

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS

BRUNA MAYARA BONATTO

**AUSÊNCIA TRÁGICA: A TARDIA EMERGÊNCIA DAS QUESTÕES DE SAÚDE
NO AMBIENTE PENITENCIÁRIO**

PONTA GROSSA
2015

BRUNA MAYARA BONATTO

**AUSÊNCIA TRÁGICA: A TARDIA EMERGÊNCIA DAS QUESTÕES DE SAÚDE
NO AMBIENTE PENITENCIÁRIO**

Dissertação apresentada para obtenção de título de mestre em Ciências Sociais Aplicadas, na Universidade Estadual de Ponta Grossa, Área de Cidadania e Políticas Públicas.

Orientador: Prof^o. Dr. José Augusto Leandro.

PONTA GROSSA
2015

Ficha Catalográfica
Elaborada pelo Setor de Tratamento da Informação BICEN/UEPG

B699 Bonatto, Bruna Mayara
Ausência trágica: a tardia emergência das questões de saúde no ambiente penitenciário/ Bruna Mayara Bonatto. Ponta Grossa, 2015.
111f.

Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais Aplicadas - Área de Concentração: Cidadania e Políticas Públicas), Universidade Estadual de Ponta Grossa.
Orientador: Prof. Dr. José Augusto Leandro.

1.Sistema penitenciário. 2.População penitenciária. 3.Saúde pública. 4.Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. 5.Humanização. I.Leandro, José Augusto. II. Universidade Estadual de Ponta Grossa. Mestrado em Ciências Sociais Aplicadas. III. T.

CDD: 365.66

TERMO DE APROVAÇÃO

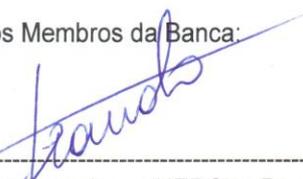
BRUNA MAYARA BONATTO

“AUSÊNCIA TRÁGICA: A TARDIA EMERGÊNCIA DAS QUESTÕES DE SAÚDE NO AMBIENTE PENITENCIÁRIO”.

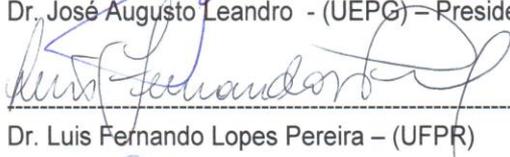
Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas, Setor de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa, pela seguinte banca examinadora:

Ponta Grossa, 08 de Abril de 2015.

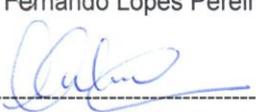
Assinatura pelos Membros da Banca:



Dr. José Augusto Leandro - (UEPG) - Presidente



Dr. Luis Fernando Lopes Pereira - (UFPR)



Dra. Maria Julieta Weber Cordova - (UEPG)

Dra. Jussara Ayres Bourguignon - (UEPG) - Suplente

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Sérgio e Ozana, pela força, aposta, motivação e inspiração.

Ao Marcos, por me ajudar a construir este trabalho; por ser minha inspiração; pela confiança, cumplicidade, apoio e amizade; pela forma serena de conduzir os fatos. Em palavras não é possível expressar toda minha gratidão.

À minha irmã, Angélica, pela força e apoio. Tudo seria muito mais árduo sem a sua doce presença em toda essa caminhada.

À tia e à Salute, pelo apoio, pelo chimarrão e pelas delícias sem glúten que fizeram nos meus longos dias de estudo.

Ao meu querido orientador, prof^o Dr. Leandro, por ter me acolhido; pelo exemplo de luta e pelos preciosos conselhos; pela sua orientação, dedicação e paciência que foram fundamentais na construção deste trabalho de pesquisa.

À prof^a Dr^a Maria Julieta Weber Cordova, pela forma prazerosa de compartilhar e conduzir o conhecimento; por ter aceitado gentilmente participar das minhas bancas de qualificação e defesa; e pelas valiosas contribuições ao meu trabalho de pesquisa.

À prof^a Dr^a Ana Gabriela Mendes Braga, por aceitar participar da minha banca de qualificação; e pelas ricas considerações que contribuíram para o desenvolvimento deste trabalho. Obviamente, os possíveis equívocos da dissertação são de minha total responsabilidade.

Ao prof^o Dr. Luis Fernando Lopes Pereira, por aceitar gentilmente participar da minha banca de defesa; e pelas valiosas contribuições que refletem no texto depositado. Obviamente, os possíveis equívocos da dissertação são de minha total responsabilidade.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas, por contribuírem no desenvolvimento do meu trabalho por meio das aulas, dos eventos, e/ou de uma conversa no café.

Aos meus amigos: Juliana, Mariana, Leonardo e Olívio; pela força, positividade, energia, discussões, e prontidão em todas as situações.

A todos meus colegas de mestrado, que compartilharam comigo anseios e conquistas; em especial à Ana Flávia e ao Marcelo, pelas alegrias que trouxeram no decorrer desse processo.

À CAPES, pelo apoio financeiro.

A todos aqueles que, de algum modo, contribuíram para o desenvolvimento deste trabalho.

Muito obrigada!

RESUMO

Este trabalho pretende identificar e analisar como a questão da saúde nas instituições penais surge como tema relevante para o entendimento da ‘tragédia’ do sistema penitenciário (SP) brasileiro. O percurso metodológico utilizado foi a pesquisa documental e a pesquisa bibliográfica, que serviram de instrumentos para a contextualização do problema e também para fundamentar teoricamente o tema deste estudo. Utilizamos como fontes documentais: as publicações do *Jornal do Brasil*; as políticas públicas de saúde para o SP brasileiro; e documentos institucionais. O recorte temporal foi delimitado entre os anos 1990 e 2003, período que abarca o ano das eleições livres no país, até o ano em que o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) foi instituído. A partir da pesquisa documental e sob embasamento teórico retratamos a ‘tragédia’ do SP pela descrição de motins que ocorreram em prisões do Brasil; abrangemos a relação entre ambiência prisional e a ocorrência de rebeliões; abordamos a emergência de doenças infecto contagiosas no ambiente carcerário, especificamente o HIV/AIDS, a hepatite e a tuberculose; refletimos como a saúde se relaciona com a humanização; expomos como o Brasil aderiu às disposições internacionais dos DH; e analisamos alguns aspectos preconizados no PNSSP. Ao final deste estudo, concluímos, na contracorrente do que se discutia sobre saúde no plano internacional, e mesmo nacional, que a ilustração da ‘tragédia’ no SP nos indica que o ambiente prisional brasileiro foi *locus* de abandono. Porém, compreendemos que a instituição de uma política pública de saúde específica para a população penitenciária brasileira – a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) – pode ser considerada como o reconhecimento e como um avanço do governo brasileiro ante a necessidade de assistência à saúde dessa população.

Palavras-chave: sistema penitenciário, população penitenciária, saúde pública, Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, humanização.

ABSTRACT

This work aims to identify and analyze how the issue of health in prisons appears as theme relevant to the understanding of the 'tragedy' of the Brazilian prison system (PS). The methodological approach used was the documentary research and literature, which served as tools to contextualize the problem and also to justify theoretically the subject of this study. We use as documentary sources: the publications of the *Jornal do Brasil*; public health policies for the Brazilian PS; and institutional documents. The time frame was delimited between 1990 and 2003. Period that includes the year of free elections after the end of the military dictatorship, until the year in which the National Health Plan for the Prison System (NHPPS) was established. From the documentary research and theoretical basis under portray the 'tragedy' of SP by the description of riots that occurred in prisons in Brazil; we cover the relationship between prison ambience and the occurrence of riots; approach the emergence of infectious diseases in the prison environment, specifically HIV/AIDS, hepatitis and tuberculosis; reflect how health is related to the humanization; expose as Brazil joined the international provisions of the DH; and we analyze some aspects recommended in the National Health Plan for the Prison System. At the end of this study, we conclude, on the counter that was discussed on health at international level, and even national, the illustration of the 'tragedy' in the PS indicates that the Brazilian prison environment was abandoned locus. However, we understand that the imposition of a public policy of health for the Brazilian prison population – the National Policy on Integral Health Care of Persons Deprived of Liberty in Prisons (PDLP) – can be seen as recognition and as a breakthrough of the Brazilian government before the need for health care in this population.

Keywords: prison system, prison population, public health, National Health Plan for the Prison System, humanization.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Conteúdo da página inicial do sítio eletrônico da Biblioteca Nacional Digital do Brasil.....	27
Figura 2	Indicadores de saúde no SP brasileiro em 2013, segundo o relatório da CNMP	85
Quadro 1	Motins no sistema prisional do Brasil segundo ano e local das ocorrências noticiadas pelo <i>Jornal do Brasil</i> , 1990-2003.....	40
Quadro 2	Distribuição das causas de motins apontadas pelo <i>Jornal do Brasil</i>	42
Gráfico 1	Indicadores populacionais do sistema penitenciário brasileiro em 2013, segundo o relatório da CNMP.....	47

LISTA DE SIGLAS

AIDS/SIDA	Acquired Immunodeficiency Syndrome/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANJ	Associação Nacional de Jornais
AZT	Azidotimidina
CES	Conselho Estadual de Saúde
CF/88	Constituição Federal de 1988
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CNES/SUS	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNMP	Conselho Nacional do Ministério Público
DH	Direitos Humanos
DPN	Departamento Penitenciário Nacional
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
HBV	Vírus da Hepatite B
HIV/VIH	Human Immunodeficiency Virus/ Vírus da Imunodeficiência Humana
LEP	Lei de Execuções Penas
OEA	Organização dos Estados Americanos
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-americana da Saúde
PCC	Primeiro Comando da Capital
PNAISP	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
PNDH	Programa Nacional de Direitos Humanos
PNSSP	Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário

PPD	Prova Tuberculínica Derivado Protéico Purificado
RJ	Rio de Janeiro
SDH/PR	Secretaria de Direitos Humanos do Paraná
Sinan	O Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SP	Sistema Penitenciário
SR	Sintomático Respiratório
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
UNODC	Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	13
CAPÍTULO 1 - O AMBIENTE CARCERÁRIO NEGLIGENCIADO: RETRATOS DE UMA TRAGÉDIA BRASILEIRA.....	25
1.1 MOTINS: EXPLICITANDO A 'TRAGÉDIA' DO SISTEMA PENITENCIÁRIO BRASILEIRO.....	31
1.2 O AMBIENTE DE MORADIA NEGLIGENCIADO E OS MOTINS NO SISTEMA PRISIONAL.....	41
1.3 NAS ENTRELINHAS: A DIAGRAMAÇÃO DO JORNAL E A AUSÊNCIA DA FALA DOS SUJEITOS ENCARCERADOS.....	50
CAPÍTULO 2 - A SAUDE PÚBLICA DISTANTE DA REALIDADE DO SISTEMA PENITENCIÁRIO BRASILEIRO.....	55
2.1 CONVÍVIO COM DOENÇAS INFECTO CONTAGIOSAS NA PRISÃO.....	59
2.1.2 O Convívio com a HIV/AIDS na Prisão.....	61
2.2.2 O Convívio com as Hepatites Virais na Prisão.....	65
2.2.3 O Convívio com a Tuberculose na Prisão.....	67
CAPÍTULO 3 - DO PLANO NACIONAL DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO À POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE NO SISTEMA PRISIONAL.....	72
3.1 A ABORDAGEM DOS DIREITOS HUMANOS COMO POLÍTICA NO ÂMBITO PENAL BRASILEIRO.....	72
3.2 A 'TARDIA' INCORPORAÇÃO DA POPULAÇÃO PENITENCIÁRIA À COBERTURA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	76

3.2.1 A Representatividade da População Penitenciária no Controle Social do Sistema Único de Saúde.....	81
3.2.2 O Acesso à Saúde da População Penitenciária: a Saúde Negligenciada.....	83
3.2.4 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional: a Busca da Equidade nas Condições de Acesso à Saúde.....	92
CONCLUSÃO.....	96
REFERÊNCIAS.....	101
APÊNDICE 1 – Tabela de dados dos textos jornalísticos.....	110

INTRODUÇÃO

“60 por cento dos jovens de periferia sem antecedentes criminais já sofreram violência policial. A cada quatro pessoas mortas pela polícia, três são negras. Nas universidades brasileiras apenas dois por cento dos alunos são negros. A cada quatro horas, um jovem negro morre violentamente em São Paulo. Aqui quem fala é Primo Preto, mais um sobrevivente”.

Esta estrofe faz parte da canção “Capítulo 4 Versículo 3” do grupo de Rap brasileiro denominado Racionais MC’s. Esses músicos são conhecidos por denunciar em suas produções as mazelas da criminalidade e do Sistema Penitenciário (SP) brasileiro. A música citada acima foi redigida em 1997¹; 17 anos após seu lançamento, a questão social representada pela estrofe mostra-se atual e igualmente complexa no cenário penitenciário do país.

O debate acerca da atribuição política e social do SP circunda a questão da segurança e da violência em nossa sociedade. E, também, a problemática da ressocialização e da marginalização da população penitenciária (BARROS, 2011). O crime e a punição sempre tiveram um papel político na sociedade. A pena suplício, direcionada ao corpo, cruel e degradante, foi, muitas vezes, aceita pela sociedade. Porém, sua substituição pela pena privativa de liberdade na sociedade moderna não alterou seu caráter expiatório e marginalizante; caracterizou em certo sentido uma pseudo-humanização da punição. Ana Maria de Barros aponta com pertinência que

A sociedade assustada com o crescimento da violência espera que a prisão se constitua em um espaço de punição e expiação para o criminoso. A manutenção deste sentimento de expiação, comum nas sociedades antigas e atuais se agrava pelo crescimento da criminalidade violenta, principalmente, quando as estatísticas dos crimes apontam vítimas nas camadas mais abastadas da população (2011, p. 04).

A partir da leitura da obra “Vigiar e Punir: Nascimento da Prisão”, redigida pelo filósofo francês Paul-Michel Foucault (1999), compreendemos que foi no final do século 18 que emergiu uma determinada fase de humanização das penas. Essa fase foi inaugurada quando o direito de punir deslocou-se da vingança do soberano à defesa da sociedade, fundamentando-se na idéia de que “o castigo deve ter a humanidade como medida” (FOUCAULT, 1999, p.70).

¹Os dados acerca da discografia do grupo Racionais MC’s foram retirados do *site* <<http://musica.com.br/artistas/racionais-mcs/discografia.html>>, acessado em cinco de julho de 2014.

Neste processo de humanização, a prática de punição violenta, direcionada ao corpo do transgressor da lei, tornou-se inviável para a soberania e incabível para a sociedade moderna. Isto porque na modernidade deve-se atribuir um valor para o indivíduo na lógica econômica vigente: o corpo ganha valor, e para tal atribuição o indivíduo/corpo deve ser treinado, disciplinado de acordo com normas estabelecidas por diversas instituições como, por exemplo, a família, a escola, o exército, entre outras. O autor supracitado expõe que essa mudança na concepção do indivíduo ocorreu devido a

[...] uma descoberta do corpo como objeto e alvo de poder. Encontraríamos facilmente sinais dessa grande atenção dedicada então ao corpo – ao corpo que se manipula, se modela, se treina, que obedece, responde, se torna hábil ou cujas forças multiplicam. (FOUCAULT, 1999, p.117).

E, devido a essa nova maneira de conceber o indivíduo na sociedade moderna, considerou-se desfavorável para o exercício do poder a maneira de punir que atingia somente o corpo, o sofrimento pela dor física. Então, segundo Foucault (1999), surge uma reorganização das práticas punitivas e não é o corpo do sujeito condenado que será marcado, mas sim sua alma. O novo poder de punir deixa de ser visível no corpo do sujeito para abranger a sua subjetividade.

Apesar de constatarmos que o debate acerca da humanização nas penitenciárias teve sua gênese há 200 anos, em um determinado momento da história das prisões², há, ainda, muito a se refletir sobre o tema na perspectiva do SP brasileiro (BRAGA, 2013). A respeito disso, temos a intenção de contribuir para o debate com algumas questões entrelaçadas e muito complexas sobre a realidade prisional do Brasil: em que consiste a desumanização do SP? O que caracteriza, então, a humanização do SP? E em que medida a variável saúde ilustra essas duas questões?

Erving Goffman, sociólogo canadense, por meio de observações etnográficas, de análises de biografias e de fontes documentais desenvolveu uma importante obra, publicada em 1961, intitulada “Manicômios, prisões e conventos”. Tal obra nos

²O fato de que juntamente com o advento das prisões surgiu uma discussão em torno da humanização das penas pode ser relacionado com o famoso gesto de Pinel libertando das correntes os ‘loucos’ de Bicetre. Este chamado ‘gesto pineliano’ foi precursor da construção de uma reforma e de uma reestruturação no tratamento dos ‘alienados’: a psiquiatria. No cenário da revolução francesa, Pinel humanizou os hospitais gerais ao operar na transformação de um objeto e sua ciência (PEREIRA, 2004).

auxilia a pensar a ‘desumanização’ instituída pelas prisões. Em sua contribuição para nossa discussão acerca da desumanização nas penitenciárias, esse autor atenta-se para a subjetividade do detento. Ou seja, lhe interessa pensar como a condição de aprisionado (re)estrutura o sujeito em privação de liberdade (GOFFMAN, 1974). Este autor denomina a prisão com o termo “instituição total”, referindo-se a

[...] um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada (GOFFMAN, 1974, p.11).

Nas instituições totais os sujeitos encontram-se separados da sociedade mais ampla, submissos a uma administração formal que está imbuída em atender os valores e objetivos da instituição. Essas condições irão provocar várias transformações nos internos, do ponto de vista pessoal e de seu papel social. Goffman (1974) esclarece essa transformação utilizando o termo “mortificação”, um processo onde o singular, o pessoal do sujeito, seu “eu”, é profanado, desconstituído pela normatização da instituição. Ao adentrar uma instituição total o sujeito estará subordinado aos objetivos da instituição, não havendo espaço para o “estojo de identidade” do sujeito internado (GOFFMAN, 1974).

Nesta dissertação refletimos sobre o que seria a humanização do SP brasileiro tomando como base a literatura que articula a humanização com os direitos humanos (DH). Desse modo, a humanização a que estamos nos referindo implica em partir de um determinado entendimento de DH.

A expressão ‘direitos humanos’, apesar de sua grande divulgação, possui caráter fluido, aberto, que está em constante construção; e sua definição é complexa cabendo ao pesquisador eleger o conceito que melhor se relacione com seu objeto de estudo. Para a abordagem dos DH, Glaucia Mayara Niedermeyer Orth (2012) nos esclarece que os mesmos são instituídos historicamente na sociedade e por isso decorrem de acordos políticos que o legitimam. Portanto, é errôneo conceber os DH como produto da natureza humana. Sendo assim, para além de seu caráter normativo, entende-se que os DH estão suscetíveis a mudanças diretamente relacionadas às transformações sociais com o passar do tempo, refletindo valores e anseios de uma sociedade.

Nesta perspectiva, como nos aponta Miriam Ventura (2010), os DH denominam um parâmetro universal, oriundo do Direito Internacional, a ser adotado por instituições e indivíduos; e que abrange os domínios da ética e dos direitos legais. Assim, os DH vão caracterizando a exigência moral de respeito e dignidade ao ser humano a ser difundida na comunidade internacional. Convergindo com esta proposição, Celso D. de Albuquerque Mello (2001, p. 33) define o Direito Internacional dos DH como “o conjunto de normas que estabelece os direitos que os seres humanos possuem para o desenvolvimento de sua personalidade e estabelecem mecanismos para a proteção de tais direitos”.

Na história do movimento pelas cidadanias, reconheciam-se como direitos do sujeito somente os direitos civis e os políticos. Gradativamente e lentamente, a partir da segunda metade do século 20 com a progressão da democracia, expandiu-se a noção de DH incluindo também os direitos sociais, econômicos e culturais. Atualmente, a “Declaração Universal dos Direitos Humanos”, redigida pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1948, é o principal documento de implementação e divulgação dos DH no mundo. E, através desta declaração, pela primeira vez na história, a saúde foi concebida como direito. Mas, como os diversos países do mundo tornam-se signatários dessa declaração voluntariamente, aplicam as recomendações da ONU de acordo com suas realidades. Dessa forma, os DH descritos na declaração da ONU são interpretados e incorporados de diversas maneiras às políticas dos diferentes governos, denotando sua construção permanente.

A esse respeito, Miriam Ventura (2010) salienta que apesar da cultura dos DH inspirar várias democracias contemporâneas, há muita luta pela frente para a sua consolidação, pois ainda é possível constatar pelo mundo a violação dos DH pelo poder abusivo de governos. A autora supracitada nos propõe, ainda, que para a implementação dos DH se faz necessário o reconhecimento e a aplicação dos diversos direitos dos sujeitos (os direitos civis, culturais, econômicos, políticos e sociais) concomitantemente.

No Brasil, o sentimento de um Estado que garantiria os direitos dos cidadãos se instituiu com o fim da ditadura em 1985 e com o início da construção da democracia, após o período de 20 anos de obscuridade da ditadura. Foi nesse período que o termo cidadania começou a circular e a estampar a linguagem da mídia e do povo brasileiro, como ilustra José Murilo de Carvalho (2002, p. 07) “a

cidadania, literalmente, caiu na boca do povo. Mais ainda, ela substituiu o próprio povo na retórica política. Não se diz mais ‘o povo quer isto ou aquilo’, diz-se ‘a cidadania quer’. Cidadania virou gente”.

Com a Constituição Federal de 1988 (CF/88) a expectativa dos brasileiros em relação ao Estado aumentou. O sentimento de que o brasileiro teria todos os direitos da CF/88 garantidos era intenso, porém constatou-se rapidamente que de fato os únicos direitos realmente vigentes eram: o da liberdade, o de expressão, o de organização política e o de participação. Desde então o sufrágio passou a abranger a maior parte dos brasileiros, como nunca antes no país. Mas, outros direitos, como os sociais, os trabalhistas, por exemplo, não tiveram sua vigência plena. E, é aí que nota-se o surgimento de várias categorias de cidadãos: aqueles que tem pleno ou parcial acesso aos direitos, o cidadão de fato; e aqueles que são excluídos do acesso aos direitos e também da discussões de atenção pública, os não-cidadãos (CARVALHO, 2002). A respeito das categorias de cidadão, José Murilo de Carvalho (2002) nos mostra como os direitos e a cidadania se relacionam:

Tornou-se costume desdobrar a cidadania em direitos civis, políticos e sociais. O cidadão pleno seria aquele que fosse titular dos três direitos. Cidadãos incompletos seriam os que possuísem apenas alguns dos direitos. Os que não se beneficiassem de nenhum dos direitos seriam não-cidadãos. [...] Se os direitos civis garantem a vida em sociedade, se os direitos políticos garantem a participação no governo da sociedade, os direitos sociais garantem a participação na riqueza coletiva. Eles incluem o direito à educação, ao trabalho, ao salário justo, à saúde, à aposentadoria. A garantia de sua vigência depende da existência de uma eficiente máquina administrativa do Poder Executivo. Em tese eles podem existir sem os direitos civis e certamente sem os direitos políticos. Podem mesmo ser usados em substituição aos direitos políticos. Mas, na ausência de direitos civis e políticos, seu conteúdo e alcance tendem a ser arbitrários. Os direitos sociais permitem às sociedades politicamente organizadas reduzir os excessos de desigualdade produzidos pelo capitalismo e garantir um mínimo de bem-estar para todos. A idéia central em que se baseiam é a da justiça social (CARVALHO, 2002, p. 9-10).

Como, então, pensar a cidadania do sujeito encarcerado? Ao reverso do que se espera, o efeito do sistema penal atual estimula e produz o aumento da violência, provocando, também, o isolamento, a estigmatização³ e condicionando o sujeito

³Neste momento, faz-se necessário apresentarmos a concepção de estigma deste trabalho. A relação social cotidiana, compartilhada e dinamizada pelos sujeitos, é permeada pela presença física, esta socialmente avaliada pelos sujeitos em interação através de um modelo de categorias que permite separar o prestigiado do marginalizado. Em suma, é nesta perspectiva que o sociólogo Erving Goffman (1974) nos apresenta seu conceito de estigma. O contato e a interação entre os sujeitos geram, uns nos outros, uma avaliação pautada em valores individuais e sociais que se tornam

apenado ao profundo e desumano sofrimento do cárcere. Além disso, para aqueles que cumprem o papel de ‘criminosos’ o sistema penal lhes atribui uma série de adjetivos que dificultam sua (re)inserção no meio social e, conseqüentemente, facilitam sua (re)inserção no meio do crime. Neste sentido, a aplicação da pena é decisiva para manutenção e reprodução das relações de exclusão em nossa sociedade.

Embora houvesse uma difusão mundial de tratados para a proteção e promoção dos DH, a legislação brasileira adotou tardiamente essas disposições, somente na década de 1980 com a redemocratização do país. Conseqüentemente houve um atraso dessa apropriação ao SP, que ocorreu somente com a promulgação da CF/88 que concebe os DH como fundamentos do Estado Brasileiro e que devem ser zelados pela democracia (ORTH, 2012).

Nesta perspectiva, o Estado, que exerce o poder de punir em nosso país, é o principal responsável pela realidade penitenciária brasileira. Com o retorno da liberdade política no Brasil, a partir de 1984, a sociedade foi reorganizada para a reconstrução da democracia (CHAUÍ; NOGUEIRA, 2007). O alargamento do sistema político brasileiro e a integração social promovidos por esse movimento de redemocratização construiu um novo sistema de representação comprometido com a democracia e legitimado pela sociedade (CHAUÍ; NOGUEIRA, 2007).

Após essas mudanças no cenário político brasileiro, a função social das instituições penitenciárias tendeu, no discurso das autoridades, a ser mais e mais voltada para a ressocialização. Assim, as instituições totais assumiram um caráter aparentemente mais democrático. No entanto, veremos nesta dissertação que isso não ocorreu na realidade; e até mesmo determinados direitos básicos assegurados pela CF/88, como a garantia da saúde corporal dos cidadãos, não chegaram para os sujeitos em privação de liberdade, ou chegaram muito precariamente no sistema prisional.

Doravante, se faz necessária a exposição da nossa concepção de SP, bem como de suas atribuições conferidas pela República Federativa do Brasil. Nosso

“expectativas normativas, em exigências apresentadas de modo rigoroso” (Goffman, 1974, p. 12). Esta pré-concepção influenciará toda a interação estabelecida, pois ela faz emergir afirmações daquilo que os sujeitos devem ser. Neste sentido, Erving Goffman (1974, p. 12) nos orienta que “Enquanto o estranho está à nossa frente, podem surgir evidências de que ele tem um atributo que o torna diferente de outros que se encontram numa categoria em que pudesse ser incluído, sendo, até, de uma espécie menos desejável [...] Assim deixamos de considerá-la criatura comum e total, reduzindo-a a uma pessoa estragada e diminuída. Tal característica é estigma, especialmente quando o seu efeito de descrédito é muito grande [...]”.

entendimento por 'Sistema Penitenciário' advém da Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984, a Lei de Execução Penal (LEP). Sendo assim, concebemos o SP como um conjunto de medidas administrativas e de instituições, tais como: delegacias, onde o sujeito aguarda seu julgamento; complexos médico-penais, nos quais estão detidos sujeitos que necessitam de tratamento psiquiátrico e ambulatorial; e penitenciárias, onde estão sob custódia os sujeitos que já foram julgados, que são denominadas por inúmeros sinônimos como centro de detenção, presídio, casa de custódia, entre outros (DEPEN, 2014).

Portanto, o SP caracteriza-se como executor das penas privativas de liberdade com o intuito de ressocializar o sujeito institucionalizado. A divisão da população penitenciária de acordo com o gênero, a idade, a natureza do delito cometido, está disposta no artigo 5º da LEP/84. Esta lei também institui os padrões arquitetônicos das prisões para que se assegure a integridade física e moral dos detentos.

Segundo dados do Departamento Penitenciário Nacional (DPN), atualizados em 2009, entre dezembro do ano 2005 e dezembro do ano 2009 a população carcerária cresceu 31,05% chegando ao total de 473.626 sujeitos encarcerados. No documento denominado "Relatórios Estatísticos Analíticos do Sistema Prisional", publicado em 2013 pelo Ministério da Justiça, consta que no referido ano o Brasil contabilizava 1.598 instituições penais, – sendo 276 delas localizadas no sul –, para custodiar 574.027 sujeitos em privação de liberdade.

Ao nos inteirarmos do debate na literatura acadêmica acerca da realidade recente do SP brasileiro, destacamos que Rafael Damaceno de Assis registrou em 2007 – quatro anos após a instituição do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) – que a situação do SP continuava com uma faceta cruel, pois

[...] as rebeliões e fugas de presos a que assistimos diariamente são uma resposta e ao mesmo tempo um alerta às autoridades para as condições desumanas a que são submetidos, apesar da legislação protetiva existente. Além da violação de direitos dentro do cárcere, chama a atenção para a ineficácia do sistema de ressocialização do egresso prisional já que, em média, 90% dos ex-detentos voltam a delinquir e acabam retornando à prisão (ASSIS, 2007, p. 74).

Este autor expõe, também, sua constatação dos problemas relacionados à saúde no SP brasileiro:

A superlotação das celas, sua precariedade e insalubridade tornam as prisões um ambiente propício à proliferação de epidemias e ao contágio de doenças. Todos esses fatores estruturais, como também a má-alimentação dos presos, seu sedentarismo, o uso de drogas, a falta de higiene e toda a lugubridade da prisão fazem com que o preso que ali adentrou numa condição sadia de lá não saia sem ser acometido de uma doença ou com sua resistência física e saúde fragilizadas (ASSIS, 2007, p. 75).

Percebemos que o sucinto panorama acerca do SP brasileiro aqui explicitado se insere no cenário pós-redemocratização do Brasil. Apesar da realidade cruel do SP há mobilizações por parte do governo para mudar esse cenário. Acerca disto, Paulo Sérgio Pinheiro e Paulo de Mesquita Neto (1998) informam que desde 1985, com a retomada do regime de governo civil, foram despendidos esforços para o desenvolvimento de uma política nacional de DH. Além disso, a LEP e a CF/88 concebem os DH como fundamentos, e os mesmos devem ser zelados pela democracia (ORTH, 2012).

O direito à saúde é decorrente da CF/88, preconizado em caráter universal, ou seja, a todos os brasileiros. A partir deste reconhecimento, cabendo ao Estado o dever de prover saúde à população brasileira sem distinção, criaram-se as leis: nº 8.080 e a nº 8.142, ambas no ano 1990. Essas leis dispõem, respectivamente, sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes; sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Por tais atribuições estas leis são denominadas leis orgânicas da saúde.

Apesar de todo o arcabouço de políticas públicas em prol da universalização do direito à saúde, por muito tempo as pessoas privadas de liberdade não conseguiram acessar este direito; nem ao menos havia uma política pública de saúde específica que assistia essa população (RIBEIRO, 2007). A falta de acesso à assistência à saúde somada aos problemas inerentes ao convívio fechado em uma instituição penitenciária gerou, em 2003, no governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, uma discussão a respeito da política nacional de saúde. Esse debate teve como consequência a criação de um documento denominado 'Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário' (PNSSP), publicado pelo Ministério da Saúde em 2004.

Doravante, a população penitenciária passou a ser assistida pela saúde pública, vinte anos após vigorar a LEP, dezesseis anos depois da vigência da saúde como direito constitucional e após quatorze anos de instituição do SUS, que já preconizavam para essa população tal assistência.

Somente em 2003 a saúde da população penitenciária apresentou-se como uma preocupação na pauta das discussões governamentais a respeito da gestão das políticas públicas de saúde no Brasil. Como resultado, em nove de setembro de 2003 instituiu-se o PNSSP, por meio da portaria Interministerial nº 1777 elaborada pelos Ministérios da Saúde e da Justiça. Para avançarmos nossa discussão, expomos agora a concepção de saúde que norteia este trabalho.

Nesta dissertação concebemos a saúde para além do conciso e polêmico conceito elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1948 declarando que a “saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”. Apoiando-nos na ‘Teoria da Produção Social da Saúde’, concordamos que a saúde se articula com a qualidade de vida dos sujeitos. Sendo assim, o entendimento do processo saúde/doença através da Teoria da Produção Social da Saúde vai além da conceituação biológica do ser humano entendido como um sistema orgânico, visando, também, entendê-lo em seus aspectos sociais (MENDES, 1996). Neste sentido, esta concepção abrange o conceito de saúde que consta na Carta de Ottawa, redigida em 1986, a qual fundamenta o entendimento de saúde formulado na 8ª Conferência Nacional de Saúde em Brasília, no mesmo ano, que define: “a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde” (BRASIL, 1986, p. 04).

Neste sentido, para a Teoria da Produção Social da Saúde, a saúde apresenta-se como um produto social que exprime a qualidade de vida de uma população. Essa qualidade, por sua vez, abrange o nível de acesso dessa população a bens e serviços econômicos e sociais. Deste modo, pode-se afirmar que a saúde resulta do acesso aos serviços de saúde.

Frente ao exposto, indagamo-nos: é possível afirmar que o movimento de redemocratização vivido pelo Brasil a partir de 1984 estendeu suas possibilidades ao SP? Em que medida a LEP, a CF/88 e a instituição do SUS supriu a necessidade de assistência à saúde da população penitenciária? O que ocorreu para que somente

em 2003 o governo brasileiro resgatasse a questão da saúde nas instituições penais?

Diante de tais questões, vislumbramos a possibilidade de investigar em uma mídia impressa, de representatividade nacional, alguns aspectos da história recente do SP brasileiro. Dessa feita, nosso objetivo principal foi voltado para a identificação e análise de como a questão da saúde nas instituições penais emergiu como tema relevante para o entendimento das facetas do próprio SP. O recorte cronológico foi delimitado entre 1990 e 2003, arco temporal que compreende o ano em que assumiu o cargo o presidente da república eleito na primeira votação direta após a ditadura – um marco democrático no país – até o ano da instituição do PNSSP.

Para a resolução do nosso problema de pesquisa – que corresponde à questão da saúde nas instituições penais como tema relevante para o entendimento da ‘tragédia’ do SP brasileiro – o percurso metodológico por nós utilizado foi, sobretudo, a pesquisa documental e a pesquisa bibliográfica. Essas pesquisas serviram de instrumento para a contextualização do nosso problema e também para fundamentar teoricamente o tema pesquisado neste estudo. A pesquisa documental, segundo Antônio Carlos Gil (1999), tem como fonte exploratória os documentos, aqueles que já foram divulgados e que não sofreram análise; ou a análise caracteriza-se como incipiente cabendo a proposta de novas análises condizentes com o objeto em pesquisa. Nesta pesquisa utilizamos fontes documentais variadas, destacando-se: a mídia impressa *Jornal do Brasil*, a LEP/84, a CF/88, as leis orgânicas da saúde, o PNSSP, dentre outras.

A mídia impressa *Jornal do Brasil* foi utilizada exclusivamente neste trabalho. O periódico foi escolhido por ser um dos jornais que estão em circulação no Brasil há mais de 100 anos e, como acima mencionado, circula com ampla abrangência no território brasileiro (ANJ, 2014). Ele noticia o que ocorre de relevante em todo o país por meio de sucursais, constituindo uma fonte documental com extensa cobertura territorial.

A pesquisa bibliográfica, como nos orienta Gil (1999), é realizada a partir de análises concluídas, como por exemplo, livros, teses, dissertações, artigos acadêmicos, etc. Se tratando de uma pesquisa interdisciplinar, para explicitarmos conteúdos disciplinares diversos evocamos os respectivos autores a título de exemplo: Carmen Fontes Teixeira (2006); Eugênio Vilaça Mendes (1996); Felipe Simão Pontes e Gislene Silva (2012), Fernando Salla (2001, 2007), Glaucia Mayara

Orth (2012), José Gregori (1998), Miriam Ventura (2010), Rodolfo Fiorucci (2011), Simone Cynamon Cohen (2003; 2004; 2007; 2014), e outros mais que foram prestigiados ao longo do trabalho.

Esta dissertação divide-se em três Capítulos. No primeiro, a partir da análise das notícias do *Jornal do Brasil*, retratamos aquilo que denominamos como ‘tragédia’ do SP brasileiro. Descrevemos ocorrências de motins/rebeliões que, em grande medida, ilustram as facetas trágicas dos presídios. Articulado com motins/rebeliões, o tema da ambiência prisional também ganhou destaque nesse Capítulo, sobretudo a superlotação. Consideramos tais temas de fundamental importância para se refletir sobre as condições de saúde no ambiente penitenciário. Orientada pelos conhecimentos advindos da relação dinâmica entre os campos da História e da Comunicação Social⁴, nossa inspiração para a feitura de tal capítulo veio daquilo que alguns autores denominam História do Tempo Presente, um tipo de conhecimento que valida a produção de reflexões sobre questões atuais a partir de bases documentais como os jornais, por exemplo.

Arnaldo Huff Júnior destaca:

[...] mais que as outras histórias, a história do tempo presente coloca a questão do papel fundamental das escolhas do historiador e de sua condição política. Há uma exigência ética na base de seu trabalho [...]. Normalmente, fazer história do tempo presente começa pela definição de um problema de pesquisa que tem implicações existenciais para o pesquisador, de modo mais agudo que na pesquisa de épocas mais distantes. [...] Por outro lado, a questão do presente e de uma história do tempo presente torna-se eminentemente política não apenas pelas escolhas do historiador, mas também porque “sujeito” e “objetos” da pesquisa habitam o mesmo tempo (HUFF JÚNIOR, 2009, p. 20)⁵.

⁴Utilizamos neste estudo o termo ‘Comunicação Social’ para referenciar o campo científico do Jornalismo. Elegemos tal termo, pois a Comunicação Social é o “tronco comum da formação profissional em Jornalismo (1), Publicidade e Propaganda (2) e Relações Públicas (3). Este arranjo é fruto da estruturação do conhecimento científico da Comunicação, sempre em questionamento se é objeto de estudo ou campo autônomo do saber, além do processo político referente à democracia e à ditadura militar” (DIAS, 2012, p. 139).

⁵A exigência ética deste estudo advém da reflexão acerca do Sistema Penitenciário brasileiro que emergiu de uma experiência da pesquisadora. No dia 28 de maio de 2011 com a prisão de uma amiga e um amigo inaugurou-se uma vivência no ambiente penitenciário. A partir de então passei a frequentar periodicamente uma instituição penal, cuja minha amiga encontrava-se sob custódia. A comoção com a constatação dessa nova (e triste) realidade, a mesma de 473.626 brasileiros segundo dados de 2009 do Departamento Penitenciário Nacional, trouxe à tona a reflexão sobre o abandono e o descaso com essa população que antes de adentrar ao sistema era considerada, ainda, cidadã brasileira. Inquieta com tal reflexão trouxe a mesma para o ambiente acadêmico ainda na graduação, o que se estendeu para a pós-graduação e por sua complexidade nela não se finda.

No segundo capítulo retomaremos alguns aspectos já expostos anteriormente sobre como concebemos a saúde neste estudo. E, também a partir dos textos jornalísticos acerca da realidade prisional do Brasil, ilustramos que entre os anos 1990 e 2003, na contracorrente do que se discutia sobre saúde no plano internacional, e mesmo nacional, o ambiente prisional brasileiro foi *locus* de abandono. Neste Capítulo, abordamos como a imprensa destacou a presença de doenças infecto contagiosas no ambiente carcerário, especificamente o HIV/AIDS, as hepatites virais e a tuberculose.

Por fim, no terceiro capítulo, no intuito de verificar como a saúde se relaciona com a humanização, expomos como o Brasil aderiu às disposições internacionais dos DH. Desta feita, somada aos pressupostos apresentados no primeiro e segundo capítulo, este último analisa alguns aspectos preconizados no PNSSP; e também destaca a transformação desse plano em política em 2014, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). Compreendemos que a instituição de uma política pública de saúde específica para a população penitenciária pode ser considerada como o reconhecimento e como um avanço do governo brasileiro ante a necessidade de assistência à saúde da população penitenciária.

CAPÍTULO 1

O AMBIENTE CARCERÁRIO NEGLIGENCIADO: RETRATOS DE UMA TRAGÉDIA BRASILEIRA

Na pretensão de aprofundar os estudos acerca do Sistema Penitenciário (SP) brasileiro, especificamente o Sistema de Saúde Penitenciário, instituído pelo Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) do Ministério da Saúde em 2004, se faz necessário, primeiramente, compreender a realidade das penitenciárias brasileiras após a redemocratização do país. Se tratando de uma pesquisa interdisciplinar, que abrange a questão da saúde no SP brasileiro, é pertinente, neste capítulo, a descrição de alguns acontecimentos nas instituições penitenciárias denominados ‘motins/rebeliões’. O que nos motivou a tal feita foi a necessidade de explicitar aos leitores da área da saúde fatos relacionados ao SP brasileiro, estes pertinentes a abordagem do assunto tratado neste trabalho.

Doravante, neste capítulo, ilustramos e contextualizamos a ‘tragédia’⁶ do SP brasileiro. Esta ilustração se materializou por meio da mídia impressa *Jornal do Brasil*, uma fonte jornalística com grande cobertura no território brasileiro, e que permite inferências acadêmicas acerca da temática.

Neste sentido, o objetivo deste capítulo é identificar e analisar, a partir de textos da mídia impressa sobre o SP brasileiro entre 1990 e 2003, determinados aspectos relacionados a questões da presença/ausência da saúde/doença no ambiente prisional. Interessa-nos tomar as notícias veiculadas como indicadores de um determinado descompasso em relação à democratização do país, que evidenciam a ausência de uma relação direta entre a democracia e a humanização no ambiente penitenciário. Ou seja, cremos que através das notícias acompanhadas nesse espaço de tempo é possível ilustrar a ‘tragédia’ das instituições carcerárias brasileiras, destacando suas precaríssimas condições que estão relacionadas com as condições de saúde das mesmas.

⁶Optamos por definir a calamidade do SP brasileiro pelo termo ‘tragédia’, pois o mesmo denota um sentido catastrófico e dramático que converge com as proporções do problema social aqui focado. No Minidicionário Aurélio da língua portuguesa o termo tragédia é definido como: “s.f. Gênero dramático que trata das ações e dos problemas humanos de natureza grave. A tragédia envolve questões sobre a moralidade, o significado da existência humana, as relações entre as pessoas e as relações entre os homens e seus deuses. Geralmente, no final das tragédias, o personagem principal morre ou perde seus entes queridos” (FERREIRA, 2001, p. 718).

Assim, a partir da reflexão acerca da implicação da saúde na realidade penitenciária, torna-se possível a especulação de certos aspectos que futuramente se relacionarão com a PNSSP. Para tanto, são abordadas com destaque nesse Capítulo temas como ambiência prisional, sobretudo a superlotação e, também, a relação destes dois temas com a ocorrência de rebeliões/motins nas instituições penitenciária do país. Consideramos tais temas de fundamental importância para se refletir as condições de saúde no ambiente penitenciário, bem como a relação dessas situações na problematização da (falta de) humanização destas instituições.

Para constituir a amostra da pesquisa de caráter documental delimitamos dentro da mídia impressa brasileira um periódico de grande circulação no território nacional: o *Jornal do Brasil*. Escolheu-se o jornal pela sua representatividade no que diz respeito ao tempo e à abrangência de circulação, visto que este periódico conta com sucursais em vários pontos do Brasil no período correspondente a esta análise.

Segundo a Associação Nacional de Jornais (ANJ), o *Jornal do Brasil* é um dos jornais que estão em circulação neste país há mais de 100 anos. O jornal foi fundado por Joaquim Nabuco e Rodolfo Dantas em nove de abril de 1891 no Rio de Janeiro/RJ. Apesar de ser do Rio de Janeiro, ele noticia o que ocorre de relevante em todo o Brasil por meio de sucursais, constituindo uma fonte documental com extensa cobertura territorial.

A partir do dia primeiro de setembro de 2010 o *Jornal do Brasil* passou a ter apenas o formato eletrônico, isto é, seu conteúdo passou a ser publicado somente em versão *on-line*. Concomitantemente, o periódico disponibilizou a consulta de todo o conteúdo de seu acervo permitindo a busca de suas edições através de um sítio eletrônico. Este acervo se encontra, também, em uma base de dados digital denominada Biblioteca Nacional Digital do Brasil, em projeto desenvolvido pela Fundação Biblioteca Nacional, o que permite seu fácil acesso.

Neste sentido, justificamos a escolha do *Jornal do Brasil* como fonte deste estudo e concordamos com Maria do Carmo P. A. de Aguiar (2010, s/p), quando afirma que

[...] através dos periódicos, podemos desvendar o social, o político, o econômico dentro de um período pré determinado para estudo e os agentes participantes do processo social, sua participação para a construção da história. Elencando a possibilidade de utilização deste veículo de comunicação para o enriquecimento do processo histórico.

Inicialmente realizou-se uma busca ‘rápida’ no sítio do jornal, por meio de algumas palavras-chave para verificar a viabilidade de representatividade das mesmas: AIDS, facção, hepatite, motim, motins, penitenciária, presídio, rebelião, sistema penitenciário, tuberculose, dentre outros. Tais palavras-chaves mostraram-se pertinentes e relevantes para o estudo, porém no que diz respeito à quantidade e qualidade dos conteúdos encontrados pelas palavras-chave citadas acima alguns se mostraram mais representativos do que outros.

Sendo assim, diante do resultado desta busca delimitou-se para a presente pesquisa as seguintes palavras-chave finais para a busca no acervo digital do *Jornal do Brasil*: AIDS, hepatite, motim e tuberculose. Os dados jornalísticos advindos desta busca foram cuidadosamente lidos e, a partir desta leitura, foram selecionados alguns conteúdos concernentes às temáticas pesquisadas. Destacamos, porém, que neste Capítulo ficaremos atentos apenas aos resultados da pesquisa através da palavra-chave ‘motim’, as demais palavras-chave trouxeram informações que serão discutidas nos demais Capítulos, no decorrer do trabalho.

Para melhor expor o momento metodológico, descrito acima, de busca de dados através de palavras-chave no acervo digital do *Jornal do Brasil*, expomos na Figura 1 o conteúdo da página inicial do sítio eletrônico da Biblioteca Nacional Digital do Brasil (<http://memoria.bn.br/hdb/periodico.aspx>) a qual utilizamos para a busca no acervo do jornal.

Figura 1 - Conteúdo da página inicial do sítio eletrônico da Biblioteca Nacional Digital do Brasil.

The image shows the search interface of the Biblioteca Nacional Digital do Brasil. At the top, there is a logo for 'Biblioteca Nacional Digital Brasil' and the 'FUNDAÇÃO BIBLIOTECA NACIONAL'. Below the logo, the text 'HEMEROTECA DIGITAL BRASILEIRA' is visible. The search interface is divided into three main sections: 'Pesquisa por Periódico', 'Pesquisa por Período', and 'Pesquisa por Local'. The 'Pesquisa por Periódico' section is active, showing a dropdown menu with 'Jornal do Brasil (RJ)' selected. Below this, the 'Pesquisa por Período' section shows a dropdown menu with '1990 - 1999' selected. Finally, the 'Pesquisa por Local' section shows a search box with 'motim' entered and a 'pesquisar' button.

Para compor a amostra foram selecionados todos os textos jornalísticos pertinentes ao tema do estudo dentre o total de notícias encontradas na busca pelos descritores acima mencionados. Cabe salientar que nesta seleção não houve preocupação com “a leitura das condições pelas quais as informações emergem em determinado produto jornalístico, convertendo um fato ou assunto em notícia” (PONTES; SILVA, 2012, p.50). Pois, nosso objetivo compromete-se em ‘ilustrar’ a ‘tragédia’ do sistema penitenciário brasileiro identificando e analisando os dados coletados no *Jornal do Brasil* com vistas a apontar a quase total ausência de saúde no ambiente prisional.

Cientes de que a produção da notícia é cindida pelo ‘querer-dizer’ da empresa jornalística, inserida numa circunstância sócio-histórica, adotamos o pressuposto exposto por Edson Fernando Dalmonte (2009, p. 75) de que o “jornalismo não é compreendido aqui como matéria que recorta e representa o real, mas como posicionamento discursivo de uma instância enunciativa”. Isso significa que, para além da narração de um fato, pelas e nas estruturas discursivas de um texto jornalístico é possível a apreensão dos valores sobre os quais e para os quais o discurso do texto foi redigido.

Creemos que as notícias sobre a realidade brasileira, mesmo que venham (e elas vem) imbuídas de representações, muitas vezes estigmatizantes, podem servir de instrumento para a constatação e construção de um panorama sobre a ‘tragédia’ do SP brasileiro. Todos os meios de comunicação impressa do país, inclusive o *Jornal do Brasil*, veiculam, em maior ou menor grau, notícias nas quais a pretensa neutralidade não ocorre, e isso está presente na própria narrativa do texto ou na mensagem subliminar do mesmo. Esta característica não anula sua representatividade como fonte para este estudo (e outros). O tempo de circulação e a abrangência do *Jornal do Brasil*, conferida pela existência de sucursais por todo o país, indica a validade da fonte perante outros veículos de comunicação impressa.

Neste sentido, nosso objetivo não corresponde ao aprofundamento das questões ideológicas da produção jornalística e seus sistemas de representações, mas sim utilizar as notícias do *Jornal do Brasil* como subsídios para elucidar a amplitude geográfica da ‘tragédia’ do SP do país.

Os textos jornalísticos da amostra foram catalogados por meio de uma ficha específica (Apêndice I), pois como nos orienta Felipe Simão Pontes e Gislene Silva

(2012) o pesquisador deve atentar-se para a organização do jornal ao eleger uma mídia impressa como fonte de dados, tais como:

o reconhecimento da carga valorativa das capas, manchetes e chamadas; o recorte temático e de organização proposto pelas editorias; a identificação dos gêneros jornalísticos; o processo discursivo da diagramação/edição; a observação da estrutura interna das matérias; a organização de títulos e chamadas; a presença de boxes, suítes, fotografias, gráficos e tabelas; os tipos e a hierarquia das fontes; a assinatura e as demais marcas da apuração (PONTES; SILVA, 2012, p.52).

A fim de aprofundar a interpretação dos enunciados da amostra identificamos para fins de análise as séries temáticas que refletem as implicações da questão saúde/doença na realidade prisional brasileira emergidas dos discursos jornalísticos. Convergindo com a exposição de Anderson Ribeiro Oliva (2011, s/p):

A imprensa figura como uma das mais instigantes e reveladoras fontes para o trabalho do historiador, seja para incursões em tempos afastados de nossa experiência atual, seja para o estudo das representações, ideias e eventos que nos são contemporâneos. Os fragmentos noticiados, a intensidade das abordagens, as linhas editoriais, o cotidiano, a política, os cenários nacionais e internacionais veiculados pelos múltiplos meios de comunicação revelam formas de “olhar” distintas ao do historiador, mas fecundas para compreensão das sociedades e de suas relações. [...] os *mass media*, refletem e projetam as representações recorrentes de um grupo sobre um determinado objeto ou assunto, ao mesmo tempo em que se confundem com o próprio imaginário coletivo, revelando os mecanismos de invenção da memória coletiva.

Nesta perspectiva, este Capítulo se apropria de procedimentos de pesquisa comuns ao campo do Jornalismo e da História na medida em que se baseia em fontes primárias oriundas da mídia impressa. Mas também, o Capítulo que segue, navega em questões acadêmicas relativas ao campo do Direito, da Saúde Pública, dentre outras áreas, na pretensão de compor um mosaico interdisciplinar que ilustre o que denominamos como a ‘tragédia’ do SP brasileiro. No que tange à produção do conhecimento a partir de várias áreas de saberes, expõe Cynthia Sarti (2010, p.78) que

A noção de “interdisciplinaridade” implica um diálogo entre disciplinas, cuja condição de possibilidade está em manter definidas as diferenças disciplinares, delimitando claramente o lugar de onde se fala e as fronteiras que separam e aproximam os saberes, na tensão que lhe é inerente, uma vez que a tentativa de diálogo não consegue prescindir de alguma, quando não muita, tensão na busca da equidade dos postulados de um campo diante do outro. Não se trata, portanto, de pensar a interdisciplinaridade a partir da possibilidade de uma identificação, mas, ao contrário, o encontro

possível supõe a separação prévia, implícita no reconhecimento da alteridade.

Levando em consideração “o lugar de onde se fala”, salientamos que este Capítulo se debruça principalmente na relação entre História e Jornalismo via o campo de estudos chamado História do Tempo Presente. Diante da sociedade contemporânea, produto do capitalismo pós-industrial, onde a realidade se modifica rápida e constantemente denotando dinamismo e fluidez, a História do Tempo Presente caracteriza-se como meio de compreensão e interpretação de ‘novas realidades’ que emergem. Neste sentido, Rodolfo Fiorucci (2011) nos coloca que

Numa visão conjunta, pode-se inferir que a evolução da história do presente e sua firmação se deram ancoradas nos “retornos” historiográficos, nos quais se destacaram o fato, a política e a narrativa. A política, na verdade, apareceu como válvula propulsora das pesquisas sobre o presente, principalmente com o impulso dado trazendo de volta a questão da política e do contemporâneo (FIORUCCI, 2011, p. 111).

Portanto, a História do Tempo Presente frente as diversas questões emergentes da dinâmica social ampliou os objetos de estudo da História tomando para si um recorte temporal mais recente e diversificando suas fontes (FIORUCCI, 2011). Assim, a mídia impressa configura-se como um importante recurso metodológico, pois retrata os fatos que ocorrem na atualidade fornecendo uma narrativa acerca dos mesmos, tornando-se uma fonte representativa do período temporal analisado.

Diante do exposto, ao nos inspirarmos em alguns aspectos da História do Tempo Presente, concordamos com Fiorucci (2011, p. 117) quando afirma que “trata-se, portanto, de aventurar-se no tempo recente a fim de contribuir para o esclarecimento, a inteligibilidade e o discernimento do mundo acelerado, para, no mínimo, dar mais foco à imagem borrada e dinâmica hodierna”.

Destacamos, ainda, que ao escolhermos um objeto de pesquisa inserido na história contemporânea concebemo-lo a partir da desconfiança preconizada por Eric J. Hobsbawm (1995, p. 12):

Qualquer que seja nossa reação, a descoberta de que estávamos enganados, de que talvez não tenhamos entendido algo direito, deve ser o ponto de partida de nossas reflexões sobre a história de nosso tempo.

Sob essa perspectiva, a ‘tragédia’ do SP brasileiro se molda a este conceito, pois ela fica mais evidente na contracorrente do período em que há grande esforço e avanços na democratização do país, e assim caracteriza uma descontinuidade na atualidade histórica. Ou seja, no momento em que o Brasil adota o princípio democrático e o mesmo se estende a vários âmbitos, inclusive o da saúde, quando se observa a ânsia em universalizar a democracia no país, evidencia-se um descompasso com o contexto nacional; dito em outras palavras, à medida que a democracia foi avançando no país, a partir de meados da década de 1980, a realidade dos ambientes do SP, em termos de qualidade de saúde, não acompanhou as mudanças conquistadas no campo da saúde pública – por exemplo, a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS). Nossas expectativas acerca da humanização dos espaços prisionais revelaram-se frustrantes: estávamos enganados acerca das potencialidades de extensão das políticas públicas democráticas para esse tipo de instituição total.

1.1 MOTINS: EXPLICITANDO A ‘TRAGÉDIA’ DO SISTEMA PENITENCIÁRIO BRASILEIRO

Expusemos anteriormente todas as palavras-chave selecionadas por este estudo para a busca no acervo do *Jornal do Brasil* no período entre os anos 1990 a 2003. Neste tópico trataremos da análise dos dados que compõem a amostra obtidos com a busca pela palavra-chave ‘motim’, uma vez que esta se mostrou relevante. Inicialmente, na busca rápida no acervo do *Jornal do Brasil*, percebemos que a grande maioria dos textos jornalísticos encontrados com a busca pela palavra-chave ‘rebelião’ referia-se a rebeliões de ordem política em outros países. Diante deste levantamento optamos em limitar a busca pela palavra-chave ‘motim’ para encontrar as notícias acerca das rebeliões em penitenciárias brasileiras no período estabelecido; a palavra-chave ‘motim’ mostrou-se representativa no que se refere às rebeliões nas penitenciárias brasileiras.

Iniciemos por um ano que, apesar de não fazer parte do nosso recorte cronológico, sugere a vitalidade da história trágica que se pretende analisar. Em diversos meios midiáticos brasileiros (jornais, rádio, internet, TV, entre outros) o ano 2014 iniciou com uma quantidade maciça de retratações das rebeliões que ocorriam em penitenciárias em todo o Brasil. Podemos citar como exemplo do conteúdo

destas notícias algumas rebeliões que foram noticiadas em janeiro e fevereiro: na penitenciária de Pedrinhas no Maranhão⁷, onde houve grande violência com decapitações de detentos por detentos; na penitenciária de Itai⁸, São Paulo, onde presos estrangeiros expressaram seu descontentamento com as condições materiais do cárcere; na delegacia de Paranaguá⁹, onde o insuportável calor ali vivenciado pelos detentos foi causa de motim; na Penitenciária Agroindustrial São João¹⁰ no Recife, causada pela insatisfação dos presos com a péssima condição de alimentação e de higiene local.

Ao consultarmos uma mídia impressa brasileira constatou-se que a cultura das rebeliões nos presídios brasileiros é uma tradição. No recorte cronológico aqui estudado, 1990-2003, as publicações do *Jornal do Brasil* noticiaram recorrentemente motins e rebeliões em instituições prisionais dos mais variados tipos. Como nos aponta Fernando Salla (2006, p. 277)

Nos últimos dez anos, têm sido comuns as rebeliões nas prisões brasileiras que deixam um sangrento rastro de mortes entre os presos. Tais mortes não derivam da ação policial de contenção desses movimentos, mas na sua maioria são provocadas por outros presos, em função de conflitos internos, das disputas entre grupos criminosos. Assim, além de enunciarem condições precárias de encarceramento que continuam a predominar no Brasil, as rebeliões têm revelado uma baixa capacidade do Estado em controlar a dinâmica prisional, em fazer valer princípios fundamentais de respeito à integridade física dos indivíduos presos, permitindo que grupos criminosos imponham uma ordem interna sobre a massa de presos.

Nesta perspectiva, constata-se que as diversas mídias em circulação (rádio, jornal, TV) fazem a publicização das condições degradantes, morais e materiais, em que se encontram as penitenciárias brasileiras, demarcando um problema social.

⁷SCOLESE, E. Presos filmam decapitação em penitenciária do Maranhão. **Folha de São Paulo**, São Paulo, sete de janeiro de 2014. Disponível em <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2014/01/1394160-presos-filmam-decapitados-em-penitenciaria-no-maranhao-veja-video.shtml>>. Acesso em 20 de junho de 2014.

⁸PRESOS estrangeiros fazem rebelião em presídio no interior de São Paulo. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 13 de janeiro de 2014. Disponível em <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2014/01/1397238-presos-estrangeiros-fazem-rebeliao-em-presidio-no-interior-de-sp.shtml>>. Acesso em 20 de junho de 2014.

⁹MORAIS, E. Por causa do calor, presos ligados ao PCC fazem rebelião com refém em delegacia de Paranaguá. **Blog do Esmael**, Curitiba, 29 de janeiro de 2014. Disponível em <<http://www.esmaelmorais.com.br/2014/01/por-cao-do-calor-presos-ligados-ao-pcc-fazem-rebeliao-com-refem-em-delegacia-de-paranagua/>>. Acesso em 20 de junho de 2014.

¹⁰DETENTOS da Penitenciária Agroindustrial São João fazem rebelião. *Jornal do Comercio*, Recife, 13 de fevereiro de 2014. Disponível em <<http://jconline.ne10.uol.com.br/canal/cidades/policia/noticia/2014/02/13/detentos-da-penitenciaria-agroindustrial-sao-joao-fazem-rebeliao-117675.php>>. Acesso em 20 de junho de 2014.

Temos ciência de que a mídia jornalística está inserida em uma indústria cultural e mercantilista. E, como nos orienta o teórico Leandro Marshall (2003), neste contexto a notícia é tratada para além de suas atribuições como conhecimento e informação. Mas, também e principalmente, é concebida como bem de consumo, como produto. Este teórico salienta, ainda, que o produto jornalístico se constitui com a pretensão de ser aceito pelo leitor e, fundamentalmente, pelos anunciantes publicitários. Destarte, no contexto pós-moderno, a mídia jornalística é qualificada por Leandro Marshall (2003) como 'transgênica', pois sofre mutações em função do dinamismo do mercado, da economia, bem como das novas tecnologias.

Essas constatações, são pertinentes para aqueles que tomam a mídia, em geral, como base investigativa. Porém, não invalidam a possibilidade de ilustrar e delimitar o problema social penitenciário por meio de publicações de um jornal impresso e/ou digital, por exemplo.

Do total de 1091 textos jornalísticos encontrados, no acervo do *Jornal do Brasil* entre 1990 a 2003, pela busca com a palavra-chave 'motim' foram selecionados 296 textos para a composição da nossa amostra. Dos textos excluídos desta amostra 36 notícias foram desconsideradas por tratarem de penitenciárias estrangeiras e outras 759 por corresponderem a motins de outros sujeitos e atores sociais, os quais não são focos de nosso estudo como, por exemplo, policiais, pescadores, menores, etc.

No ano 1990 o *Jornal do Brasil* divulgou seis rebeliões no país: no Instituto penal Evaristo de Moraes no Rio de Janeiro; a primeira rebelião na Penitenciária Bangu I inaugurada em 1987, também no Rio de Janeiro; na Penitenciária de Segurança Máxima de Contagem em Minas Gerais; No Presídio Aníbal Bruno em Pernambuco; na Cadeia Pública de Jundiaí em São Paulo e na Casa de Detenção de Vila Velha no Espírito Santo.

No ano seguinte, dez motins foram noticiados pelo *Jornal do Brasil*: duas rebeliões no Presídio Ary Franco no Rio de Janeiro; na Delegacia de homicídios da Baixada também no Rio de Janeiro; também ocorreram duas rebeliões em 1991 no Presídio Central de Porto Alegre, Rio Grande do Sul; no 10º Distrito Policial de Curitiba no Paraná; na 94ª Delegacia de Polícia do Rio de Janeiro; na Cadeia Pública de Uberlândia em Minas Gerais; na 21ª Delegacia Policial do Rio de Janeiro e na Cadeia Pública de Guarulhos em São Paulo.

As rebeliões noticiadas pelo *Jornal do Brasil* em 1992 foram quatro: na 64ª Delegacia de Polícia no Rio de Janeiro; Penitenciária Estadual do Jacuí no Rio Grande do Sul; na Penitenciária Bangu I no Rio de Janeiro e na Casa de Detenção de São Paulo, conhecida como Carandiru. Esta última se refere ao grande massacre¹¹ ocorrido em dois de outubro de 1992, onde, pelo menos, 111 detentos foram mortos.

A rebelião ocorrida no Carandiru em 1992 teve grande repercussão no país, e fora dele. No entanto, o *Jornal do Brasil* ao noticiar este fato não lhe concedeu destaque na primeira página da edição. O assunto foi notícia em três edições do jornal, onde as publicações caracterizam-se, conforme a indicação de Pontes e Silva (2012, p. 62), como reportagem especial ou dossiê, pois há “um conjunto de reportagens integradas, voltadas para o aprofundamento de um tema”, compondo o interior do jornal sem chamada na primeira página da edição.

São várias notícias, sem assinatura, que discorrem sobre o ocorrido, suas conseqüências e possíveis desdobramentos. Na primeira edição a reportagem traz uma foto de tamanho médio que exprime o sofrimento de familiares no enterro de uma das vítimas, na segunda há duas fotos menores: uma de parentes das vítimas em frente à Casa de Detenção de São Paulo em busca de informações, e a outra retrata as armas encontradas dentro da instituição em posse dos presos.

Em uma edição seguinte, Moacir W. de Castro publicou um texto opinativo, intitulado “Carandiru, o horror”¹², repudiando a ação da polícia no massacre do Carandiru e expondo sua indignação ao fato.

Em 1993 quatro rebeliões foram retratadas pelo *Jornal do Brasil*. Elas ocorreram na Casa de Detenção de São Paulo, conhecida como Carandiru; no Presídio Provisório do Ahú no Paraná; na Cadeia Pública Feminina de Santos em São Paulo e na Casa de Detenção Antônio Dutra Ladeira II em Minas Gerais.

Onze rebeliões foram noticiadas em 1994: três no estado de São Paulo sendo uma na Casa de Detenção de São Paulo, o Carandiru, outra na Penitenciária de Campinas e a última na Penitenciária de Guarulhos; em duas instituições penais do estado de Minas Gerais na Penitenciária Agrícola de Neves e na Penitenciária de

¹¹A rebelião ocorrida na Casa de Detenção de São Paulo (Carandiru), em outubro de 1992, onde pelo menos 111 morreram, foi denominada como ‘massacre’ pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos (OEA) (FERREIRA; MACHADO; MACHADO, 2012).

¹²CASTRO, M. W. de. Carandiru, o horror. **Jornal do Brasil**, Rio de Janeiro, p. 11, dez de outubro de 1992.

Segurança Máxima de Contagem; no Presídio de Uruguaiana, no Presídio de Erechim e três rebeliões ocorreram neste mesmo ano na Penitenciária Central de Porto Alegre, estas três últimas prisões localizadas no estado do Rio Grande do Sul; e na Delegacia Especializada de Atendimento ao Turista no Rio de Janeiro¹³.

No ano 1995 o estado de São Paulo teve o maior número de rebeliões divulgadas pelo *Jornal do Brasil*, seis no total, nas instituições: Penitenciária I de Hortolândia, Cadeião de Pinheiros, Casa de Detenção de Assis, Penitenciária Franco da Rocha, Penitenciária I de Tremembé e 40º Distrito Policial de São Paulo. Seguido pelo estado do Rio Grande do Sul e do Rio de Janeiro, nas respectivas instituições: Penitenciária central de Porto Alegre e duas rebeliões no mesmo ano na Penitenciária Estadual do Jacuí; Presídio Evaristo de Moraes Filho, conhecido também por Galpão da Quinta, e na 3ª Delegacia de Polícia do Rio de Janeiro.

No ano de 1996 as rebeliões noticiadas pelo *Jornal do Brasil* foram quatro e ocorreram: na Cadeia Pública de Londrina no Paraná; no 63º Distrito Policial de São Paulo, neste mesmo estado no Presídio Feminino do Tatuapé e no Centro Penitenciário Agroindustrial de Goiás.

Em 1997 foram publicadas treze rebeliões: no estado de São Paulo nas instituições Cadeia Pública de Praia Grande, Casa de Detenção de São Paulo (Carandiru), Cadeia pública de Botucatu, Unidade III do Cadeião de Pinheiros, Casa de Detenção de Sorocaba, Presídio de Araçatuba e 3ª Delegacia de Polícia de São Paulo; no estado de Espírito Santo no Anexo da Casa de Detenção de Vila Velha e no Departamento de Polícia Judiciária (DPJ); no estado de Pernambuco no Presídio Aníbal Bruno; no estado da Paraíba na Penitenciária Modelo do Roger; no estado do Amazonas no Presídio Raimundo Vidal Pessoa; e no estado de Santa Catarina na Penitenciária de Florianópolis.

Atentamos, também, para uma edição de janeiro do *Jornal do Brasil* onde consta uma reportagem intitulada “Um ano de rebeliões nas prisões”¹⁴. A nota informa a ocorrência de uma rebelião a cada 48 horas no país. Os estados com maior número de rebeliões registradas em 1997 foram: São Paulo, Espírito Santo,

¹³Conforme o disposto na Resolução nº 152 da Secretaria de Estado de Segurança do Rio de Janeiro a Delegacia Especial de Apoio Ao Turismo é subordinada à Polícia Civil e atua “na repressão aos ilícitos penais e contravencionais que envolvam a atividade turística, todos seus agentes e pessoas de nacionalidade estrangeira em trânsito no Estado” (RIO DE JANEIRO, 2008, s/p).

¹⁴FERRAZ, A. BRAGA, C. GOULART, E. BATISTA, J. M. MAIA, M. RIBEIRO, M. Um ano de rebeliões nas prisões. **Jornal do Brasil**, Rio de Janeiro, p. 04, três de janeiro de 1998.

Santa Catarina, Mato Grosso do Sul e Ceará. Os dados dessa reportagem convergem, em parte, com os dados de nossa amostra onde os estados de São Paulo, Espírito Santo e Santa Catarina foram citados em notícias que divulgavam rebeliões nas edições do *Jornal do Brasil* no ano 1997.

As rebeliões noticiadas no ano 1998 ocorreram nas instituições: Cadeia Pública de Barueri no estado de São Paulo; Penitenciária central de Porto Alegre no estado do Rio Grande do Sul; Penitenciária de Linhares e Complexo Penitenciário de Vila Velha no estado do Espírito Santo; Penitenciária da Papuda no Distrito Federal; e a rebelião que ganhou maior destaque do jornal no ano ocorreu no Presídio São José no estado do Pará. Tal rebelião foi noticiada em duas edições do *Jornal do Brasil*, sendo a segunda notícia acompanhada por foto, o que agregou maior valor ao conteúdo, segundo a hierarquia editorial do jornal proposta por Pontes e Silva (2012), destacando-a das outras rebeliões publicadas neste ano.

As ocorrências de rebeliões por todo o país continuam sendo noticiadas pelo *Jornal do Brasil* no ano 1999, dos onze episódios sete ocorreram no estado do Rio de Janeiro: na 16ª Delegacia Policial do Rio de Janeiro; duas no Presídio de Segurança Máxima Alfredo Tranjan, conhecido como Bangu 2; na 34ª Delegacia Policial; na 159ª Delegacia Policial; no Presídio Hélio Gomes; e na 14ª Delegacia Policial, esta recebeu maior destaque do jornal no ano, com publicações em três edições, sendo numa delas uma reportagem especial. Os outros quatro motins publicados ocorreram na Cadeia Pública de São Bernardo no estado de São Paulo, na Cadeia Pública de Florianópolis em Santa Catarina, na Penitenciária de Unaí em Minas Gerais e na Penitenciária de Londrina no Paraná.

No ano 2000, uma notícia sobre motim no estado do Paraná estampou a capa do *Jornal do Brasil* com um grande destaque, devido à proporção da violência, para o ocorrido na Penitenciária Central do Paraná no dia seis de junho. No interior do jornal a reportagem deu destaque para a notícia na página 04, inclusive estampando duas fotos. No mesmo ano foram noticiadas duas rebeliões na Penitenciária Central do Paraná. Outras instituições em que a ocorrência de motim foi registrada foram: a Cadeia Pública de Piracicaba, a Casa de Custódia de Taubaté e a Casa de Detenção de São Paulo (Carandiru), as três no estado de São Paulo. As duas últimas rebeliões citadas tiveram chamadas para as reportagens estampadas na primeira página.

Em Minas Gerais um motim no Centro de Remanejamento de Segurança Pública, conhecido como Cadeião da Gameleira, e outro no Complexo Penitenciário da Papuda no Distrito Federal também foram noticiados pelo *Jornal do Brasil*. Outras três rebeliões ocorreram: no estado do Mato Grosso na Cadeia Pública de Carumbé, na Penitenciária Pascoal Ramos e na Penitenciária de Mata Grande; e duas no estado do Rio de Janeiro nas instituições Casa de Custódia Moniz Sodré e Presídio Evaristo de Moraes, conhecido por Galpão da Quinta.

O ano 2001 foi o ano em que o *Jornal do Brasil* destinou mais publicações para a cobertura dos motins nas penitenciárias do país. Foi o ano, também, em que ocorreram várias rebeliões simultâneas em cidades e instituições distintas no estado de São Paulo. Esses episódios revelaram uma grande organização por parte da população penitenciária e ficou conhecido como “mega rebelião” (SALLA, 2006). Mas, antes de comentarmos como o jornal divulgou esse fato, vejamos o número e o local dos motins pelo país neste ano específico.

As rebeliões noticiadas foram: no Presídio São Leonardo no estado de Alagoas; no Núcleo de custódia em Goiás; na Casa de Detenção do complexo de Pedrinhas no estado do Maranhão; na Cadeia Pública de Carumbé no Mato Grosso, na Penitenciária Modelo do Roger no estado da Paraíba e na Penitenciária Central do Paraná. No Rio de Janeiro, segundo as publicações, nove instituições tiveram motins: na Casa de Custódia de Campos, Presídio de Segurança Máxima Bangu 3, na Delegacia de Petrópolis, na Casa de Custódia Dalton de Castro, no Presídio Ary Franco, na 26ª Delegacia de Polícia do Rio de Janeiro, na Casa de Custódia Moniz Sodré e duas rebeliões neste mesmo ano no Presídio Hélio Gomes.

No estado de São Paulo, segundo divulgação do *Jornal do Brasil*, houve rebeliões nas seguintes instituições: Casa de Detenção Provisória; Penitenciária Luciano de Campos; Penitenciária de Guarulhos; e a mega rebelião do dia 18 de fevereiro de 2001 onde o Primeiro Comando da Capital (PCC)¹⁵ comandou da Casa de Detenção de São Paulo, o Carandiru, rebeliões em 29 cidades do estado em 19 instituições. Além de motins em instituições penais, prédios da administração penitenciária pública foram depredados.

¹⁵O Primeiro Comando da Capital, popular PCC, corresponde a uma organização criminosa cujo comando central encontra-se nas penitenciárias do Estado de São Paulo, mas suas ações se estendem dentro e fora das prisões. Pouco se sabe sobre a origem e a constituição do PCC, suspeita-se que ele surgiu no ano de 1993, como represália aos constantes maus tratos no anexo da Casa de Custódia e Tratamento de Taubaté, em São Paulo. (ADORNO; SALLA, 2007).

Esta mega rebelião teve grande cobertura ganhado destaque de manchete em três edições do jornal. O fato obteve chamada de primeira página, reportagens e dossiês com fotos em pelo menos 15 edições do jornal. O destaque no *Jornal do Brasil* para este evento foi maior que para o massacre do Carandiru.

A motivação deste evento foi anunciada pelo *Jornal do Brasil*, primeiramente, como disputa interna de poder. Ou seja, disputa de facções criminosas pela liderança da instituição penal, e também como uma demonstração de poder do PCC para o Estado. Fernando Salla (2006, p. 276) observa que

A 'megarrebeldião', como a denominou a imprensa, foi um acontecimento ímpar e, ao mesmo tempo, revelou uma nova característica presente no sistema penitenciário brasileiro, no qual a atuação de grupos criminosos influencia e, por vezes, determina profundamente as práticas cotidianas no ambiente prisional, inclusive as rebeliões, com a presença ou não das condições precárias de existência nos cárceres.

Em 2002 foram noticiados 17 motins que ocorreram em seis estados. Em São Paulo no Centro de Detenção Provisória de Guarulhos, na Penitenciária Feminina do Carandiru, no Presídio Ary Franco, na Penitenciária 1 de Franco da Rocha que teve destaque na edição com chamada e foto na primeira página, e no Centro de Detenção de Belém, que também foi destaque na primeira página como manchete, pois a rebelião se espalhou por mais oito instituições penais do estado de São Paulo. Os nomes dessas instituições onde a população penitenciária se rebelou não foram divulgados, segundo o jornal os motins foram promovidos para comemoração do primeiro aniversário da mega rebelião que ocorreu ano passado no estado.

No Rio de Janeiro os motins divulgados ocorreram nas instituições: Casa de Custódia Dalton de Castro, Casa de Custódia Bangu 5, Delegacia de Polícia do Rio de Janeiro, e mais três que tiveram chamada de capa: no Presídio Feminino Talavera Bruce, Bangu 1, no Batalhão de Choque da Polícia Militar e na Casa de Custódia Jorge Santana. O estado de Minas Gerais teve duas rebeliões divulgadas pelo *Jornal do Brasil* uma na Cadeia Pública de Uberlândia e a outra na Penitenciária de Segurança Máxima José Maria Alkmin. Os estados do Amazonas, Mato Grosso e Rondônia tiveram uma notícia de rebelião publicada cada, respectivamente, nas instituições Casa de Detenção Anísio Jobim, Cadeia Pública de Carumbé e Presídio Urso Branco.

Também neste ano, em 15 de setembro, o *Jornal do Brasil* noticiou que os 76 últimos presos deixaram o Carandiru (Casa de Detenção de São Paulo), para que o mesmo fosse desativado. Na edição do dia nove de dezembro de 2002 foi divulgada a implosão do prédio que ocorreu no dia anterior, informando, também, que no local seria construído um parque cultural.

No ano de 2003, o último de nossa pesquisa, 11 motins foram publicados no *Jornal do Brasil*. No Rio de Janeiro cinco instituições tiveram motins registrados: no Presídio Pedrolino de Oliveira, na 52ª Delegacia de Polícia, na Penitenciária Esmeraldino Bandeira, no Presídio Jonas Lopes de Carvalho e na Casa de Custódia Pedro Melo, sendo que as notícias dessas três últimas ganharam chamada na capa da edição. Em São Paulo o jornal publicou: um motim no 10º Distrito Policial e outro na Cadeia Pública de Bauru. No Amazonas também foram dois registros nas edições deste ano: um na Unidade Prisional de Puraquequara e o outro na ala feminina da Penitenciária de Segurança Máxima Anísio Jobim. Ainda neste mesmo ano, foram divulgadas duas rebeliões em instituições penais do estado da Bahia, no Presídio de Salvador e no Presídio Lemos Brito.

O quadro a seguir resume e ilustra o panorama nacional das rebeliões em instituições penitenciárias explicitados pelos dados obtidos nas edições do *Jornal do Brasil* no período que compreende os anos 1990 até 2003. Neste quadro expõe-se a distribuição dos motins ocorridos em penitenciárias brasileiras de acordo com o ano e o local de sua ocorrência, sendo que o local está representado pelo Estado qual a instituição penal se localiza.

Quadro1 – Motins no sistema prisional do Brasil segundo ano e local das ocorrências noticiadas pelo *Jornal do Brasil*, 1990-2003.

Ano	Estado	Ocorrências de motins
1990	Espírito Santo	1
	Minas Gerais	1
	Pernambuco	1
	Rio de Janeiro	2
	São Paulo	1
1991	Minas Gerais	1
	Paraná	1
	Rio de Janeiro	5
	Rio Grande do Sul	2
	São Paulo	1
1992	Rio de Janeiro	2
	Rio Grande do Sul	1
	São Paulo	1
1993	Minas Gerais	1
	Paraná	1
	São Paulo	2
1994	Minas Gerais	2
	Rio de Janeiro	1
	Rio Grande do Sul	5
	São Paulo	3
1995	Rio de Janeiro	2
	Rio Grande do Sul	3
	São Paulo	6
1996	Goiás	1
	Paraná	1
	São Paulo	2
1997	Amazonas	1
	Espírito Santo	2
	Paraíba	1
	Pernambuco	1
	Santa Catarina	1
	São Paulo	7
1998	Distrito Federal	1
	Espírito Santo	1
	Pará	1
	Rio Grande do Sul	1
	São Paulo	1
1999	Minas Gerais	1
	Paraná	1
	Rio de Janeiro	7
	Santa Catarina	1
	São Paulo	1
2000	Distrito Federal	1
	Mato Grosso	3
	Minas Gerais	1
	Paraná	2
	Rio de Janeiro	2
	São Paulo	3
2001	Alagoas	1
	Goiás	1
	Maranhão	1
	Mato Grosso	1
	Paraíba	1
	Paraná	1
	Rio de Janeiro	9
	São Paulo	22
2002	Amazonas	1
	Mato Grosso	1
	Minas Gerais	2
	Rio de Janeiro	6
	Rondônia	1
	São Paulo	6
2003	Amazonas	2
	Bahia	2
	Rio de Janeiro	5
	São Paulo	2
TOTAL		156

Fonte: *Jornal do Brasil*.

De acordo com os dados apresentados no quadro acima, os cinco estados brasileiros que tiveram maior publicização de rebeliões penitenciárias pelo *Jornal do Brasil* foram: São Paulo (58); Rio de Janeiro (42), Rio Grande do Sul (12), Minas Gerais (9) e Paraná (7).

Constata-se que o elevado número da publicação de ocorrências de rebeliões em penitenciárias dos estados de São Paulo e do Rio de Janeiro pelo *Jornal do Brasil*, comparando-se com os outros estados citados no Quadro 1, pode ser justificado pelo fato da região sudeste ter a maior população penitenciária do país. E, obviamente, pela própria cobertura do jornal, a partir de sua sede e de sua principal sucursal. Segundo os dados do relatório do Conselho Nacional do Ministério Público (2013, p. 42), a população carcerária brasileira corresponde a 448.969 sujeitos, sendo que 263.076 desses encontram-se nas instituições penais da região sudeste do país. Em seguida, com uma população penitenciária de 64.091 sujeitos (BRASIL, 2013, p. 42), a região sul detém a segunda maior população penitenciária do país. Podemos observar no Quadro 1, também, que dois estados dos três que integram a região sul do país, Paraná e Rio Grande do Sul, estão entre os cinco estados com a maior publicação pelo *Jornal do Brasil* de ocorrências de rebeliões penitenciárias.

1.2 O AMBIENTE DE MORADIA NEGLIGENCIADO E OS MOTINS NO SISTEMA PRISIONAL

Através da descrição, no tópico anterior, dos motins ocorridos nas penitenciárias brasileiras publicados no *Jornal do Brasil*, foi possível nos aproximarmos das motivações desses eventos. A partir das informações contidas nos textos jornalísticos, elaboramos um quadro (Quadro 2), que explicita as rebeliões e suas causas.

Quadro2 – Distribuição das causas de motins apontadas pelo *Jornal do Brasil*

Motivo	Ocorrência
Superlotação	33
Transferências	28
Maus tratos	14
Direção da instituição	13
Alimentação	11
Visitação	11
Disputa de poder interno	11
Tentativa de fuga	10
Más condições do cárcere	9
Revisão das penas	9
Assistência à saúde	4

Fonte: *Jornal do Brasil*.

Outras causas e/ou motivos foram também isoladamente mencionadas, como, por exemplo, o calor, a revista rigorosa no interior das celas, a apreensão de maconha, exigências diversas de ordem material e pessoal como televisores, ventiladores, entre outros. Quando o relato do motim foi publicado por meio de uma pequena nota informativa¹⁶ os motivos do mesmo não foram citados. Esclarecemos que se somadas as ocorrências dos motivos apresentados para as rebeliões, dados expostos no Quadro 2, o resultado será incompatível com o número de rebeliões expostas no Quadro 1 pelo seguinte motivo: as notícias trouxeram uma ou mais causas para um motim. Por exemplo, na rebelião que ocorreu na Cadeia Pública de Praia Grande, no estado de São Paulo em 1997, o *Jornal do Brasil* publicou que a transferência de presos, os maus-tratos e a superlotação das celas foram declarados como motivos para o evento.

¹⁶A nota informativa é um breve relato de um acontecimento em andamento, que está em processo de configuração (MELO, 1985).

Pela perspectiva de saúde adotada por este trabalho (explicitada na introdução) e pela análise das exigências e/ou motivos das rebeliões nas penitenciárias de todo o país se constata que as condições para se ter saúde no ambiente prisional são extremamente precárias. Devido as condições de confinamento, onde os sujeitos encarcerados estão permanentemente condicionados a um ambiente negligenciado em vários aspectos, sobretudo os ambientais.

O artigo 25 da “Declaração Universal dos Direitos Humanos” dispõe que “toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica” (ONU, 1948, s/p). Reforçando as disposições da ONU o artigo 3º da Lei nº 8080/90, uma das leis orgânicas da saúde, define como fatores determinantes e condicionantes da saúde: a alimentação, a educação, o lazer, o meio ambiente, a moradia, a renda, o saneamento básico, o trabalho, o transporte e o acesso a bens e serviços essenciais.

Como bem nos esclarece Simone Cynamon Cohen (2014, s/p)

De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), o conceito de habitação saudável se aplica ao desenho da moradia, ao território geográfico e social em que a habitação se assenta, aos materiais usados para sua construção, à segurança e qualidade dos elementos, ao processo construtivo, à composição espacial, à qualidade dos acabamentos, ao contexto global do entorno (comunicações, energia, vizinhança) e à educação ambiental e em saúde de seus moradores sobre estilos e condições de vida. A Opas e a Organização Mundial da Saúde (OMS) consideram que o conceito de ambiente e entorno saudável incorporam a necessidade de se ter equipamentos urbanos com saneamento básico, espaços físicos limpos e estruturalmente adequados, além de redes de apoio para se conseguir hábitos psicossociais sãos e seguros. Ressaltam também que a carência e as deficiências na habitação e a falta de saneamento são questões diretamente relacionadas aos níveis de pobreza.

Para além do exposto, e ainda de acordo com a autora Simone Cynamon Cohen (2004), a prevenção e a promoção da saúde são campos da saúde pública que preconizam a difusão do conceito de habitação saudável, acima citado, como precursor de políticas públicas em saúde. Compreende-se que para a eliminação e/ou controle de riscos, bem como para a promoção de um estilo de vida mais saudável, se faz necessário a vigência de normas adequadas para a ventilação, a iluminação, a acústica e a escolha de materiais construtivos e de acabamento que não agridam tátil e ambientalmente os ocupantes de uma habitação (COHEN, 2004).

Ainda pela perspectiva da saúde pública, devido à ligação de uma unidade habitacional com a rede de infraestrutura básica urbana (os equipamentos e serviços públicos, bem como pela questão social de inclusão), a habitação representa um elo entre a coletividade e o território geográfico ao qual se insere. Sua qualidade de saudável ou insalubre remete à consequências em saúde que são direta ou indiretamente vinculadas a toda sociedade. Destarte, uma habitação saudável corresponde a um espaço com a qualidade e a função de 'habitável' e 'saudável', envolvendo, também, o seu entorno.

Por fim, convergindo com as exposições acima, Mateus Porto Hermeto (2009, p. 150) nos orienta que

As pesquisas baseadas nesse novo conceito [habitação saudável] sugerem que a medicina sozinha não pode resolver os problemas de saúde. Pelo contrário, depende da articulação com setores como urbanismo, habitação, meio ambiente, economia, justiça, educação, cultura, transporte, lazer, entre outros.

Nesta perspectiva, para o sujeito que cumpre pena privativa de liberdade os fatores listados acima devem ser assegurados pela instituição penal cujo apenado se encontra encarcerado. A prisão representa sua moradia, seu único ambiente de permanência e existência.

A seguir refletimos como ambiente e saúde se relacionam no intuito de compreender como o ambiente contribui para as condições insalubres do cárcere.

A CF/88 e as leis orgânicas da saúde preconizam a construção de ambientes favoráveis à saúde ao conceber a saúde numa perspectiva integral abrangendo o ambiente em suas diversas dimensões (ecossistema estável, habitação, lazer, recursos sustentáveis, etc.). Sob a ótica do paradigma da Teoria da Produção Social da Saúde¹⁷ o ambiente é determinante da saúde, pois compreende uma das condições para o sujeito ser saudável, constituindo o espaço onde a saúde é construída e consolidada (COHEN, 2007). Destarte, Lívia Fernanda Agujaro (2010) nos esclarece a influência do ambiente na saúde dos sujeitos:

¹⁷Efeito da Carta de Ottawa, a Teoria da Produção Social da Saúde e pressupões ações interdisciplinares e integrais em saúde (MENDES, 1996). Compreende a saúde como um produto social, sendo a "Paz – Habitação – Educação – Alimentação – Renda - Ecossistema Estável – Recursos Sustentáveis - Justiça Social e Equidade" as condições e os recursos fundamentais para a saúde (CARTA DE OTTAWA, 1986, s/p). Nesta perspectiva, a saúde é concebida como um produto social que exprime a qualidade de vida de uma população, qualidade essa, que abrange o nível de acesso a bens e serviços econômicos e sociais (MENDES, 1996).

O meio ambiente pode afetar a saúde em seu aspecto físico e mental, positiva ou negativamente. Efeitos patológicos agudos e crônicos da exposição direta aos contaminantes e patógenos coexistem com a falta do bem-estar da população associada à moradia e transporte precários, uso inadequado do espaço urbano, condições insalubres de trabalho e falta de espaços de lazer (AGUJARO, 2010, p. 150).

Primeiramente, para adentrarmos na reflexão acerca da relação entre ambiente e saúde, expomos dois conceitos fundamentais: o de ‘ambientes favoráveis’ e o de ‘habitação saudável’. Segundo Simone Cynamon Cohen *et al.* (2003) o conceito de ‘ambiente favorável’, que engloba também seu entorno,

incorpora a necessidade de ter equipamentos urbanos básicos com saneamento, espaços físicos limpos e estruturalmente adequados e redes de apoio para se conseguir hábitos psicossociais sãos e seguros, isentos de violência (abuso físico, verbal e emocional) (COHEN *et al.*, 2003, p.809).

Essa noção está entrelaçada com o conceito de ‘habitação saudável’. A seu respeito, a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS)¹⁸ tem uma concepção integradora e sociológica do que é uma ‘habitação saudável’, considerando suas várias dimensões: a cultural, a ecológica, a econômica e a de saúde humana. Essas dimensões aliadas caracterizam uma habitação como um lugar/espaço cuja principal característica é ‘ser habitável’, ou não (OPAS, 2000). Além disso, o entorno da habitação (ambiente, agenda da saúde de seus moradores) e a forma como o habitante faz uso da habitação também se integram a essa concepção (OPAS, 2000).

Outra característica de uma ‘habitação saudável’, exposta por Simone Cynamon Cohen *et al.* (2007), denomina-se ‘ambiência’. Esta se relaciona à necessidade (e/ou o nível) de conforto em uma habitação em termos de:

adequação sociocultural (materiais locais em que foram feitos móveis, utensílios e em que foram elaborados pisos, paredes e tetos) e adequação ambiental (temperatura, ventilação, luminosidade e da quantidade e

¹⁸“A Organização Pan-Americana da Saúde é um organismo internacional de saúde pública com um século de experiência, dedicado a melhorar as condições de saúde dos países das Américas. A integração às Nações Unidas acontece quando a entidade se torna o Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde. A OPAS/OMS também faz parte dos sistemas da Organização dos Estados Americanos (OEA) e da Organização das Nações Unidas (ONU). A Organização exerce um papel fundamental na melhoria de políticas e serviços públicos de saúde, por meio da transferência de tecnologia e da difusão do conhecimento acumulado por meio de experiências produzidas nos Países-Membros [...]” (OPAS, 2014, s/p).

qualidade do ruído inserido dentro do espaço arquitetural) (COHEN *et al.*, 2007, p.194).

Já na perspectiva da saúde, para os espaços de saúde, a ambiência humaniza os espaços/lugares, pois se refere aos cuidados em relação ao espaço físico que é concebido como um espaço social e laboral, que deve ser capaz de proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humanizada (BRASIL, 2006).

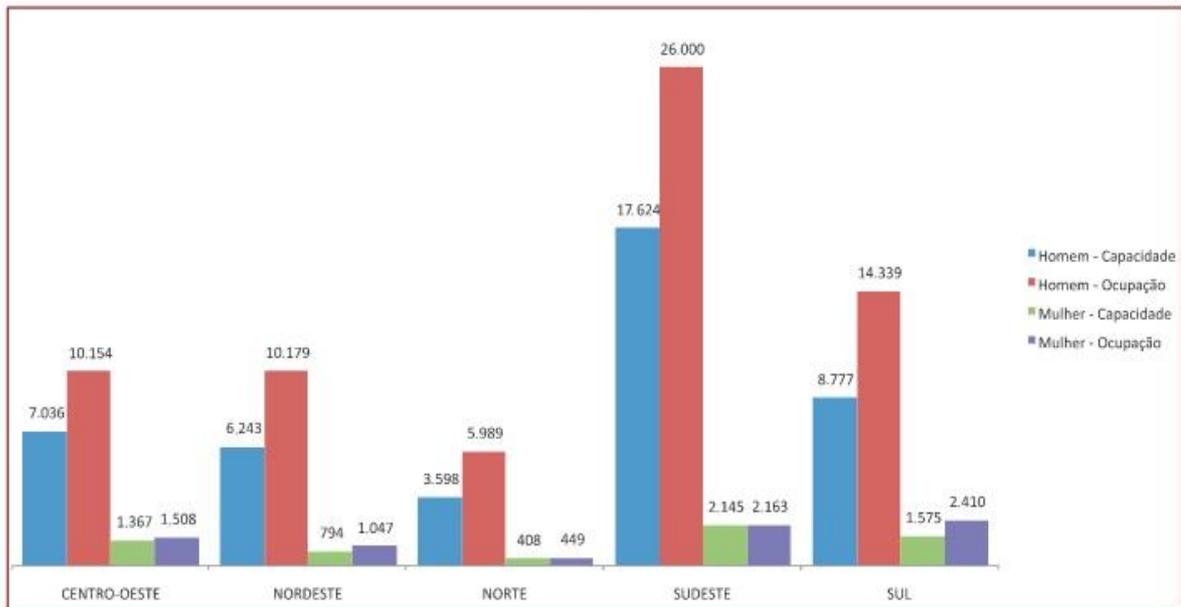
Diante das considerações expostas acima acerca do ambiente e da saúde e a partir dos dados do *Jornal do Brasil*, que apontaram a superlotação das prisões como a causa mais recorrente de rebeliões nas penitenciárias brasileiras, pode-se aferir a suscetibilidade de graves consequências para a saúde do sujeito encarcerado.

A respeito do que explicitamos, Eduardo A. M. Antunes (1991, p. 03) nos adverte que “muita gente vai se espantar ao ouvir falar das terríveis surras, as celas do castigo, verdadeiras masmorras medievais, sem luz e sem água, visitadas por ratazanas e infectadas de piolhos” que compõem o cenário da vida nas instituições penais brasileiras.

A condição de superlotação dos presídios é uma realidade de amplitude nacional e de conhecimento do governo. Como nos mostra o Gráfico 1 abaixo retirado do relatório denominado “A visão do ministério público sobre o Sistema prisional brasileiro”, publicado em 2013 pelo Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP), é possível observar que a população carcerária é maior do que a capacidade de habitantes das instituições penais que compõem o SP brasileiro.

Gráfico 1 – Indicadores populacionais do sistema penitenciário brasileiro em 2013, segundo o relatório do CNMP.

Gráfico I.1: Capacidade e ocupação total pelo sexo definido (ambos os sexos) para o estabelecimento e pelo sexo dos internos



Fonte: BRASIL, 2013, p. 38.

Neste gráfico a capacidade e a ocupação das penitenciárias brasileiras estão ilustradas de acordo com o sexo dos internos. Tal divisão no tratamento destes dados nos mostra que a população penitenciária em sua grande maioria é do sexo masculino. Diante de tal constatação – e apesar de não ser pertinente ao tema deste trabalho aprofundar tal análise –, reconhecemos a relevância da abordagem da questão de gênero no ambiente prisional, uma vez que

As experiências do encarceramento entre homens e mulheres são vivenciadas de forma diferente no cotidiano dos presídios. Vários fatores podem ser considerados nestas diferenças, entre eles os das especificidades atribuídas aos papéis masculinos e femininos, dadas as características culturais, as de valores e as do conjunto de componentes que organizam o Sistema Prisional (UNODC; OPAS, 2012, p. 09).

Os indicadores populacionais apresentados no Gráfico 1 nos mostram a precariedade da capacidade de custódia do SP do nosso país. Há uma população penitenciária maior que a capacidade de ocupação das instituições penais. Certamente é impossível se ter um ambiente favorável e uma habitação saudável nesta condição generalizada de superlotação. Se a capacidade de moradia não é adequada à população, as demais condições de vida (alimentação, higiene,

segurança, etc.) no interior do presídio são afetadas e comprometidas negativamente.

Convergindo com o exposto acima, em uma notícia publicada no *Jornal do Brasil* “um detento [do presídio Profº Barreto Campelo, localizado na ilha de Itamaracá em Pernambuco] que pediu para não ser identificado” reclamou ao jornalista Robson Sampaio (1998, p. 06) que “nós [presidiários] não temos espaço, e além da superpopulação a comida é horrível e nós somos muito mal-tratados”.

Resumindo: todos os aspectos determinantes da saúde estão afetados a partir da negligência dos aspectos físicos das prisões brasileiras. Portanto, a prisão como habitação se traduz como o espaço onde a saúde é mais vulnerável. Finalizamos esta reflexão com a proposição de intervenção nos problemas de ambiente e habitação sugeridos por Simone Cynamon Cohen *et al.* (2007).

A implementação de espaços saudáveis depende da elaboração de políticas públicas saudáveis. Políticas elaboradas a partir do estudo e da reflexão sobre a leitura do espaço físico seja macro urbano ou micro habitacional, leitura essa que promova a maior identidade com a realidade local e dê maior visibilidade às aspirações e desejos individuais e coletivos, adicionando e incorporando o conceito de habitação saudável (COHEN *et al.*, 2007, p. 197).

Dado o exposto, constatamos que a maior parte das notícias elencadas por meio das edições do *Jornal do Brasil* tem relação direta ou indireta com o binômio saúde/doença. Apesar desta constatação, nenhum dos textos do *Jornal do Brasil*, que compõem a amostra desta pesquisa, aborda especificamente a criação de políticas públicas específicas para as exigências dos amotinados e/ou para a melhoria das condições das instituições penais brasileiras. Os textos jornalísticos se limitaram a retratar o estado de abandono dessas instituições.

Exemplificamos o exposto acima com uma notícia referindo-se à falta de investimentos em ambiência – melhorias na condição da habitação –, por parte do governo nas instituições penitenciárias do país, bem como a má aplicação dos recursos quando destinados a esse setor:

No presídio Bangu IV foram investidos R\$ 300.000, 00 na construção de uma estação de esgoto [...] que ficou desligada, danificando o equipamento, por falta de funcionário especializado em operá-la. Outro investimento duvidoso foi a compra de cozinha industrial para a penitenciária, que só é utilizada para “fazer café” ou esquentar as quentinhas dos funcionários do presídio (FREITAS, 2000, p 04).

Neste cenário observa-se a organização da população penitenciária que se amotina contra a administração das instituições penais para adquirir melhores condições no cárcere; mas também emergem motins motivados pela disputa de poder interno entre as organizações criminosas. Apesar deste fenômeno social não ser interesse desta dissertação, vale mencionar o que Fernando Salla (2006) destaca: a ocorrência dessas relações não deixa de ter um vínculo, mesmo que indireto, à falta de condições sanitárias nas instituições penais brasileiras, ou seja, condições ambientais e de habitação.

[...] no Brasil, o Estado não tem sido capaz de assegurar os requisitos básicos para o encarceramento dos indivíduos. Os presos, independentemente de sua periculosidade, idade, reincidência, tipo de crime, são recolhidos em estabelecimentos, em geral, lotados, em condições sanitárias ruins, mantidos misturados desde o período em que permanecem no aguardo do julgamento até o período pós-julgamento. A maior parte dos presos é proveniente das camadas pobres da população, o que significa que eles não têm defensores ou mesmo qualquer suporte social. Ao mesmo tempo, o Estado não assegura condições elementares de encarceramento, como a assistência jurídica, social, médica, os materiais de higiene, uniforme e até mesmo alimentação. Esta precariedade nos serviços prestados estimula a rede de solidariedade entre os presos e coloca muitos deles na dependência dos grupos criminosos bem organizados e que mobilizam recursos para o atendimento das necessidades de seus integrantes, como advogados, apoio à família (por exemplo, para o transporte dela até a prisão, remédios, assistência médica, empréstimos, etc) (SALLA, 2006, p. 288-289).

Com efeito, concordamos com a afirmação do autor supracitado a respeito das redes de solidariedade e dependência criadas pelas organizações criminosas no interior das prisões brasileiras. Essa rede se constitui como recurso ao suprimento de necessidades básicas dos presos que deveriam ser garantidas pelo Estado, porém não são. No mesmo sentido, constatamos que a mega rebelião de 2001 ocorrida em São Paulo, anteriormente citada, ganhou maior destaque na mídia impressa *Jornal do Brasil*, pois caracterizou uma crise aguda do SP brasileiro decorrente das rebeliões isoladas difundidas pelo país na década de 1990 (SALLA, 2006).

Os eventos relatados neste tópico ilustram aquilo que nos aponta Fernando Salla (2006, p. 277): “a incapacidade de o Estado organizar e manter os serviços de segurança, dentro de uma agenda política que assegure alguma ordem social com o respeito à lei”, no interior do sistema prisional, já pode ser considerada uma tradição

em nosso país. Certamente isso deita raízes no período colonial e imperial brasileiro; mas não deixa de ser importante enfatizar que no período recente da redemocratização, a partir de meados da década de 1980, essa tradição de descaso das autoridades públicas com o sistema prisional não foi colocada em xeque como possibilidade mesma para o melhor exercício da democracia no país. Infelizmente, a ‘tradição’ continuou demonstrando sua força.

1.3 NAS ENTRELINHAS: A DIAGRAMAÇÃO DO JORNAL E A AUSÊNCIA DA FALA DOS SUJEITOS ENCARCERADOS

Diante do que estamos expondo, e ainda nos referindo aos dados coletados no *Jornal do Brasil* com a busca pela palavra-chave ‘motim’, é necessário destacar alguns aspectos referentes à forma como os jornais são organizados e produzidos não só no papel. O que se refere, sobretudo, sobre a diagramação do jornal.

A esse respeito, Rafael Souza Silva (1985) nos orienta que o processo de diagramação constitui uma das etapas do processo de planejamento gráfico de um jornal, onde se ordenam os elementos textuais nas páginas da edição, seguindo os objetivos e as linhas gráficas e editoriais qual o jornal prestigia. Silva (1985) nos alerta, ainda, que a principal linha editorial para a diagramação do jornal é a hierarquização dos textos por ordem de importância.

Complementando, Felipe Simão Pontes e Gislene Silva (2012) salientam que a forma como a notícia é estampada nas páginas do jornal refletem o valor atribuído a notícia pela linha editorial do jornal. Neste sentido, preocupamo-nos com a organização das informações e sua estrutura no jornal, pois a forma como o conteúdo é exposto reflete a relevância a ele dado pela produção da informação. A seguir exibimos algumas características da amostra pesquisada que exprimem a variação da disposição dos textos jornalísticos na edição do jornal, e consequentemente da valoração de seu conteúdo.

Grande parte dos dados da nossa amostra, compostos pela busca no acervo digital do *Jornal do Brasil* com a palavra-chave ‘motim’, correspondem a textos jornalísticos do gênero informativo. Segundo Gislene Silva e Flávia Dourado Maia (2011) este gênero se caracteriza pelas entrevistas, notas informativas, notícias, reportagens e reportagens especiais ou dossiês. Somente 17 textos podem ser incluídos em um gênero classificado como opinativo. Como aponta Felipe Simão

Pontes e Gislene Silva (2012) este gênero é composto pelas modalidades textuais denominadas: artigo, caricatura, cartas do leitor, charge, coluna, comentário, crítica, crônica e editorial. Dos textos jornalísticos de gênero opinativo, integrantes da nossa amostra, todos são compostos por artigos que foram assinados. Seus autores, na maioria das vezes, são especialistas que deixaram claro sua crítica à maneira como a política penitenciária era vigente no país no momento em que escreveu o artigo.

Um exemplo de um texto do gênero opinativo pode ser ilustrado por João Marcello de Araújo Jr., professor da Universidade Estadual do Rio de Janeiro e Secretário do Estado de Justiça do Rio de Janeiro. Este autor opinou a respeito do acolhimento dos filhos das presas nas instituições penitenciárias do país e a má influência desse ambiente no desenvolvimento de crianças. Suas idéias foram publicadas em uma edição do *Jornal do Brasil*, no mês de maio de 1990:

As relações humanas sob a influência de um tal ambiente [penitenciário] como constatou Teresa Miralles, quando estudou nosso sistema penitenciário, provocam o fenômeno da “prisionização”, que conduz o indivíduo a, em vez de ajustar-se à vida social, assimilar a subcultura da prisão. Pois bem, se a prisão produz esse resultado em relação aos adultos, fácil será imaginar seus efeitos sobre os menores. [...] Este estado de coisas, tão terrível, que irá marcar para sempre a vida de pessoas absolutamente inocentes, numa espécie modernizada de “pecado original”, tem amargurado a consciência científica mundial (ARAÚJO JR., 1990, p. 11).

Outra questão que merece ser destacada refere-se aos aspectos de diagramação do jornal. De acordo com Felipe Simão Pontes e Gislene Silva (2012) a partir da organização e da disposição dos textos nas páginas e nas sessões de um jornal podemos apreender qual fato foi tratado como destaque na edição. Nesse sentido, é possível analisar o jornal em busca de marcas de diagramação que nos indiquem que determinado fato recebeu maior destaque naquela edição do jornal. Os autores supracitados nos descrevem alguns desses marcos de diagramação que quando vinculados a uma notícia lhes confere maior importância: uma chamada na primeira página; a assinatura do autor; fotos; letras grandes; dentre outras.

Constatamos no corpo documental analisado que o *Jornal do Brasil* ao noticiar uma ocorrência de rebelião poucas vezes conferiu destaque ao fato. Somente em algumas publicações foram encontradas marcas de diagramação que indicassem que a notícia de uma rebelião estava em evidência na edição.

No que tange ao conteúdo informativo dos motins presente nas notícias percebemos que os textos jornalísticos são, muitas vezes, vagos e/ou ambíguos, retratando o fato de modo superficial. Divergindo com as preconizações de Eduardo L. Martins Filho (1997, p. 19), que orienta os jornalistas a escrever suas notícias preocupados

em incluir no texto detalhes adicionais que ajudem o leitor a compreender melhor o fato e a situá-lo: local, ambiente, antecedentes, situações semelhantes, previsões que se confirmem, advertências anteriores, etc. [...] Informações paralelas a um fato contribuem para enriquecer a sua descrição.

Assim, como são noticiadas poucas informações acerca dos motins, suspeitamos que não foram consultadas fontes variadas na apuração dos fatos. Percebemos que não foi reservado espaço nos textos do jornal para as reivindicações dos presos amotinados, pois não encontramos indícios da ‘fala’ da parte rebelada. Além disso, constatamos que a maioria das informações noticiadas se refere à violência do motim, sendo este o aspecto mais evidenciado pelo jornal.

Essas características demonstram que o jornal não leva à risca as indicações dos manuais de redação¹⁹ que embasam a produção no jornalismo. Ainda de acordo com esses manuais, na apreensão dos fatos se preconiza ao jornalista atentar-se para a versão de todas as partes envolvidas no fato em apuração. Pois, “só o bom observador pode enriquecer seu texto com os detalhes que ajudem o leitor a entender a notícia, recriando para ele o ambiente em que os fatos aconteceram e dando vida aos personagens” (MARTINS FILHO, 1997, p. 22).

E, apesar de uma apuração minuciosa do fato, conforme expõe Mark Fishman (1988, p. 125) a divergência entre a opinião das fontes se torna "os dois lados da história" e qualquer convergência constitui "os fatos do caso". Sendo assim, expõe-se, também, certa fragilidade na congruência das opiniões acerca dos fatos realizada pelo jornalista. Isso porque apesar da diversidade de opiniões coletadas acerca do mesmo fato o discurso noticiado é sempre unilateral, inclinando-se sempre aos valores e ideologias apreciados pelo jornal. Em outras palavras, é

¹⁹Os manuais de redação tem um papel fundamental no jornalismo: expõem, “de modo ordenado e sistemático”, as normas para a redação e edição de textos direcionados para a publicação em jornais. Neste sentido, “o manual não pretende tolher a criatividade de editores, repórteres e redatores, nem impor camisas-de-força aos jornalistas da empresa. Seu objetivo é claro: definir princípios que tornem uniforme a edição do jornal” (MARTINS FILHO, 1997, p. 09).

indevido conceber o conteúdo de uma produção jornalística como “impessoal, plano, reto, inteiramente destituído de preconceitos ou idéias preconcebidas” (BURNETT, 1968, p. 104). Em qualquer circunstância, sempre haverá a participação do jornalista que apurou o fato e da política editorial do jornal.

Nas publicações das rebeliões nas penitenciárias o *Jornal do Brasil* prioriza a informação acerca da violência do motim, destacando os reféns, as mortes, os danos causados ao prédio da instituição, as armas utilizadas. Assim, acabam não divulgando, por muitas vezes, o motivo e/ou a exigência do movimento, sendo este divulgado em publicações posteriores, quando isso ocorre.

Os motins que tiveram maior destaque nas publicações do *Jornal do Brasil*, a título de exemplo, foram: um ocorrido em 1991 no presídio Ary Franco localizado no Rio de Janeiro, e outro ocorrido em 2001 no Carandiru e, simultaneamente, em mais outras 18 instituições penais do estado de São Paulo. A rebelião violenta no presídio Ary Franco foi noticiada na edição do dia 29 de outubro de 1991. A notícia foi destaque, pois é composta por título em letras grandes, foto, o depoimento do Secretário de Polícia Civil, Nilo Batista, e foi assinada pelo autor. Como já comentamos, essas características do texto jornalístico são marcas de diagramação que conferem destaque ao fato noticiado. A edição do dia 19 de fevereiro de 2001 também noticiou como destaque os motins simultâneos iniciados no dia anterior no Carandiru e em mais 18 presídios do estado de São Paulo. O fato denominado pelo jornal como “megarrebelião” enfatizou a enorme proporção e a violência dos eventos que envolveram “43 mil detentos e 7 mil reféns”, deixando “pelo menos 5 mortos” (QUADROS, 2001, p. 03). Há na primeira página uma chamada para essa notícia que traz, no interior do jornal, um título grande, três fotos, uma declaração de Rui César Melo, o Comandante da Polícia Militar de São Paulo, e foi assinada pelo autor da notícia.

Nesse sentido, percebemos que para um motim estampar a primeira página do *Jornal do Brasil*, no período analisado, o mesmo deveria ser dotado de atos violentos espetaculares. Os motivos e anseios dos presos se perdem no grande destaque proporcionado à violência. Há, ainda, uma característica da produção jornalística a ser destacada aqui: se a notícia trata de um fato em andamento, maiores informações sobre o mesmo não são possíveis de ser apuradas e publicadas no momento da edição, então, cabe à próxima edição retomar o fato se o mesmo gerou alguma repercussão (MELO, 1985).

Os jornalistas de cada editoria possuem critérios específicos para determinar o que é importante, estabelecer sua agenda de fontes e suas possíveis pautas. Cada editoria é responsável por realizar apostas para a edição (matéria que pode render destaque na editoria, ser capa, e quiçá, manchete da edição). Isso determina valorativamente algumas matérias em detrimento de outras (PONTES; SILVA, 2012, p. 61).

Por fim, vale reforçar que seguindo a lógica hierárquica da diagramação das informações no jornal os motins que tiveram maior destaque foram aqueles cujas proporções da violência e da barbárie foram maiores. Ou seja, quanto mais mortes, reféns, armas e depredação da instituição, maior a chance do motim ganhar destaque na edição do *Jornal do Brasil*.

É possível concluir, portanto, que os personagens importantes nessa história – os encarcerados – estão presentes nas representações da imprensa simplesmente como amotinados e ponto. Nas páginas dos jornais não é possível saber quem exatamente são estes personagens presentes no motim e quais são as suas demandas.

Constatamos, pela nossa pesquisa, que o *Jornal do Brasil* não propiciou aos presos um espaço para que os mesmos expusessem suas reivindicações. Ao mesmo tempo em que jornalistas e especialistas opinam e registram fatos relacionados ao SP, aos presos não houve oportunidade de opinar a respeito de sua própria condição. Assim, os discursos publicados sobre o encarcerado e sobre o cárcere foram sempre evocados por pessoas que habitam cotidianamente do lado de fora das grades das celas, constituindo uma visão que se não é alheia à realidade do preso, não exprime sua vida do ponto de vista de quem vive, de fato, no interior de uma instituição total.

CAPÍTULO 2

A SAÚDE PÚBLICA DISTANTE DA REALIDADE DO SISTEMA PENITENCIÁRIO BRASILEIRO

O direito à saúde foi instituído no país através da Constituição Federal de 1988 (CF/88). Sendo assim, constitui um direito universal, ou seja, deve se estender a todos os brasileiros. Desta forma, cabe ao Estado prover o acesso à saúde à população brasileira, sem distinção. Criou-se para a organização de um sistema que ‘distribuisse’ a saúde no país as seguintes leis: nº 8.080 e a nº 8.142. Ambas do ano 1990, que dispõem respectivamente: sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes; sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Estas leis são denominadas ‘leis orgânicas da saúde’. Porém, por muito tempo, as pessoas privadas da liberdade, presidiários, não eram contempladas por este direito, nem ao menos havia uma política pública que assistisse essa população (RIBEIRO, 2007).

Para avançarmos nossa análise, neste momento se faz necessário retomarmos alguns aspectos já expostos anteriormente sobre como concebemos a saúde neste estudo. E, posteriormente, averiguamos quais as implicações da saúde na humanização do Sistema Penitenciário (SP) brasileiro.

Apoiando-nos na Teoria da Produção Social da Saúde concordamos que a saúde se articula com a qualidade de vida dos sujeitos, e não somente com o entendimento biológico do organismo (MENDES, 1996). Esta concepção de saúde abrange, também, o conceito de saúde que consta na Carta de Ottawa, redigida em 1986, e que está presente na compreensão de saúde formulada na 8ª Conferência Nacional de Saúde em Brasília, no mesmo ano, definindo que: “a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde” (BRASIL, 1986, p. 04).

Reconhecemos que a saúde nos remete a um dado momento histórico-social, cultural, político e tecnológico (SANTOS; WESTPHAL, 1999). Desse modo, na trajetória das pesquisas em saúde são muitos os modelos teóricos que abordam o fenômeno saúde e doença. Portanto, destacamos, a seguir, nosso entendimento

acerca da saúde a partir do que nos interessa: a saúde pública. Sobretudo pós-emergência do moderno conceito de 'promoção da saúde' que sugere uma reorientação na gestão e nas ações no campo da saúde.

Atualmente, a saúde é entendida (e explicada) pela saúde pública como um processo que engloba a saúde e a doença afastando-se, ao menos teoricamente, do paradigma curativo²⁰. Este (novo) modelo explicativo articula a saúde com a qualidade de vida; pressupõe ações interdisciplinares e integrais em saúde; e foi denominado 'Teoria da Produção Social da Saúde' (MENDES, 1996).

Nesta perspectiva, a saúde é concebida como um produto social que exprime a qualidade de vida de uma população. Qualidade essa que abrange o nível de acesso a bens e serviços econômicos e sociais. Assim, a Teoria da Produção Social da Saúde considera que tudo que existe em nosso meio é resultado da ação do ser humano na sociedade por meio de suas competências cognitivas, culturais, econômicas, ideológicas, organizativas e políticas (MENDES, 1996).

Dessarte, a saúde ou a doença é efeito da produção social em uma sociedade. O estado de saúde de um sujeito é considerado como um processo em transformação contínua. Portanto, o campo da saúde pública é um campo de conhecimento interdisciplinar. E, para além do exposto, a Teoria da Produção Social da Saúde transpõe a compreensão sobre saúde da condição de dependência de técnicas, de especializações e da concepção simplista do sujeito, para a condição de construção permanente, caracterizando-se como produto coletivo das relações sociais e subjetivas.

Merece destaque um marco da transição para esse modelo explicativo de saúde na saúde pública: a Carta de Ottawa; subscrita por 38 países na 1ª Conferência Internacional pela Promoção de Saúde realizada em 1986 no Canadá (PEREIRA; BARROS; AUGUSTO, 2011). Na carta, e por meio dela, a saúde passou a ser compreendida como um produto social. Nela estão dispostas como as condições e os recursos fundamentais para a saúde a "paz – habitação – educação

²⁰Modelo explicativo do processo saúde doença pautado no organismo que compreende a saúde pelo viés da doença, adotando a lógica unicausal e linear, ou seja, identifica, por determinação mecânica, progressiva e unidirecional, uma causa para explicar o adoecimento podendo a mesma se tornar, O enfoque no organismo enfatiza a biologia tornando as explicações unicasais da doença universais criando padrões de normalidade e patologia. Sendo assim, a epidemiologia deste modelo norteia-se pela dicotomia "normal" e "patológico", promovendo ações em saúde para tratar e prevenir doenças por meio de serviços clínicos e curativos (LUZ, 1988).

– alimentação – renda – ecossistema estável – recursos sustentáveis – justiça social e equidade”. Recomendando, ainda, que “o incremento nas condições de saúde requer uma base sólida nestes pré- requisitos básicos” (CARTA DE OTTAWA, 1986, s/p). Como aponta Eugênio Vilaça Mendes (1996), como efeito da Carta de Ottawa estabeleceu-se um novo paradigma na compreensão do processo saúde/doença: o da produção social da saúde.

Outro conceito que merece destaque neste momento é o da ‘Promoção da Saúde’, que se caracteriza como um enfoque técnico e político empregado para a compreensão e intervenção no processo saúde/doença/cuidado (TEIXEIRA, 2006). Esse enfoque para a saúde também é um ‘produto’ da 1ª Conferência Internacional pela Promoção de Saúde, realizada 1986 no Canadá. Este conceito de promoção da saúde foi aprimorado nas conferências internacionais seguintes realizadas nas décadas de 1990 e 2000.

Atualmente, a concepção de promoção da saúde é vinculada aos seguintes valores: vida, saúde, equidade, solidariedade, cidadania, democracia, participação, parceria e desenvolvimento sustentável. Neste sentido, de acordo com os apontamentos de Carmen Fontes Teixeira (2006) a promoção da saúde sugere uma (re)organização das estratégias de saúde com base nas ações dos seguintes atores:

- a) do Estado – na elaboração e instituição de políticas públicas saudáveis, que correspondem a políticas intersetoriais que descentralizam a atenção à saúde;
- b) da comunidade – para o reforço e adesão à participação comunitária, através de organizações comunitárias que se envolvem na elaboração e execução de ações intersetoriais em saúde. O envolvimento da comunidade resulta em melhorias na condição de vida e saúde, além de promover a cidadania;
- c) de indivíduos – no desenvolvimento de habilidades pessoais;
- d) do sistema de saúde – com a reorientação das ações do sistema;

Além disso, a autora salienta que a promoção da saúde orienta a implementação de parcerias interinstitucionais a partir da noção de ‘responsabilização múltipla’. Com essas parcerias os problemas e as soluções de saúde estão sob a responsabilidade de várias entidades.

A concepção de promoção da saúde foi apresentada no mesmo evento em que a Carta de Ottawa foi redigida, esses dois marcos da saúde pública formam o corpo doutrinário da Teoria da Produção Social da Saúde (MENDES, 1996). Diante do

exposto, nos apropriamos das contribuições de Amparo Belloch e Begoña Olabarria (1993) para elencarmos os princípios da Teoria da Produção Social da Saúde

1. El ser humano es un organismo biológico, psicológico y social. Esto es, un organismo que recibe información, la elabora, la almacena, la crea, le asigna un significado y la transmite, todo lo cual produce, a su vez, un modo determinado de comportarse.
2. La salud y la enfermedad son estados que se hallan en equilibrio dinámico -y por ello son difícilmente definibles en términos absolutos-, y están codeterminados por variables de tipo biológico, psicológico y social, todas ellas en constante interacción.
3. El estudio, diagnóstico, prevención y tratamiento de los diferentes estados de enfermedad, debe intentar tener en cuenta las contribuciones particulares y diferenciales de los tres grupos de variables enumeradas.
4. La etiología de los estados de enfermedad es siempre multifactorial. Además hay que tener en cuenta que existen varios niveles etiopatogénicos y que todos ellos requieren la adecuada investigación.
5. El cuidado óptimo de las personas que se encuentran en un estado de enfermedad, debe realizarse en el marco de acciones integradas, llevadas a cabo por un equipo de salud, en el que deben encontrarse representados profesionales especializados en el estudio de cada uno de los tres grupos de variables .
6. La salud, ese estado de bienestar físico, psicológico y social, no es patrimonio ni responsabilidad exclusiva de un solo grupo o especialidad profesional. Del mismo modo sucede con la enfermedad: su investigación y tratamiento no pueden ni deben recaer con exclusividad en las especialidades médicas²¹ (BELLOCH; OLABARRIA, 1993, p. 183-4).

Diante do que vimos afirmando desde o início deste Capítulo, o próximo subtítulo pretende ilustrar que entre os anos 1990 e 2003 na contracorrente do que se discutia sobre saúde no plano internacional, e mesmo nacional, o ambiente prisional brasileiro foi *locus* de abandono. Neste contexto, a questão da incidência de doenças infecto contagiosas no ambiente carcerário é inerente ao debate acerca da saúde no SP brasileiro.

²¹1. O corpo humano é um organismo biológico, psicológico e social, ou seja, recebe informações, organiza, armazena, gera, atribui significados e os transmite, os quais produzem, por sua vez, maneiras de se comportar;

2. Saúde e doença são condições que estão em equilíbrio dinâmico; estão co-determinadas por variáveis biológicas, psicológicas e sociais, todas em constante interação;

3. O estudo, diagnóstico, prevenção e tratamento de várias doenças devem considerar as contribuições especiais e diferenciadas dos três conjuntos de variáveis citadas;

4. A etiologia dos estados de doença é sempre multifatorial. Devem-se considerar os vários níveis etiopatogênicos e que todos eles requerem uma investigação adequada;

5. A melhor maneira de cuidar de pessoas que estão doentes se dá por ações integradas, realizadas por uma equipe de saúde, que deve ser composta por profissionais especializados em cada uma das três áreas;

6. Saúde não é patrimônio ou responsabilidade exclusiva de um grupo ou especialidade profissional. A investigação e o tratamento não podem permanecer exclusivamente nas especialidades médicas (BELLOCH; OLABARRIA, 1993, tradução nossa).

2.1 O CONVÍVIO COM DOENÇAS INFECTO CONTAGIOSAS NA PRISÃO

Apesar de concebermos a saúde sob a ótica da Teoria da Produção Social da Saúde, neste tópico abordamos como as edições do *Jornal do Brasil* retrataram as principais epidemias deflagradas no país na década de 1990, sendo elas: a AIDS, a tuberculose e a hepatite. Estes agravos são até hoje alvos de campanhas de prevenção promovidas pela saúde pública brasileira por repercutirem nos índices de saúde e mortalidade da população.

Poderíamos ter elencado outros problemas de saúde que são comuns nos ambientes carcerários, por exemplo, as deficiências vitamínicas, a escabiose, a pediculose, dentre outras. Porém, o HIV/AIDS, a tuberculose e a hepatite melhor ilustram a faceta da tragédia no SP, pelo elevado grau de transmissibilidade destas moléstias e que podem aumentar as taxas de mortalidade nas instituições penais.

Como em nosso país o Sistema Único de Saúde (SUS) é pautado pela vigilância epidemiológica²² que preconiza o controle rigoroso das doenças infecto contagiosas, abordamos neste tópico a presença de algumas doenças desse caráter no interior das penitenciárias. Para tanto, destacamos a especificidade da saúde dos sujeitos em situação de confinamento.

A observação, a coleta, o registro e a análise de dados referentes às doenças com o intuito de orientar ações médicas-sanitárias data da época de Hipócrates. Porém, a utilização de dados e de estatísticas como estratégia de vigilância em saúde foi inaugurada na República de Veneza com a epidemia de peste bubônica, no século 14 (WALDMAN, 2007). Desde então, registros demográficos e sua relação com a saúde da população são até hoje utilizados como estratégia da saúde pública. Essa estratégia abrange o conhecimento do comportamento das doenças na sociedade. A abordagem estatística das doenças e sua relação com uma dada população sofreu transformações sócio-históricas até constituir o conceito moderno

²²O conjunto de ações que resultam no conhecimento, detecção e prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva constitui a Vigilância Epidemiológica. Sua finalidade é recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle de doenças ou agravos por meio do conhecimento dos fatores que determinam e condicionam o surgimento de doenças nos espaços coletivos e a partir de então instaurar medidas de controle eficazes (BRASIL, 1990). As funções atribuídas à Vigilância Epidemiológica, segundo o Ministério da Saúde correspondem a: coletar e processar dados; analisar e interpretar os dados processados; recomendar medidas de controle apropriadas; promover ações de controle indicadas; avaliar a eficácia e a efetividade das medidas adotadas e divulgar informações pertinentes (BRASIL, 2002).

de 'vigilância epidemiológica' desenvolvido pelo Centers for Disease Control and Prevention²³:

[...] contínua e sistemática coleta, análise e interpretação de dados essenciais de saúde para planejar, implementar e avaliar práticas de saúde pública, intimamente integrada com a periodicidade de disseminação desses dados para aqueles que necessitam conhecê-los [...].

Em uma instituição penal os sujeitos se tornam mais suscetíveis a estes contágios, pois estão permanentemente condicionados a dividir espaços pequenos em relação ao total da população, com precárias condições ambientais e de habitação. Como nos mostra o 'Guia sobre gênero, HIV/AIDS, coinfeções, no Sistema Prisional', publicado em 2012 pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) e pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), estas condições são determinantes para a saúde da população penitenciária:

As questões da saúde no Sistema Prisional são diretamente influenciadas pelo contexto do próprio sistema, como: situações de superpopulação, violência, iluminação e ventilação naturais insuficientes, além disso falta de proteção contra condições climáticas extremas são comuns em unidades prisionais em todo o mundo. Quando essas condições se associam a inadequações nos meios de higiene pessoal e de nutrição, falta de acesso à água potável e a serviços de saúde, cresce a vulnerabilidade da população privada de liberdade a um conjunto de agravos à saúde, destacando-se HIV/Aids, tuberculose, hepatites virais, hanseníase, entre outras, aumentando as taxas de morbi-mortalidade associadas. (UNODC; OPAS, 2012, p. 27).

Para que políticas públicas sejam implementadas com a pretensão de prevenir e diminuir a ocorrência de doenças em um dado grupo populacional, no caso a população carcerária, se faz necessário a coleta e análise de dados acerca da saúde dessa população. Tal tarefa é de competência da vigilância epidemiológica, na busca de indicadores de saúde que orientem estratégias em saúde para esta população. Obter esses indicadores de saúde é de fundamental importância para a instituição de ações em saúde condizentes com a realidade prisional, pois

²³Centro de Controle e Prevenção de Doenças, localizado em Atlanta, EUA. Consiste em um dos mais antigos centros de treinamento em campo para epidemiologistas, capacitando-os através de seu programa denominado 'Serviço de Inteligência para Epidemias' que enfatiza a investigação de surtos e a avaliação de medidas de prevenção e controle de doenças (WALDMAN, 2007).

A crescente importância, em saúde pública, das doenças de curso crônico (infecciosas e não-infecciosas) e a característica de apresentarem longos períodos de latência entre a exposição e a doença, torna necessário o acompanhamento de mudanças na prevalência de determinadas exposições na população ou em grupos populacionais definidos, que possam, a médio ou longo prazo, modificar a ocorrência dessas doenças. Em consequência, tivemos a ampliação da abrangência da vigilância que além de eventos adversos à saúde, passa acompanhar a prevalência de fatores de risco com o objetivo de fundamentar estratégia de prevenção, avaliar sua efetividade e prevenir, [o aumento da incidência de uma dada doença] (WALDMAN, 2007, p. 487).

Nos subtópicos abaixo, utilizamos a análise dos dados coletados no *Jornal do Brasil* acerca da AIDS, da Tuberculose e da Hepatite no ambiente penitenciário para ilustrar como tais agravos afetam essa população. Cabe-nos mencionar que neste momento serão analisados os dados de nossa amostra caracterizada pelos textos jornalísticos encontrados pela busca com as palavras-chave: ‘AIDS’, ‘tuberculose’ e ‘hepatite’, relacionadas com o SP. A história dessas doenças não será aprofundada, pois há vários estudos que detêm esse assunto²⁴.

2.1.1 O Convívio com a HIV/AIDS na Prisão

Com a palavra-chave ‘AIDS’ foram encontrados 78 textos jornalísticos que referiam este agravo no sistema penitenciário; com a palavra-chave ‘hepatite’ 19 notícias; e, por fim, 79 textos com a palavra-chave ‘tuberculose’. Portanto, nossa amostra é composta por um total de 176 textos. Abaixo descrevemos como a incidência dessas doenças no SP foram publicizadas nas edições do *Jornal do Brasil*, iniciando pela AIDS.

Na edição do *Jornal do Brasil* do dia quatro de abril de 1990 uma notícia, intitulada “Os horrores da penitenciária”, denuncia a falta de assistência à saúde às presidiárias com HIV/AIDS: “Tavalera Bruce tem presas com lepra, tuberculose e AIDS [...] sem tratamento médico e convivendo com as sãs. [...] Várias aidéticas com manchas e feridas continuam sem internação” (OS HORRORES, p. 05, 1990).

A mesma notícia denuncia, também, as condições insalubres em que habitam as internas da penitenciária Tavalera Bruce. Onde “falta material de limpeza e higiene” e na “cozinha, o cheiro denuncia a existência de comida estragada e as

²⁴Em uma busca realizada na base de dados Scielo identificamos 74 produção acadêmicas que tratam da história da AIDS; 53 da história da Hepatite e 61 da história da Tuberculose.

panelas, furadas, obrigam as presas a forrarem o fundo com farinha, para poder cozinhar” (OS HORRORES, 1990, p.05).

Outro texto jornalístico que cita o problema da AIDS no âmbito penitenciário encontra-se na edição de 19 de abril de 1990. Nele, o depoimento do médico Manuel Schechtmann, diretor do departamento de Saúde da Secretaria de Justiça do estado de São Paulo, destaca a AIDS grassando nas penitenciárias do estado:

Alarmante índice de presidiários contaminados [pelo HIV/AIDS] no Estado – cerca de 5.000 em uma população carcerária de 36.000 pessoas. “Essa é a maior incidência de AIDS em população carcerária já registrada no mundo”. [...] “Entre cada 10 presos recolhidos nos cárceres todos os dias, dois estão contaminados”, afirma Schechtmann [...] (PRESIDIÁRIO, 1990, p. 14).

Destacamos, também, uma publicação do *Jornal do Brasil* acerca da AIDS no Sistema Penitenciário, pois foi a publicação que, comparando-a com as outras duas notícias citadas acima, recebeu maior valorização na edição. A notícia está localizada no topo da página do jornal com letras grandes que conferem atenção ao seu título. Ela foi publicada em 19 de abril de 1994, e relata como inédito o motim da Penitenciária Central de Porto Alegre no Rio Grande do Sul pelo fato dos amotinados, todos com AIDS, exigirem sanitários, medicação, preservativos e assistência à saúde adequada, além de melhor alimentação por conta de problemas estomacais.

Doze portadores do vírus HIV colocaram fogo em colchões e quatro deles se cortaram com vidros quebrados para evitar a aproximação dos agentes penitenciários. O protesto pela falta de medicamento – especialmente o AZT – e por mais assistência médica [...] exigiam, além do fornecimento de AZT, leite (por causa de doenças estomacais provocada pela Aids), sanitários e preservativos (PRESOS, 1994, p. 06).

Após uma década da publicação das notícias citadas acima, na edição de 23 de janeiro de 2000, uma notícia nos indica que as penitenciárias brasileiras ainda enfrentam o mesmo dilema em relação ao HIV/AIDS:

Notícias diárias na imprensa focalizam o aumento da incidência de AIDS e inúmeras outras doenças na superlotação dos presídios e outras carceragens. Confinando os presos em cubículos infectos e condições subumanas [...] (ABREU, 2000, p. 06).

De acordo com as informações do Departamento de DST, AIDS e hepatites virais (2014), órgão vinculado ao Ministério da Saúde, o HIV do inglês ‘Human Immunodeficiency Virus’ é a sigla que denomina o vírus da imunodeficiência humana (VIH). Esse vírus é o causador da AIDS – do inglês ‘Acquired Immunodeficiency Syndrome’ – ou SIDA: ‘Síndrome da Imunodeficiência Adquirida’. Esta síndrome se caracteriza por atacar o sistema imunológico humano, responsável pela defesa do organismo contra doenças. O sujeito com HIV, também chamado ‘soropositivo’, pode ou não apresentar os sintomas da AIDS, mas uma vez detectado o contágio pelo vírus pode transmiti-lo para outras pessoas. Mesmo sem manifestar a AIDS, como o HIV está presente no leite materno, no sangue, na secreção vaginal e no sêmen, as formas de transmissão do vírus são:

Sexo sem camisinha - pode ser vaginal, anal ou oral; de mãe infectada para o filho durante a gestação, o parto ou a amamentação - também chamado de transmissão vertical; uso da mesma seringa ou agulha contaminada por mais de uma pessoa; transfusão de sangue contaminado com o HIV; instrumentos que furam ou cortam, não esterilizados (DEPARTAMENTO DE DST, AIDS E HEPATITES VIRAIS, 2014, s/p).

Segundo a classificação do Ministério da Saúde (2002), os sujeitos que frequentemente apresentam comportamento de risco e maior vulnerabilidade para o contágio pelo HIV são: os caminhoneiros, os garimpeiros, os profissionais do sexo, os usuários de drogas injetáveis e, principalmente, os presidiários. Essa situação é preocupante, pois se constatou que

No mundo todo, os níveis de infecção por HIV entre a população privada de liberdade tendem a ser bem mais altos do que entre a população fora dos ambientes prisionais. Com frequência essa situação é acompanhada e acentuada por uma elevada incidência de outras doenças infecciosas tais como hepatite e tuberculose (OMS; UNODC, 2007, p. 07).

Ao pesquisar a prevenção do HIV/AIDS em uma penitenciária feminina Ana Izabel Oliveira Nicolau *et al.* (2012, p. 712) referem que o “abuso sexual, atividades bi/homossexuais, superlotação de celas, uso de drogas, tatuagens e *body piercing*²⁵, baixo uso de preservativos no intercuro sexual, prostituição e história de

²⁵“Peça metálica, ou confeccionada em ouro, de tamanho, aspecto e forma variável, utilizado como enfeite que se prende ao corpo através de um orifício feito na língua, no umbigo, na pele etc” (DICIONÁRIO, 2015, s/p).

doenças sexualmente transmissíveis (DST)”, são os principais fatores de risco para que as mulheres que estão presas adquiriram esta patologia. E ainda salientam que

A reunião de todos os aspectos mencionados somada às características biológicas femininas e a combinação entre desigualdade de gênero, estigma e discriminação aumentam a vulnerabilidade das mulheres privadas de liberdade às DST/HIV (NICOLAU *et al*, 2012, p. 721).

Esses autores apontam, também, que em nosso país, a transmissão das doenças sexualmente transmissíveis (DST) nas instituições penais são decorrentes, principalmente, da atividade sexual sem proteção, sendo imprescindível para a prevenção desta patologia o uso de preservativo nas relações sexuais.

A Organização Mundial da Saúde e o Escritório das Nações Unidas Contra drogas e Crime (UNODC) publicaram em 2007 o documento “HIV/Aids em ambientes prisionais: prevenção, atenção, tratamento e apoio”. Neste documento reconhece-se que no ambiente penal os sujeitos estão expostos a maiores riscos físicos e psicológicos, bem como à transmissão de doenças infecciosas. Nesta condição, as populações carcerárias de qualquer parte do mundo, necessitam de maior assistência à saúde. Um fator que muito contribui para a ampliação da vulnerabilidade da população carcerária à AIDS, e também a inúmeros agravos, são as precárias condições do confinamento: estrutural, de alimentação, de higiene e de atenção à saúde (OMS; UNODC, 2007).

Para além do exposto, há também problemas para a efetivação das estratégias de controle e de prevenção da AIDS no âmbito prisional, pois as

Condições precárias podem ainda dificultar ou mesmo impedir a implementação de respostas eficazes ao HIV e à Aids por parte dos profissionais prisionais. Portanto, a ação de prevenir a transmissão da infecção pelo HIV em ambientes prisionais e de disponibilizar serviços de saúde às pessoas que vivem com HIV/Aids nesse meio se insere em esforços mais amplos de melhoria das condições de privação de liberdade (OMS; UNODC, 2007, p. 53).

Constata-se que tanto as notícias sobre AIDS e a população penitenciária das edições do *Jornal do Brasil* como a literatura acadêmica acerca do tema apontam a suscetibilidade dessa população à AIDS. O principal determinante desta condição é a situação de confinamento qual essa população está condicionada. Ou seja, a moradia que se caracteriza pela instituição penal não oferece condições mínimas

para prevenir e controlar a transmissão do HIV/AIDS, bem como para o tratamento daqueles já acometidos por esse agravo.

2.1.2 O Convívio com as Hepatites Virais na Prisão

Passamos agora para as edições do *Jornal do Brasil* que se referem à questão da hepatite nas penitenciárias brasileiras. Com a busca no acervo digital do jornal pela palavra-chave 'hepatite' foram encontrados 19 textos jornalísticos que relacionam esta doença com o SP. Apesar de mencionarmos acima que a população penitenciária, por vários motivos, é mais suscetível ao contágio por doenças infecto contagiosas, nenhuma das 19 notícias teve destaque nas edições quais foram publicadas. Todas se referem ao adoecimento e/ou morte de um sujeito apenado em decorrência da hepatite.

Para demonstrarmos como o jornal publicizou a incidência de hepatite na população penitenciária, destacamos uma notícia publicada em uma edição do jornal do ano 1996, redigida por uma correspondente de Brasília. O texto relata que a morbidade causada pela hepatite impossibilitou a transferência de um presidiário, um dos acusados de assassinar o ativista político Chico Mendes, para a Penitenciária de Papuda no Distrito Federal.

De acordo com o Departamento de DST, AIDS e hepatites virais (2014) existem cinco tipos de hepatites, todas contagiosas de transmissão viral: hepatite A; hepatite B, hepatite C, hepatite D e hepatite E. Cada uma das variações da hepatite apresentam características sintomáticas particulares, porém todas caracterizam uma inflamação no fígado. Somente para a hepatite B há a possibilidade de imunização pela vacinação, além disso, e para evitar a transmissão de todos os tipos de hepatite, se orienta:

- Lavar as mãos após ir ao banheiro, trocar fraldas e antes de comer ou preparar alimentos;
- Lavar bem, com água tratada, clorada ou fervida, os alimentos que são consumidos crus, deixando-os de molho por 30 minutos;
- Cozinhar bem os alimentos antes de consumi-los, principalmente mariscos, frutos do mar e carne de porco;
- Lavar adequadamente pratos, copos, talheres e mamadeiras;
- Não tomar banho ou brincar perto de valões, riachos, chafarizes, enchentes ou próximo de onde haja esgoto a céu aberto;
- Evitar a construção de fossas próximas a poços e nascentes de rios, para não comprometer o lençol d'água que alimenta o poço. Deve-se

respeitar, por medidas de segurança, a distância mínima de 15 metros entre o poço e a fossa do tipo seca e de 45 metros, para os demais focos de contaminação, como chiqueiros, estábulos, valões de esgoto, galerias de infiltração e outros;

- Caso haja algum doente com hepatite A em casa, utilizar hipoclorito de sódio a 2,5% ou água sanitária ao lavar o banheiro;
- No caso de creches, pré-escolas, lanchonetes, restaurantes e instituições fechadas, adotar medidas rigorosas de higiene, tal como a desinfecção de objetos, bancadas e chão utilizando hipoclorito de sódio a 2,5% ou água sanitária (DEPARTAMENTO DE DST, AIDS E HEPATITES VIRAIS, 2014, s/p).

Além dos cuidados com as condições de higiene e de saneamento básico, para a prevenção das hepatites preconiza-se: relações sexuais com camisinha; acompanhamento pré-natal da mãe infectada, pois a doença pode ser passada ao filho durante a gestação, o parto ou a amamentação; não compartilhar material para uso de drogas (seringas, agulhas, cachimbos), de higiene pessoal (escovas de dente, lâminas de barbear e depilar, alicates de unha ou outros objetos que perfurocortantes) ou de confecção de tatuagem e colocação de *piercings*.

Um estudo realizado por Harnôldo Colares Coêlho *et al.*, em 2009, sobre a infecção por Hepatite B em uma instituição penitenciária refere que “a partir do início da década de 1970, alguns estudos começaram a evidenciar proporções mais elevadas de infecção pelo vírus da hepatite B (HBV) nos encarcerados do que na população geral” (p. 125). Para estes autores, o aumento da incidência desse agravo na população carcerária se deve à “marginalização social, dependência de drogas ilícitas, baixo nível socioeconômico e precárias condições do sistema de saúde” (p. 125).

No estudo realizado por Harnôldo Colares Coêlho sobre esta temática, em 2008, mostrou que os altos índices de infecção pelo vírus da hepatite entre a população penitenciária, especialmente as hepatites tipo A e tipo B, indicam a necessidade de programas de prevenção e controle. Esse autor orienta, ainda, que as ações em saúde voltadas à transmissão das hepatites virais nas penitenciárias devem ser condizentes com a realidade das mesmas.

Por isso, mais informações sobre a real situação de prevalência de nossas penitenciárias são necessária para se traçar metas de ação, visando a prevenção e assistência, evitando que esses presos possam atuar como fontes transmissoras das hepatites virais para outros presos e para as parceiras sexuais durante as visitas íntimas (COÊLHO, 2008, p. 20).

Os estudos de Harnôldo Colares Coêlho *et al.* (2008; 2009) sugerem o desenvolvimento e efetivação de ações preventivas e assistenciais em saúde para diminuir a ocorrência das hepatites virais na população penitenciária do país.

No Brasil, a epidemia de aids e, especialmente, a hepatite na população prisional não estão sendo tratadas da forma mais adequada há vários anos. A falta de definições centralizadas para a abordagem deste problema enfatiza a necessidade de realização de estudos de abrangência nacional que permitam a elaboração de estratégias eficazes para seu controle. Portanto, torna-se urgente uma penetração, ainda maior do que já existe, em todo o sistema prisional brasileiro, para levar adiante um programa de assistência e prevenção de qualidade (COÊLHO, 2008, p. 20).

Constatamos que tanto a literatura acadêmica quanto as notícias do *Jornal do Brasil* nos mostram que há a incidência preocupante das hepatites virais na população carcerária do país. E, novamente, a condição de confinamento dessa população é apontada como principal determinante para a prevenção e controle da hepatite nas prisões.

2.1.3 O Convívio com a Tuberculose na Prisão

Por fim, investigamos se a tuberculose relacionada ao SP consta nos textos do *Jornal do Brasil*. Com a busca no acervo digital através da palavra-chave ‘tuberculose’ foram encontrados 79 textos jornalísticos que referiam esta doença relacionada à população penitenciária.

Essa patologia mereceu destaque aqui, pois como nos coloca o estudo realizado por Joseney Santos (2007, p. 89) “a tuberculose ainda é um problema de saúde pública no Brasil” e por isso “em 2003, o controle da tuberculose foi destacado como prioridade dentre as políticas públicas de saúde”. Em nosso país a proporção desta doença ainda é grande, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) o Brasil é um dos 22 países que juntos abrangem 80% dos casos de tuberculose do mundo (MARQUIEVIZ, 2013).

Dentre as notícias de nossa amostra, destacamos uma do ano 1990 que se refere ao fato da constatação da Comissão dos Direitos Humanos da Câmara Municipal de que no presídio feminino Tavalera Bruce, no Rio de Janeiro, há presas com AIDS, Tuberculose e outras doenças infecciosas. Essas presas estariam

doentes e sem assistência médica, vivendo em péssimas condições de higiene e convivendo com presas saudáveis.

Destacamos, também, uma notícia publicada no dia 28 de julho de 1990. O texto descreve uma rebelião na penitenciária de segurança máxima de Contagem, localizada em Belo Horizonte, em que os internos fazem

Reivindicações de melhores condições carcerárias [...] Além de atendimento jurídico, os presos reclamam da comida, considerada de péssima qualidade, e da falta de atendimento médico. “Há muita gente com tuberculose, Aids, e não há médico ou remédio” garantiu o líder da rebelião (ACORDO, 1991, p. 31).

Outra notícia que relata o descaso com a assistência à saúde da população penitenciária encontra-se na edição do dia 20 de maio de 1997. Nesse texto é a vez de uma autoridade, do âmbito penitenciário do país, denunciar a calamidade da saúde nos presídios referindo-se ao problema da tuberculose:

“É preciso observar que as rebeliões não acontecem por causa de tentativas de fugas. São movimentos para chamar a atenção para a falta de assistência judiciária e de saúde”. Diz o advogado Luiz Flávio Borges D’Urso, presidente do Conselho Estadual de Políticas Criminal e Penitenciária e coordenador nacional do mesmo órgão. Ele lembra que a superlotação dos presídios, a morosidade da Justiça em atender os benefícios legais dos detentos e a falta de assistência médica estão na raiz dos motins. Um levantamento do Ministério da Saúde, segundo D’Urso [...] aponta um dado ainda mais grave dentro do sistema [...] em mais de 50% da população carcerária, foi constatado o retorno da tuberculose (SÃO PAULO, 1997, p. 42).

Já em 2003, na edição de 30 de julho, uma notícia referente à incidência da tuberculose em instituições penais trata do assunto de maneira mais otimista:

A Secretaria de Administração Penitenciária do Rio de Janeiro e a Fundação Oswaldo Cruz assinam hoje, às 15h, o convênio Saúde e prisão: barreiras ao acesso às ações de prevenção e assistência à infecção pela tuberculose [...] irão descrever as condições sanitárias das prisões [...] irão fazer uma avaliação da tuberculose [...] e vai capacitar o sistema penitenciário para o tratamento das doenças (CONVÊNIO, 2003, p. c3).

Apesar do fato descrito acima evidenciar uma preocupação do poder público em relação às condições sanitárias dos cárceres brasileiros, bem como ações de saúde que focalizam a infecção pela tuberculose, ainda há a necessidade de maiores esforços. O problema sanitário e da tuberculose ainda persiste nas prisões,

como nos indicam o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)

Estima-se que a tuberculose é 100 vezes mais comum nas prisões que nas comunidades. Embora a tuberculose seja evidente nas prisões, é um grave problema de saúde pública. Os fatores de risco para a TB, relacionados ao encarceramento, são celas superpopulosas, mal ventiladas e com pouca iluminação natural, exposição frequente à microbactéria da TB em ambiente fechado, falta de informação e dificuldade de acesso aos serviços de saúde na prisão (UNODC; OPAS, 2012, p. 59).

Para além do exposto, o contágio da tuberculose acontece “basicamente pelo ar e pode atingir todos os órgãos do corpo [...] O espirro ou tosse de uma pessoa infectada joga no ar cerca de dois milhões de bacilos que permanecem em suspensão durante horas” (SOUZA; VASCONCELOS, 2005, p. 678). Destarte, a população penitenciária é mais suscetível ao contágio devido a condição precária do ambiente e da habitação qual está condicionada. A esse respeito – e para que haja uma mudança positiva no controle da tuberculose em todo país – Joseney Santos (2007) nos orienta que é fundamental a instituição e efetividade de políticas públicas que

estimule a busca ativa dos sintomáticos respiratórios, seja na comunidade ou em unidades de saúde, incluindo ambulatorios, emergências e hospitais nos grandes centros urbanos e em grupos de maior risco, tais como indígenas, albergados, população de rua, sistema prisional e portadores do HIV/Aids (p . 91).

Káren Mendes Jorge de Souza *et al.* (2012, p. 18) referem que o crescimento da população penitenciária “sem a concomitante adequação de estrutura física e de recursos humanos, somada às condições precárias de higiene, ventilação e iluminação solar nas celas” compõe um cenário favorável para se adoecer de tuberculose. Além disso, afirmam que a transmissão da tuberculose é maior entre a população penitenciária do que na população não-institucionalizada. Os casos de tuberculose nas penitenciárias são diagnosticados tardiamente acarretando complicações clínicas ao paciente e maior exposição dos sujeitos sadios ao bacilo da doença (SOUZA *et al.*, 2012). Estes autores salientam, ainda, que no sistema penitenciário

As dificuldades para o desenvolvimento de ações de saúde em presídios, principalmente no campo preventivo, são de ordens diversas. No que

concerne aos obstáculos para o controle da TB [tuberculose] nestes locais, nota-se que existem peculiaridades sociais e psicológicas relacionadas à organização e funcionamento da instituição prisional, ressaltando-se a subvalorização dos sintomas da doença, a inadequação de Programas de Controle da TB à população carcerária e as dificuldades de acesso à assistência de saúde, decorrentes da priorização da segurança, pelas autoridades penitenciárias, em detrimento da saúde (SOUZA *et al*, 2012, p. 18).

Convergindo com as constatações do estudo de Káren Mendes Jorge de Souza *et al.*, o UNODC e a OPAS afirmam que a suscetibilidade da população penitenciária ao contágio pela tuberculose é aumentado

Ao acomodar esta população em ambientes sem higiene e saneamento; ao confiná-los em espaços que não correspondam às exigências mínimas de tamanho e de iluminação e ventilação naturais; ao limitar-lhes o acesso ao ar livre e a atividades educacionais, sociais e laborais; e ao deixar de prover-lhes acesso a saúde, alimentação, nutrição e/ou água potável, além de higiene pessoal básica (OMS; UNODC, 2007, p. 07).

Neste sentido, essas organizações supracitadas preconizam veemente mudanças nas condições sanitárias das instituições penais como requisito mínimo para diminuir a incidência da tuberculose nos internos. Além dessas mudanças, devido à forma de transmissão da tuberculose (pelo ar) enfatiza-se outra peculiaridade na sua prevenção e controle

A administração da tuberculose e da tuberculose multidroga-resistente em ambientes prisionais demanda uma estratégia abrangente que acesse todas as pessoas que vivem e trabalham nessas instalações, ou as visitem, e que, portanto, articule uma participação multisetorial ativa para assegurar uma resposta em saúde pública eficaz (OMS; UNODC, 2007, p. 11).

O UNODC e a OPAS também enfatizam a vulnerabilidade da população penitenciária ao problema da coinfeção TB/HIV, caracterizada pela “associação da tuberculose com o HIV”. A coinfeção é “a principal causa de morte entre as pessoas vivendo com HIV/Aids e pode ser evitada”. De acordo com essas organizações, no ambiente penitenciário, “onde a infecção da TB e do HIV são mais comuns, as pessoas que vivem com HIV terão um risco maior de contrair e desenvolver a tuberculose (TB)” (UNODOC; OPAS, 2012, p. 54).

Expomos acima uma consonância entre os dados coletados nos textos do *Jornal do Brasil* e na literatura acadêmica acerca da incidência da tuberculose na população penitenciária. As fontes consultadas nos mostraram que há grande

incidência da tuberculose nas penitenciárias brasileiras e que sua disseminação está diretamente vinculada à condição sanitária dessas instituições.

Por fim, concluímos neste tópico, que o panorama apontado pelo *Jornal do Brasil* acerca das patologias AIDS, hepatite e tuberculose no âmbito penitenciário é condizente com a realidade apontada pela literatura acadêmica acerca desses assuntos. A literatura reconhece e aponta, além da presença destas doenças nas prisões, as condições precárias de saúde e quais são as prioridades na assistência à saúde da população penitenciária do país. Portanto, políticas públicas em saúde específicas para essa população e os estudos que abrangem a incidência de doenças nas instituições penitenciárias são de extrema importância para sanear (ou minimizar) as necessidades de saúde nos presídios brasileiros.

As condições estruturais e sanitárias precaríssimas em que se encontram os presídios brasileiros, reveladas no primeiro Capítulo; e as condições de saúde em que se encontram muitos apenados reveladas neste Capítulo, contribuem para uma melhor apreensão do entendimento da emergência do tema da humanização nas instituições totais do tipo prisional. É o que veremos no próximo capítulo, ao abordarmos o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), instituído em 2004.

CAPÍTULO 3
DO PLANO NACIONAL DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO À
POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DAS PESSOAS
PRIVADAS DE LIBERDADE NO SISTEMA PRISIONAL

3.1 A ABORDAGEM DOS DIREITOS HUMANOS COMO POLÍTICA NO ÂMBITO PENAL BRASILEIRO

Nesse momento, se faz necessário entendermos melhor como o Brasil aderiu às disposições internacionais dos Direitos Humanos (DH); e como essas disposições são refletidas pelas políticas públicas brasileiras, em especial no Sistema Penitenciário (SP).

A respeito da apropriação dos DH pelas políticas públicas brasileiras, Paulo Sérgio Pinheiro e Paulo de Mesquita Neto (1998) apontam que desde 1985, com a retomada do regime de governo civil, foram despendidos esforços para o desenvolvimento de uma política nacional de direitos humanos. No ano de 1995, governo do presidente Fernando Henrique Cardoso, atribuiu-se maiores definições ao plano de implementação dos DH na política do país. E, a partir dessas definições, os DH foram concebidos como política oficial do governo conforme as disposições das organizações internacionais dos DH. Esses esforços culminaram na implementação do 'Programa Nacional de Direitos Humanos' (PNDH), lançado em 1996.

Em sua contribuição ao tema, José Gregori (1998) afirma que o PNDH, foi elaborado em conjunto pela sociedade civil e pela universidade, contendo 226 propostas, de conteúdos diversos. Entre os conteúdos expressos no programa destaca-se: "garantia à vida e à segurança, à justiça e à polícia, proteção e abolição da discriminação dos grupos vulneráveis da sociedade, promoção dos direitos da comunidade negra e educação para os direitos humanos" (GREGORI, 1998, p. 25).

Para a efetivação desse programa o governo brasileiro criou, em 1997, a Secretaria Nacional dos Direitos Humanos com a atribuição de coordenar a política de promoção e proteção dos DH no Brasil. Porém, para se consagrar a efetivação do PNDH é necessário, também, "o apelo para que cidadãos, em geral, e agentes do Estado, em particular, pautem suas condutas pelo respeito à Declaração e internalizem seus valores fundamentais" (GREGORI, 1998, p. 26-27).

A concepção dos DH como política oficial do governo brasileiro e a implementação do PNDH caracterizou um reforço aos ideais democráticos. Isso porque a democracia é considerada pela rede internacional de proteção dos DH a forma de governo mais apropriada aos preceitos desenvolvidos no âmbito dos DH (BENEVIDES, 2004). A Conferência de Viena, um importante evento internacional em prol dos DH, realizada em 1993, teve como produto a 'Declaração de Viena'. Este documento estabelece como necessária a relação mútua entre DH, democracia e desenvolvimento. Como aponta Maria Victoria de Mesquita Benevides (2004, p. 180): "é o primeiro documento da ONU que consagra, explicitamente, a democracia como o regime político mais favorável à promoção e à proteção dos direitos humanos".

Desde seu advento, até a data atual, a PNDH já passou por três versões. A primeira, inaugurou tal programa em 1996; e duas versões seguintes que a atualizam: uma elaborada em 2002, ainda no governo de Fernando Henrique Cardoso; e a outra em 2010 no governo de Luis Inácio Lula da Silva. Cabe-nos comentar que a instauração da PNDH no Brasil refletiu-se no SP, pois

os três Planos Nacionais de Direitos Humanos, realizados até hoje, conservam medidas de curto, médio e longo prazo na tentativa de dirimir a violação dos direitos humanos das pessoas que estão privadas de liberdade, porque, em verdade, estas violações ainda ocorrem. Mas demonstra, sobretudo, a visibilidade que as pessoas que estão nesta condição tem ganhado na agenda política do país, que embora conserve resquícios dos tempos de ditadura, também tem, cada vez mais, considerado a Democracia como algo que está além de um mero conceito (ORTH, 2012, s/p).

Vale destacar que em 1984, antes da instituição do PNDH, consolidou-se um novo sistema para cumprimento e execução de penas no Brasil. Respectivamente, a partir da aprovação do Código Penal, lei nº 7.209, e da Lei de Execução Penal (LEP), nº 7.210. Estas leis reformularam todos os princípios básicos do Direito Penal brasileiro, possibilitando: a progressão do regime de penas do mais severo (regime fechado) ao mais brando (regime aberto); a regressão da pena; e a instituição de novas modalidades penais, intituladas penas alternativas, que se referem à prestação de serviços à comunidade e à restrição de direitos (PEDROSO, 1997).

Dez anos após a instituição da LEP, vigorou no Brasil duas resoluções que incrementam a execução penal no país. O conteúdo dessas resoluções refere-se à preservação da dignidade da pessoa privada de liberdade, são elas: a 'Resolução nº

14', datada em 11 de novembro de 1994, estipula regras mínimas no tratamento do preso (BRASIL, 1994); e a 'Resolução nº 01', instituída em 20 de março de 1995, que dispõe como as regras mínimas da resolução citada anteriormente devem ser aplicadas nos estados brasileiros (BRASIL, 1995).

Dessarte, quando o Brasil aderiu as 'Regras Mínimas para o Tratamento de Reclusos', – formuladas em Genebra no ano de 1955 em uma convenção da ONU –, incorporou-se à LEP a proteção internacional de DH das pessoas encarceradas (ORTH, 2012). Isto configura o 'novo' estatuto executivo penal de nosso país como democrático, onde a pena privativa de liberdade é norteadada pelo princípio dos DH, rejeita punições cruéis e degradantes.

Apesar dos esforços para agregar a proteção internacional de DH à legislação criminal brasileira, a realidade dos presídios – pelo menos a realidade de sua grande maioria – indica um cotidiano de desumanização. Essa realidade diverge com a almejada ressocialização do sujeito e, também, com a humanização da pena (PEDROSO, 1997). Em complementação ao que afirmamos Ana Maria de Barros (2011) denuncia que

O problema relativo às violações dos direitos dos presidiários no Brasil se relaciona à fragilidade do nosso Estado de Direito, o que permite que em nosso país a prática da violência contra os direitos humanos ocorra com tanta frequência e 'naturalidade' (BARROS, 2011, p. 09).

A população penitenciária possui direitos que se encontram especificados na Constituição Federal de 1988 (CF/88) e também na LEP. Ambas as leis, como já mencionamos, concebem os DH como seus fundamentos, e os mesmos devem ser zelados pela democracia (ORTH, 2012). Vale lembrar, também, que a saúde está inserida pelo artigo 25, na 'Declaração Universal dos Direitos Humanos'. Nela, a saúde surge como representante da preservação da vida e da dignidade humana. Assim sendo, "toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica" (ONU, 1948, s/p).

Convergingo com as preconizações internacionais dos DH, o artigo 196 da CF/88 define que

[...] a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de

outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, s/p).

E, como dispõe o Artigo 5 XLIX da CF/88, “é assegurado aos presos o respeito à integridade física e moral”. Neste sentido, o artigo 10 da LEP define que “a assistência ao preso e ao internado é dever do Estado, objetivando prevenir o crime e orientar o retorno à convivência em sociedade”. E, como consta no 11º artigo desta mesma lei, a assistência à população penitenciária se estende aos âmbitos: “material; da saúde; jurídico; educacional; social e religioso”. Diante destas disposições, a pena objetiva não apenas a privação de liberdade do sujeito, mas também a ressocialização, e para tal os direitos básicos como alimentação e saúde, dentre outros, devem ser providos.

Em sua teoria a LEP é norteada pelo princípio da humanidade, ou seja, rejeita punições cruéis e degradantes. Porém, a realidade do SP brasileiro não é esta: o que se evidencia é um descaso à humanidade do presidiário, o que abrange, dentre outros aspectos, a falta de garantia do seu direito à saúde. O tratamento dado pelo Estado à população penitenciária é imbuído na violação de direitos fundamentais, como nos aponta o estudo de Rafael Damaceno de Assis (2007, p. 75):

No entanto, 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 castigos, 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.

Diante do exposto, é necessário discutirmos alguns aspectos das políticas públicas em saúde específicas para o SP brasileiro. Ao concebermos as políticas públicas como instrumentos para a concretização do direito à saúde, essa análise é essencial para avançarmos o debate acerca da assistência à saúde da população penitenciária.

Reconhecendo que: o acesso à saúde é um direito fundamental humano; e diante das evidências de que esse direito é negligenciado no SP; analisamos, no tópico que segue, como as políticas públicas organizam o acesso à saúde da população penitenciária, atentos principalmente às disposições do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), instituído em 2004.

3.2 A 'TARDIA' INCORPORAÇÃO DA POPULAÇÃO PENITENCIÁRIA À COBERTURA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Retomamos que o panorama acerca da saúde no Sistema Penitenciário (SP) explicitado no tópico anterior se insere no cenário pós-redemocratização do Brasil. Apesar de todo o arcabouço de políticas públicas em prol da universalização do direito à saúde, por muito tempo as pessoas privadas de liberdade não conseguiram acessar este direito (RIBEIRO, 2007).

No contexto exposto nos tópicos acima e diante do trágico cenário das instituições penais do Brasil, em 2003 houve uma mudança na ação governamental na gestão das políticas públicas de saúde no país. Tal mudança é oriunda do debate acerca da saúde pública que ocorreu em 2003 no projeto governamental denominado "Projeto Saúde 2004". Este projeto foi "orientado à ampliação da visão dos problemas relativos ao cuidado à saúde do cidadão brasileiro" (RIBEIRO, 2007, p. 1526), porém seus resultados só seriam aplicados no ano seguinte, 2004.

Nesse projeto foi instituída a Portaria Interministerial nº 1777, de 09 de setembro de 2003, que inaugura o 'Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário' (PNSSP). Porém, somente em 2004 o Ministério da Saúde publica e divulga tal plano na 12ª Conferência Nacional de Saúde. Neste sentido, o PNSSP foi elaborado e instituído como forma de assegurar o direito à saúde à população privada de liberdade.

O PNSSP foi elaborado pelos Ministérios da Saúde e da Justiça, com a participação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. Foi aprovado na Comissão Intergestores Tripartite, na 12ª Conferência Nacional de Saúde, no Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária e incluído no Plano Nacional de Saúde.

Doravante, a população penitenciária brasileira passou a ser assistida pela saúde pública com um corpo discursivo próprio. Isso ocorreu vinte anos após vigorar a Lei de Execução Penal (LEP), dezesseis anos depois da vigência da saúde como direito constitucional e após quatorze anos de instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), que, em teoria, emanavam em seus discursos jurídicos garantias de saúde e assistência a essa população. A esse respeito, Gabrielle Jacobi Kölling e colaboradores (2013, p. 284) afirmam que "o enfrentamento do problema da

cegueira em relação à concretização do direito fundamental à saúde no sistema prisional dar-se-á mediante a consolidação da política pública de saúde”.

O PNSSP foi desenvolvido para que as ações e serviços de saúde no SP viessem a ser organizadas com base nos princípios do SUS (universalidade; equidade; integralidade; descentralização; resolutividade; regionalização e hierarquização; participação popular). Ou seja, tal documento visou garantir o direito à saúde, abranger a população penitenciária ao SUS e nortear as práticas de saúde no SP. Dessa forma,

Com o intuito de garantir o direito constitucional à saúde e o acesso com equidade, integralidade e universalidade e organizar as ações e serviços de saúde dentro dos estabelecimentos penais [...] O PNSSP contempla, essencialmente, a população recolhida em penitenciárias, presídios, colônias agrícolas e/ou agroindustriais e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, não incluindo presos em penitenciárias federais, do regime aberto, e presos provisórios em cadeias públicas e distritos policiais²⁶ (UNODC; OPAS, 2012, p. 23).

De maneira geral é possível afirmar que esse plano representa a preocupação do poder público em incluir a população penitenciária ao sistema de saúde. Para o Estado, a inclusão da população penitenciária ao SUS lhe garante o cumprimento, ao menos em teoria, de certas garantias dos direitos humanos (DH). O PNSSP foi redigido conforme os princípios do SUS e orienta ações integrativas à saúde, como nele consta:

As ações e os serviços de atenção básica em saúde serão organizadas nas unidades prisionais e realizadas por equipes interdisciplinares de saúde. O acesso aos demais níveis de atenção em saúde será pactuado e definido no âmbito de cada estado em consonância com os planos diretores de regionalização e aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e do Conselho Estadual de Saúde (CES). (BRASIL, 2004, p. 10).

Para a efetividade dos objetivos do PNSSP, suas diretrizes estratégicas devem ser executadas em coerência com a realidade penitenciária e o processo saúde/doença. E, por isso, é fundamental que as ações sejam intersetoriais e integrativas, nas quais a saúde é reconhecida como um exercício da cidadania e de

²⁶O PNSSP não inclui: os presos em penitenciárias federais, pois estas instituições penais gerem a assistência à saúde dos presos de acordo com sua própria organização diferenciada das outras prisões; os presos do regime aberto, porque estes presos não estão institucionalizados em penitenciárias, ou seja, não cumprem pena em regime fechado; e presos provisórios em cadeias públicas e distritos policiais, pois esses sujeitos ainda não foram julgados.

incentivo social. Nesse sentido, os instrumentos de gestão do PNSSP orientam o planejamento e a tomada de decisão de gestores de saúde, preconizando ações intersetoriais entre as Secretarias Estaduais de Saúde e de Justiça e das Secretarias Municipais de Saúde. Já o financiamento do sistema varia para cada localidade de acordo com a arrecadação tributária, o repasse dos recursos para a assistência à saúde nas penitenciárias

[...] obedecerá às regras que regulamentam a transferência de recursos financeiros a estados e municípios, estabelecidas pelo Ministério da Saúde, cabendo destacar a orientação do Manual para Organização da Atenção Básica. (BRASIL, 2004, p. 15).

Concordamos com Gabrielle Jacobi Kölling e colaboradores (2013) quando afirmam que

Talvez ainda seja leviano afirmar que a política de saúde no sistema prisional esteja mais bem estruturada do que várias outras políticas sanitárias no tocante ao fator financeiro, tendo em vista que há a divisão de responsabilidade e financiamento de modo razoavelmente claro. Sabe-se que um dos problemas da saúde, de modo geral, é o financiamento. É uma matéria que ainda carece de legislação clara e específica. (KÖLLING *et al.*, 2013, p. 292-293).

Cientes do exposto, não temos dúvidas que a questão estrutural das penitenciárias brasileiras não é de competência do setor da saúde. Porém, assim como no processo de redação e implementação do PNSSP, o setor da justiça e o sistema político precisam se unir ao setor da saúde para realizar as ações necessárias para a efetivação do plano e para a garantia da assistência à saúde da população penitenciária. Neste aspecto constatamos que o PNSSP indica um avanço, pois a implementação do plano ocorreu de uma parceria interinstitucional admitindo que a saúde no SP é um direito de 'responsabilização múltipla' (TEIXEIRA, 2006). Este posicionamento, como mencionamos no Capítulo 2, é convergente com os pressupostos da promoção de saúde.

A aposta deste plano é que a inclusão dos indivíduos privados da liberdade em ações de promoção, prevenção e atenção integral à saúde como um caminho para a diminuição da violência nas instituições penais. Não vinculando a resposta à violência ao aumento estrutural do sistema penitenciário (número de presídios, vagas, etc.) e ao rigor das penas (BRASIL, 2004).

Dentre as disposições do plano está a criação de um sistema de informações para o registro acerca dos serviços de saúde no âmbito prisional. Com este recurso tecnológico as instituições penais serão monitoradas através do 'Sistema de Informações em Saúde do SUS'. Para incluir as informações nesse banco de dados as instituições penais devem se registrar ao 'Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde' (CNES/SUS). A Portaria nº 268, de 17 de setembro de 2003, estabelece normas específicas para a inclusão de informações acerca da saúde nas penitenciárias. A possibilidade de incluir as instituições penais no CNES/SUS caracteriza um avanço implementado pelo PNSSP. A preconização do registro e da publicação dessas informações são fundamentais para a (re)orientação das ações em saúde no SP, porém "ainda há o desafio de implantação e implementação de uma Política Nacional de Saúde no Sistema Prisional voltada à qualificação de dados epidemiológicos" (UNODC; OPAS, 2012, p. 25).

No que se refere aos recursos humanos, o documento dispõe atribuições fundamentais às equipes que assistem esta população. Preconiza-se o trabalho em equipe interdisciplinar com planejamento de ações de promoção e vigilância em saúde. Em instituições com mais de 100 até 500 presos deve haver uma equipe mínima de atenção, composta por: médico, enfermeiro, odontólogo, psicólogo, assistente social, auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório dentário; com carga horária de trabalho de 20 horas semanais (BRASIL, 2004).

No que tange à estrutura operacional dos profissionais da saúde, o PNSSP determina uma equipe mínima. Consideramos que a equipe é restrita em qualidades técnicas para a complexidade da assistência à saúde nas penitenciárias, pois haveria a necessidade de se ampliar o quadro das especialidades da saúde, incluindo outros profissionais na equipe. Como, por exemplo, o fisioterapeuta, o farmacêutico, o fonoaudiólogo, dentre outros. Sendo assim, gostaríamos de vislumbrar essa superação na formulação do quadro de profissionais da saúde no PNSSP. A esse respeito, concordamos que são necessários esforços para aprimorar as condições

dos processos de educação e formação dos profissionais de saúde e de segurança, aprimorando assim o acesso e a qualidade da atenção, qualificando as linhas de cuidado ofertadas pelas ações de saúde das equipes de saúde no Sistema Prisional, na perspectiva da clínica ampliada, com projetos terapêuticos individualizados, envolvendo cada situação de saúde (UNODC; OPAS, 2012, p. 26).

As instituições com menos de 100 presos terão acesso à saúde garantido pela rede pública de saúde. Isto é: serão cobertos pela rede de assistência à saúde local que compõem o SUS (assistência de baixa, média e alta complexidade). Porém, os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico terão normas próprias de funcionamento, de acordo com suas especificidades e subsidiadas pela Política de Saúde Mental, como preconiza o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004).

No sítio eletrônico do Ministério da Justiça, cujo endereço é <www.justica.gov.br>, se encontram as publicações dos documentos denominados “Relatórios Estatísticos Analíticos do Sistema Prisional”. Através deles é possível acessar informações a respeito do número de equipes de saúde nas penitenciárias brasileiras e o número de profissionais de saúde que estão em serviço no SP. De acordo com o último relatório publicado, referente aos dados do SP de 2013, há no Brasil 1.482 estabelecimentos penais e há apenas 133 módulos de saúde atuantes (BRASIL, 2013a). Não há necessidade de tratamento estatístico desses números para que se constate que há uma defasagem na assistência à saúde da população penitenciária.

Consta, ainda, nesse relatório que a população penitenciária brasileira corresponde a 574.027 sujeitos. Como o PNSSP preconiza que haja uma equipe de saúde para cada 500 sujeitos presos, de acordo com os dados desse relatório o número de equipes de saúde atuantes nas penitenciárias brasileiras deveria ser 1.149, ou seja, estão atuando apenas 10% do total de equipes de saúde necessárias para atender a demanda do SP Brasileiro. Já mencionamos acima que a equipe de saúde preconizada pelo PNSSP tem um quadro profissional bem reduzido. Esta situação sugere, portanto, que provavelmente a equipe se esforçaria muito para atender a demanda existente. E, com um número de equipes de saúde atuantes no SP tão distante do ideal, podemos concluir que praticamente não há assistência à saúde para a maioria da população penitenciária do país.

Salientamos, neste momento, que a portaria que instituiu o PNSSP preconiza que haja a extensão plena dos serviços do SUS às prisões, mas coloca em evidência a assistência à saúde da população penitenciária em nível de atenção básica. Por exemplo, através do plano é disponibilizado para as penitenciárias o kit de medicamentos da atenção básica; o que nos leva a pensar que essa população não tem acesso aos outros níveis de atenção à saúde e/ou o acesso seja limitado

e/ou inexistente. A esse respeito, Gabrielle Jacobi Kölling e colaboradores (2013) levantam a seguinte questão:

O Ministério da Justiça deveria arcar com a reforma e a adequação dos espaços físicos de estabelecimentos penais e equipamentos (veja-se: deveria. É a eterna “luta” do dever ser.). No rol dos apenados, temos homens e mulheres, mas então como ficam as políticas específicas, recortadas conforme o foco? Mulher, idoso, homem... Não ficam, pois não chegam aos presídios (KÖLLING *et al.*, 2013, p. 292).

O PNSSP preconiza as estratégias de gestão em saúde para que o acesso da população penitenciária, em todos os níveis de atenção, seja efetivado. Mas, o plano determina que somente as ações da atenção básica devam ser exercidas no interior das instituições prisionais, e as de maior nível de complexidade são referenciadas na rede de saúde local. Neste contexto, a organização da demanda penitenciária nos diferentes níveis de atenção à saúde é estipulada de acordo com “as metas para esse fluxo [que] são definidas em cada estado, articuladas com os planos diretores regionais, comissões e conselhos estaduais de saúde” (UNODC; OPAS, 2012, p. 23).

Para além do exposto, como o PNSSP foi desenvolvido para que as ações e serviços de saúde no SP viessem a ser organizadas com base nos princípios do SUS, devemos abordar outro aspecto fundamental de seu escopo: o controle social.

3.2.1 A Representatividade da População Penitenciária no Controle Social do Sistema Único de Saúde

No que diz respeito à regulação da participação popular na gestão do SUS há uma lei específica: a Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990. Ela dispõe “sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências”. Para o controle social do SUS, esta lei prevê duas instâncias colegiadas em cada esfera de governo: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde.

Em 2003, o Ministério Público considerando “que os Conselhos de Saúde, consagrados pela efetiva participação da sociedade civil organizada, representam um pólo de qualificação de cidadãos para o Controle Social nas demais esferas da

ação do Estado”, instituiu a Resolução nº 333 que determina as “diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde” (BRASIL, 2003c, p. 03).

Na resolução está disposto que o Conselho de Saúde “atua na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros” (BRASIL, 2003c, p. 04). Neste sentido, esta resolução regulamenta a participação dos representantes de entidades governamentais, bem como dos representantes dos segmentos sociais organizados. A legislação estabelece, ainda, a composição paritária de usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos representados. Assim, o Conselho de Saúde será composto por “representantes de usuários, de trabalhadores de saúde, do governo e de prestadores de serviços de saúde, sendo o seu Presidente eleito entre os membros do Conselho, em Reunião Plenária” (BRASIL, 2003c, p. 05).

Ainda de acordo com a preconização da Resolução nº 333, o total das vagas para participação no Conselho de Saúde divide-se em: 50% de entidades de usuários; 25% de entidades dos trabalhadores de saúde; 25% de representação de governo, de prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos. Havendo, também, um critério para a representação de órgãos e/ou entidades, de acordo com a força social e as especificidades locais. Porém, na redação da resolução, quando se abrange a diversidade das representações de órgãos e/ou entidades contempladas no Conselho de Saúde se nota a ausência da representatividade da população penitenciária:

- a) de associações de portadores de patologias;
- b) de associações de portadores de deficiências;
- c) de entidades indígenas;
- d) de movimentos sociais e populares organizados;
- e) movimentos organizados de mulheres, em saúde;
- f) de entidades de aposentados e pensionistas;
- g) de entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais;
- h) de entidades de defesa do consumidor;
- i) de organizações de moradores.
- j) de entidades ambientalistas;
- k) de organizações religiosas;
- l) de trabalhadores da área de saúde: associações, sindicatos, federações, confederações e conselhos de classe;
- m) da comunidade científica;
- n) de entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento;
- o) entidades patronais;
- p) de entidades dos prestadores de serviço de saúde;

q) de Governo (BRASIL, 2003c, p 05-06).

Como o PNSSP está inserido no SUS e é pauta da agenda de saúde pública brasileira o que se evidencia é a falta do controle social deste plano. Constatamos que não há a preconização de representantes da população penitenciária no Conselho de Saúde, que visa, também, descentralizar o poder e promover ações em saúde condizentes com a realidade local. Dessa forma, ocorre uma defasagem dessa assistência à saúde, pois não há o controle social adequado para (re)orientar as ações do PNSSP.

Apesar de constar em seu corpo discursivo que “o Plano Nacional de Saúde prevê a inclusão da população penitenciária no SUS, garantindo que o direito à cidadania se efetive na perspectiva dos direitos humanos” (BRASIL, 2004, p. 10); o que se evidencia é o descaso com a saúde da população penitenciária, privada do direito à assistência à saúde e do direito de ser representada e interferir em sua realidade. Mesmo com todo o arcabouço legislativo para a garantia do direito à saúde da população penitenciária, bem como o acesso à cidadania desta população, constatamos a inefetividade das estratégias e a restrição da cidadania, condicionando a população penitenciária à subalternidade.

No tópico que segue, analisamos dados acerca das ações em saúde vigentes no SP penitenciário após a instituição do PNSSP. Apesar dos esforços para a universalização do direito à saúde no Brasil, com a instituição de políticas públicas específicas para a população penitenciária, há evidências de que a efetivação das mesmas não ocorreu.

3.2.2 O Acesso à Saúde da População Penitenciária: a Saúde Negligenciada

Como já constatamos, o Ministério da Saúde reconhece a especificidade da saúde em relação à população penitenciária, e estima 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* (BRASIL, 2004, p. 21).

Por isso o PNSSP foi desenvolvido e implementado com o intuito de organizar o acesso desse segmento populacional às ações públicas de prevenção e promoção de saúde, pois

É fato conhecido que os problemas de saúde decorrentes das condições de confinamento não têm sido objeto de ações de saúde que possibilitem o acesso das pessoas presas à saúde de forma integral e efetiva. A necessidade de implementação de uma política pública de inclusão social que atente para a promoção dos direitos humanos das pessoas privadas de liberdade aponta para a importância da reorientação do modelo assistencial, a fim de atender às carências manifestas por esta população (BRASIL, 2004, p. 07).

Em 2013, o Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP) publicou um relatório denominado “A visão do ministério público sobre o Sistema Prisional brasileiro”. Neste relatório há dados relativos às prisões brasileiras, referentes ao mesmo ano. O relatório explicitou informações referentes à estrutura física dos presídios e ao perfil da população carcerária brasileira. Também emergiram neste texto dados referentes à saúde da população penitenciária, porém de maneira tímida.

De acordo com os dados do relatório do CNMP (2013b, p. 42) a população carcerária brasileira corresponde a 448.969 sujeitos distribuídos em 1.598 instituições penais, que correspondem à capacidade para abrigar somente 302.422 sujeitos. Essa superlotação das instituições penais confere à população penitenciária uma condição de vulnerabilidade que se soma à insalubridade do ambiente; à exposição da violência e da violação dos direitos humanos; às precárias condições de alimentação e higiene; e à falta de acesso aos serviços públicos de saúde (UNODC; OPAS, 2012. OMS; UNODC, 2007).

Analisando os dados acerca da saúde contidos neste documento é possível imaginar que a concepção de saúde, aderida pelo CNMP, é muito restrita e simplista quando comparada ao conceito de saúde ampliada construído na 8ª Conferência Nacional de Saúde em Brasília no ano de 1986:

Em sentido amplo, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (Brasil, 1986, p. 04).

Em todo caso, mesmo assim, pela restrição dos dados apresentados no documento do Ministério Público é possível verificar de imediato um forte e amplo descaso com a saúde da população penitenciária brasileira. Como bem nos orienta Ana Gabriela Mendes Braga (2013, p. 01):

Não se ouvem os gritos e vê-se muito pouco do que acontece entre grades. Essa opacidade da prisão contribui para que o espaço social carcerário não seja reconhecido como parte integrante da sociedade, e para que o sofrimento da pessoa presa não atravesse os muros.

O documento, elaborado e publicado pelo CNMP, expõe um quadro denominado “Constatações Diversas” (p. 69), sob um chapéu que diz “Assistência à saúde”. Este quadro possui extensão menor que uma página do documento, e somente ele dentre todo o conteúdo do documento – composto por 322 páginas – refere-se à assistência à saúde nos presídios. Expomos, abaixo, o quadro para análise:

Figura 2 - Indicadores de saúde no SP brasileiro em 2013, segundo o relatório do CNMP.

ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Quadro 1: Constatações Diversas

Regiões	Há farmácia no estabelecimento?		Há procedimentos específicos para troca de roupas de cama e banho e uniforme em face de patologias de presos?		É prestado atendimento médico emergencial?		Há distribuição de preservativos?		É prestado atendimento pré-natal às presas gestantes?		Há solário?		Total de Respondentes
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	
CENTRO OESTE	85	201	45	241	269	17	174	112	124	162	261	25	286
NORDESTE	87	212	23	276	274	25	148	151	64	235	264	35	299
NORTE	79	89	12	156	153	15	95	73	53	115	135	33	168
SUDESTE	313	256	228	341	543	26	333	236	193	376	521	48	569
SUL	148	128	70	206	271	5	177	99	106	170	262	14	276
Total Geral	712	886	378	1.220	1.510	88	927	671	540	1.058	1.443	155	1.598

Fonte: BRASIL, 2013, p. 69.

Constata-se que para o CNMP a saúde da população penitenciária é reduzida e limitada à existência de uma farmácia na instituição penal; à higienização dos

uniformes e das roupas de cama e banho; ao atendimento de emergência médica; à distribuição de preservativos; ao atendimento pré-natal das gestantes; e ao acesso à luz solar no ambiente prisional. Esta delimitação é muito restrita e simplista diante do conceito de saúde ampliada desenvolvido em Brasília no ano de 1986 na 8ª Conferência Nacional de Saúde. Não constam no relatório dados importantes e determinantes da saúde da população penitenciária como, por exemplo, alimentação, habitação, higiene, acesso a toda diversidade de ações em saúde disponíveis no SUS preconizadas no PNSSP, entre outras. E, convergindo com a exposição de Gabrielle Jacobi Kölling e colaboradores (2013, p. 283) “alguns condicionantes de saúde, tais como educação, saneamento básico, dentre outros, são determinantes para o precário quadro sanitário no sistema prisional brasileiro”.

Além de uma concepção simplista de saúde, o CNMP denota em seu relatório que nem mesmo o sucinto entendimento de saúde nele exposto se estende a 100% das instituições penais. Essa constatação, conseqüentemente, indica a inefetividade do PNSSP após 10 anos de sua instituição. Ou seja, mesmo com uma política pública em saúde específica para a população penitenciária brasileira não houve a extensão do direito à saúde a mesma.

De acordo com as disposições de Gabrielle Jacobi Kölling e colaboradores (2013), o Estado é negligente com a questão da saúde nas instituições penitenciárias, pois não observa e não toma decisões a respeito da ausência de assistência à saúde existente nas prisões. O não provimento dos direitos fundamentais ocasionam um prejuízo à vida daqueles que estão sob seu cuidado. Essa negligência é inadmissível, porque “a saúde é a necessidade mais vital dentre todas, pois sem condições mínimas de saúde, não há vida” (KÖLLING *et al.*, 2013, p. 285). Para esses autores, a efetividade do PNSSP depende da atribuição das qualidades de humano e de cidadão ao sujeito apenado:

É preciso que a sociedade reveja os seus conceitos de ‘homem criminoso’ e seus padrões éticos e humanos de relacionamento com este, e, ao encarcerado, dê oportunidades de se redescobrir como cidadão, de ter uma visão construtiva de seus deveres, direitos e qualidades (KÖLLING *et al.*, 2013, p. 287).

Para além do exposto, outro indício da inefetividade das ações e das estratégias em saúde voltadas para a população penitenciária é a falta de controle e

prevenção de doenças infecto contagiosas na prisão. Principalmente o HIV/AIDS, as hepatites virais e a tuberculose.

De acordo com o PNSSP, no que diz respeito à prevenção e ao tratamento da AIDS nas instituições penitenciária, preconiza-se que sejam realizadas as seguintes ações:

- Diagnóstico, aconselhamento e tratamento em DST/ HIV/AIDS:
- ações de coleta para o diagnóstico do HIV;
 - distribuição de preservativos para as pessoas presas e servidores;
 - ações de redução de danos nas unidades prisionais;
 - elaboração de material educativo e instrucional;
 - fornecimento de medicamentos específicos para a AIDS e outras DST;
 - ações de diagnóstico e tratamento das DST segundo a estratégia de abordagem sindrômica;
 - ações de vigilância de AIDS, HIV e DST;
 - alimentação do Siclom e Siscel (respectivamente, Sistema Integrado de Controle de Medicamentos e Sistema Integrado de Controle de Exames Laboratoriais) (BRASIL, 2004, p. 30-31).

Com estas ações o PNSSP estipulou metas a serem concretizadas, sendo elas: todos os sujeitos ao adentrarem a instituição penal devem ser aconselhados sobre o HIV/AIDS e realizar exame diagnóstico para este agravo; realizar o diagnóstico do HIV/AIDS em todos os casos suspeitos; ofertar tratamento para todos os casos diagnosticados; distribuir preservativos para toda população penitenciária (BRASIL, 2004). Além disso, o registro dos dados acerca da incidência do HIV/AIDS nas instituições penitenciárias é, também, preconizado pelo PNSSP para fomentar o sistema de informação em saúde do SUS.

A respeito da prevenção e tratamento do HIV/AIDS nas instituições penitenciárias o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) destacam que

Condições precárias podem ainda dificultar ou mesmo impedir a implementação de respostas eficazes ao HIV e à Aids por parte dos profissionais prisionais. Portanto, a ação de prevenir a transmissão da infecção pelo HIV em ambientes prisionais e de disponibilizar serviços de saúde às pessoas que vivem com HIV/Aids nesse meio se insere em esforços mais amplos de melhoria das condições de privação de liberdade (UNODC; OPAS, 2012, p. 47).

Diante do exposto, a OPAS e o UNODC recomendam ações que vão além das dispostas no PNSSP “como parte de uma estratégia abrangente para a prevenção do HIV, o tratamento, o cuidado e o apoio para as pessoas vivendo com

HIV/Aids no Sistema Prisional” (OMS; UNODC, 2007, p. 55). Essas ações compreendem:

Ações de informação, educação e comunicação para população prisional e profissionais; Disponibilização de preservativos e lubrificantes; Medidas voltadas ao enfrentamento da violência sexual, do estupro e da coerção e redução dos riscos de transmissão do HIV e coinfeções nos casos de violência; Profilaxia pós-exposição; Prevenção e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis; Tratamento para a dependência química; Ações de redução de danos; Testagem e aconselhamento para o HIV; Acesso à Terapia Antirretroviral; Intervenções voltadas à prevenção da transmissão vertical (da mãe para o filho) entre mulheres grávidas e lactantes no Sistema Prisional (OMS; UNODC, 2007, p. 55).

A OPAS e o UNODC (2012) também consideram o ambiente carcerário favorável à transmissão das hepatites virais. A esse respeito, destacam as condições sanitárias e as orientações acerca das hepatites virais como essências para evitar a transmissão no ambiente prisional. Pois, essa doença “dissemina-se muito mais facilmente que o HIV, por meio do compartilhamento de lâminas de barbear, escovas de dente e da aplicação de tatuagem e *piercing* no corpo” (UNODC; OPAS, 2012, p. 60).

Percebemos que na redação do PNSSP há o reconhecimento da hepatite como uma das doenças incidentes e prevalentes na população penitenciária. O documento prevê duas estratégias para prevenir a ocorrência da hepatite nas instituições penais: o aconselhamento dos sujeitos acerca das hepatites virais e a imunização, por vacinação, contra hepatite B (BRASIL, 2004).

Com estas estratégias o PNSSP prevê o alcance das seguintes metas, em todas as instituições penais do país: todos os sujeitos ao adentrarem a instituição penal devem ser aconselhados sobre a hepatite, bem como imunizadas com a vacina contra hepatite B; definir pactos para a testagem e diagnóstico da hepatite (BRASIL, 2004). Também se preconiza o registro dos dados acerca da ocorrência de hepatite na população penitenciária.

De acordo com informações do UNODC e da OPAS (2012), estima-se que nas prisões a tuberculose é 100 vezes mais comum do que nas comunidades, caracterizando-se como um problema grave de saúde pública. Segundo essas organizações, os fatores de risco para a transmissão no cárcere são as “celas superpopulosas, mal ventiladas e com pouca iluminação natural, exposição frequente à microbactéria da TB [tuberculose] em ambiente fechado, falta de

informação e dificuldade de acesso aos serviços de saúde na prisão” (UNODC; OPAS, 2012, p. 59).

Ao consultarmos o texto da PNSSP encontramos a disposição de estratégias para a prevenção e o tratamento da tuberculose nas instituições penais, sendo elas:

- Busca de casos de tuberculose (identificar o sintomático respiratório (SR); examinar com baciloscopia o sintomático respiratório (SR); notificar os casos novos descobertos na ficha de notificação do Sinan);
- Tratamento (iniciar tratamento de forma supervisionada diária para todos casos diagnosticados; oferecer sorologia anti-HIV para todos os casos diagnosticados; registrar os casos no Livro de Registro dos casos de tuberculose; acompanhar mensalmente o tratamento por meio de consulta médica ou de enfermagem, bem como realizar baciloscopia de controle para os casos inicialmente positivos);
- Proteção dos sadios (examinar contactantes; realizar PPD quando indicado; realizar RX quando indicado; fazer quimioprofilaxia quando indicado; desenvolver ações educativas) (BRASIL, 2004, p. 28-29).

Com as estratégias descritas acima o PNSSP espera atingir as seguintes metas:

- implantação de ações de controle da tuberculose (TB) em 100 % das unidades penitenciárias;
- diagnóstico de 100 % dos casos existentes;
- cura de pelo menos 85% dos casos novos descobertos (BRASIL, 2004, p. 34).

No entanto, estas estratégias não se mostraram efetivas. Na publicação do Ministério da Saúde denominada “Boletim Epidemiológico - O controle da tuberculose no Brasil: avanços, inovações e desafios”, elaborado pela Secretaria de Vigilância em Saúde em 2014 – dez anos após a instituição do PNSSP –, é confirmada a falta de informações acerca da ocorrência de tuberculose na população penitenciária e destaca-se que há

a necessidade do trabalho intersetorial para responder à complexidade das demandas e consequências sociais do adoecimento por tuberculose, e apontou a fragilidade das ações e dos serviços voltados às populações mais vulneráveis, o que justifica articulação do PNCT [Programa Nacional de Controle da Tuberculose] com a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR), o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) e o Departamento Penitenciário Nacional (DPN) (BRASIL, 2014a, p. 09).

Convergindo com o disposto acima, o UNODC e a OPAS (2012) revelam uma triste realidade:

No Brasil, são detectados, em média, 72 mil casos novos de tuberculose todos os anos, com quase 4.600 mortes registradas. A taxa de incidência (número de casos novos de TB [tuberculose] diagnosticados em um ano) é de aproximadamente 37 casos por 100 mil habitantes. Estima-se que no Sistema Prisional essa taxa é, em média, 27 vezes maior. Os casos de tuberculose entre a população privada de liberdade representam 6,8% dos casos notificados no Brasil [...] (UNODC; OPAS, 2012, p. 59).

Um fator que contribui para a ampliação da transmissão da tuberculose nas prisões é o fato de que “os reclusos que vivem com o HIV são mais vulneráveis”, pois “o HIV enfraquece a resposta imune e aumenta de forma considerável o risco de se desenvolver a TB [tuberculose] ativa” (UNODC; OPAS, 2012, p. 59; 54).

Como a transmissão da bactéria que causa a tuberculose ocorre pelo ar, devido às más condições sanitárias e de ventilação das prisões tal ambiente é propício à difusão dessa doença. O UNODC e a OPAS (2012) alertam que “a tuberculose representa um risco substancial à saúde de todas as pessoas privadas de liberdade, dos trabalhadores do Sistema Prisional e da comunidade fora da cadeia” (UNODC; OPAS, 2012, p. 59). Essa peculiaridade das instituições penais exige que o diagnóstico precoce da tuberculose seja realizado assim que o sujeito adentre o sistema (UNODC; OPAS, 2012).

Os dados apontados acima nos indicam que a tuberculose ainda é um problema sério de saúde pública no país e que

demonstra relação direta com a pobreza. Está associada com a exclusão social e a marginalização de parte da população submetida a más condições de vida, como moradia precária, desnutrição e dificuldade de acesso aos serviços e bens públicos. Assim, a tuberculose configura-se como uma das principais doenças a serem enfrentadas no Brasil e no mundo (BRASIL, 2014a, p. 01).

Diante desta exposição, o Ministério da Saúde afirma que há a necessidade de se intensificar as ações do Programa Nacional de Controle da Tuberculose e estendê-las à população penitenciária através de ações intersetoriais

com o Departamento Penitenciário Nacional/Ministério da Justiça e a sociedade civil organizada que atua diretamente com o sistema prisional. Com essas parcerias, espera-se o fortalecimento das ações de vigilância e controle da tuberculose nas unidades prisionais (BRASIL, 2014a, p. 12).

Destacamos, também, a busca pelos indicadores de saúde da população penitenciária que é de fundamental importância para a implementação de ações em saúde condizentes com a realidade de tal população, pois

A crescente importância, em saúde pública, das doenças de curso crônico (infecciosas e não-infecciosas) e a característica de apresentarem longos períodos de latência entre a exposição e a doença, torna necessário o acompanhamento de mudanças na prevalência de determinadas exposições na população ou em grupos populacionais definidos, que possam, a médio ou longo prazo, modificar a ocorrência dessas doenças. Em consequência, tivemos a ampliação da abrangência da vigilância que além de eventos adversos à saúde, passa acompanhar a prevalência de fatores de risco com o objetivo de fundamentar estratégia de prevenção, avaliar sua efetividade e prever, [o aumento da incidência de uma dada doença] (WALDMAN, 2007, p. 487).

Destarte, se houver a efetividade do registro de informações de saúde nas instituições penais esses dados poderão ser divulgados e estarão disponíveis para análise, permitindo a avaliação e a (re)orientação das estratégias em saúde no âmbito penitenciário.

Outro documento que relata as precaríssimas condições do cárcere foi divulgado em 2011 pelo Conselho Nacional de Política Prisional e Penitenciária e denomina-se 'Relatório de Visitas de Inspeção nas Unidades Prisionais do Estado do Paraná'. Os dados que constam nesse relatório nos mostram uma realidade que conhecemos: infraestrutura dos prédios das instituições penais precárias que necessitam de reformas elétricas, estruturais, hidráulicas e sanitárias. Condição esta que impossibilita o exercício das atividades previstas na LEP, bem como no PNSSP.

Neste relatório estão descritas as péssimas condições quais os presos são condicionados: a reclusão e a ociosidade; celas sem aeração, escuras, úmidas e com infiltrações "não possuindo as mínimas condições para que sejam recolhidas pessoas naquele local" (BRASIL, 2011, p. 04); à superlotação; à precariedade da segurança; às más condições de higiene das celas e falta de condições sanitárias para higiene da população penitenciária; à lideranças de facções criminosas articuladas no interior das penitenciárias; a comida fornecida é inconsistente quanto ao peso, qualidade e quantidade conforme combinado pelo contrato da licitação; os materiais para higiene, vestuário e para cama são fornecidos pelos familiares; crianças nos primeiros meses de vida convivendo com suas genitoras em

instituições penais precárias; falta de assistência jurídica, educacional, social e à saúde (BRASIL, 2011).

Além deste relatório referente às penitenciárias paranaenses, o Conselho Nacional de Política Prisional e Penitenciária divulgou, também, relatórios de conteúdo congênere referentes a outros estados brasileiros. Citamos neste trabalho dados acerca do relatório divulgado sobre o Estado do Paraná a título de exemplo.

Diante de todas as considerações expostas acima, resta-nos concordamos com Gabrielle Jacobi Kölling *et al.* quando afirmam que “o direito à saúde NÃO é “respeitado”, tampouco efetivado, visto que os presos ficam em local fétido, com péssimo estado físico, amontoados, sem colchões, em celas úmidas e sujas” (2013, p. 285).

A saúde da população penitenciária, portanto, está negligenciada por omissão, pela falta de gestão e de controle social (KÖLLING *et al.*, 2013). “É preciso ainda considerar o isolamento das unidades prisionais em relação à comunidade em geral e que no cárcere os grupos vulneráveis não recebem tratamento diferenciado, havendo ainda pouco monitoramento e inspeção independente” (UNODC; OPAS, 2012, p.53). A efetivação das estratégias de saúde dispostas no PNSSP caracteriza um passo fundamental para mudar a condição de saúde da população prisional brasileira.

3.2.3 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional: a Busca da Equidade nas Condições de Acesso à Saúde

As reflexões expostas até este momento nos mostram que um dos caminhos para a garantia da assistência à saúde à população penitenciária, bem como para a ampliação da cidadania e a diminuição de seu caráter excludente, seria a reorientação das estratégias de Saúde Pública no país. Para isso, se faz necessária a instituição de mecanismos que integrem os sujeitos subalternos ao espaço social. Como bem afirmam Gabrielle Jacobi Kölling e colaboradores (2013, p. 284)

[...] as iniquidades sociais, grande problema das sociedades contemporâneas, trazem profundas consequências para a saúde, mais ainda para a saúde dentro do sistema prisional. O ponto das “iniquidades” é crucial na discussão das faces do Estado Neoliberal, pois somos a sexta economia mundial e ainda preservamos muitas mazelas, ainda preferimos

os muros às pontes que distanciam a realidade do cárcere em relação à sociedade. Ao analisar o direito à saúde no sistema prisional com vistas à política pública de saúde (Plano Nacional de Saúde no Sistema Prisional), está-se criando pontes ao invés de muros, pois observar e reconhecer um problema é o primeiro passo para enfrentá-lo.

De acordo com Amélia Cohn (2007a), o sistema de proteção social do Brasil é conhecido como meritocrático-corporativista, pois o acesso aos direitos e aos serviços sociais, incluindo a saúde, se dá a partir da situação dos sujeitos no mercado de trabalho. Nesta perspectiva, é meritocrático porque os sujeitos só tem acesso à assistência à saúde, às pensões e à aposentadoria mediante sua contribuição ao sistema de proteção social do país. Ou seja,

[...] o fato de serem trabalhadores formalmente contratados, e sindicalizados, o que lhes atribui o conhecimento, pelo Estado, de estarem sob as leis que regulam a relação entre capital e trabalho (política trabalhista, política sindical e política previdenciária) (COHN, 2007a, p. 225).

Assim, o que se constata é que o modelo de proteção social brasileiro gera uma segmentação e uma diferenciação dos sujeitos no acesso aos benefícios e assistência a que tem direito. Consequentemente cria-se uma barreira na busca da equidade nas condições de acesso aos serviços sociais básicos, como a saúde (COHN, 2007a). Neste sentido, para a ampliação da equidade do acesso aos serviços sociais

[...] cabe como função básica do Estado garantir que, independentemente da presença de distintos interesses privados (dos produtores privados de serviços de assistência médica, por exemplo) e da presença de interesses particulares representados pelas diferentes necessidades sentidas pelos diferentes segmentos da população sobre que tipo de serviços de saúde atenderiam melhor suas demandas (hospitais, pronto-socorro, ambulatório, unidades básicas de saúde, por exemplo) atuar (exercer seu papel de regulador, de árbitro) para que os interesses de determinado grupo não prevaleçam sobre os demais de modo que prejudique a lógica maior de atendimento às necessidades de saúde da população em geral, entendido aqui esse conjunto de oferta de serviços de saúde como um bem público (COHN, 2007a, p. 227).

O Estado é o *locus* privilegiado da política que organiza a dinâmica das representações no âmbito político através de suas diversas instituições. Em suas ações estão refletidas as diversas conjunturas das forças sociais e políticas em cada

momento histórico da sociedade, bem como refletem o tipo de pacto de solidariedade social que elas conseguiram estabelecer (COHN, 2007a).

É nesse sentido que as políticas sociais, e, portanto também as políticas de saúde, estão comprometidas com promover, quando geridas pelo Estado, a justiça social. Isso porque, como já visto, é por meio delas que o Estado lança mão dos instrumentos que são seu monopólio para redistribuir, segundo critérios e parâmetros negociados socialmente, as riquezas da sociedade, sociedade esta composta, nas realidades capitalistas, por grupos, segmentos e classes sociais altamente desiguais entre si. No entanto, deve-se ressaltar que o parâmetro da justiça social definido por cada sociedade (ou, seu inverso, qual o grau de desigualdade social que se pode suportar conviver, segundo cada sociedade) está em constante processo de redefinição. Redefinição esta que traduz a composição do jogo de forças políticas e sociais em distintas conjunturas econômicas, - umas mais, outras menos favoráveis a gastos do Estado na área social -, e envolve sempre a disputa em torno da origem e do volume dos recursos que serão destinados a financiar a área social e em quais tipos de serviços serão feitos aqueles investimentos, e quais os segmentos sociais a serem priorizados (COHN, 2007b, p. 38-39).

Portanto, às políticas sociais atualmente não compete somente garantir aos sujeitos suas necessidades básicas, mas também promover a inclusão social. O desafio do PNSSP, bem como de outras políticas sociais, é de contribuir para que a população penitenciária, excluídos do mercado de trabalho e do sistema de participação/representatividade social, sejam incluídos e participem da vida social.

Em dois de janeiro de 2014, no governo da presidente Dilma Rousseff, vislumbramos uma conquista advinda do PNSSP, mesmo sem sua extensão efetiva nas penitenciárias brasileiras. Nesta data a ação conjunta do Ministério da Saúde e do Ministério da Justiça instituiu, através da Portaria Interministerial Nº 1, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do SUS. Essa política consolidou as disposições acerca da saúde presentes na CF/88, na LEP, nas leis orgânicas de saúde, no PNSSP, e também as considerações dos relatórios finais da 12ª, 13ª e 14ª Conferências Nacionais de Saúde (BRASIL, 2014b).

A PNAISP representa mais um esforço para consolidar o direito à saúde da população penitenciária, bem como um reforço para o exercício de cidadania desta população, pois “um plano tende a ser uma ação restrita no tempo, de opção de governo e governantes. Uma política ganha o status de ação do Estado sendo, por conseguinte, mais estável” (UNODC; OPAS, 2012, p. 25). Apesar disso, a política ainda não avançou no sentido de instituir a representatividade da população

penitenciária nas conferências e nos conselhos de saúde. Uma vez que esses eventos caracterizam o controle social em saúde através da participação popular daqueles que são assistidos pela saúde pública brasileira, denotando seu caráter democrático.

Apesar do apelo e da preconização, em diversas políticas e leis nacionais, em prol da saúde como um direito, e acessível à população penitenciária, de maneira geral é possível afirmar que na prática, bem como no senso comum, as instituições penitenciárias continuam concebidas como lugar de sofrimento. Talvez, por isso, a assistência à saúde aos indivíduos privados de liberdade não encontre forte apelo nas prioridades da agenda das políticas públicas do país. Como aponta Patrícia Tavares Ribeiro (2007, p. 1528):

O que parece importante destacar, para a atualização do debate sobre o direito à saúde, é que a persistência deste conjunto de problemas mostra a dificuldade das sociedades contemporâneas de reconhecerem e valorizarem o direito à integridade e à dignidade humanas, em sua expressão individual ou coletiva, como fundamentos para a organização e regulação das intervenções públicas — o que reforça a pertinência dos esforços recentes no campo da saúde pública, por força da pandemia de HIV/AIDS e do recrudescimento das várias formas de violência que chegam aos serviços de saúde, de abordar temas como o direito à privacidade, a recusa à estigmatização e a recusa a qualquer discriminação no cuidado. Nesse contexto, a integridade, física e moral, aqui entendida como experiência interna da condição humana de se estar inteiro(a), completo(a), animado(a) pelo próprio sentimento de dignidade, se apresenta na sua importância como dimensão constitutiva do direito à saúde, em particular no que se refere aos espaços institucionais de produção de cuidado e às relações entre pessoas que ali se estabelecem.

Neste contexto, como no Brasil a saúde é considerada um direito de todos, é também um direito do sujeito privado de liberdade. Além do acesso à saúde o direito à saúde representa o acesso à cidadania, pois sua gestão é organizada por meio da participação popular. Porém, além da falta de assistência à saúde, a população penitenciária é privada do direito de ser ouvida, de ter representatividade. Esta condição, somada às precárias e mínimas condições de sobrevivência nas instituições penitenciárias, demandam a necessidade da reflexão política e ética acerca da garantia desses direitos para este segmento da população brasileira.

CONCLUSÃO

No decorrer do percurso metodológico que traçamos para esta pesquisa nos propomos a entender como o acesso à saúde, no contexto pós-redemocratização do país, implica na humanização do Sistema Penitenciário (SP) brasileiro. Ao analisarmos as notícias acerca do SP publicadas no *Jornal do Brasil*, no período entre os anos 1990 e 2003, identificamos como a questão saúde/doença reflete na realidade prisional brasileira. O discurso jornalístico nos mostrou as condições degradantes, morais e materiais, em que se encontram as penitenciárias brasileiras, demarcando um problema social extremamente grave no país.

A perspectiva de saúde adotada por este trabalho (explicitada na introdução) é determinada pela qualidade da alimentação, do vestuário, do alojamento e da assistência médica. Através da análise das exigências e/ou motivos das rebeliões nas penitenciárias de todo o país, constatamos que as condições para se ter saúde no ambiente prisional estão muito longe do que é aceitável em termos de direitos humanos (DH), pois os sujeitos encarcerados estão permanentemente condicionados a um ambiente degradante em vários aspectos, a começar pelas condições físicas das celas do SP.

Através do discurso jornalístico, bem como na literatura acerca do tema, percebemos que à medida que a democracia foi avançando no país, a partir de meados da década de 1980, a realidade dos ambientes do SP, em termos de qualidade de saúde, não acompanhou as mudanças conquistadas no campo da saúde pública – como, por exemplo, a instituição da saúde como direito pela Constituição Federal de 1988 (CF/88) e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Diante de tal constatação, as expectativas acerca da humanização dos espaços prisionais apontam para um cenário frustrante, no qual políticas públicas, mesmo que bem intencionadas em suas proposições, não foram implementadas neste tipo de instituição total.

Ao falarmos da humanização, partimos do reconhecimento da saúde como um direito fundamental e humano. Neste sentido, para além de seu caráter normativo, entendemos que os DH estão suscetíveis a mudanças diretamente relacionadas às transformações sociais com o passar do tempo, refletindo valores e anseios de uma sociedade. Portanto, é possível afirmar que no senso comum as instituições penitenciárias continuam concebidas como lugar de sofrimento. E,

talvez, por isso a assistência à saúde aos indivíduos privados de liberdade não encontre forte apelo nas prioridades da agenda das políticas públicas do país.

Embora houvesse, no período temporal que essa pesquisa se ocupou, uma difusão mundial de tratados para a proteção e promoção dos DH, a legislação brasileira adotou tardiamente essas disposições. Somente na década de 1980 houve a apropriação dos DH pelas políticas para o SP, com a promulgação da CF/88 que concebe os DH como fundamentos do Estado Brasileiro e que devem ser zelados pela democracia.

E, neste cenário, concluímos que a humanização do SP brasileiro orienta-se pelo reconhecimento da vigência de um SP desumano. Tendo como caracterização da desumanização do sistema, sobretudo, as precaríssimas condições materiais do aprisionamento, que correspondem à habitação do sujeito em privação de liberdade. Destarte, a 'tragédia' do SP brasileiro caracteriza-se pelas celas superlotadas, úmidas e sem ventilação; ausência das instalações sanitárias, elétricas e hidráulicas; más condições de higiene e alimentação; e uma população penitenciária suscetível às doenças infectocontagiosas e também mobilizada para a realização de rebeliões.

Diante do trágico cenário das instituições penais do Brasil, na tentativa de garantir à população penitenciária a assistência à saúde, em 2003 instituiu-se no Brasil o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP). Tal plano chegou tardiamente, após 16 anos da CF/88 que instituiu a saúde como direito, e foi desenvolvido para que as ações e serviços de saúde no SP viessem a ser organizadas com base nos princípios do SUS. Porém, as más condições estruturais do cárcere na maioria dos estados da federação são indicativos de que, no mínimo, houve pouca efetividade e eficácia na implementação das ações em saúde derivadas da constituição e do posterior plano.

As condições estruturais e sanitárias precaríssimas em que se encontram os presídios brasileiros nos mostraram que a população penitenciária é mais vulnerável ao adoecimento. Não seria exagero arriscar aqui que o PNSSP tomou uma forma mais ampla - nacional - em função de uma explicitação midiática da devastação criada pela tríade HIV/AIDS, hepatite e tuberculose, tríade essa presente em todos os estados do país. Tais doenças, mais do que quaisquer outras no interior dos presídios, explicitaram o quão distante o Brasil se encontrava de uma pretensa modernidade em termos de DH para a população carcerária. Com este estudo, constatamos que a população brasileira encarcerada convive com inúmeras

doenças, sobretudo com a presença de uma tríade infectocontagiosa: o HIV/AIDS, as hepatites virais e a tuberculose. Além disso, muitas vezes os encarcerados não possuem acesso ao tratamento dessas doenças. Somadas às más condições estruturais da prisão, não há, também, a efetividade de ações de prevenção dessas doenças e o risco de transmissão de moléstias entre os detentos é muitas vezes iminente.

Além do exposto, com este trabalho apontamos a necessidade de observação e registro de dados epidemiológicos acerca da saúde da população penitenciária. Esses dados são fundamentais para que políticas públicas sejam implementadas com a pretensão de prevenir e diminuir a ocorrência de doenças na população carcerária. Se faz necessário a coleta e a análise de dados acerca da saúde dessa população na busca de indicadores de saúde que avaliem e (re)orientem estratégias em saúde para os encarcerados. Obter esses indicadores de saúde é de fundamental importância para a implementação de ações em saúde condizentes com a realidade prisional.

Em dois de janeiro de 2014 vislumbramos uma importante conquista advinda do PNSSP para a garantia ao acesso à saúde da população penitenciária. Nesta data, a ação conjunta do Ministério da Saúde e do Ministério da Justiça instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do SUS. Essa política consolidou as disposições acerca da saúde presentes na CF/88, na Lei de Execuções Penas (LEP), nas leis orgânicas de saúde, no PNSSP, e também as considerações dos relatórios finais da 12^a, 13^a e 14^a Conferências Nacionais de Saúde.

Esta política representa um esforço significativo para consolidar o direito à saúde da população penitenciária, bem como um reforço para o exercício de cidadania desta população. Prevê a efetiva inclusão da população penitenciária ao SUS, garantindo que o direito à saúde se efetive na perspectiva dos DH. Porém, o que se evidencia na prática política do nosso tempo presente é o descaso com a saúde da população penitenciária, privada do direito à assistência à saúde e do direito de ser representada e interferir em sua própria realidade.

Diante de todas estas conclusões, não duvidamos que às políticas sociais atualmente não compete somente garantir aos sujeitos suas necessidades básicas, e, no caso da população encarcerada, isso deve iniciar pela transformação das

condições físicas dos presídios, ainda longe do minimamente satisfatório. É no âmbito do direito que as desigualdades de cidadania tornam-se explícitas.

Nesta perspectiva, para que se evoque o caráter emancipatório do direito, para que haja de fato uma ampliação da cidadania no sentido de abrangência e de acesso, se faz necessário na sociedade moderna a ampliação do conceito e do acesso à democracia e à participação social. Ao reverso do que se espera, o efeito do sistema penal atual estimula e produz o aumento da violência, provocando, também, o isolamento, a estigmatização e condicionando o sujeito apenado ao profundo e desumano sofrimento do cárcere. Neste sentido, um caminho para ampliação da democracia e da cidadania é a promoção da representatividade e do reposicionamento do sujeito subalterno no espaço social.

Vale lembrar que um dos instrumentos que democratizam a saúde pública do Brasil é o controle social via participação popular através das conferências e dos conselhos de saúde. Obviamente os presos não participam desses eventos, mas eles poderiam ser ouvidos ou ter um mecanismo institucionalizado para expressar suas demandas. A PNAISP poderia avançar no sentido de instituir a representatividade da população penitenciária nas conferências e nos conselhos de saúde.

Por fim, concluímos que a desumanização do SP brasileiro, demonstrada ao longo desta dissertação, pode ser por nós conceituada como um conjunto de características que ferem a dignidade da pessoa humana vivendo em privação de liberdade e que alimenta aquilo que denominamos de 'tragédia' do SP brasileiro. Este conjunto de características negativas pode ser resumido em três itens que produzem o combustível do infortúnio e do malogro da maior parte do SP brasileiro: a inimaginável superlotação das penitenciárias; a precaríssima infra-estrutura dos mais diversos tipos de cárceres existentes em todos os estados do país; as terríveis condições de higiene de boa parte dos espaços pertinentes aos apenados. Estes itens apontados estão, em verdade, entrelaçados, e é a partir deles que se produz a desumanização no SP brasileiro ligada à esfera da saúde, com a presença de diferentes tipos de doenças epidêmicas nas prisões.

Se o quadro por nós esboçado na dissertação foi demasiadamente pessimista, vale lembrar de Albert Camus, escritor romancista nascido na Argélia de acentuado tom existencialista. Ele sugeria que diante do absurdo das coisas, a falta

de sentido do mundo não deveria ser um ponto de chegada e sim um ponto de partida.

REFERÊNCIAS

ABREU, F. de. Crime social. **Jornal do Brasil**, Rio de Janeiro, p. 06, 23 de janeiro de 2000.

ACORDO encerra rebelião em Contagem. **Jornal do Brasil**, Rio de Janeiro, p. 31, 28 de julho de 1991.

ADORNO, S. SALLA, F. Criminalidade organizada nas prisões e os ataques do PCC. **Estudos Avançados**, São Paulo. v. 21, n. 61, p. , dez. 2007.

AGUIAR, M. C. P. A. Imprensa: fonte de estudo para construção e reconstrução da história. In: X ENCONTRO ESTADUAL DE HISTÓRIA, 2010, Santa Maria. **Anais eletrônicos**. Santa Maria: ANPUH-RS, 2010. Disponível em <[http://www.eeh2010.anpuh-rs.org.br/resources/anais/9/1279234975_ARQUIVO_artigoimprensaanpuhrs\[1\].pdf](http://www.eeh2010.anpuh-rs.org.br/resources/anais/9/1279234975_ARQUIVO_artigoimprensaanpuhrs[1].pdf)>. Acesso em 10 de fevereiro de 2014.

AGUIAR, L. F. A importância dos comitês de bacias hidrográficas como parceiros de redes de municípios. In: SPERANDIO, A. M. G. MACHÍN, D. G. FORTUNATO, M. A. B. **Políticas integradas em rede e a construção de espaços saudáveis**: boas práticas para a iniciativa do rostos, vozes e lugares. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2010. p. 149-156.

ANTUNES, E. A. M. Hóspedes dos cárceres. **Jornal do Brasil**, Rio de Janeiro, p. 03, 20 de abril de 1991.

ARAÚJO JR. J. M. de. Uma solução revolucionária. **Jornal do Brasil**, Rio de Janeiro, p. 11, 11 de maio de 1990.

ASSIS, R. D. A. A realidade atual do sistema penitenciário brasileiro. **Revista CEJ**, Brasília. n. 39, p. 74-78, out./dez. 2007.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE JORNAIS (ANJ). Relação dos jornais em circulação no Brasil há mais de 100 anos. Disponível em <<http://www.anj.org.br>>. Acesso em: 10 de fevereiro de 2014.

BARROS, A. M. de. A cidadania e o Sistema Penitenciário brasileiro. **Justributário**, Fortaleza. v. 10, p. 1-20, 2011.

BELLOCH, A.; OLABARRIA, B. El modelo bio-psico-social: un marco de referencia necesario para el psicólogo clínico. **Revista Clínica e Salud**, Madrid. v. 4, n. 2, p. 181-190, 1993.

BENEVIDES, M. V. de. M. Os direitos humanos como valor universal. **Lua Nova**, São Paulo. n. 34, p. 179-188, dez. 1994.

BIBLIOTECA NACIONAL DIGITAL DO BRASIL. Disponível em <<http://memoria.bn.br/>> Acesso em: 10 de fevereiro de 2014.

BRAGA, A. G. M. **Preso pelo Estado e vigiado pelo crime: as leis do cárcere e a construção da identidade na prisão.** Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013.

BRASIL, Ministério da Justiça. **Formulário categoria e indicadores preenchidos.** Brasília: Sistema Integrado de Informações Penitenciárias – InfoPen, jun. 2013a.

_____, Ministério da Justiça. **Relatórios estatísticos analíticos do Sistema Prisional.** Disponível em <<http://www.justica.gov.br/seus-direitos/politica-penal/transparencia-institucional/estatisticas-prisional/relatorios-estatisticos-analiticos-do-sistema-prisional>>. Acesso em 20 de julho de 2014.

_____, Conselho Nacional do Ministério Público. **A visão do Ministério Público brasileiro sobre o sistema prisional brasileiro.** Brasília: CNMP, 2013b.

_____, Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Promulgada em cinco de outubro de 1988. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em 18 de setembro de 2014.

_____. **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>. Acesso em 15 de junho de 2014.

_____. **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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 15 de junho de 2014.

_____. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 15 de junho de 2014.

_____, Ministério da Saúde. **Ambiência.** 2006. Acesso em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ambiencia_2ed.pdf>. Acesso em 11 de julho de 2014.

_____, Ministério da Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____, Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____, Ministério da Saúde. **VIII Conferência Nacional de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

_____. **Portaria Interministerial nº 1777, de 09 de setembro de 2003.** Aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a. Disponível em <http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=882>.

_____. **Portaria nº 01 de dois de janeiro de 2014.** Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

_____. **Portaria nº 268 de 17 de Setembro de 2003.** Inclui, na Tabela de Serviços/Classificação do SCNES e do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde – SIA/SUS, os códigos referentes ao Sistema Penitenciário. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b.

_____. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. **Resolução nº 14 de 11 de novembro de 1994.** Resolve fixar as Regras Mínimas para o tratamento do preso no Brasil. Brasília, 1994.

_____. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. **Resolução nº 01 de 20 de março de 1995.** Aplicação das regras mínimas para o tratamento do preso no Brasil. Brasília, 1995.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 333 de quatro de novembro de 2003.** Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003c.

_____. **Lei nº 7.209.** Altera os dispositivos do Decreto-Lei 2.848, de sete de dezembro de 1940 – Código Penal, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília 11 jul. 1948.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico - O controle da tuberculose no Brasil:** avanços, inovações e desafios. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

BRITO, B. ABEND, C. STYCER, D. PEDROSA, F. AZEVEDO, L. S. AMARAL, M. Incêndio pode ter sido proposital. **Jornal do Brasil**, Rio de Janeiro, p. 01, 29 de outubro de 1991.

BURNETT, L. **De Jornal em Jornal.** Rio de Janeiro: Gráfica Record, 1968.

CARVALHO, J. M. **Cidadania no Brasil:** O longo caminho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

CASTRO, M. W. de. Carandiru, o horror. **Jornal do Brasil**, Rio de Janeiro, p. 11, dez de outubro de 1992.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Comprehensive Plan for Epidemiologic Surveillance.** Atranla: Ga., 1886.

CHAUÍ, M. NOGUEIRA, M. A. O pensamento político e a redemocratização do Brasil. **Lua Nova**, São Paulo. n. 71, p. 173-228, 2007.

COÊLHO, H. C. OLIVEIRA, S. A. N. de. MIGUEL, J. C. OLIVEIRA, M. de. L. A. FIGUEIREDO, J. F. de. C. PERDONÁ, G. C. PASSOS, A. D. C. Soroprevalência da infecção pelo vírus da Hepatite B em uma prisão brasileira. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo. v. 12, n. 02, p. 124-131, jun. 2009.

COÊLHO, H. C. **Presença do vírus HVB e HVC e seus fatores de risco nos presidiários masculinos da penitenciária de Ribeirão Preto**. 2008, 122f. Tese de doutorado (Clínica Médica) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

COHEN, S. C. BODSTEIN, R. KLIGERMAN, D. C. MARCONDES, W. B. Habitação saudável e ambientes favoráveis à saúde como estratégia de promoção da saúde. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro. v. 12, n. 1, p. 191-198, jan./mar. 2007.

COHEN, S. C. CYNAMON, S. E. KLIGERMAN, D. C. ASSUMPÇÃO, R. F. Habitação saudável no Programa Saúde da Família (PSF): uma estratégia para as políticas públicas de saúde e ambiente. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro. v. 9, n. 3, p. 807-813, jul./set. 2003.

COHEN, S. C. **Habitação saudável como caminho para a Promoção da Saúde**. 2004, 167. Tese de doutorado (Ciências na área de Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004.

_____. Habitação Saudável: um novo caminho para a promoção da saúde e do saneamento básico. Disponível em <<http://www.tratabrasil.org.br/files/Simone.pdf>>. Acesso em 19 de dezembro de 2014.

CONVÊNIO para a saúde de detentos. **Jornal do Brasil**, Rio de Janeiro, p. c3, 30 de julho de 2003.

DALMONTE, E. F. **Pensar o discurso no webjornalismo**: temporalidade, paratexto e comunidades de experiência. Salvador: EDUFBA, 2009.

DEPARTAMENTO DE DST, AIDS E HEPATITES VIRAIS. Formas de contágio. Disponível em <<http://www.aids.gov.br/pagina/formas-de-contagio>>. Acesso em 10 de julho de 2014.

_____. Hepatites virais. Disponível em <<http://www.aids.gov.br/pagina/formas-de-contagio>>. Acesso em 10 de julho de 2014.

DETENTOS da Penitenciária Agroindustrial São João fazem rebelião. **Jornal do Commercio**, Recife, 13 de fevereiro de 2014. Disponível em <<http://jconline.ne10.uol.com.br/canal/cidades/policia/noticia/2014/02/13/detentos-da-penitenciaria-agroindustrial-sao-joao-fazem-rebeliao-117675.php>>. Acesso em 20 de junho de 2014.

DIAS, R. Comunicador Social ou Jornalista? A estruturação do conhecimento profissional do jornalista em cursos de graduação. **Revista Brasileira de História da Mídia (RBHM)**, Curitiba. v. 1, n. 2, p. 139-150, dez. 2012.

DICIONÁRIO online de português. Disponível em: <<http://www.dicio.com.br/piercing/>>. Acesso em: 11 de fevereiro de 2015.

ESCRITÓRIO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE DROGAS E CRIME (UNODC). ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Guia sobre gênero, HIV/AIDS, coinfeções no Sistema Prisional**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

FERRAZ, A. BRAGA, C. GOULART, E. BATISTA, J. M. MAIA, M. RIBEIRO, M. Um ano de rebeliões nas prisões. **Jornal do Brasil**, Rio de Janeiro, p. 04, três de janeiro de 1998.

FERREIRA, A. B. de H. **Mini Aurélio século XXI: o minidicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.

FERREIRA, L. M. A. MACHADO, M. R. DE A. MACHADO, M. R. Massacre do Carandiru: vinte anos sem responsabilização. **Novos Estudos**, São Paulo, n. 94, p. 05-29, nov. 2012.

FIORUCCI, R. Considerações acerca da História do Tempo Presente. **Espaço Acadêmico**, Maringá. n. 125, p. 110-121, out. 2011.

FISHMAN, M. **Manufacturing the news**. Austin: University of Texas Press, 1988.

FOUCAULT, P. M. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. Tradução de Raquel Ramalhe. Petrópolis: Vozes, 1999.

FREITAS, M. de. Verba para presídio é insuficiente. **Jornal do Brasil**, Rio de Janeiro, p. 04, 05 de junho de 1998.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. Tradução de Dante Moreira Leite. São Paulo: Perspectiva, 1974.

GREGORI, J. Os Cinquenta anos da Declaração Universal dos Direitos Humanos. In: JUNG, W. **Cinquenta anos da Declaração Universal dos Direitos Humanos**. São Paulo, Pesquisas, n. 11, p. 23-28, 1998.

HERMETO, M. P. Habitação saudável: ampliando a atenção à saúde. **Cadernos de Arquitetura e Urbanismo**, Belo Horizonte. v.16, n.18+19, p. 147-157, 2009.

HOBSBAWM, E. J. O presente como história: escrever sobre a história de seu tempo. **Novos Estudos**, São Paulo. n. 43, p. 103-112, nov. 1995.

HUFF JÚNIOR, A. É. Campo religioso brasileiro e História do Tempo Presente. In: II ENCONTRO NACIONAL DO GT HISTÓRIA DAS RELIGIÕES E DAS

RELIGIOSIDADES, 3., 2009, Maringá. **Anais**. Maringá: Revista Brasileira de História das Religiões – ANPUH, 2009. p. 01-25. Disponível em <http://www.dhi.uem.br/gtreligiao/rbhr/campo_religioso_brasileiro_e_historia_do_tempo_presente.pdf>. Acesso em cinco de julho de 2014.

I CONFERÊNCIA INTERNACIONAL PELA PROMOÇÃO DE SAÚDE, 1986, Ottawa. **Carta de Ottawa para a promoção da saúde**. Ottawa: OMS, 1986. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf>. Acesso em 17 de março de 2014.

KÖLLING, G. J. SILVA, M. B. B. e. SÁ, M. C. D. N. P. de. O direito à saúde no Sistema Prisional. **Revista Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, Brasília. v. 7, n. 1, p. 281-297, abr. 2013.

LUZ, M. T. Natureza e razão no tempo e no espaço mecânicos. In: _____. **Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna**. São Paulo: Hucitec, 1988, p. 57-94.

MARQUIEVIZ, J. ALVES, I. dos. S. NEVES, E. B. ULBRICHT, L. A Estratégia de Saúde da Família no controle da tuberculose em Curitiba (PR). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 18, n. 1, p. 265-271, jan. 2013.

MARSHALL, L. **O jornalismo na era da publicidade**. São Paulo: Summus, 2003.

MARTINS FILHO, E. L. **Manual de Redação e Estilo**. São Paulo: O Estado de São Paulo, 1997.

MELLO. C. D. de A. **Curso de direito internacional público**. 13. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2001.

MELO, J. M. **A opinião no jornalismo brasileiro**. Petrópolis: Vozes, 1985.

MENDES, E. V. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. In: _____. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 233-300.

MORAIS, E. Por causa do calor, presos ligados ao PCC fazem rebelião com refém em delegacia de Paranaguá. **Blog do Esmael**, Curitiba, 29 de janeiro de 2014. Disponível em <<http://www.esmaelmoraes.com.br/2014/01/por-cao-do-calor-presos-ligados-ao-pcc-fazem-rebeliao-com-refem-em-delegacia-de-paranagua/>>. Acesso em 20 de junho de 2014.

NICOLAU, A. I. O. RIBEIRO, S. G. LESSA, P. R. A. MONTE, A. S. BERNARDO, E. B. R. PINHEIRO, A. K. B. Conhecimento, atitude e prática do uso de preservativos por presidiárias: prevenção das DST/HIV no cenário prisional. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo. v. 46, n. 03, p. 711-719, jun. 2012.

OLIVA, A. R. A imprensa como fonte. In: **Revista de História da Biblioteca Nacional**, 2011. Disponível em <<http://www.revistadehistoria.com.br/secao/artigos/a-imprensa-como-fonte>>. Acesso em 20 de março 2014.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. 1948. Disponível em <<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001394/139423por.pdf>>. Acesso em 12 de Abril de 2014.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS (OEA). Relatório 34/00, de 13 de abril de 2000, Caso 11.291. Disponível em <<http://www.cidh.oas.org/annualrep/99port/Brasil11291.htm>>. Acesso em 10 de maio de 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). ESCRITÓRIO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE DROGAS E CRIME (UNODC). **HIV/Aids em ambientes prisionais: prevenção, atenção, tratamento e apoio**: Marco referencial para uma resposta nacional eficaz. Nova York: UNODC, 2007.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **OPAS/OMS Brasil**. Disponível em <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=885&Itemid=672>. Acesso em 10 de julho de 2014.

_____. **Portal de Moradia Saudável**. Disponível em <<http://www.cepis.ops-oms.org/indexpor.html>>. Acessado em 12 de maio de 2014.

ORTH, G. M. N. A hora e a vez dos direitos humanos: percurso histórico e inserção dos direitos humanos no sistema penitenciário brasileiro. **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, n. 99, abr. 2012.

_____. **As representações sociais dos direitos humanos do preso para os agentes penitenciários da Penitenciária Estadual de Ponta Grossa – PR**. 2013, 214f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais Aplicadas) – Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, 2013.

OS HORRORES da penitenciária. **Jornal do Brasil**, Rio de Janeiro, p. 14, quatro de abril de 1990.

PARANÁ, Departamento Penitenciário do Paraná. **Estabelecimentos penais**. Disponível em <<http://www.depen.pr.gov.br>>. Acesso em dois de julho de 2014.

PEDROSO, R. C. Utopias penitenciárias projetos jurídicos e realidade carcerária no Brasil. **Revista de História**, São Paulo. v.136, p.121-37, 1997.

PEREIRA, M. E. C. Pinel - a mania, o tratamento moral e os inícios da psiquiatria contemporânea. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo. v. 07, n. 03, p. 113-116, set. 2004.

PEREIRA, T. T. S. O. BARROS, M. N. dos S. AUGUSTO, M. C. N. de A. O Cuidado em Saúde: o Paradigma Biopsicossocial e a Subjetividade em Foco. **Mental**, Barbacena. v. 9, n. 17. p. 523-536, jul./dez. 2011.

PINHEIRO, P. S.; MESQUITA NETO, P. de. Direitos humanos no Brasil: Perspectivas no final do século. In: **Cinquenta Anos da Declaração Universal dos Direitos Humanos**. São Paulo, Pesquisas, n. 11, 1998.

PONTES, F. S. SILVA, G. Mídia noticiosa como material de pesquisa: recursos para o estudo de produtos jornalísticos. In: BOURGUIGNON, J. A. OLIVEIRA JUNIOR, C. R. de. **Pesquisa em Ciências Sociais: interfaces, debates e metodologias**. Ponta Grossa: Todapalavra, 2012. p. 49-77.

PRESIDIÁRIO paulista ganha hospital para tratamento de AIDS. **Jornal do Brasil**, Rio de Janeiro, p. 14, 19 de abril de 1990.

PRESOS aidéticos fazem motim. **Jornal do Brasil**, Rio de Janeiro, p. 06, 19 de abril de 1994.

PRESOS estrangeiros fazem rebelião em presídio no interior de São Paulo. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 13 de janeiro de 2014. Disponível em <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2014/01/1397238-presos-estrangeiros-fazem-rebeliao-em-presidio-no-interior-de-sp.shtml>>. Acesso em 20 de junho de 2014.

QUADROS, V. 19 presídios em pé de guerra. **Jornal do Brasil**, Rio de Janeiro, p. 03, 19 de fevereiro de 2001.

RIBEIRO, P. T. Direito à saúde: integridade, diversidade e territorialidade. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro. v.12, n.6, p.1525-32, 2007.

RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado de Segurança. **Resolução SESEG nº 152 de 02 de setembro de 2008**. Modifica a nomenclatura da Delegacia Especial de Atendimento ao Turista para Delegacia Especial de Apoio ao Turista, regulamentando sua atuação e dando outras providências. Rio de Janeiro, 2008.

SALLA, F. As rebeliões nas prisões: novos significados a partir da experiência brasileira. **Sociologias**, Porto Alegre. v. 08, n. 16, p. 274-307, jul./dez. 2006.

SAMPAIO, R. Presídio tem 22 mortos. **Jornal do Brasil**, Rio de Janeiro, p. 06, 30 de maio de 1998.

SANTOS, J. L. F.; WESTPHAL, M. F. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. **Estudos Avançados**, São Paulo. v. 13, n. 5, p. 71-88, jan./abr. 1999.

SANTOS, J. Resposta brasileira ao controle da tuberculose. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo. v.41, p. 89-94, set. 2007.

SÃO PAULO já teve no ano 46 rebeliões. **Jornal do Brasil**, Rio de Janeiro, p. 07, 20 de maio de 1997.

SARTI, C. Corpo e doença no trânsito de saberes. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo. v. 25, n. 74. p. 77-191, out. 2010.

SCOLESE, E. Presos filmam decapitação em penitenciária do Maranhão. **Folha de São Paulo**, São Paulo, sete de janeiro de 2014. Disponível em <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2014/01/1394160-presos-filmam-decapitados-em-penitenciaria-no-maranhao-veja-video.shtml>>. Acesso em 20 de junho de 2014.

SILVA, G. MAIA, F. D. Análise de cobertura jornalística: um protocolo metodológico. **Rumores**, São Paulo. n. 10, p. 18-36, jul./dez. 2011.

SILVA, R. S. **Diagramação**: o planejamento visual gráfico na comunicação impressa. São Paulo: Summus, 1985.

SOUZA, K. M. J. VILLA, T. C. S. ASSOLINI, F. E. P. BERALDO, A. A. FRANÇA, U. M. PROTTI, S. T. PALHA, P. F. Atraso no diagnóstico da tuberculose em sistema prisional: a experiência do doente apenado. **Texto Contexto Enfermagem**, v.21, n.1, p.17-25, 2012.

SOUZA, M. V. N. de. VASCONCELOS, T. R. A. Fármacos no combate à tuberculose: passado, presente e futuro. **Química Nova**, São Paulo. v. 28, n. 4, p. 678-682, jul./ago. 2005.

TEIXEIRA, C. F. Promoção da saúde e SUS: um diálogo pertinente. In: TEIXEIRA, C. F. SOLLA, J. P. **Modelo de atenção à saúde**: vigilância e saúde da família. Salvador: Editora EDUFBA, 2006. p. 85-108.

VENTURA, M. Direitos humanos e saúde: possibilidades e desafios. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Saúde e direitos humanos**, Brasília. n. 07, p. 87-100. 2010.

WALDMAN, E. A. Vigilância como prática de saúde pública. In: CAMPOS, G. W. de S. MINAYO, M. C. de S. SKERMAN, M. DRUMOND JÚNIOR, M. CARVALHO, Y. M. de. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Fiocruz, 2007, p. 487-528.

APÊNDICE 1 – TABELA DE DADOS DOS TEXTOS JORNALÍSTICOS

TABELA DE DADOS DOS TEXTOS JORNALÍSTICOS

TABELA DE DADOS – JORNAL DO BRASIL	
EDIÇÃO	
DATA	
TÍTULO	
SUBTÍTULO	
GÊNERO	
SESSÃO DO JORNAL	
POSIÇÃO NA PÁGINA	
PÁGINA	
FOTO/GRÁFICO/TABELA	
COLUNAS	
ASSINATURA	
LOCAL DO FATO	