



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

KAMILLA RAYANE COSTA SILVA

**ATRÁS DAS GRADES: ASSISTÊNCIA EM SAÚDE EM UMA
CADEIA PÚBLICA DO CURIMATAÚ PARAIBANO**

CUITÉ-PB

2015

KAMILLA RAYANE COSTA SILVA

**ATRÁS DAS GRADES: ASSISTÊNCIA DE SAÚDE EM UMA
CADEIA PÚBLICA DO CURIMATAÚ PARAIBANO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a banca examinadora para análise e parecer como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande *campus* Cuité.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª. Gigliola Marcos Bernardo de Lima

CUITÉ-PB

2015

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

S586a Silva, Kamilla Rayane Costa.

Atrás das grades: assistência em saúde em uma cadeia pública do Curimataú paraibano. / Kamilla Rayane Costa Silva. – Cuité: CES, 2015.

59 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2015.

Orientadora: Gigliola Marcos Bernardo de Lima.

1. Assistência em saúde. 2. Sistema penitenciário - saúde. 3. Cadeia pública – Curimataú paraibano. 4. Sistema prisional masculino. 5. Prisão – assistência em saúde I. Título.

CDU 616-083

BANCA EXAMINADORA:

**ATRÁS DAS GRADES: ASSISTÊNCIA DE SAÚDE EM UMA CADEIA
PÚBLICA DO CURIMATAÚ PARAIBANO**

Data da Defesa: ____/ ____/ 2015

Local: Centro de Educação e Saúde – UFCG

MEMBROS EXAMINADORES:

Prof^a. Dr^a. Gigliola Marcos Bernardo de Lima
Orientadora- UFCG/ CES/UAENFE

Prof^a. Ms. Priscilla Maria de Castro Silva
Examinadora externa - UFCG/CCBS/UACS

Prof^a. Dr^a. Izayana Pereira Feitosa
Examinadora - UFCG/CES/UAS

*Aquele que permitiu que eu viesse ao mundo, a meu **Deus**, assim como aquela que foi meu alicerce e exemplo de pessoa e vida, que me orgulho em chama-la de **Mãe**, a você mainha, esta conquista é para você, pois só alcancei graças ao total apoio e aos esforços que você fez para que eu conseguisse tal realização. Você é minha vida, meu tudo, meu imensurável amor. Dedico.*

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por me permitir chegar até aqui, pela oportunidade, força e proteção concedidas. Sei também que será a mesma força que me fará seguir em frente, diante das jornadas futuras.

A minha **Mãe**, Teresa Simone, que me deu a vida e dedicou cada gota de seu suor para o meu futuro, que sempre me apoiou e me incentivou nos momentos difíceis, com afeto e dedicação para que eu pudesse trilhar sem medo e assim realizar o meu sonho. Ao longo de todos os anos de minha existência vivenciamos muitos momentos bons e ruins, mas, juntas e envolvidas pelo laço de amor incondicional que nos une, vencemos e venceremos cada batalha que nos for imposta... As palavras tornam-se clichê nesses momentos, mas não posso deixar de descrever o quanto eu te amo e que és a MELHOR MÃE DO MUNDO. Eu Te amo muito!

Ao meu **Pai**, Ronaldo, que mesmo não estando muito presente sempre me apoiou e me ajudou a concretizar meu sonho, e sou grata por toda dedicação e amor a mim conferido.

Ao **Meu Amor**, Julian Macedo, pelo companheirismo e paciência que sempre teve comigo. Por todo incentivo, amor e carinho que a mim foi dada nas horas difíceis, tão fundamental foi e é você em meus dias em minha vida, te agradeço por ter compartilhado comigo tantos momentos bons. Te amo!

As minhas avós: **Terezinha**, que sempre acreditou na minha capacidade. Quando preciso de algum conselho, encontro em você amparo, me acalentaste nos momentos angustiantes ao longo desse trajeto e me transmitiu paz e força para seguir. A ti resta apenas agradecer por meio dessas singelas palavras embaladas de amor sincero. **Severina**, pelos incentivos que a mim foi dado e por sempre acreditar no meu potencial.

Aos meus tios: **Simoneide e Simonaldo**, por todo carinho, amor e dedicação que a mim foram dados, tenho maior admiração por vocês. Obrigado por tudo. Amo muito vocês.

À **Família**, que apesar da distância de alguns e nossas diferenças vocês nunca deixaram de me apoiar e confiar em mim, sempre estiveram dispostos a ajudar nos momentos que precisei. Hoje quero apenas agradecer por tudo que já fizeram por mim e descrever o quanto são importantes.

Aos meus primos: **Karina, Katarina, Samuel e Lucas**, que mesmo de forma indireta me ajudaram e me incentivaram na realização dessa conquista. Vocês são muito especiais pra mim, amo muito cada um de vocês.

As minhas amigas: **Larissa, Geysel, Lavinne e Sarah**, por todo amor, amizade e companheirismo demonstrado, por demonstrarem para mim que amizades verdadeiras ainda existem e por dividirem comigo os melhores e piores momentos da minha vida.

A **minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Gigliola Bernardo**, agradeço primeiramente por ter me recebido prontamente como orientanda, pela sabedoria, disponibilidade de tempo e dedicação na construção deste trabalho. Pela ajuda que sempre me destes nas horas difíceis, por escutar meus problemas e por todo carinho, apoio e compreensão que a mim foram dados.

A Banca Examinadora, Professoras **Ms. Priscilla Castro e Dr^a. Izayana Feitosa** que se disponibilizaram a participar da banca, e irão certamente elencar sugestões de grande relevância para o aperfeiçoamento deste trabalho.

A **Equipe Penitenciária da Cadeia Pública de Cuité**, que me acompanharam durante toda a realização deste trabalho. Gostaria de agradecer pelo contínuo apoio e confiança a mim dispensado.

A **Comarca de Cuité**, em especial ao **Dr. Jackson Guimarães**, Juiz de Direito, por prontamente autorizar e apoiar esta obra.

Aos colaboradores deste estudo, hoje homens sob privação de liberdade da Cadeia Pública de Cuité, que receberam com respeito, humildade e disponibilidade a proposta deste estudo. Sem vocês esse trabalho não seria possível.

Ao Centro de Educação e Saúde (CES), representado por todos os professores, funcionários e colegas que compõe este *Campus* e aos que direta ou indiretamente contribuíram para minha formação profissional.

RESUMO

SILVA, K. R. C. ATRÁS DAS GRADES: ASSISTÊNCIA DE SAÚDE EM UMA CADEIA PÚBLICA DO CURIMATAÚ PARAIBANO. Cuité, 2015. 59 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem). Unidade Acadêmica de Enfermagem. Centro de Educação e Saúde. Universidade Federal de Campina Grande. Cuité-PB, 2015.

Esse estudo se propõe a conhecer a qualidade de assistência que as pessoas privadas de liberdade recebem. Este estudo teve por objetivo geral conhecer e analisar, na percepção de homens sob privação de liberdade, a assistência em saúde prestada em uma Cadeia Pública do curimataú paraibano e teve como objetivos específicos levantar um perfil sócio demográfico e criminal dos colaboradores do estudo, avaliar a qualidade de assistência em saúde que está sendo conferida a população anteriormente citada e identificar as barreiras encontradas a assistência de saúde. Trata-se de um estudo de natureza exploratório-descritiva sob a perspectiva de uma abordagem qualitativa que contou com a participação de cinco homens sob privação de liberdade em regime fechado de reclusão. Os resultados foram organizados e analisados à luz do Discurso do Sujeito Coletivo segundo Lefèvre e Lefèvre (2005). As falas revelaram que para os entrevistados a assistência de saúde ofertada aponta algumas fragilidades, como: falta de uma equipe multiprofissional nos atendimentos prestados, automedicação recorrente e assistência predominantemente de urgência e emergência, não sendo ofertados com frequências ações preventivas. Em linhas gerais, os achados desta pesquisa concluem que é preciso que o Estado garanta o direito à saúde, haja vista que este é um direito amplamente amparado nas bases documentais que regem a saúde no sistema prisional. Dessa forma, esperamos que este trabalho contribua para sensibilizar os órgãos responsáveis para prestar uma assistência qualificada a população desta pesquisa.

Descritores: Atenção à saúde. Prisão. Homens.

ABSTRACT

SILVA, K. R. C. **BEHIND BARS: HEALTH CARE IN A PRISON UNIT PUBLIC.** Cuité. 2015. 59 f. Work Completion of course (Bachelor of Nursing). Academic Unit of Nursing. Education and Health Centre. Federal University of Campina Grande.

This study aims to know the quality of care that persons deprived of liberty receive. This study had the general objective to know and analyze the perception of men under deprivation of liberty, health care provided in a Provisional Detention Center of Paraiba Curimataú and had the following objectives up a profile socio-demographic and criminal of the study staff, evaluate the health care quality that is being given to earlier this population and identify the barriers faced to health care. It is a study of exploratory and descriptive nature from the perspective of a qualitative approach which included the participation of five men under imprisonment in a closed prison regime. Results were organized and analyzed in the light of the collective subject discourse second Lefèvre and Lefèvre (2005). The statements revealed that respondents to the health care offered points out some weaknesses, such as lack of a multidisciplinary team in the care given, recurrent self-medication and care predominantly of urgency and emergency, not being offered with frequencies preventistas actions. In general, the findings of this research conclude that it is necessary that the State guarantees the right to health, given that this is a broadly supported law in documentary bases governing occupational health in prisons. Thus, we hope this work will contribute to raise awareness among responsible agencies to provide qualified assistance to the population of this research.

Keywords: Health care. Prison. Men.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Discurso do Sujeito Coletivo em resposta a pergunta: “Você recebe algum tipo de assistência de saúde? Quando está doente como é feito o tratamento?” Cuité, 2015.....40

QUADRO 2: Discurso do Sujeito Coletivo em resposta a pergunta: “O que você acha da saúde que você recebe?” Cuité, 2015..... 42

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Caracterização da amostra quanto ao perfil sócio demográfica. Cadeia Pública de Cuité-PB. Janeiro, 2015. (N=5)..37

TABELA 2 : Caracterização da amostra quanto a faixa etária, cor da pele e estado civil. Cadeia Pública de Cuité-PB. Janeiro, 2015. (N=5).....38

TABELA 3: Caracterização da amostra quanto ao Perfil Criminal. Cadeia Pública de Cuité-PB. Janeiro, 2015. (N=5).....39

SUMÁRIO

1	Introdução.....	12
2	Objetivos.....	17
3	Referencial Teórico.....	19
3.1	O Direito a Saúde nas Prisões.....	20
3.2	Legislação de Saúde no Sistema Penitenciário.....	24
3.3	A Prisão e os Impactos a Saúde.....	26
4	Caminho Metodológico	29
4.1	Tipo do Estudo.....	30
4.2	Local do Estudo.....	30
4.3	População e Amostra.....	31
4.4	Critério de Inclusão/Exclusão.....	31
4.5	Instrumento para Coleta de Dados.....	31
4.6	Aspectos Éticos da Pesquisa.....	32
4.7	Procedimento para Coleta.....	32
4.8	Análise dos Dados.....	32
4.9	Discurso do Sujeito Coletivo.....	33
4.10	Financiamento.....	34
5	Análise e Discussão.....	35
6	Considerações Finais.....	45
7	Referencias.....	47

Apêndices

Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Apêndice B - Instrumento Para Levantamento de Dados

Anexos

Anexo A - Folha de Rosto para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

Anexo B - Declaração de Compromisso do Pesquisador Responsável

Anexo C - Solicitação de Autorização para Pesquisa

Anexo D - Termo de Autorização



1. Introdução

O surgimento da prisão marcou um momento importante na história da justiça penal, pois, a partir deste momento, surge um espaço como uma forma de humanizar a execução da pena. Assim, a prisão passou a ser representada não apenas como o lugar onde o indivíduo vivenciaria sua pena privativa de liberdade, mas passaria a se comportar como um aparelho regenerador de indivíduos (FOUCAULT, 2004).

Segundo Vasconcelos (2011), a partir do século XIX, onde a pena privativa de liberdade passou a ser principal forma de punição, surge também a preocupação com as condições locais e ambientais onde os homens cumprissem suas penas. No decorrer dos anos, a Igreja Católica e o Direito Canônico ganharam influência e declararam que as penas deveriam ser realizadas proporcionalmente ao crime cometido.

As pessoas privadas de liberdade, independente de qual seja a classe de sua transgressão, são detentoras de todos os direitos fundamentais, incluindo o acesso a ações e serviços de saúde física e mental. A minimização das diferenças entre a vida intramuros e a extramuros é fundamental para a redução das iniquidades e a universalização do acesso à saúde (SOUZA; PASSOS, 2008).

Atualmente, nosso país aparece no contexto mundial ocupando o quarto lugar entre os países com maior número de presos (607.696 apenados), ficando abaixo apenas dos Estados Unidos que detêm o primeiro lugar com 2.217.000, seguidos de China com 1.657.812 e Rússia com 644.696 (ICPS, 2014).

O crescimento da população carcerária brasileira é maior em termos percentuais, do que o crescimento da população em geral. A primeira cresceu 23,7%, enquanto que a média de crescimento da população brasileira foi de 5,9% entre 2005 e 2009. Ao final de 2012, a população carcerária no Brasil totalizou 548.003 pessoas (BRASIL, 2012). No estado da Paraíba em dezembro de 2012, a população carcerária total era de 8.723, um ano depois, em dezembro de 2013, já contava com 9.233 reeducandos (PARAÍBA, 2013).

A superlotação carcerária estorva o papel do Estado enquanto provedor das normas que visem à reinserção do indivíduo apenado na sociedade com o cumprimento de sua pena. Dessa forma, o Estado não oferece condições dignas de moradia e saúde para aqueles indivíduos que estão ali inseridos durante a execução da pena privativa de liberdade. Não é, portanto, difícil identificar a dissonância entre o papel esperado e o executado pelo Estado neste caso na medida em que se observa que a superlotação inibe o cumprimento da prisão enquanto ambiente de reeducação para reinserção social. A

superlotação, ao contrário, favorece uma série de desdobramentos negativos para a vida e na saúde dos indivíduos privados de liberdade em diferentes aspectos (LIMA, 2012).

Diante deste excesso populacional no sistema prisional brasileiro, o Sistema Penitenciário tem desencadeado diversos agravantes para à saúde da população encarcerada e outras consequências, que contribuem para o aumento do número de drogas, proliferação de doenças, agressões sexuais, bem como a violência e um alto índice de corrupção dentro do sistema. Esses problemas destacam-se diante de uma grande série de superlotação prisional que o Brasil vem vivenciando, a deficiência nos recursos de saúde necessários e a elevada probabilidade de exclusão social em que os detentos são expostos.

Ao decorrer dos anos a população encarcerada foi obtendo algumas conquistas e direitos a exemplo da Legislação em Saúde no Sistema Penitenciário, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, a Lei de Execução Penal (LEP) – Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984, Portaria Interministerial nº 1.777, dos Ministérios da Saúde e da Justiça, de 9 setembro de 2003 e houveram dois marcos legais inestimáveis para a garantia do direito à saúde para as pessoas privadas de liberdade: a Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, e a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que institui o Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2005).

Outra conquista para a população presidiária nos últimos anos foi a implantação da Área Técnica de Saúde no Sistema Penitenciário (SISPE), do Ministério da Saúde (SISPE/MS) bem como também em 2010 com a criação da Legislação de Saúde no Sistema Penitenciário, formando em parceria com o Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN). A criação dessa legislação segue o ideal de algumas normativas através de parcerias realizadas para os apenados, principalmente dos gestores estaduais e municipais responsáveis dos Planos Operativos de Saúde no Sistema Penitenciário (POE). Assim, os estados que apresentam interesse em elaborar seu sistema penitenciário baseado nas premissas do PNSSP, devem organizar sua POE, a fim de definir a reponsabilidade dos órgãos de saúde e justiça (BRASIL, 2010).

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), desenvolvido dentro de uma lógica de atenção à saúde fundamentada nos princípios do Sistema único de Saúde (SUS), cujo objetivo é promover atenção integral à população confinada em unidades prisionais masculinas e femininas, inclusive nas psiquiátricas. O PNSSP regulamenta o acesso a ações e serviços que visam reduzir os agravos e danos provocados pelas condições de confinamento em que se encontram (BRASIL, 2005).

Recentemente, em janeiro de 2014, foi promulgado a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo esta Política, entende-se por pessoas privadas de liberdade no sistema prisional aquelas com idade superior a 18 (dezoito) anos e que estejam sob a custódia do Estado em caráter provisório ou sentenciados para cumprimento de pena privativa de liberdade ou medida de segurança, conforme previsto no Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código Penal) e na Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984 (Lei de Execução Penal) (BRASIL, 2014).

Constituem-se diretrizes da PNAISP a promoção da cidadania e inclusão das pessoas privadas de liberdade por meio da articulação com os diversos setores de desenvolvimento social, como educação, trabalho e segurança; atenção integral resolutiva, contínua e de qualidade às necessidades de saúde da população privada de liberdade no sistema prisional, com ênfase em atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; controle e/ou redução dos agravos mais frequentes que acometem a população privada de liberdade no sistema prisional; respeito à diversidade étnico-racial, às limitações e às necessidades físicas e mentais especiais, às condições econômico sociais, às práticas e concepções culturais e religiosas, ao gênero, à orientação sexual e à identidade de gênero; e intersetorialidade para a gestão integrada e racional e para a garantia do direito à saúde (BRASIL, 2014).

O Estado da Paraíba conta hoje com dezenove penitenciárias que abrigam a população feminina e masculina e cinquenta e nove cadeias públicas distribuídas em diferentes municípios, dentre estes, destaca-se aqui a cidade a Cadeia Pública de Cuité, cenário deste estudo. Nesta encontram-se em regime fechado trinta e seis homens, em regime semiaberto treze homens, e, em regime aberto, 10 homens (PARAÍBA, 2015).

O ambiente prisional é bastante restrito, para toda a população presidiária e proporciona uma série de privações as quais repercutem no meio social e psicológico das pessoas da população presente e afetando os laços familiares, no que diz respeito aos direitos humanos, como direito à vida, à saúde, ao meio ambiente, entre outros, torna-se difícil pensar em direitos iguais, perante às grandes desigualdades sociais e também associadas às diferentes oportunidades de inserção no processo produtivo, no acesso ao conhecimento e educação, a habitação e a todos aqueles elementos relacionados a um padrão de vida digna.

A aproximação com a temática deste estudo surgiu a partir da disciplina de saúde coletiva, ministrada pela Prof^a. Gigliola Bernardo, que em uma das aulas relatou sua experiência no Centro de Reeducação Maria Júlia Maranhão, o que me instigou curiosidade sobre o tema. Após isso, participei do Projeto de Extensão intitulado “Saúde Liberta” realizado na Cadeia Pública de Cuité que me fez vê a realidade a qual as pessoas privadas de liberdade vivenciam, fez ampliar minha inquietação e despertou a sensibilidade e interesse em saber mais sobre a vida das pessoas que viviam naquele ambiente prisional.

Assim, entender a atmosfera prisional, seus impactos e formas de superação, pode ser um caminho para que a partir deste entendimento, possamos melhorar este espaço para além da privação da liberdade. O presente trabalho se justifica pela complexidade de problemas enfrentados neste ambiente e a importância de conhecer a assistência de saúde prestada a todos os indivíduos presentes na comunidade prisional.

Partindo do pressuposto que a detenção traz impactos negativos à saúde, física e, sobretudo mental, a população ali presente, me veio a inquietação para realizar esta pesquisa. Neste sentido, este estudo buscou identificar como se dar a assistência em saúde em uma cadeia pública na perspectiva de homens sob privação de liberdade.

Acreditamos que com a realização desta pesquisa conseguiu-se compreender e aprofundar o conhecimento acerca da temática proposta e assim identificar quais são as fragilidades assistenciais que as pessoas privadas de liberdade recebem.



2. Objetivos

Objetivo Geral:

- ✓ Conhecer a assistência em saúde na perspectiva de homens sob privação de liberdade em uma cadeia pública do curimataú paraibano.

Objetivos Específicos:

- ✓ Avaliar a qualidade da assistência em saúde prestada no local do estudo;
- ✓ Analisar as formas de assistência prestada à comunidade prisional do estudo;
- ✓ Aportar estratégias de enfrentamento dos problemas de saúde encontrados;



3. Revisão de Literatura

3.1.O direito à saúde nas prisões

A Portaria Interministerial nº 1.777, de 09 de setembro de 2003, que institui o PNSSP, é fruto de um trabalho matricial construído com a participação de diversas áreas técnicas dos Ministérios da Saúde e da Justiça, e com a participação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (BRASIL, 2005).

A concretização do PNSSP representa um progresso para o País, e uma grande conquista para a população privada de liberdade, pela primeira vez, a população das unidades prisionais é objeto de uma política de saúde específica, permitindo aos mesmos à saúde de forma integral e efetiva, possibilitando o acesso a ações e serviços de saúde que visam a reduzir os agravos e danos provocados pelas atuais condições de confinamento em que se encontram, além de representar sua inclusão no SUS (BRASIL, 2010).

O acesso dessa população a ações e serviços de saúde é legalmente definido pela Constituição Federal de 1988, pela Lei nº 8.080 de 1990, que regulamenta o Sistema Único de Saúde pela Lei nº 8.142, de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, e pela Lei de Execução Penal nº 7.210, de 1984. Esse Plano foi desenvolvido pela lógica de atenção à saúde fundamentada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), na certeza da grave situação em que se encontram as pessoas privadas de liberdade, os fatores de risco a que estão expostas, as práticas de violência, a precariedade do espaço físico e principalmente a carência do atendimento à saúde (BRASIL, 2005).

Entretanto, o PNSSP institui que a assistência de saúde prestada aos detentos deve ser em nível da atenção básica e quando o número destes ultrapassa a 100, a assistência deve ser realizada em um Centro de Saúde dentro do ambiente prisional. 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 (BRASIL, 2005).

A população carcerária no Brasil, segundo dados do Departamento Penitenciário Nacional/Ministério é de aproximadamente 607.731 pessoas (BRASIL, 2014). A distribuição dessa população se encontra de forma desigual nas diversas penitenciárias e

unidades de detenção no país, como também em colônias agrícolas, industriais ou similares que recebem os apenados ou os hospitais de custódia para tratamento psiquiátrico. Têm ainda as casas destinadas aos presos de regime aberto, as cadeias públicas e os distritos policiais, destinados a custódia de presos e provisórios (MACHADO,2013).

O levantamento feito pelo Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário – PNSSP (2004) mostra que a composição da população penitenciária é predominantemente composta por adultos jovens, homens brancos, solteiros e com menos de trinta anos de idade. Na grande maioria condenados por crimes pequenos como furto e roubo. Poucos alfabetizados e com profissão definida, o que pode perceber uma exclusão dos direitos sociais antes mesmo ao ingresso no sistema penitenciário. Além de que mais da metade é reincidente por ter transgredido a ordem, devido principalmente as condições de desemprego, pobreza e falta de garantia de direitos que esses indivíduos passam (MACHADO, 2013).

Condições de vida e de saúde são importantes para todos, porque afetam o modo como as pessoas se comportam e sua capacidade de funcionarem como membros da comunidade. As condições de confinamento em que se encontram as pessoas privadas de liberdade são determinantes para o bem-estar físico e psíquico. Quando recolhidas aos estabelecimentos prisionais, as pessoas trazem problemas de saúde, vícios, bem como transtornos mentais, que são gradualmente agravados pela precariedade das condições de moradia, alimentação e saúde das unidades prisionais. É preciso reforçar a premissa de que as pessoas presas, qualquer que seja a natureza de sua transgressão, mantêm todos os direitos fundamentais a que têm direito todas as pessoas humanas, e principalmente o direito de gozar dos mais elevados padrões de saúde física e mental. As pessoas estão privadas de liberdade e não dos direitos humanos inerentes à sua cidadania (BRASIL, 2005).

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 essa população.

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário aponta a existência de patologias decorrentes da coexistência de fatores como superlotação, pouca ventilação, condições sanitárias adversas, baixo nível socioeconômico, modos de vida e confinamento tais como: tuberculose, hanseníase, DST/HIV/AIDS, hepatites,

hipertensão arterial, diabetes, traumas diversos; doenças gástricas; transtornos mentais leves e dependência de álcool e drogas (BRASIL, 2005).

Apesar de o referido plano ter se destinado a prover a atenção integral à saúde da população prisional confinada em unidades penais, bom como nas psiquiátricas, não consegue consolidar sua efetivação na prática. Há fragilidades no Plano que põem em risco sua implantação, a exemplo da proposta das ações e serviços de atenção básica em saúde tenham sua organização nas próprias unidades prisionais, abrindo margem para o descumprimento de grande parte de suas orientações pela falta de equipes de fiscalização e na maioria das vezes desinteresse político local. Segundo o Plano, as ações primárias de saúde devem ser realizadas por equipes interdisciplinares e o acesso aos demais níveis de atenção em saúde está sob responsabilidade da gestão estadual em consonância com os planos diretores de regionalização e aprovação da Comissão Intergestores Bipartite e do Conselho Estadual de Saúde (PINON; OLIVEIRA; SCHUTZ, 2012).

A concepção de saúde é então um direito, independente do mérito e da disciplina dos presos. Isto está garantido na Lei de Execução Penal nº 7.210 de 1984, no Art. 41, inciso VII onde tratado direito à saúde, e no Art. 43 em que prevê também a possibilidade de atendimento de um médico particular:

“Art. 43 - É garantida a liberdade de contratar médico de confiança pessoal do internado ou do submetido a tratamento ambulatorial, por seus familiares ou dependentes, a fim de orientar e acompanhar o tratamento (BRASIL, 1984,p.8).”

Porém, tais direitos não são garantidos como deviam, mesmo que determinados em lei. O que fere também aos direitos humanos dos indivíduos, e os princípios para proteção de todas as pessoas sujeitas a qualquer forma de detenção ou prisão, em que preconiza que essas devem se beneficiar de um exame médico adequado, assim como devem se beneficiar de cuidados e de tratamentos médicos sempre que se mostre necessário e de forma gratuita (PINON; OLIVEIRA; SCHUTZ, 2012).

Com a perspectiva de investir na melhoria em políticas de atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade, este plano foi elaborado baseado em princípios básicos que assegurem a eficácia das ações de promoção, prevenção e atenção integral à saúde, sendo eles: ética, justiça, cidadania, Direitos Humanos, participação, equidade, qualidade e transparência.

Como diretrizes estratégicas foram desenvolvidos pontos como prestar assistência integral resolutiva, contínua e de boa qualidade às necessidades de saúde; contribuir para o controle e/ou redução dos agravos mais frequentes; definir e implementar ações e serviços de acordo com os princípios e diretrizes do SUS; proporcionar parcerias para ações intersetoriais; contribuir para democratização do conhecimento do processo saúde/doença; provocar o reconhecimento da saúde como um direito; e estimular o efetivo exercício do controle social (MACHADO, 2013).

Nessa situação de confinamento e restrição de liberdade, segundo um processo de adaptação à realidade carcerária, os conflitos e tensões entre os diversos atores impõem aos sujeitos uma tendência a dar a prioridade aos problemas ligados à segurança e à sobrevivência imediata para agentes de segurança penitenciária e presos, respectivamente, em detrimento das questões relacionadas à saúde. Estes sistemas de representação da realidade são estruturados não somente por uma avaliação “racional” mas também pelas características psicossociais produzidas pela situação de encarceramento (DIUANA et al, 2008).

Eles refletem e reproduzem ainda a posição na hierarquia social ocupada pelos sujeitos e incidem sobre suas reações aos problemas e demandas que se colocam no dia-a-dia, exercendo influência sobre a valorização dos sintomas, a busca por assistência, sobre o uso da medicação e, de maneira geral, sobre a implicação de agentes de segurança penitenciária e presos nas ações de saúde (DIUANA et al, 2008).

Assim, levantar e discutir os diversos discursos e representações envolvendo a saúde produzidos no espaço prisional a partir dos diferentes lugares sociais (detentos, agentes de segurança penitenciária, profissionais de saúde, professores, agentes religiosos e as pessoas do administrativo) adquire relevância por possibilitar a desnaturalização das representações e das práticas, e abrir possibilidades de novos agenciamentos (DIUANA et al, 2008).

As condições de execução da política penal, ou seja, a forma como esta se dispõe nas unidades públicas de confinamento são determinantes para o bem-estar físico, psíquico e social dos detentos, o que fornece à política de saúde centralidade nos institutos penitenciários. Contudo, as “prisões” brasileiras atualmente não contam com estruturas capazes de suportar a demanda da população prisional, tornando tal ambiente propício a violações dos direitos. Como se não bastasse, os detentos encontram-se à margem de políticas de saúde do SUS, já que as despesas desses dois sistemas são distintos, o que faz com que o financiamento utilizado seja do próprio sistema

penitenciário, ficando o sistema de saúde de fora deste processo, ainda que responsável pela sua gestão e controle (MACHADO, 2013).

3.2. Legislação de saúde no sistema penitenciário

A “prisão” tem a princípio função de proteger a sociedade contra o crime e os sujeitos que o cometem, cabendo ao sistema penitenciário assegurar o cumprimento da lei voltada àquelas pessoas privadas de liberdade, as quais devem ser tratadas com respeito à dignidade humana. Para isso é preciso garantir-lhes o acesso aos seus direitos humanos, sendo estes compreendidos como a garantia do conjunto dos direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais. Ou seja, um ideal comum a ser atingido por todos os povos e nações, em que buscam por uma vida com dignidade, sem discriminação, sem violência e sem privações (MACHADO, 2013).

A saúde no sistema prisional foi regulamentada a partir de setembro de 2003 pela Portaria Interministerial nº. 1.777 a qual determina atuação pública voltada a uma atenção integral, e que embora os profissionais da saúde façam parte da atenção primária, a especificidade do sistema prisional requer atendimentos também de média e alta complexidade. A definição mais utilizada de atenção primária à saúde é formulada pela Organização Mundial da Saúde, que considera esta atenção essencial e de acesso mais fácil e prático devido à sua operacionalização de menor custo (BRASIL, 2005).

A Legislação da Saúde no Sistema Penitenciário foi lançada em 2010, na tentativa de socializar algumas normativas com o conjunto das parcerias envolvidas em ações voltadas às pessoas privadas de liberdade, em especial os(as) gestores(as) estaduais e municipais dos Planos Operativos de Saúde no Sistema Penitenciário (POE), responsáveis pela elaboração e implementação dos mesmo (BRASIL, 2010).

A doutrina trazida pelo SUS é conferida e legitimada em diplomas legais, desde a Constituição Federal de 1988, passando pelas leis e normas que nos últimos vinte anos vem consolidando o SUS como a política de saúde para o Estado brasileiro, inclusive para os cidadãos apenados e confinados no sistema prisional. As experiências nas instituições prisionais brasileiras, em geral, revelam riscos para a saúde de apenados, evidenciando contraindicações com o que nos prescreve a doutrina do sistema brasileiro, entra os quais se inscreve o direito à saúde. Com a publicação da Portaria Interministerial nº 1.777/2003, que criou o Plano Nacional de Saúde o Sistema Penitenciário, prevendo garantir a inclusão da população apenada no SUS,

contemplando a integralidade, o pleno direito à saúde, garantindo contemplando a integralidade, o pleno direito À saúde, garantindo constitucionalmente, passaram a ser um desafio das políticas públicas brasileiras de saúde e justiça no cenário prisional nacional (PINON; OLIVEIRA; SCHUTZ, 2012).

A superlotação das celas, sua precariedade e insalubridade transformam as prisões num ambiente propício à proliferação de doenças. Além dos fatores estruturais, a má-alimentação, o sedentarismo, o uso de drogas, a falta de higiene, dentre outros, também contribuem para os problemas de saúde dos detentos. Ei-los: doenças do aparelho respiratório, como a tuberculose e a hanseníase, alto índice de hepatite e de doenças sexualmente transmissíveis, em especial, a AIDS (ASSIS, 2007).

Assis (2007), ainda destaca que a realidade atual do Sistema Penitenciário Brasileiro revela que, além das doenças mais comuns supracitadas, há um alto número de presos portadores de distúrbios mentais, de câncer e com deficiências físicas. Quanto à saúde dentária, o tratamento odontológico, na prisão, resume-se à exodontia (extração dentária). No que tange ao tratamento médico-hospitalar, os presos são removidos aos hospitais e dependem de escolta da Polícia Militar o que se torna, às vezes, difícil em virtude da disponibilidade de policiais bem como da escassez de vagas nos serviços de saúde públicos.

Contudo, vale salientar que, desde 1984, foi instituída a Lei de Execução Penal nº 7.210, de 11 de julho – Art. 14, a qual garante a assistência à saúde do preso e do internado, de caráter preventivo e curativo compreendendo o atendimento médico, farmacêutico e odontológico. Considera ainda que, quando o estabelecimento penal não estiver aparelhado para prover a assistência médica necessária, este deverá ser referenciado para outro serviço resolutivo (BRASIL, 2010).

3.3.A prisão e os impactos à saúde

O direito à saúde no Brasil foi reconhecido na Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis 8.80/90 e 8.142/90. Antes disso, o Estado apenas oferecia atendimento à saúde para trabalhadores que possuíam carteira assinada e suas famílias. As demais pessoas tinham acesso ao serviço de saúde como um favor e não como um direito. O artigo 196 de nossa Constituição de 1988 preconiza que: “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo, mediante políticas sociais e econômicas que visem

à redução do risco de doença e de outros agravos, o acesso universal igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Na Lei de Execução Penal (LEP) os artigos 41,42 e 43 descrevem os direitos dos presos. Nesses artigos da LEP o direito à alimentação, vestuário, educação, instalações higiênicas, assistência a saúde que tem como finalidade tornar a vida do encarcerado tão quanto possível à vida em liberdade. O direito à assistência social, trabalho remunerado e previdência social, proporcionalidade entre tempo de trabalho, de descanso e recreação, visitas do cônjuge, de parentes e amigos em dias determinados, contatos com o mundo exterior por meio de correspondência escrita, da leitura e de outros meios de informação (ASSUNÇÃO, 2012).

A saúde no sistema prisional foi regulamentada a partir de setembro de 2003 pela Portaria Interministerial nº. 1.777 a qual determina atuação pública voltada a uma atenção integral, e que embora os profissionais da saúde façam parte da atenção primária, a especificidade do sistema prisional requer atendimentos também de média e alta complexidade. A definição mais utilizada de atenção primária à saúde é a formulada pela Organização Mundial da Saúde, que considera esta atenção essencial e de acesso mais fácil e prático devido à sua operacionalização de menor custo (BRASIL, 2010).

Esta Portaria aprova também o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário – PNSSP (2005), o qual prevê a inclusão dos detentos no Sistema Único de Saúde, buscando garantir o direito à cidadania na perspectiva dos direitos humanos. As ações e serviços desse plano são relacionados aos princípios e diretrizes do SUS, cabendo maior atenção aos processos da universalidade, equidade, integralidade e resolubilidade da assistência. A integralidade especificamente exige da equipe de saúde, um conjunto de serviços que atendam às demandas mais comuns da população, a oferta de serviços em outros pontos de atenção e o reconhecimento dos problemas biológicos, psicológicos e sociais causadores da doença.

A superlotação das celas, sua precariedade e sua insalubridade tornam as prisões um ambiente propício à proliferação de epidemias e ao contágio de doenças. Todos esses fatores estruturais aliados ainda à má alimentação dos presos, seu sedentarismo, o uso de drogas, a falta de higiene e toda a lugubridade da prisão, fazem com que um preso que adentrou lá numa condição sadia, de lá não saia sem ser acometido por uma doença ou com sua resistência física e saúde mental fragilizadas (DAMAS, 2011).

Os presos adquirem as mais variadas doenças no interior das prisões. As mais comuns são as doenças do aparelho respiratório, como a tuberculose e a pneumonia.

Também é alto o índice da hepatite e de doenças venéreas em geral, a AIDS por excelência. Além dessas doenças, há um grande número de presos portadores de distúrbios mentais, de câncer, hanseníase e com deficiências físicas (paralíticos e semiparalíticos). Quanto à saúde bucal, o tratamento resume-se à extração de dentes. Não há tratamento médico-hospitalar dentro da maioria das prisões. Para serem removidos para os hospitais os presos dependem de escolta da Polícia Militar, a qual na maioria das vezes é demorada, pois depende de disponibilidade. Quando o preso doente é levado para ser atendido, há ainda o risco de não haver mais uma vaga disponível para o seu atendimento, em razão da igual precariedade do nosso sistema público de saúde (DAMAS, 2011).

Com a perspectiva de investir na melhoria em políticas de atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade, o PNSSP foi elaborado baseado em princípios básicos que assegurem a eficácia das ações de promoção, prevenção e atenção integral à saúde, sendo eles: ética, justiça, cidadania, Direitos Humanos, participação, equidade, qualidade e transparência. E como diretrizes estratégicas foram desenvolvidos os seguintes pontos: prestar assistência integral resolutiva, contínua e de boa qualidade às necessidades de saúde; contribuir para o controle e/ou redução dos agravos mais frequentes; definir e implementar ações e serviços de acordo com os princípios e diretrizes do SUS; proporcionar parcerias para ações intersetoriais; contribuir para democratização do conhecimento do processo saúde/doença; provocar o reconhecimento da saúde como um direito; e estimular o efetivo exercício do controle social.

A promoção da saúde propõe a articulação de saberes técnicos, e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, sempre buscando ao enfrentamento e resolução por condições de vida favoráveis à saúde. A promoção da saúde visa assegurar a igualdade de oportunidades para que os indivíduos possam realizar o controle da sua saúde e deter condições físicas e mentais produtiva para a sua reinserção mercantil pós-detenção. Os profissionais de saúde têm a responsabilidade de contribuir de forma a mediar os diferentes interesses em relação à saúde dentro de determinado ambiente. Estes devem compreender o indivíduo em sua integralidade, e no intuito de garantir que estes possam a partir do momento de liberdade, se inserir na sociedade de maneira integrada e saudável (MACHADO, 2013).



4. Caminho Metodológico

Segundo Gil (2008), a ciência permite que sejam obtidos os fatos de uma determinada pesquisa através do conhecimento científico que se caracteriza pela obtenção da veracidade dos fatos. Esse conhecimento passa por um processo de verificação onde se determina o método a ser utilizado para alcançar o objetivo desejado. Dessa forma, o método científico pode ser compreendido como um caminho para se chegar a determinados fins os quais são construídos de acordo com o conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos. Nesse sentido iremos apresentar adiante os passos que foram percorridos para alcançar as metas proposta para este estudo.

A finalidade da atividade científica é a obtenção da verdade, por intermédio da comprovação de hipóteses, que por sua vez, são pontes entre a observação da realidade e a teoria científica, que explica a realidade (MARCONI; LAKATOS, 2008).

4.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de natureza exploratório-descritiva sob a perspectiva de uma abordagem qualitativa. Nesse sentido, este estudo levará em consideração a relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números (GIL, 2008).

Segundo Minayo (2008), a abordagem qualitativa realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza: ela se envolve com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas. A mesma autora afirma que a abordagem qualitativa considerando que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números. O processo e seu significado são os focos principais de abordagem buscando compreender as relações e as atividades humanas e caracterizando-se pela aproximação realizada entre o sujeito e o objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza.

Para Gil (2008), na pesquisa exploratória o pesquisador aproxima-se de um determinado assunto, ainda pouco investigado, pouco explorado e ao final desta pesquisa o autor conhecerá mais sobre aquele assunto e assim estará apto a construir hipóteses a partir do que foi pesquisado. Este estudo também tem caráter descritivo na

medida que as pesquisas descritivas possuem como objetivo a descrição de características de uma dada população, fenômeno ou de uma experiência.

4.2. Local da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida em uma Cadeia Pública localizada no Curimataú Paraibano. A referida cadeia possui importância relevante para região visto que a mesma abriga em média cerca de 50 homens sob privação de liberdade.

4.3. População e Amostra

O universo ou população de uma pesquisa é caracterizado como elementos que possuem determinadas características em comum. Já a amostra, refere-se ao subconjunto do universo de uma determinada população, que estabelece as suas características. Nesse sentido, obtém-se um conjunto, onde, a população é referente a um determinado quantitativo de pessoas em um determinado local e a amostra caracteriza-se pela parte selecionada para o procedimento (GIL, 2008).

Neste estudo, a população foi composta por todos os homens de uma cadeia pública do curimataú paraibano e a amostra por cinco colaboradores que desejaram livremente participar do estudo.

4.4. Critério de inclusão/exclusão:

Para participar do estudo, os colaboradores deveriam estar em regime fechado de detenção, ser maior de 18 anos, ter mais de 6 meses de detenção em regime fechado e desejar participar livremente do estudo, ciente de que não haveria nenhum ganho jurídico.

Foram excluídos do estudo aqueles que não atendessem aos pontos citados anteriormente.

4.5 Instrumento para coleta de dados

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um roteiro de entrevista do tipo semiestruturado contendo perguntas objetivas, de caracterização da amostra como também de ordem subjetiva, voltadas ao objetivos da pesquisa.

4.6 Aspectos Éticos da Pesquisa

Foram levados em consideração os aspectos éticos contidos na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que dispõe sobre o respeito a dignidade humana e proteção a vida aos participantes de pesquisas científicas envolvendo seres humanos com ênfase para os princípios de beneficência, não maleficência e autonomia (BRASIL, 2012).

Também observamos os dispostos da Resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que trata do Código de Ética dos profissionais de Enfermagem e, por conseguinte, da ética do profissional de enfermagem diante da realização de uma pesquisa científica.

Diante do exposto, em consonância com as diretrizes éticas citadas, este projeto contou com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.7 Procedimentos para coleta de dados

A coleta de dados só ocorreu mediante a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa e consequente emissão do código de Certificado de Apresentação para Apreciação Ética – CAAE, sendo este trabalho registrado sob o número 36338014.0.0000.5186.

Diante da aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa marcou-se previamente um encontro no local do estudo para apresentar a pesquisa e convidou-se os homens sob privação de liberdade, respeitando os critérios de inclusão.

A pesquisadora expôs de forma clara os critérios de beneficência, não maleficência e autonomia da pesquisa. Após esclarecimentos dos objetivos e importância do estudo, o colaborador do estudo foi convidado a assinar o do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisadora responsável ficou todo tempo a disposição do entrevistado para quaisquer dúvidas ou esclarecimentos sobre a pesquisa.

4.8 Análise dos dados

A análise dos dados deste estudo foi realizada a luz do Discurso do Sujeito Coletivo segundo Lefèvre e Lefèvre (2005) e discutidos de acordo com a literatura pertinente à temática. Para melhor conhecer o método, passaremos a seguir a sua caracterização:

O Discurso do Sujeito Coletivo é um método que retrata as expressões das falas dos pesquisados, em síntese e em primeira pessoa do singular, o que representa o pensamento coletivo em uma única fala e possibilita interpretações para fundamentar resultados (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

As pessoas e coletividades apresentam ideias, opiniões, crenças e valores particulares. Assim, não é possível investigar tais pensamentos subjetivos da mesma forma, quantitativamente, que se obtém, por exemplo, peso e altura dos sujeitos. Acredita-se que por serem mais complexos e particulares, os pensamentos expressos das pessoas podem ser processados e coletados sob a forma de discursos, os quais descrevem-os em melhor qualidade.

A obtenção de descrições de pensamentos, crenças e valores de forma coletiva, pode se dá através da soma de discursos individuais, por intermédio do método do DSC, um procedimento metodológico, de corte qualitativo, próprio de pesquisas sociais empíricas, que consiste numa forma qualitativa de representar o pensamento de uma coletividade. Isto só é possível através da agregação das figuras metodológicas (Ideias Centrais, Ancoragens, Expressões Chave e DSC) de sentido semelhante, num só discurso-síntese, emitidas por pessoas distintas, como respostas a perguntas abertas de questionário (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

Dessa forma, os discursos individuais dos sujeitos entrevistados são lidos e identificados por uma palavra, conceito ou expressão que revele a essência do sentido da resposta. Essa palavra representa bem tais depoimentos e denomina uma categoria, onde serão enquadrados vários discursos com idéias semelhantes.

Na concepção de Lefèvre e Lefèvre (2005), a categoria funciona não mais como um representante do pensamento, mas como um nome ou denominação deste, que, como todo nome, serve para individualizar um discurso em relação a outro, porém não esgota o sentido deste. A categoria sinaliza, de modo sintético, uma determinada direção semântica, que precisa ser completada pelo conteúdo discursivo e argumentativo de um discurso-síntese.

Quanto à narrativa do discurso, optou-se pelo discurso na primeira pessoa do singular. “Trata-se de um *eu* sintático que, ao mesmo tempo em que sinaliza a presença de um sujeito individual do discurso, expressa uma referência coletiva na medida em que esse *eu* fala pela ou em nome de uma coletividade” (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005, p. 16). Conforme estes autores, o DSC, portanto, é visto como uma forma de fazer a coletividade falar di

4.8.1 Discurso do Sujeito Coletivo à luz de Lefèvre e Lefèvre (2005)

Segundo Lefèvre e Lefèvre (2005), os pensamentos individuais e coletivos apresentam-se de forma distinta de atributos variáveis, como peso e altura. As pessoas e coletividade apresentam ideias, opiniões, crenças, e valores de acordo com suas particularidades. Deste modo, se expressa à dificuldade de avaliar os pensamentos dos indivíduos através de um método quantitativo, que se atribui, por exemplo, ao peso e altura de alguns determinados indivíduos. Contudo, os pensamentos expressos podem ser caracterizados sob forma de discurso, o que quer dizer que estará descrevendo as falas dos indivíduos de forma melhor e mais adequada. E por fim, com o intuito de realizar questionamentos mais abertos e juntar os discursos individuais (que expressem o pensamento da coletividade), criou-se o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que é uma proposta qualitativa que visa à obtenção de dados de natureza verbal.

O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) é caracterizado como um discurso-síntese e como principal figura metodológica, que redige na primeira pessoa do singular, e é composta por expressões chaves (ECH), que apresenta ideia central (IC) ou ancoragem (AC). Assim, esse discurso consiste em uma abordagem qualitativa e busca representar pensamentos de uma coletividade através de perguntas e respostas abertas em forma de questionário (LEFEVRE; LEFEVRE, 2005).

Estudiosos veem aprofundando-se na abordagem qualitativa e estão constantemente realizando novas pesquisas, e ajustando alguns métodos na pesquisa social. Para tanto, estes afirmam que a realização de entrevistas feitas apenas com questões fechadas limita muito o pensamento das pessoas que vão ser pesquisadas, e com isso, surge à necessidade de implementação de questões abertas, que segundo os autores apresentam o intuito de aprofundar as razões subjacentes, e assim, escolha pela alternativa de respostas (LEFEVRE; LEFEVRE, 2005).

A proposta do DSC incide em analisar o material verbal que é coletado, extraídos dos depoimentos. Portanto, esse discurso é classificado como uma estratégia metodológica, através de métodos discursivos, que tornam as representações sociais mais evidentes. E assim, foram estabelecidas três essenciais figuras metodológicas, entre elas: Expressões-chave (ECH), Ideias Centrais (IC) e Ancoragem (AC) (LEFEVRE; LEFEVRE, 2005).

As expressões-chave são descritas como pedaços, trechos ou transcrições literais do discurso, onde se busca o resgate da literalidade do depoimento. Em sua composição devem ser sublinhadas, iluminadas, coloridas pelo pesquisador, a fim de destacar a o conteúdo discursivo, e por fim, a construção do discurso do sujeito coletivo se faz através da matéria-prima dessas expressões; as ideias centrais buscam descrever, de forma verdadeira e de uma maneira sintética, qual o sentido do discurso, assim, essas ideias se estabelecem como descrição, e não de interpretações; e a ancoragem, que foi estabelecida como uma “diferença” das ideias centrais, é uma figura metodológica inspirada na teoria da representação social, e é definida como uma manifestação linguística específica de uma determinada teoria (LEFEVRE; LEFEVRE, 2005).

4.9 Financiamento

Todas as despesas decorrentes da viabilização desta pesquisa foram de responsabilidade da pesquisadora participante. A Universidade Federal de Campina Grande, *campus* Cuité, disponibilizou referências contidas em sua biblioteca, computadores e conectivos, bem como a pesquisadora responsável.



5. Análise e discussão

Os dados foram obtidos através das entrevistas realizadas por meio da aplicação de um roteiro de entrevista do tipo semiestruturado. As questões objetivas foram apresentadas por meio de tabelas e as questões subjetivas foram dispostas através de quadros, segundo o método do Discurso do Sujeito Coletivo (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005) e analisados de acordo com a literatura pertinente à temática.

5.1 Dados de Caracterização da Amostra

Tabela 1. Caracterização da amostra do estudo quanto ao perfil sócio demográfico. Cadeia Pública do Curimataú Paraibano. Janeiro, 2015. (N=5).

Sujeitos	Naturalidade	Escolaridade	Renda Familiar
S1	Pocinhos	Fundamental Completo	Menos de 1 Salário Mínimo
S2	Cuité	Não Alfabetizado	Menos de 1 Salário Mínimo
S3	Campina Grande	Fundamental Incompleto	Menos de 1 Salário Mínimo
S4	Nova Floresta	Fundamental Incompleto	Menos de 1 Salário Mínimo
S5	Campina Grande	Fundamental Incompleto	1 Salário Mínimo
TOTAL	-	-	-

Fonte: Pesquisa Direta (2015)

Os homens sob privação de liberdade, participantes deste estudo, apresentaram-se de cidades distintas, tendo a prevalência da cidade de Campina Grande - PB. Todos os entrevistados foram provenientes do Estado da Paraíba, em especial da região do Curimataú. Quanto à escolaridade, a maioria dos entrevistados detinham o ensino fundamental incompleto, apenas um (1) alfabetizado, e por fim, um (1) não teve acesso a estudo. No cenário nacional o nível de escolaridade da população carcerária total apresentava-se no seguinte contexto: em 2008, haviam 28.432 homens analfabetos, 47.004 alfabetizados, 172.926 com ensino fundamental incompleto, 49.262 com ensino fundamental completo, 41.701 com ensino médio incompleto, 28.972 com ensino médio

completo, 3.718 com ensino superior incompleto, 1.705 com ensino superior completo e apenas 68 pessoas com pós-graduação (BRASIL, 2008b).

O nível de escolaridade é um fator que pode influenciar na falta de oportunidades para construir uma carreira profissional. É relevante destacar que essa interrupção no estudo pode, por consequência, também influenciar na falta de uma formação permanente ou até de um emprego estável. No quesito renda familiar, quatro entrevistados afirmaram que a família é sustentada por menos de um salário mínimo e apenas um afirmou um salário mínimo.

Dessa forma, os dados do estudo se coadunam com os do Ministério da Justiça (2005), que descreve a maioria dos indivíduos sob privação de liberdade como pessoas que apresentam baixa renda, não tiveram oportunidade de se alfabetizar e não apresentavam um emprego estável ou definido antes do encarceramento.

Tabela 2. Caracterização da amostra do estudo quanto a faixa etária, cor da pele e estado civil. Cadeia Pública do Curimataú Paraibano. Janeiro, 2015. (N=5).

Sujeitos	Idade	Cor da Pele	Estado Civil
S1	28 anos	Negro	Casado
S2	51 anos	Pardo	Solteiro
S3	47 anos	Branca	Solteiro
S4	31 anos	Parda	União Não-oficializada
S5	28 anos	Negro	Solteiro
TOTAL	Média = 37 anos	-	-

Fonte: Pesquisa Direta (2015)

No que se refere à idade dos participantes do estudo a faixa etária variou entre 28 à 51 anos, com uma média de 37 anos. A população penitenciária brasileira é composta, predominantemente, por adultos jovens com menos de 30 anos de idade (BRASIL, 2005). Desse modo, assemelham-se a faixa etária encontrada na pesquisa.

Quanto à raça, percebeu-se que a grande maioria considerou-se negro ou pardo e, apenas um entrevistado caracterizou-se como branco. No Brasil, a população carcerária é composta, em sua grande maioria, por adultos que apresentam faixa etária inferior a 30 anos, e são compostos por homens brancos e solteiros (BRASIL, 2005).

Vale ressaltar que a maioria dos entrevistados apresentou ter alguma patologia, 4 apresentou ter diabetes 2 hipertensos e 1 tinha hérnia. Mesmo diante desses antecedentes patológicos prévios a prisão, os colaboradores relataram que não há nenhum acompanhamento médico preventivo.

Tabela 3. Caracterização da amostra quanto ao Perfil Criminal. Cadeia Pública de Cuité-PB. Janeiro, 2015. (N=5).

Sujeitos	Prisão Primária	Número de Detenção	Julgamento	Tempo de Reclusão em Regime Fechado	Tipificação do Crime
S1	Sim	1 vez	Julgado	1 ano	Homicídio Código: 121
S2	Não	2 vezes	Julgado	6 anos	Homicídio Código: 121
S3	Não	Mais de 4 vezes	Não-Julgado	10 meses	Porte ilegal de arma Código: 246
S4	Não	3 vezes	Não-Julgado	9 meses	Furto Código: 155
S5	Não	2 vezes	Julgado	1 ano	Assalto a mão armada Código: 157
TOTAL	-	-			-

Fonte: Pesquisa Direta (2015)

A Tabela 3, apresenta dados voltados à tipificação do perfil criminal dos colaboradores da pesquisa. No que diz respeito à prisão primária, a maioria não estava em sua primeira detenção, apenas um se encontrava em prisão primária. Dentre o tempo de reclusão que vivenciam, este se apresentou bem variável, de 2 a mais de 4 vezes presos.

Segundo Martins e Oliveira (2013), quando os indivíduos reincidentes são libertos de um sistema penitenciário, estes se deparam com os problemas que o mundo e

a sociedade impõem, apresentando dificuldade em sua reintegração com o meio social. Permitindo assim que os mesmos voltem a cometer novos delitos e retornarem a prisão.

Acredita-se que a ausência do direito ao estudo, e a falta de uma profissão definida, podem caracterizar o alto índice de reincidência desses indivíduos ao sistema penitenciário. Esses fatores são decorrentes da dificuldade financeira que vivenciam e pelas situações de exclusão a que são expostos (BRASIL, 2005).

O tempo de prisão preventiva e da resposta do Poder Judiciário nem sempre obedece a um prazo razoável, o que afeta o acesso à justiça das acusadas e das suas possíveis vítimas, que aguardam o desfecho do processo.

Segundo Lima (2013), nas últimas décadas é evidente o aumento do número de presos que adentra o sistema penitenciário brasileiro, e isso é decorrente da elevação dos índices de criminalidade e violência nos últimos tempos.

Um das legislações que se refere aos direitos e deveres da população penitenciária no Brasil é a Lei de Execução Penal nº. 7.210, em que dispõe em seu capítulo II seção VI, esta tem por finalidade amparar o preso e o internado a fim de prepará-los para o retorno à liberdade, por isso é necessário o serviço de acompanhar aos resultados de permissões de saídas temporárias; promover recreação, orientação, e ações de cunho socioeducativos à fim de facilitar sua reinserção na sociedade; providenciar a obtenção de documentos; assim como amparar e orientar, a família do preso quanto a sua situação, seus direitos e deveres (MACHADO, 2013).

Com relação ao julgamento, três dos entrevistados foram julgados, e dois aguardam pela realização do seu julgamento. Quanto a tipificação dos crimes cometidos pelos entrevistados, apresentou-se alguns de “menor” periculosidade e outros de periculosidade “maior”, no que se diz respeito ao crime propriamente dito, muito embora, a realidade encontrada seja diferente.

O levantamento feito pelo Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário – PNSSP (2004) mostrou que a composição da população penitenciária é predominantemente por adultos jovens, homens brancos, solteiros e com menos de trinta anos de idade. Na grande maioria condenados por crimes pequenos como furto e roubo. Poucos alfabetizados e com profissão definida. Além de que mais da metade é reincidente por ter transgredido a ordem, devido principalmente as condições de desemprego, pobreza e falta de garantia de direitos que esses indivíduos passam (MACHADO,2013).

5.2 Dados referentes à assistência de saúde prestada à comunidade prisional

Quadro 1: Discurso do Sujeito Coletivo em resposta à pergunta: “Você recebe algum tipo de assistência em saúde?”

Ideia Central	Discurso do Sujeito Coletivo
Assistência via SAMU (Serviço de Atendimento Médico de Urgência)	<p>Suj. 2: “[...] Recebe quando chama o SAMU. Ele leva e para o hospital [...].”</p> <p>Suj. 4: “[...] Recebe. A direção liga para o SAMU e somos atendidos e quando precisa leva para o hospital [...].”</p> <p>Suj. 5: “[...] Recebemos pelo SAMU, ele nos leva e somos bem atendidos[...].”</p>

Fonte: Pesquisa Direta (2015)

O quadro acima demonstra que para os entrevistados a assistência em saúde recebida existe por meio do atendimento de urgência, através do Serviço de Atendimento Médico de Urgência - SAMU. Desse modo, o estudo em questão contradiz com todos os documentos legais que regem a saúde nas prisões, onde traz que o atendimento a saúde deve partir da atenção primária e não dos serviços de urgências e emergências como porta de entrada da assistência.

No que tange ao tratamento médico-hospitalar, os presos são removidos aos hospitais próximos e dependem de escolta da Polícia Militar para saírem, o que torna ainda mais difícil, em virtude da pouca disponibilidade de policiais, para esta ação de saúde. Estes fatos podem deixar o ambiente mais propício a rebeliões, fugas e outros.

A assistência em saúde no sistema prisional brasileiro foi regulamentada a partir de setembro de 2003 pela Portaria Interministerial nº. 1.777 a qual determinou a atuação pública voltada a uma atenção integral, e que embora os profissionais da saúde façam parte da atenção primária, a especificidade do sistema prisional requer atendimentos também de média e alta complexidade. A definição mais utilizada de atenção primária à saúde é a formulada pela Organização Mundial da Saúde, que considera esta atenção essencial e de acesso mais fácil e prático devido à sua operacionalização de menor custo (MACHADO, 2013).

Esta Portaria aprovou também o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário–PNSSP (2004), o qual prevê a inclusão dos detentos no Sistema Único de

Saúde, buscando garantir o direito à cidadania na perspectiva dos direitos humanos. As ações e serviços desse plano são relacionados aos princípios e diretrizes do SUS, cabendo maior atenção aos processos da universalidade, equidade, integralidade e resolubilidade da assistência. A integralidade especificamente exige da equipe de saúde, um conjunto de serviços que atendam às demandas mais comuns da população, a oferta de serviços em outros pontos de atenção e o reconhecimento dos problemas biológicos, psicológicos e sociais causadores da doença (MACHADO, 2013).

No contexto do Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário (PNSSP), as equipes de saúde tanto podem estar localizadas em um posto de saúde fora da unidade prisional quanto em um centro de saúde no interior da mesma, permanecendo dentro delas quando o número de pessoas privadas de liberdade ultrapasse 100 e estendendo ações para dentro daquelas em que forem menos de 100. Quando a oferta de ações no sentido da prevenção, da promoção e da recuperação for insuficiente para atender as necessidades em saúde da população prisional, como no caso de situações de urgência ou de necessidade de exames, a pessoa reclusa deve ser encaminhada para atenção ambulatorial e hospitalar na rede de estabelecimentos de saúde municipal, estadual ou federal (BRASIL, 2010).

O quadro 1 nos mostra em parte a fragilidade da presença do Estado mediante a assistência de saúde prestada na Cadeia Pública do Curimataú Paraibano estudado, visto que, a predominância de assistência foi de um atendimento de urgência, onde o apenas o SAMU foi citado como referência.

O Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário (PNSSP) traz propostas de ações e serviços de atenção básica em saúde com sua organização nas próprias unidades prisionais, abrindo margem para o descumprimento de grande parte de suas orientações pela falta de equipes de fiscalização e na maioria das vezes desinteresse político local. Segundo o Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário (PNSSP), as ações primárias de saúde devem ser realizadas por equipes interdisciplinares e o acesso aos demais níveis de atenção em saúde está responsabilidade da gestão estadual em consonância com os planos diretores de regionalização e aprovação da Comissão Intergestores Bipartite e do Conselho Estadual de Saúde (PINON; OLIVEIRA; SCHUTZ, 2012).

Assim, a realidade de atendimento encontrada na Cadeia Pública pesquisada não condiz com o que é assegurado pela legislação, principalmente no que tange o modelo

de prevenção e promoção da saúde, ficando o atendimento institucional restrito basicamente a urgência e emergência.

Quadro 2: Discurso do Sujeito Coletivo em resposta à pergunta: “O que você acha da saúde que você recebe?”

Ideia Central – 1	Discurso do Sujeito Coletivo
Má qualidade de Assistência em Saúde	<p>Suj. 1: “[...] Não é boa porque não tem. Tem quem está morrendo para poder ir ao hospital [...]”</p> <p>Suj. 2: “[...] Ruim. Não tem nada! A gente precisa ser cuidado. [...]”</p> <p>Suj. 4: “[...] Que melhore. Nós precisamos de médico aqui para cuidar. Não é porque estamos aqui que tem que deixar de ter saúde. É o Estado que deve tomar conta de nós[...]</p>
Ideia Central – 2	Discurso do Sujeito Coletivo
Boa qualidade de Assistência em Saúde	<p>Suj. 3: “[...] Acho boa, toda vida que eu adoeci, o pessoal ligou para o SAMU [...].”</p> <p>Suj. 5: “[...] É boa, sempre que precisei fui atendido pelo SAMU [...]”</p>

Fonte: Pesquisa Direta (2015)

Os discursos do quadro 2, apontam a insatisfação vivenciada pela maioria dos entrevistados quanto a qualidade de assistência recebida. As ideias centrais encontradas classificam ambigualmente a assistência em saúde e má e de boa qualidade, porém, prevalecendo a de má qualidade.

O ambiente prisional em geral dispõe de uma realidade distante do que é proposto no Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, visto que os relatos apresentados mostraram uma grande insatisfação com a qualidade do serviço oferecido, sobretudo da insuficiência de ações educativas que contribuem, de fato, para a promoção da saúde e a prevenção das enfermidades, além de uma precária assistência médica aos detentos, a exemplo das percepções deste estudo.

O depoimento descrito na primeira ideia central mostra a insatisfação dos entrevistados com assistência de saúde que eles recebem e no discurso apresentam conhecimentos pelos direitos que lhes são conferidos. Os direitos humanos são inerentes a todas as pessoas humanas. Esse direito tem como pretensão garantir as pessoas uma

vida digna, integridade protegida, independente da sua origem, etnia, gênero, idade, condição econômica e social, orientação ou identidade sexual, religião ou convicção política.

A superlotação das celas, sua precariedade e insalubridade transformam as prisões num ambiente propício à proliferação de doenças. Além dos fatores estruturais, a má-alimentação, o sedentarismo, o uso de drogas, a falta de higiene, dentre outros, também contribuem para os problemas de saúde dos detentos. Ei-los: doenças do aparelho respiratório, como a tuberculose e a hanseníase, alto índice de hepatite e de doenças sexualmente transmissíveis, em especial, a AIDS (ASSIS, 2007).

O referido autor ainda destaca que a realidade atual do Sistema Penitenciário brasileiro revela que, além das doenças mais comuns supracitadas, há um alto número de presos portadores de distúrbios mentais, de câncer e com deficiências físicas.

Os trechos descritos na segunda ideia central apresentam divergência da primeira ideia central. Os apenados mostraram-se satisfeitos com a assistência de saúde que estão recebendo.

A realidade encontrada na Cadeia Pública do estudo se contrapõe com o que é assegurado na legislação, principalmente no modelo de prevenção e promoção, mas para uma minoria, a assistência que lhe é oferecida está de boa qualidade, visto que ao ser acometido por alguma patologia tem o atendimento necessário, ficando o atendimento restringido apenas à urgência.

Os participantes do estudo apontaram algumas estratégias para melhoria da qualidade de saúde no ambiente prisional, a estratégia apontada pela maioria foi que tivesse um atendimento médico, e apenas um dos entrevistados o sujeito 4 que mostrou ter algum entendimento sobre o direito a saúde no ambiente prisional, este pediu que a unidade de saúde do bairro fosse pelo menos 1 vez ao mês toda equipe fosse fazer atendimento de promoção e prevenção.

Com o intuito de garantir a saúde dos detentos de forma integral a PNSSP construiu diretrizes estratégicas, tais como: prestar assistência integral resolutiva, contínua e de boa qualidade às necessidades de saúde; reduzir os agravos mais frequentes; definir e programar ações e serviços consonantes com os princípios e diretrizes do SUS; implementou a intersetorialidade; a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, dentre outros (SOUZA, et al, 2013).

Apesar de garantido amplamente na Política Nacional de Atenção Integral a Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), os

colaboradores da pesquisa afirmaram que não recebiam nenhum tipo de prevenção e promoção a saúde. A única prevenção e promoção a saúde que eles receberam foi a partir do Projeto de Extensão “Saúde Liberta” da Universidade Federal de Campina Grande – *Campus* Cuité. Segundo os entrevistados, foram abordados temas voltados a saúde masculina como Câncer de Pênis, Higiene Pessoal, Diabetes, Hipertensão, entre outros. Afirmaram que através das ações educativas do Projeto tomaram conhecimento a cerca dessas patologias e podiam tirar suas dúvidas a cerca da temática.

É importante lembrar que a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) atenção integral resolutiva, contínua e de qualidade às necessidades de saúde da população privada de liberdade no sistema prisional, com ênfase em atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; controle e/ou redução dos agravos mais frequentes que acometem a população privada de liberdade no sistema prisional (BRASIL, 2014).



6. Considerações Finais

O estudo teve como proposta conhecer e analisar a assistência em saúde em uma cadeia pública do curimataú paraibano. Os resultados no contexto geral apontam que a assistência de saúde ofertada a população carcerária da cadeia pública do curimataú paraibano investigado acontece, de acordo com os relatos, de forma fragilizada e não vem se desenvolvendo em consonância com o que preconiza as diretrizes dos documentos legais que regem o direito a saúde nas prisões, a exemplo da recente Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O atendimento que deveria ser prestado no ambiente prisional a luz da cidadania, dignidade humana e preceitos do SUS, não está sendo respeitado no cenário do estudo, ficando a mercê do serviço de urgência e emergência, a maioria dos atendimentos de saúde, de acordo com os relatos. Dessa forma, foi possível perceber o desinteresse em diante da garantia do direito inviolável a saúde. Dessa forma, entende-se que o pressuposto inicial de negligência quanto à garantia da assistência de saúde as pessoas sob privação de liberdade, foi confirmada ao longo da pesquisa.

Como estratégia de enfrentamento dos problemas identificados no estudo sugerimos a construção de uma plano estratégico de saúde e mapeamento do perfil de doenças que acometem os apenados da cadeia pública, além de uma participação mais efetiva da Unidade Saúde da Família responsável pela área de cobertura da unidade prisional diante de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, além do estreitamento do diálogo entre as áreas jurídicas e de saúde.

Nesse sentido, concluímos que faz-se necessário tornar acessível os profissionais de saúde e os recursos necessários a uma assistência de saúde de qualidade, visto que este é um direito garantido e amparado nas bases documentais da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Pode-se afirmar que ao final deste estudo que atingimos os objetivos iniciais propostos pela pesquisa na medida em que conhecemos e analisamos a qualidade e a forma de assistência em saúde prestada na Cadeia Pública do Curimataú Paraibano.

Assim, ao final desta pesquisa, esperamos ter contribuído assistência em saúde no âmbito prisional do curimataú paraibano, bem como almejamos ter contribuído para o enriquecimento da literatura que envolve a temática da saúde nas prisões.



Referências

ASSIS, R. D. A realidade atual do sistema penitenciário brasileiro. **Revista CEJ**. Brasília, v. 11, n. 39, out./dez. 2007. Disponível em:
<http://www.jf.jus.br/ojs2/index.php/revcej/article/viewFile/949/1122>

ASSUNÇÃO, C.H.V. **A Saúde no Sistema Prisional nas Conferências e d2os Planos Estaduais de Saúde do Estado de Santa Catarina**, 2012. 49f. Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade Federal de Santa Catarina. 2012. Disponível em:
<http://spb.ufsc.br/files/2012/09/TCC-C%C3%B3ria-Helena-Vieira-de-Assun%C3%A7%C3%A3o.pdf>

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da Republica Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm

BRASIL. Ministério da Justiça. **Lei de Execução Penal** (Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984). Brasília, DF, 1984. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7210.htm

BRASIL. Ministério da Justiça. Infopen. **Sistema Integrado de Informações Penitenciárias**. Departamento Penitenciário Nacional. **Sistema Penitenciário no Brasil - Dados Consolidados**. Brasília, DF, 2008. Disponível em:
https://www.oas.org/dsp/Observatorio/Tablas/Brasil/Brasil_Sistema_Carcelario_Dados_Consolidados_2003-2007.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**. 2. ed. Brasília, DF, 2005. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_pnssp.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde e Justiça. **Legislação da Saúde no Sistema Penitenciário**. Brasília, DF, 2010. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saude_sistema_penitenciario.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 1.777, DE 09 DE SETEMBRO DE 2003. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/pri_1777_09_09_2003.html

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)**. 2014.

CPI SISTEMA CARCERÁRIO. (2009). Brasília: Edições Câmara. Disponível em:
<http://bd.camara.leg.br/bd/handle/bdcamara/2701>

DAMAS, Fernando Balvedi. **Saúde mental no sistema prisional: As prisões catarinenses na perspectiva da saúde coletiva**. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011. Disponível em:
<http://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/95780/297659.pdf?sequence=1>

DIUANA V, et al. **Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro**, Brasil. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.24(8), p. 1887-1896, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n8/17.pdf>

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**. Petrópolis: Vozes, 2004. Disponível em: <http://www.submit.10envolve.com.br/uploads/817bc9996539f6f134384b68de525f3a.pdf>

GIL, A. C. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008. Disponível em: <https://ayanrafael.files.wordpress.com/2011/08/gil-a-c-mc3a9todos-e-tc3a9cnicas-de-pesquisa-social.pdf>

GOIS, S. M. et al. Para além das grades e punições: uma revisão sistemática sobre a saúde penitenciária, Rio de Janeiro, Brasil. **Rev Ciência & Saúde Coletiva**, v.17(5), p. 1235-1246, 2012. Disponível em: <http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/39693/S1413-81232012000500017.pdf?sequence=1>

INTERNATIONAL CENTRE FOR PRISON STUDIES (ICPS). **World Prison Brief**. Disponível em <http://www.prisonstudies.org>. Acesso em: 31 de out. de 2015.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). 2. ed. Caxias do Sul, RS: Educs, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/icse/v10n20/17.pdf>

LIMA, G. M. B. et al. Mulheres no cárcere: significados e práticas cotidianas de enfrentamento com ênfase para a resiliência. **Revista Saúde em Debate. Rio de Janeiro**, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n98/a08v37n98.pdf>

MACHADO, J.F. **SISTEMA PENITENCIÁRIO E ACESSO À SAÚDE: possibilidades e limites do controle social**. 2013. 70f. Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade de Brasília. 2013. Disponível em: <http://bdm.unb.br/handle/10483/6136>

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. Metodologia Científica. 5. ed. 2. Reimpr. São Paulo: Atlas, 2008. Disponível em: https://docente.ifrn.edu.br/olivianeta/disciplinas/copy_of_historia-i/historia-ii/china-e-india

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 9ª ed. São Paulo: Hucitec, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v8n3/v8n3a13>

MORSELLI, Élio. *Função da pena à luz da moderna criminologia*. Revisão de José Henrique Pierangeli. **Revista Síntese de Direito Penal e Processual Penal**, Porto Alegre, v.1, n. 3, p.6, ago-set.2000, p. 6. Disponível em: www.uniaraxa.edu.br/ojs/index.php/juridica/article/download/119/110

ONU. Assembléia Geral das Nações Unidas. **Declaração dos Direitos Humanos**. ONU, 10 de dezembro de 1948. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001394/139423por.pdf>

PARAIBA. Governo da Paraíba. **Sistema Penitenciário na Paraíba- Dados Consolidados (2013)**. Disponível em: <http://www.paraiba.pb.gov.br/administracao-penitenciaria/populacao-carceraria>.

PINON, G.M.B, OLIVEIRA, M.H.B, SCHUTZ, G.E. **Direito e Saúde: Cidadania e Ética na Construção de Sujeitos Sanitários**. Maceió: Adufal, v. 1 (12), p. 41, 2012.

PRODANOV; FREITAS. Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico. 2. ed. RGS, 2013. Disponível em: <http://www.faatensino.com.br/wp-content/uploads/2014/11/2.1-E-book-Metodologia-do-Trabalho-Cientifico-2.pdf>

SANTOS, E. M. G. Saúde mental e direitos humanos no sistema penitenciário brasileiro. Revista eletrônica tempo histórico – ano. I número. I, 2005. Disponível em:

<http://www.revista.ufpe.br/revistatempohistorico/index.php/revista/article/viewFile/9/7>

SOUSA, M.C.P. et al. Atenção a saúde no sistema penitenciário: revisão de literatura. Revista Interdisciplinar. . v.6, n.2, p.144-151, abr.mai.jun. 2013. Disponível em: <http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/59>

SOUZA, M. O. S.; PASSOS, J. P. A prática de enfermagem no sistema penal: limites e possibilidades. **Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v.12, n.3, p.417- 23 set.2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n3/v12n3a04.pdf>.

VASCONCELOS, E. D. S.; QUEIROZ, R. F. F.; CALIXTO, G. A. M. A precariedade no sistema penitenciário brasileiro – violação dos direitos humanos. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XIV, n. 92, set 2011. Disponível em: http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=10363>. Acesso em 05 janeiro 2014.



Apêndices

APÊNDICE A
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(DETENTOS)

Esta pesquisa intitulada “Atrás das Grades: Assistência de Saúde em uma Cadeia Pública do Curimataú Paraibano” trata-se de um Trabalho de Conclusão do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, *campus* Cuité, e está sendo desenvolvida pela aluna Kamilla Rayane Costa Silva sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Gigliola Marcos Bernardo de Lima. O presente estudo tem por objetivo geral conhecer e analisar a assistência de saúde prestada aos detentos, agentes penitenciários e diretor da cadeia pública do Curimataú Paraibano. Você está sendo convidado para participar desta pesquisa por no momento está vivenciando um confinamento prisional. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder perguntas que envolvem dados sobre as assistências de saúde fornecida à você na cadeia pública e quais as barreiras encontradas à assistência de saúde.

As informações obtidas através desta pesquisa serão confidenciais e asseguramos que seu nome será mantido em sigilo absoluto. Os dados da pesquisa poderão vir a ser publicados/divulgados, desde que assegurado à privacidade dos sujeitos e a confidencialidade das informações. A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o senhor não é obrigado a fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na sua assistência. As pesquisadoras estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento ou dúvida que por ventura vier a surgir ou que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Destacamos aqui a importância de sua participação para a viabilidade deste estudo. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal.

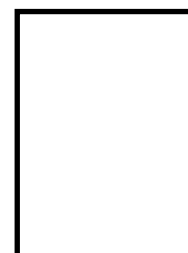
Cuité____/____/2015

Diante do exposto, declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar:

 Participante da Pesquisa

 Kamilla Rayane Costa Silva
 Pesquisadora Participante

 Prof^a. Dr^a. Gigliola Marcos Bernardo de Lima
 Pesquisadora Responsável



Contatos para dúvidas/esclarecimentos: Universidade Federal de Campina Grande – Centro de Educação e Saúde
 – Unidade Acadêmica de Saúde – Olho D’ Agua da Bica s/n – Cuité-PB. CEP: 58175- 000. Telefone: (83) 3372-
 1900. Ramal: 1972 E-mail: gigliolamb1@ufcg.edu.br

APÊNDICE B
ROTEIRO DE ENTREVISTA
(DETENTOS)

“Atrás Das Grades: Assistência em Saúde em uma Cadeia Pública do Curimataú Paraibano”

Pesquisadora Participante: Kamilla Rayane Costa Silva
 Pesquisadora Responsável: Gigliola Marcos Bernardo de Lima

Parte I - Dados de caracterização da amostra:

1. Iniciais: _____ / Cidade onde Nasceu: _____
2. Qual a sua idade hoje: _____ Anos
3. Estado Civil:
 Casado Solteiro Divorciado União não oficializada Outros. Qual? _____
4. Cor da Pele: Branca Negra Parda Outros. Qual? _____
5. Condição sócio-econômica antes da prisão:
 Renda familiar com menos de 1 salário mínimo Renda familiar de 1 salário mínimo Mais de um salário mínimo.
6. Nível de Escolaridade:
 Não-Alfabetizado
 Alfabetizado
 Fundamental Incompleto
 Fundamental Completo
 Ensino Médio Incompleto
 Ensino Médio Completo
 Superior Completo
 Superior Incompleto
7. Esta preso pela primeira vez? sim não
8. Quantas vezes já foi preso? 1 vez 2 vezes 3 vezes 4 vezes Mais de 4 vezes
9. Já foi julgado? sim não
10. Há quanto tempo está preso em regime fechado?
 menos de 6 meses 6 meses 1 ano 2 anos 3 anos 4 anos 5anos 6 anos 7anos mais de 7 anos.
11. Qual motivo da prisão? _____

Parte II – Questões norteadoras:

1. Você recebe algum tipo de assistência de saúde? Qual?
2. Quando está doente, como é feito o tratamento?
3. Você tem alguma doença? Sim Não. Se sim, qual?
 Hipertensão Diabetes Outras _____
4. Recebe alguma medicação para tratamento de doenças? Sim Não. Se sim, de quem?
 Família Cadeia UBS Outros

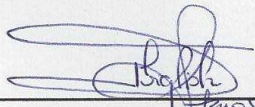


5. É realizado algum tipo de prevenção e promoção a saúde de vocês? () Sim () Não. Se sim, quem promove?
6. O que você acha da assistência de saúde que você recebe?
7. O que deveria melhorar na assistência de saúde fornecida?





MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: ATRÁS DAS GRADES: ASSISTÊNCIA EM SAÚDE EM UMA CADEIA PÚBLICA DO CURIMATAÚ PARAIBANO		2. Número de Participantes da Pesquisa: 10	
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: Gigliola Marcos Bernardo de Lima			
6. CPF: 007.792.714-16		7. Endereço (Rua, n.º): RAUL HENRIQUES DE SA TAMBIA BLOCO C APT 106 JOAO PESSOA PARAIBA 58020673	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO		9. Telefone: (83) 9900-5445	10. Outro Telefone:
		11. Email: gigliolajp@hotmail.com	
12. Cargo:			
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p>			
Data: <u>07</u> / <u>09</u> / <u>2014</u>		 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
13. Nome: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE		14. CNPJ: 05.055.128/0006-80	15. Unidade/Órgão:
16. Telefone:		17. Outro Telefone:	
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p>			
Responsável: <u>RAMILTON MARINHO COSTA</u>		CPF: <u>308 636 784 91</u>	
Cargo/Função: <u>PROFESSOR / DIRETOR</u>			
Data: <u>12</u> / <u>09</u> / <u>2014</u>		 Assinatura	
PATROCINADOR PRINCIPAL		 Ramilton Marinho Costa Diretor do CES Mat. SIAPE 337298	
Não se aplica.			



Declaração de Compromisso do Pesquisador Responsável

Eu, Gigliola Marcos Bernardo de Lima, CPF: 007.792.714-16, Pesquisadora responsável pelo Projeto de Pesquisa intitulado “**Atrás Das Grades: Assistência em Saúde em uma Cadeia Pública do Curimataú Paraibano**” venho por meio deste, garanto anexar os resultados da pesquisa na Plataforma Brasil, garantindo o sigilo relativo às propriedades intelectuais.

Cuité, 07 de Setembro de 2014.

Prof^ª. Dr^ª. Gigliola Bernardo
Mat. SIAPE: 1508781
Pesquisadora Responsável/ Orientadora



Universidade Federal
de Campina Grande

Ao Meritíssimo Senhor Juiz da Comarca de Cuité – PB

De: Profª. Drª. Gigliola Bernardo

Solicitação de Autorização para Pesquisa

Solicitamos a Vossa Senhoria autorização para a aluna Kamilla Rayane Costa Silva, aluna pré-concluinte do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité, a fim da mesma realizar, sob minha orientação, sua pesquisa de Trabalho de Conclusão de Curso intitulada **“Atrás Das Grades: Assistência em Saúde em uma Cadeia Pública do Curimataú Paraibano”** cujo objetivo principal é conhecer e analisar a assistência em saúde em uma Cadeia Pública do Curimataú paraibano.

Destacamos que os dados coletados serão mantidos em total sigilo e utilizados para realização deste trabalho, bem como para publicação em eventos e artigos científicos. Assim, na certeza de contarmos com a compreensão e empenho dessa instituição, agradecemos antecipadamente.

Cuité, 07 de Setembro de 2014.

Profª. Drª. Gigliola Bernardo
Mat. SIAPE: 1508781
Pesquisadora Responsável/ Orientadora

Kamilla Rayane Costa Silva
Pesquisadora participante

N.L.
VSP/CR
R. de A. B.
R. de A. B.
CURSO 09/09/2014
O INSS
Prof. Anderson Guimarães
Direito



SISTEMA PENITENCIÁRIO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA DA PARAÍBA
CADEIA PÚBLICA DE CUITÉ - PB

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Declaro para os devidos fins e meios que esta instituição prisional autoriza a realização do Trabalho de Conclusão de Curso intitulado **“Atrás Das Grades: Assistência em Saúde em uma Cadeia Pública do Curimataú Paraibano”** pela discente Kamilla Rayane Costa Silva do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, desde que sejam respeitados todos os preceitos éticos e de segurança durante a execução da referida pesquisa científica.

Cuité, 07 de Setembro de 2014

Direção da Cadeia Pública de Cuité-PB