta-se, que essa ideia se fortalece nos estudos de Goffman²² sobre a mortificação do “eu” numa instituição total como cárcere. O autor descreve como esse sacrifício ocorre. O condenado chega à prisão com determinada concepção de si mesmo, forjada nas relações primárias e sociais. Ao entrar, ele é imediatamente despido dessas disposições por uma série de rebaixamentos, degradações,

humilhações e profanações da subjetividade: vivencia uma barreira entre o mundo interno e o externo, na sequência de horários estabelecidos e rotinas diárias obrigatórias diferentes de sua vida pregressa; e, sobretudo, no despojamento de seu papel social.

Freudenberg²³, numa revisão bibliográfica sobre as prisões dos Estados Unidos, também declara que o sistema carcerário americano tem influência direta e indireta nos problemas de saúde física e mental dos presos, o que repercute as duas referências citadas. Todos esses autores assinalam o que é reiterado neste artigo que, ao desencadear sentimentos de revolta e humilhação, o sistema carcerário não tem condições de promover cidadãos autônomos e livres, capazes de se integrarem socialmente.

Outros estudos reforçam a ideia de ineficácia do sistema tanto para a vida social como para a saúde dos presos. A investigação epidemiológica de Zlodre e Fazel²⁴, sobre ex-presidiários do Estado de Nova York, mostra que depois de soltos 15,6% morreram logo no primeiro ano após a saída do cárcere e há um declínio de dois anos na expectativa de vida deles, por causa da vivência de reclusão. Hatzenbuehler et al.²⁵ encontrou o que denomina “efeitos colaterais do encarceramento”: maior incidência de distúrbios psíquicos, como depressão e ansiedade, nas comunidades onde vivem os parentes dos presos, sugerindo que sua situação de confinamento se irradia pelo seu meio social, tanto pela falta que essas pessoas fazem a seu núcleo familiar como pela vivência de discriminação e preconceito que sofrem por parte dos vizinhos.

Também Freudenberg²³ lembra os efeitos negativos da prisão em três níveis: sobre a vida social das pessoas, como o impacto na estrutura familiar, as perdas de oportunidades econômicas e de participação política, além do encarceramento desviar recursos que poderiam ser melhor utilizados para atender às necessidades sociais. Num segundo nível, a prisão tal como ela é vivenciada hoje, tem efeitos negativos indiretos sobre a saúde, – como também este estudo o mostrou – ressaltando as condições adversas de cumprimento da pena, a superlotação das celas, a falta de higiene, a alimentação precária e degradada, o ócio, os relacionamentos violentos com os agentes, as poucas oportunidades de estudo e a ausência de trabalho formal e criativo.

Por fim, os efeitos diretos sobre o adoecimento são magnificados pelas condições de encarceramento, tal como encontrado no sistema prisional do Rio de Janeiro: abuso de substâncias,

presença do vírus de imunodeficiência (HIV) e outras doenças infecciosas como tuberculose e dengue, enfermidades osteomusculares, perpetração de violência e vitimização por agressões, distúrbios mentais, enfermidades crônicas e problemas reprodutivos. Esse conjunto de questões, como se pode observar neste estudo, tem como resposta um processo assistencial precário e inadequado, o que também foi confirmado na pesquisa de Wilper et al.²⁶.

Assim, tomando-se como exemplo o caso do Estado do Rio de Janeiro, conclui-se que o sistema carcerário, tal como está estruturado, provoca um impacto social e de saúde desproporcional na vida dos presos e de suas famílias, as quais, na maioria, vivem em áreas urbanas socialmente desprivilegiadas, concentram jovens negros e pobres e onde as taxas de criminalidade são muito elevadas. Essa situação é ainda piorada quando se conhece que 46% da população prisional são detentos em regime provisório ou preventivo, ou seja, sem pena atribuída, o que mostra a insofismável ineficiência do sistema de justiça penal.

Do ponto de vista das condições, situações e estilo de vida dos presos, é importante ressaltar que as questões problemáticas dos cárceres do Estado do Rio de Janeiro e do país não começam dentro deles, iniciam-se fora e continuam quando os presos são libertados. O “dentro” e o “fora”, nesse caso estão intrinsecamente interligados e refletem as contradições sociais, as desigualdades e as formas de vida que tornam uma pessoa estrangeira à outra, como se ela não fizesse parte da mesma humanidade²⁷. Como se viu neste estudo, grande parte dos presos sempre se sentiu excluída da cidadania e a cadeia só veio aprofundar sua sensação de desfiliação²⁸.

Sobre a clivagem por território, o estudo qualitativo e observacional mostrou que os presos na Baixada Fluminense estão em pior situação em todos os aspectos, inclusive quanto ao acesso aos serviços de saúde. Tomando-se por base a questão de gênero, observa-se que as mulheres têm muito mais queixas de doenças físicas e de depressão que os homens e também se sentem mais abandonadas por suas famílias, o que contribui para seu sofrimento psíquico. Um ponto fundamental é a relevância das tentativas de suicídios entre elas, com diferença estatisticamente significativa ($p < 0,01$) em relação aos detentos. A Organização Mundial de Saúde²⁹ e outros autores^{30,31} mencionam que a maior frequência de ideações, tentativas e mortes autoinfligidas entre as presas, comparando-as com os presos ou com a população em geral, ocorre em várias partes do

mundo. Portanto merece especial atenção o fato da organização dos cárceres, geralmente, ser pensada sob a ótica masculina.

Considerações práticas a partir do estudo

Os problemas aqui descritos, infelizmente mostram, antes de tudo, que os direitos civis dos presos não estão garantidos e o contexto em que cumprem a pena não os prepara para sua ressocialização. Essa constatação merece especial atenção da Secretaria de Administração Penitenciária, da Defensoria, do Ministério Público e da Justiça Penal. É imperativo que, tendo em conta os problemas que a organização e o funcionamento do sistema apresentam, encontrem-se formas alternativas de punição, assim como de melhoria das condições ambientais, vivenciais e de saúde dos que estão reclusos.

Considerando que a população encarcerada é constituída predominantemente por jovens negros e pardos, moradores da periferia, e que esses jovens um dia sairão das prisões, é fundamental que se invista em políticas que não somente sejam capazes de ressocializá-los e reintegrá-los socialmente, mas que garantam seus direitos fundamentais.

Do ponto de vista da saúde, cabe reiterar que os presos do Estado do Rio de Janeiro, sob qualquer aspecto que se observe – com raras exceções – têm uma condição muito mais desvantajosa e deteriorada que a população em geral. Ressalta-se que a situação prisional, em si, potencializa os sintomas físicos e mentais. Mas contribui para essa situação de degradação, a forma muito precária com que os cuidados preventivos e curativos, previstos em lei, são oferecidos aos presos. Pode-se dizer que a prestação de serviços de saúde nos cárceres do Estado é de flagrante descumprimento do que é prescrito na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional. Há uma carência enorme de profissionais médicos, psicólogos, dentistas e técnicos de enfermagem. E a se guiar pelas falas dos presos, a situação que é ruim na Capital, torna-se muito pior na Baixada e no Interior.

Conclui-se, pois, que o contexto de precariedade institucional, a falta de respeito à dignidade dos presos e o elevado número de pessoas com problemas de saúde vivendo em proximidade em celas superlotadas têm repercussões muito negativas sobre a condição física e mental de todos, presos, funcionários, familiares e comunidade.

Colaboradores

MCS Minayo e AP Ribeiro trabalharam juntas na concepção, escrita e redação final do artigo.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria Interministerial nº 1.777, de 9 de setembro de 2003. *Diário Oficial da União* 2004; 10 set.
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional*. Brasília: MS, Ministério da Justiça; 2014.
3. Walmsley R. World prison population list. *International Centre for Prison Studies. World Health Organization* [periódico da Internet] 2008. [acessado 2015 set 10]: [cerca de 6 p.]. Disponível em: http://www.kcl.ac.uk/depsta/law/research/icps/downloads/wppl-8th_41.pdf
4. World Health Organization (WHO). *Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health*. Copenhagen: Organization Regional Office for Europe; 2007.
5. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. *Avaliação por trianulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
6. Campos CEA. Os inquéritos de saúde sob a perspectiva do planejamento. *Cad Saude Publica* 1993; 9(2):190-200.
7. Simões GK. Etnografia da ala feminina da cadeia pública de Cascavel. *PontoUrbe: Revista de Antropologia da USP* [Periódico da Internet] 2014. [acessado 2014 dez 3]; (14). Disponível em: <http://pontourbe.revues.org/1691?lang=en>
8. Torres CRV. A criança e o sistema prisional. In: Coelho MTAD, Carvalho Filho MJ, organizadores. *Prisões numa abordagem interdisciplinar*. Salvador: Edufba; 2012. p. 161-178.
9. Lemgruber J. *Cemitério dos vivos: sociologia de uma prisão de mulheres*. Rio de Janeiro: Forense; 1999.
10. Almeida OL. A análise da rede de vínculos de autores de delitos como uma contribuição para a compreensão do comportamento delituoso: um estudo de caso. In: Coelho MTAD, Carvalho Filho MJ, organizadores. *Prisões numa abordagem interdisciplinar*. Salvador: EDU-FBA; 2012. p.161-178.
11. Brasil. Ministério da Justiça (MJ). Departamento Penitenciário Nacional – DEPEN. [Site da Internet] 2015 set. [acessado 2015 set 3]. Disponível em: http://www.justica.gov.br/Acesso/consultas-publicas/subpaginas_consultas-publicas/departamento-penitenciario-nacional-depen
12. Federação Brasileira de Gastroenterologia. [Site da Internet] 2014 dez. [acessado 2014 dez 3]. Disponível em: <http://www.fbg.org.br/>
13. Sociedade Brasileira de Oftalmologia. *A casa do oftalmologista brasileiro*. [Site da Internet] 2014. [acessado 2014 dez 15]. Disponível em: <http://www.sboportal.org.br/>.
14. Gondim LMA, Balen SA, Zimmermann KJ, Pagnossin DF, Fialho IM, Roggia MS. Estudo da prevalência e fatores determinantes da deficiência auditiva no município de Itajaí, SC. *Braz. Journal of Otorhinolaryngol* 2012; 78(2):27-34.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo Demográfico 2010*. [Site da Internet] 2015 dez. [acessado 2015 set 3]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/>
16. Minayo MCS, Constantino P, organizadoras. *Deserdados Sociais: condições de vida e saúde de presos do estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2015.
17. Sanchez AR, Massari V, Gerhardt G, Barreto AW, Cesconi V, Pires J, Espinola AB, Biondi B, Camacho LAB. A tuberculose nas prisões do Rio de Janeiro, Brasil: uma urgência de saúde pública. *Cad Saude Publica* 2007; 23(3):545-552.
18. Sociedade Brasileira de Dermatologia. Perfil nosológico das consultas dermatológicas no Brasil. *Anais Brasileiro de Dermatologia* 2006; 81(6):549-558.
19. Beck AT, Ward C, Mendelson M. Beck Depression Inventory (BDI). *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4(6):561-571.
20. Fernandes LH, Alvarenga CW, Santos LL, Pazin-Filho A. Necessidade de aprimoramento do atendimento à saúde nosistema carcerário. *Rev Saude Publica* 2014; 48(2):275-283.
21. Foucault M. *Vigiar e Punir*. Petrópolis: Editora Vozes; 2009.
22. Goffman E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva; 1990.
23. Freudenberg N. Jails, prisons and the health of urban population: a review of the impact of the correctional system on community health. *J Urban Health* 2001; 78(2):214-235.
24. Zlodre J, Fazel S. All-Cause and External Mortality in Released Prisoners: Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Public Health* 2012; 102(12):e67-e75.
25. Hatzenbuehler ML, Keyes K, Hamilton A, Uddin M, Galea S. The Collateral Damage of Mass Incarceration: Risk of Psychiatric Morbidity Among Nonincarcerated Residents of High-Incarceration Neighborhoods. *Am J Public Health* 2015; 105(1):138-143.
26. Wilper AP, Woolhandler S, Boyd DW, Lasser KE, McCormick D, Bor DH, Himmelstein DU. The Health and Health Care of US Prisoners: Results of a Nationwide Survey. *Am J Public Health* 2009; 99(4):666-672.
27. Rosanvallon P. *The Society of Equals*. Harvard: Harvard University Press; 2014.
28. Castells R. *As metamorfoses da questão social*. Petrópolis: Editora Vozes; 1998.
29. Organização Mundial de Saúde (OMS). *Relatório Mundial sobre Violência e Saúde*. Genebra: OMS; 2002.
30. Pragosa CSM. *Tentativa de suicídio em meio prisional: estudo exploratório de uma população de reclusos com e sem condutas autodestrutivas não fatais* [dissertação]. Lisboa: Universidade de Lisboa; 2012.
31. Negrelli AM. *Suicídio no Sistema Carcerário: análise a partir do perfil biopsicossocial do preso nas instituições prisionais do Rio Grande do Sul* [dissertação]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2006.

Artigo apresentado em 28/09/2015

Aprovado em 01/04/2016

Versão final apresentada em 03/04/2016