

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS

MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

**A VIDA NO CÁRCERE E A ATENÇÃO À SAÚDE DOS DETENTOS NO
CENTRO DE DETENÇÃO PROVISÓRIA DR. LUIS CÉSAR LACERDA DE
SÃO VICENTE/SP**

ELIANA OLIVEIRA PEDREIRA LIMA

**SANTOS
2013**

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS

MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

**A VIDA NO CÁRCERE E A ATENÇÃO À SAÚDE DOS DETENTOS NO
CENTRO DE DETENÇÃO PROVISÓRIA DR. LUIS CÉSAR LACERDA DE
SÃO VICENTE/SP**

ELIANA OLIVEIRA PEDREIRA LIMA

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Políticas e Práticas de Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Rosa Maria Ferreiro Pinto.

**SANTOS
2013**

Dados Internacionais de Catalogação
Sistema de Bibliotecas da Universidade Católica de Santos

SibiU

L732a Lima, Eliana Oliveira Pedreira

A vida no cárcere e à atenção a saúde dos detentos no Centro de Detenção Provisória Dr. Luis César Lacerda de São Vicente/SP / Eliana Oliveira Pedreira Lima ; orientadora Rosa Maria Ferreiro Pinto – Santos : [s.n.], 2013.

108 f. ; (Dissertação de Mestrado) - Universidade Católica de Santos, Programa de Mestrado em Saúde Coletiva.

1. Sistema Penitenciário. 2. Vida no Cárcere. 3. Atenção à saúde do detento. I. Pinto, Rosa Maria Ferreiro (Orientadora). II. Universidade Católica de Santos. III. Título.

CDU 614(043.3)

**A VIDA NO CÁRCERE E A ATENÇÃO À SAÚDE DOS DETENTOS NO
CENTRO DE DETENÇÃO PROVISÓRIA DR. LUIS CÉSAR LACERDA DE
SÃO VICENTE/SP**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Políticas e Práticas de Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dra. Rosa Maria Ferreiro Pinto.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Rosa Maria Ferreiro Pinto – Orientadora

Prof^a. Dr^a. Amélia Cohn – Universidade Católica de Santos

Prof^o. Dr^o. Nivaldo Carneiro Junior – Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

Data de aprovação: ____ / ____ / ____

**SANTOS
2013**

Aos Meus Amores, Infinitos
e Incondicionais, Marcelo,
Meu Cúmplice e, Valentina,
Minha Filha.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço meu Pai Celestial, que me conduziu carinhosamente em mais este aprendizado. Que esteve presente em cada instante do meu Mestrado, me fortalecendo e abençoando, para que eu pudesse esperar no tempo Divino as concretizações das promessas do Senhor Soberano em minha vida. Derramando ricas e abundantes bênçãos a cada raiar do dia, me guiando no cair da tarde e me guardando ao anoitecer.

Ao Marcelo, por transformar meus sonhos em realidade e, simplesmente por me fazer a mulher mais feliz do mundo, e minha Valentina, por ter sido forte e determinada ainda dentro de mim e, por me encher de alegria e felicidade nos momentos em que mais necessitei.

Agradeço na mais profunda gratidão ao meu pai Edivaldo, simplesmente meu papito e minha mãe Marisa, minha fortaleza e porto seguro, por me apoiar sempre e acima de tudo. Obrigada mãe por ser minha inspiração de uma mãe maravilhosa.

Aos meus quatro irmãos Eliene, Kelly, Marcos e Willian por me incentivar em mais este desafio. Em especial, a Eliene, a Dinda Querida da Valentina, a qual faz jus pelo título de melhor madrinha do mundo.

A mãe do meu marido, minha sogra de fato, mas, minha Avó de consideração, por dedicar-se a Valentina nos momentos em que precisei.

À minha orientadora Rosa Maria que me proporcionou momentos indizíveis de reflexão e conhecimento na construção desta pesquisa. E, principalmente, pela sua dedicação, amizade e compreensão com a minha pessoa. Rosa, você é uma mulher incrível e uma orientadora admirável. Posso afirmar com toda certeza que os méritos são seus.

As amigas do NEPEC por dividirem comigo a construção desta pesquisa, incluindo as dificuldades e desafios.

Aos meus colegas e companheiros de classe, onde dividi alegrias e, principalmente, muita reflexão acerca da Saúde Coletiva. Em especial à Priscila e a Mônica Holanda.

A todos do Programa de Mestrado em Saúde Coletiva que de

maneiras diferenciadas contribuíram nesta transformação.

Por fim, agradeço àqueles que direta ou indiretamente contribuíram para a realização desta pesquisa.

Instituição e Fonte Financiadora: CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior).

EPÍGRAFE

“Para que o sujeito se constitua como tal, é necessário que, antes de tudo, o outro lhe dirija a palavra, lhe invista, o nomeie, o reconheça e lhe atribua um lugar, um sentido enquanto possibilidade.”

(Lira, P.O. e Carvalho, G.M., 2002)

RESUMO

LIMA, Eliana Oliveira Pedreira. A Vida no Cárcere e a Atenção à Saúde dos Detentos. Santos, 2013, 108p. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva – UNISANTOS.

Compreender como se processam as relações na vida cotidiana do cárcere e avaliar a situação da atenção à saúde do detento no CDP de São Vicente/SP foi o principal objetivo desse estudo que teve como objetivos específicos conhecer as condições de vida dos detentos no CDP de São Vicente/SP; verificar como se detectam as doenças antes e durante o processo do encarceramento no CDP de São Vicente/SP; conhecer as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde e formas de tratamento das doenças dos detentos; Identificar quais as queixas dos detentos do CDP de São Vicente/SP em relação à atenção à saúde do detento. Trata-se de pesquisa qualitativa realizada no Centro de Detenção Provisória Dr. Luiz Cesar Lacerda de São Vicente, São Paulo, tendo como sujeitos dez presos e uma profissional da área da saúde que atua na unidade prisional. Com os detentos e com a profissional de saúde, o instrumento utilizado foi a entrevista semiestruturada. A coleta de dados ocorreu durante os meses de julho a dezembro de 2011. Os resultados revelaram que o perfil dos detentos não difere do encontrado em outros estudos. Dos dez detentos, quatro estão na faixa dos 20 aos 30 e os seis restantes entre 31 e 40 anos. A baixa escolaridade foi confirmada, pois dois não concluíram o ensino fundamental e oito completaram o ensino fundamental. Quanto ao estado civil, três são solteiros e sete casados. No que diz respeito ao número de filhos, três presos não tem filho, quatro tem até dois filhos, dois de três a quatro filhos e apenas um detento têm cinco ou mais filhos. A cor auto-declarada também se confirmou, sendo que pardos e negros somam nove presos e apenas um branco. Sete detentos são da Baixada Santista e três oriundos de outras cidades do Estado de São Paulo. Sete são reincidentes e três primários, e ainda, oito recebem visitas regularmente e dois nenhum tipo de visita. A profissional é do gênero feminino, 50 anos de idade e, trabalha há nove anos e seis meses na SAP, todo esse período no CDP de São Vicente. A análise dos dados se deu a partir de dois eixos temáticos: a vida no cárcere e atenção à saúde do detento. O cotidiano prisional é marcado pela ociosidade, relações de poder e estratégias de sobrevivência. Na atenção à saúde do detento foi constatado que os presos são minimamente assistidos, pois há falta de profissionais de saúde, como, médico e enfermeiro e, a distribuição de medicamentos só é regular quando se refere à Tuberculose, doenças mentais e HIV. Nos demais casos, há demora no atendimento e medicação por parte da unidade prisional e geralmente são os familiares que trazem os medicamentos. No tocante à alimentação, essa constitui insatisfação geral, embora seja um componente importante para a manutenção da saúde. A pesquisa buscou evidenciar um recorte da realidade vivida pelos presos quanto à atenção à saúde no CDP de São Vicente.

Palavras chave: Vida no Cárcere, Atenção à Saúde do Detento, Sistema Penitenciário.

ABSTRACT

LIMA, Eliana Oliveira Pedreira. Life in Prison and Health Care of Detainees. Santos, 2013, 108p. Master Thesis in Public Health – UNISANTOS.

Understand how to process the relations in everyday life of prison and evaluate the situation of health care in the detainee CDP São Vicente/SP was the main objective of this study aimed to ascertain the specific living conditions of detainees in the town of São Vicente/SP; see how they detect diseases before and during incarceration in the town of São Vicente/SP; know the actions taken by health professionals and ways to treat diseases of the detainees; identify which inmates' complaints of CDP São Vicente/SP in relation to health care of the detainee. This is qualitative research conducted in Provisional Detention Center Dr. Luis Cesar Lacerda de São Vicente, São Paulo, and ten prisoners as subjects and a health care professional who works in the prison unit. With detainees, the instrument used was a semi-structured interview and the professional, open interview with script. Data collection occurred during the months from July to December 2011. The results revealed that the profile of inmates does not differ from that found in other studies. Of the ten inmates, four are in the range of 20 to 30 and the remaining six between 31 and 40 years. The low education level was confirmed, as two did not complete primary school and eight complete elementary school. Regarding marital status, three singles and seven are married. Regarding the number of children, three prisoners have no son, four even has two sons, two of three to four children and only one inmate have five or more children. The color self-declared also confirmed, with browns and blacks add nine prisoners and one white. Seven inmates are from Baixada Santista and three from other cities in the state of São Paulo. Seven primary and three are repeat offenders, and still, eight and two regularly receive visits any visit. A professional is female, 50 years old and worked for nine years and six months in SAP, throughout this period in the town of São Vicente. The analysis of data was based on two main themes: life in prison and the inmate health care. The everyday prison is marked by idleness, power relationships and coping strategies. In health care the inmate was found that prisoners are assisted minimally, because there is a shortage of health professionals, such as doctors and nurses, and the distribution of drugs is only regulate when it comes to TB, HIV and mental illness. In other cases, there is delay in treatment and medication from the prison unit and are usually family members who bring drugs. With regard to food, this is general dissatisfaction, although it is an important component to maintaining health. The research sought to show a clip from the reality experienced by prisoners regarding health care in the town of São Vicente.

Keywords: Life in Prison, Health Care of Inmate, Prison System.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01: Faixa Etária dos Detentos

Gráfico 02: Escolaridade dos Detentos

Gráfico 03: Estado Civil dos Detentos

Gráfico 04: Número de Filhos dos Detentos

Gráfico 05: Cor Autodeclarada

Gráfico 06: Local de Nascimento dos Detentos

Gráfico 07: Situação Profissional Antes da Detenção

Gráfico 08: Situação Prisional

Gráfico 09: Visitas de Familiares e/ou Companheira

LISTA DE QUADROS

Quadro 01: Dados Diferenciais dos Detentos

Quadro 02: Dados da Profissional de Saúde

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

AME – Ambulatório Médico de Especialidades

CDP – Centro de Detenção Provisório

COESPE – Coordenadoria dos Estabelecimentos Penitenciários do Estado de São Paulo

CREI – Centro de Referência Emergência Internação

DIPE – Departamento dos Institutos Penais do Estado

FUNAP – Fundação de Amparo ao Preso

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

LEP – Lei de Execução Penal

NEPEC – Núcleo de Estudos e Pesquisas em Educação em Saúde Coletiva

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONG – Organização Não Governamental

ONU – Organização das Nações Unidas

PCC – Primeiro Comando da Capital

PNSSP – Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário

PS – Pronto Socorro

SAE – Serviço de Atendimento Especializado

SAP – Secretaria da Administração Penitenciária

SUS – Sistema Único de Saúde

TB – Tuberculose

TECLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	15
CAPÍTULO I	17
1. SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL	17
1.1. MARCOS LEGAIS.....	17
CAPÍTULO II	24
2. SISTEMA PRISIONAL: DA ORIGEM A CONTEMPORANEIDADE	24
2.1. Sistemas Penitenciários	24
2.2. Sistema Penitenciário Brasileiro	38
2.2. Sistema Penitenciário de São Paulo	43
CAPÍTULO III	47
3. A PESQUISA.....	47
3.1. Trajetória Metodológica	49
3.2. O Centro de Detenção Provisória Dr. Luís César Lacerda de São Vicente.....	51
3.3. Perfil e Caracterização dos Sujeitos.....	52
3.4. Caracterização do Profissional de Saúde.....	64
CAPÍTULO IV	65
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	65
4.1. A Vida no Cárcere	66
4.2. Atenção à Saúde do Detento no CDP de São Vicente.....	78
CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
REFERÊNCIAS	99
APÊNDICES	102

APRESENTAÇÃO

O presente estudo é um recorte do projeto de pesquisa intitulado Emoções e Representações do Processo de Ser População Carcerária no Centro de Detenção Provisória Dr. Luiz Cesar Lacerda de São Vicente/SP, realizado pelo NEPEC – Núcleo de Estudos e Pesquisas em Educação em Saúde Coletiva, sob a coordenação da Profa. Dra. Rosa Maria Ferreiro Pinto.

O interesse pelo tema se deu por dois motivos: primeiro em decorrência da experiência obtida na pesquisa realizada junto ao sistema prisional de Ponta Grossa/PR em virtude da elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Serviço Social e o segundo por, desde o ingresso no Programa de Mestrado em Saúde Coletiva, participar do NEPEC na condição de orientanda da coordenadora do mesmo.

O sistema prisional é altamente complexo, onde os direitos dos detentos, dentre eles a atenção à saúde, são constantemente violados, apesar dos marcos legais existentes no Brasil. Por esse motivo tomamos como objeto de estudo a atenção à saúde dos detentos em uma unidade prisional que não se caracteriza como uma penitenciária por ser um Centro de Detenção Provisória e, portanto, sem mesmos recursos daquele tipo de unidade. Nessa perspectiva pudemos avaliar o cotidiano prisional e a precariedade da atenção à saúde do detento.

Para tratar o objeto de estudo utilizou-se de uma pesquisa qualitativa, de natureza exploratória, que teve como principais objetivos compreender como se processam as relações na vida cotidiana do cárcere e avaliar a situação da atenção à saúde do detento no CDP de São Vicente/SP.

O trabalho está estruturado em quatro capítulos: no primeiro, tratamos da saúde no sistema prisional e seus marcos legais. No segundo capítulo traçamos um histórico das prisões a partir desde suas origens até a configuração do sistema penitenciário brasileiro na atualidade e o sistema penitenciário paulista. O terceiro capítulo foi dedicado à pesquisa e sua trajetória metodológica, apresentando o perfil dos detentos que foram sujeitos

da pesquisa para, em seguida, apresentar os resultados e discussão. Em seguida apresentamos as considerações finais (ainda em construção), as referências e apêndices.

CAPÍTULO 1

“A saúde é direito de todos e
dever do Estado [...]”
BRASIL (1988)

SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL

No presente capítulo serão tratados os marcos legais no que tange aos direitos à saúde das pessoas privadas de liberdade no Brasil. Estes apontamentos são de fundamental importância para a compreensão do objetivo central da pesquisa, os impactos da relação entre a situação da vida cotidiana no cárcere e a atenção à saúde do detento, e ainda, para a análise dos resultados no tocante a discussão.

1.1 MARCOS LEGAIS

Dentre as leis destinadas a atenção à saúde aos detentos brasileiros destaca-se, em 1984, a Lei de Execuções Penais, doravante LEP, a qual assegura entre outros tipos de direitos, o da saúde. Direito este que fica evidente no artigo 14 da mesma, “a assistência à saúde do preso e do internado de caráter preventivo e curativo, compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico”.

Já no aspecto referente a equipamentos do estabelecimento penal, na LEP, ficou instituído que “caso o estabelecimento prisional não esteja suficientemente aparelhado para prover assistência médica necessária ao doente, poderá ele ser transferido para unidade hospitalar apropriada” (Artigo 16, parágrafo único).

A LEP prevê também que “a comissão técnica de classificação, existente em cada estabelecimento, será presidida pelo diretor e composta, no mínimo, por dois chefes de serviço, um psiquiatra, um psicólogo e um

assistente social, quando se tratar de condenado à pena privativa de liberdade” (Artigo 7º).

Ainda com base nos direitos previstos na LEP, “a assistência material ao preso e ao internado consistirá no fornecimento de alimentação, vestuário e instalações higiênicas” (Artigo 12). Destarte, o artigo 41 parágrafo 1 dispõe da alimentação destinada aos detentos, “alimentação suficiente”.

E por fim, a LEP estabelece a “salubridade do ambiente pela concorrência dos fatores de aeração, insolação e condicionamento térmico adequado à existência humana” como requisitos básicos para as celas onde os detentos permanecem alojados (Artigo 88, parágrafo único a).

Não se pode referir sobre direitos à saúde sem mencionar a Carta Magna da legislação brasileira, a Constituição da Republica Federativa do Brasil de 1988, a qual reforça definitivamente este direito aos brasileiros. Esta assegura ao direito à atenção à saúde para todo cidadão, livre ou não. Pois, as muralhas das penitenciárias não constituem fator excludente do direito à saúde como decreta o artigo 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2002, p. 119).

Com isso, já estava consagrado o direito ao atendimento em saúde do detento, no entanto, o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária fixou as regras mínimas para o tratamento de presos no Brasil em 1994, oriundas das regras mínimas ditadas para o tratamento de prisioneiros, elaboradas em 1955 pelo 1º Congresso das Nações Unidas sobre Prevenção do Crime e Tratamento de Delinquentes, posteriormente, aprovadas pelo Conselho Econômico e Social da Organização das Nações Unidas - ONU, em 1957.

O Brasil se valeu de todas as Regras recomendadas pela ONU no que diz respeito à saúde, sem mudanças significativas, então, pode se dizer que estas se deram na adequação para a realidade do sistema penitenciário brasileiro. Segundo as Regras Mínimas Brasileiras “a assistência à saúde do

preso, de caráter preventivo curativo, compreenderá atendimento médico, psicológico, farmacêutico e odontológico” (Artigo 15).

Ainda sustentando-se nas Regras Mínimas Brasileiras para o tratamento do preso o artigo 18 prevê exame médico do detento ao ingressar a unidade prisional e, caso seja necessário, na continuidade da sua permanência no cárcere a fim de “determinar a existência de enfermidade física ou mental, [...]; assegurar o isolamento de presos suspeitos de sofrerem doença infecto-contagiosa; assinalar as deficiências físicas e mentais que possam constituir um obstáculo para sua reinserção social” (parágrafos 1, 2 e 4).

Na continuidade, em termos de estrutura física na área da saúde as Regras consolidam “enfermaria com cama, material clínico, instrumental adequado a produtos farmacêuticos indispensáveis para internação médica ou odontológica com urgência” (Artigo 16, parágrafo 1). Ainda no tocante a disposição, as doenças psiquiátricas e contagiosas ficaram assim estipuladas, respectivamente, “dependência para observação psiquiátrica e cuidados toxicômanos; unidade de isolamento para doenças infectocontagiosas” (Artigo 16, parágrafos 2 e 3).

Prosseguindo no que diz respeito à estrutura da unidade penal, de acordo com o artigo 8º parágrafo 2 “o preso disporá de cama individual provida de roupa, mantidas e mudadas correta e regularmente, a fim de assegurar condições básicas de limpeza e conforto” e no artigo 9º “os locais destinados aos presos deverão satisfazer as exigências de higiene, de acordo com o clima, particularmente no que se refere à superfície mínima, volume de ar, calefação e ventilação”.

No que toca as condições higiênicas as Regras Mínimas Brasileiras prevê “instalações sanitárias adequadas, para que o preso possa satisfazer suas necessidades naturais de forma higiênica e decente, preservada a sua privacidade” e “instalações condizentes, para que o preso possa tomar banho à temperatura adequada ao clima e com a frequência que exigem os princípios básicos de higiene” (Artigo 10, parágrafos 3 e 4 respectivamente).

Quanto à alimentação, no artigo 13, as Regras Brasileiras estabelece que “a administração do estabelecimento fornecerá água potável e

alimentação aos presos” e na sequência completa “a alimentação será preparada de acordo com as normas de higiene e de dieta, controlada por nutricionista, devendo apresentar valor nutritivo suficiente para manutenção da saúde e vigor físico do preso” (parágrafo único).

Também consta como direito assegurado do preso, segundo as Regras Brasileiras, as notificações em casos de falecimento, doença, acidente grave ou transferência de unidade penal para o cônjuge, parente próximo ou até mesmo a pessoa previamente designada.

E por fim, as Regras Mínimas Brasileiras também estabelecem as responsabilidades do médico:

Artigo 19. Ao médico cumpre valer pela saúde física e mental do preso, devendo realizar visitas diárias àqueles que necessitem.

Artigo 20. O médico informará ao diretor do estabelecimento se a saúde física ou mental do preso foi ou poderá vir a ser afetada pelas condições do regime prisional.

Parágrafo único. Deve-se garantir a liberdade de contratar médico de confiança pessoal do preso ou de seus familiares, a fim de orientar e acompanhar seu tratamento.

Como se pode constatar, as Regras Mínimas Brasileiras somadas à Lei de Execuções Penais estabeleceram um gama de condições quanto à atenção à saúde do detento. Todavia, se fez necessário a elaboração de novas leis, sob a ótica da promoção à saúde para este segmento populacional, leis estas que compõem o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, doravante PNSSP.

A grave situação em que se encontram as pessoas privadas de liberdade, refletida, dentre outros fatores, nas práticas de violência, na precariedade de espaço físico e na carência do atendimento à saúde, é uma realidade que não se pode negar. Embora existam inúmeros tratados internacionais que definem normas e orientações para uma melhor implementação das unidades penitenciárias de todo o mundo, observa-se que estas não vêm sendo seguidas (PNSSP, 2004, p. 7).

No Brasil, o sistema penitenciário compõe um complexo meio de correlação de forças, somado ao fato que os presos constituem uma das parcelas mais marginalizadas da sociedade, o que, contribui fortemente, para

que as ações desenvolvidas nas unidades penais na área da saúde sejam reducionistas.

Para tanto, o PNSSP prevê ações e estratégias de inclusão da população carcerária nos programas do Sistema Único de Saúde - SUS. Por meio de uma política de saúde específica que pretendem reduzir os impactos ocasionados pela condição do encarceramento pautado na universalidade, equidade, integralidade e resolubilidade da assistência.

Pode-se dizer que o SUS através do PNSSP adquire mais desafios, dentre os quais o de incluir, por definitivo, no sistema todos os brasileiros que cumprem pena privativa de liberdade, direito garantido pela constituição, e “garantir que o direito à cidadania se efetive na perspectiva dos direitos humanos” (PNSSP, 2004, p. 10).

É de suma importância registrar que o PNSSP constitui o primeiro registro no que diz respeito ao financiamento de políticas de saúde no sistema penitenciário. Dessa forma, ficou definido que o Ministério da Saúde custeia 70% dos recursos e os 30% restante, cabe ao Ministério da Justiça. E ainda, o Ministério da Saúde é responsável por fornecer regularmente kit de medicamentos básicos.

Este incentivo será repassado em conformidade com o número de equipes implantadas nas unidades prisionais, ou seja, o incentivo destinado às unidades com mais de 100 pessoas presas, nas quais deverá ser implantada uma equipe para cada grupo de até 500 presos, corresponde a R\$ 40.008,00/ano por equipe. Para as unidades com até 100 pessoas presas, o incentivo será R\$ 20.004,00/ano por estabelecimento, em virtude de que os profissionais de saúde atuantes nestas unidades pertencerão à Secretaria Municipal de Saúde com carga horária menor à das equipes atuantes nas unidades com mais de 100 presos (PNSSP, 2004, p. 15).

Contudo, segundo o PNSSP a atenção à saúde nas unidades prisionais tem sido de caráter curativo e pontualmente preventivo. O que prevalece é o urgente, portanto, ainda há muito a ser investido para consolidar uma política de atenção básica para promoção e preservação da saúde.

Assim como as regras Mínimas Brasileiras o PNSSP também prevê exame clínico ao ingressar na unidade prisional, tendo como protocolo mínimo “aconselhamento em HIV/DST e hepatites; diagnóstico de hipertensão

arterial e diabetes; identificação de sintomas dermatológicos e respiratórios; [...] imunização contra hepatite B” (2004, p. 31).

De acordo com o PNSSP, essa triagem é de fundamental importância, pois fornecerá subsídios para desenvolver ações de promoção da saúde e de prevenção de pioras.

O PNSSP se destina a promover atenção integral à saúde dos detentos, homens e mulheres, e ainda, atendimento psiquiátrico com ações e serviços que contribuam para o controle dos agravos mais frequentes nas unidades prisionais. Bem como estratégias e ações no âmbito da alimentação, atividades físicas, condições salubres de confinamento e acesso a atividades laborais.

Para atender tais finalidades, de acordo com o PNSSP, é de suma importância a reforma e equipagem das unidades prisionais, medidas de proteção específicas, como vacinação, prevenção contra tuberculose, hanseníase, hipertensão, hepatites, doenças sexualmente transmissíveis, prevenção de doenças, e, principalmente, implantação de ações para promoção à saúde.

Em relação à Tuberculose, o Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010), dedica o capítulo 13 às populações privadas de liberdade. Refere que a saúde das populações privadas de liberdade é um direito estabelecido nas leis internacionais e nacionais, atribuindo ao Estado a responsabilidade de preservação da saúde devendo ser partilhada pelos Ministérios da Justiça e da Saúde exigindo parceria nos níveis estadual e municipal.

A situação epidemiológica da Tuberculose nas unidades prisionais constitui um problema de saúde pública, pois a frequência de formas resistentes e multirresistentes são elevadas nas prisões e está, geralmente, relacionada ao tratamento irregular e a detecção tardia dos casos de resistência. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). O Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil do Ministério da Saúde afirma:

O exame sistemático para detecção de TB no momento do ingresso no sistema penitenciário, realizado na maioria dos países industrializados, é recomendado no Brasil pela Resolução n.11 do Conselho Nacional de Política Criminal e

Penitenciária do Ministério da Justiça. Deve integrar o exame de saúde admissional preconizado pela legislação nacional e internacional, ser realizado no prazo máximo de 7 dias após o ingresso na unidade prisional e associar estratégias de informação, educação e comunicação (palestras, grupos de discussão, projeção de filmes) sobre a TB e a infecção pelo HIV. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p. 123)

No que se refere à equipe de saúde responsável para “prestar assistência integral resolutiva, contínua e de boa qualidade às necessidades de saúde da população penitenciária” (PNSSP, 2004, p. 14) deve ser composta minimamente por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, dentista, psicólogo, assistente social e auxiliar de consultório dentário. Tal equipe multidisciplinar terá condições de oferecer eficácia nas ações de promoção, prevenção e atenção à saúde de forma totalitária.

Assim:

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 (PNSSP, 2004, p. 12).

Portanto, o PNSSP tem o objetivo maior de garantir o direito ao acesso a saúde na vida intramuros, garantido os direitos civis que lhes cabem, e ainda, o exercício da cidadania dos cidadãos em privativa de liberdade.

CAPÍTULO 2

“Liberdade!
Liberdade!
Abre as asas sobre nós
E que a voz da igualdade
Seja sempre a nossa voz.”
(Imperatriz Leopoldinense)

SISTEMA PRISIONAL: DA ORIGEM A CONTEMPORANEIDADE

Neste segundo capítulo abordar-se-á a evolução do sistema penitenciário em âmbito mundial e, na sequência, no âmbito nacional, para compreender sua estrutura na atualidade.

2.1 SISTEMAS PENITENCIÁRIOS

De acordo com FARIAS JUNIOR (1978), o termo prisão originou-se no latim *Prensione*, cujo significado é o ato de prender ou capturar, o qual posteriormente assumiu o significado de lugar ou estabelecimento onde permanecem os detidos.

Os cativeiros existiam desde 1700 A.C. 1.280 a.C. para que os egípcios, pudessem manter sob custódia seus escravos. Por volta de 525 A.C., os lavradores eram requisitados para construir as obras públicas e cultivar as terras do faraó, proprietário de toda a terra do Egito e toda a riqueza, repousava no trabalho dos lavradores. Quem não conseguisse pagar os impostos ao faraó, em troca de construção de obras de irrigação e armazenamento de cereais, se tornava escravo.

Assim como no Egito, a Grécia, a Pérsia, a Babilônia, o ato de encarcerar, tinha como finalidade conter, manter sob custódia e tortura os

que cometiam faltas, ou praticavam o que para a antiga civilização, fosse considerado delito ou crime.

Na antiguidade, a prisão não constituía o espaço de cumprimento de pena, e sim, o local onde eram guardados os réus até o julgamento ou a aplicação da pena de morte. Eram utilizados calabouços, aposentos em ruínas ou insalubres de castelos, torres, conventos abandonados, palácios e outros edifícios.

Na Grécia antiga, a prisão servia para evitar que devedores fugissem até o pagamento de seus débitos e garantir sua presença nos tribunais (WAUTERS, 2003, p. 11).

Nas prisões, era frequente a aplicação de torturas a fim de extrair a verdade do réu. Durante vários séculos a prisão serviu de custódia nas civilizações mais antigas, como Egito, Pérsia, Babilônia, Grécia etc. (DAVID JUNIOR, 2001, p. 150).

Os lugares onde se mantinham os acusados até a celebração do julgamento eram bem diversos, já que naquela época não existia ainda uma arquitetura penitenciária própria. Os piores lugares eram empregados como prisões: utilizavam-se horrendos calabouços, aposentos frequentemente em ruínas ou insalubres de castelos, torres, conventos abandonados, palácios e outros edifícios (BITENCOURT *apud* GOMES, 2009, p. 14).

A primeira instituição penal na antiguidade foi o Hospício de San Michel, em Roma, a qual era destinada primeiramente a encarcerar "meninos incorrigíveis", era denominada Casa de Correção.

A suposta finalidade das instituições consistia na reforma dos delinquentes por meio do trabalho e da disciplina. Tinham objetivos relacionados com a prevenção geral, já que pretendia desestimular a outros da vadiagem e da ociosidade.

Com a Igreja Católica na era medieval, surgiu uma nova modalidade de aplicação das penas: a privação de liberdade para a correção do infrator. Essa nova concepção foi posteriormente absorvida pelo Estado. Clérigos rebeldes eram castigados através de recolhimento compulsório em locais chamados penitenciários¹ (SANTA RITA, 2006, p. 26).

¹ Do latim *poenitentia*, que significa "cumprimento da pena".

O objetivo era proporcionar ao infrator condições ao arrependimento pela transgressão cometida, ao reconhecimento dos pecados, à reconciliação com Deus, ao compromisso de não reincidir e à sua correção (WAUTERS, 2003, p. 13-4). Em 1555, a criação da *Bridewell Prison*² em Londres inaugurou a utilização da força de trabalho dos presos de forma lucrativa.

Essa instituição foi a primeira das inúmeras casas de correção (*houses of correction*) que se espalharam pela Europa. Pessoas atingidas pela penúria intensificada pela crise na vida feudal eram recolhidas compulsoriamente e submetidas a uma disciplina rígida de trabalho manual forçado, castigo corporal e ensino religioso. Propagava-se que as vantagens sociais proporcionadas pelas casas de correção seriam limpar as cidades de indivíduos estigmatizados a toda sorte de rótulos por causa do pauperismo, como mendigos, jovens delinquentes, prostitutas etc., e transformá-los em socialmente úteis através do trabalho, em substituição aos castigos corporais.

A utilização dessa força de trabalho enriqueceu os administradores e os donos das casas de correção, pois além de ter a legislação a seu favor³, a mão-de-obra era paga com baixas remunerações, e o treinamento de trabalhadores não qualificados era extremamente barata. Para a economia dos países europeus, baseada na produção agrícola, as casas de correção serviram como alternativa diante do desgaste estrutural do feudalismo, resultando na sua expansão (SANTA RITA, 2006, p. 27-8).

A prisão se consolidou assim, desde a sua concepção, através de dispositivos disciplinares e sua trajetória se deu pela passagem da finalidade de segregação, retenção e custódia para a de pena propriamente dita, com teor intimidativo e sentido correccional, perdendo sentido o significado da proposta de penitência (SANTA RITA, 2006, p. 28).

² SERVING HISTORY. *Bridewell Prison*. Disponível em: <http://www.servinghistory.com/topics/Bridewell_Prison>. Acesso em: 23 jul. 2010.

³ “Com a mesma ênfase com que protegia a burguesia, tal legislação oprimia os trabalhadores. A Lei do Assentamento, de 1563, impedia-os de se mudar de aldeia sem permissão do senhor local, e a Lei dos Pobres, de 1577, declarava indigentes e retirava o direito de cidadania econômica daqueles que fossem atendidos pelo sistema de assistência pública” (MARTINELLI, 1991, p. 33).

Foi na segunda metade do século XVI que surgiu um importante movimento para desenvolver as penas privativas de liberdade: a criação de prisões para correção dos condenados. Cita-se o “House of Correction”, construída em Londres, na Inglaterra, entre 1550 e 1552, tendo por objetivo a reeducação dos delinquentes, através de disciplina e trabalho severo.

Em 1556 surgiu em Amsterdam, na Holanda, a casa de correção para homens; e no ano de 1557, uma casa de correção para mulheres; e em 1600 uma prisão especial para homens. Como esses modelos prisionais tiveram êxito, vários países europeus os adotaram.

Um fato importante na era moderna foi a mudança da prisão-custódia para prisão-pena, cuja motivação foi econômica. O Estado tinha a necessidade de possuir um instrumento que permitisse a submissão do delinquente ao capitalismo.

Com isso, a privação da liberdade do indivíduo gerou o surgimento de estabelecimentos organizados como as casas de detenção e as penitenciárias. Esta população carcerária deu origem ao que hoje se denomina sistema penitenciário.

Conforme os escritos de FOUCAULT, o cárcere precede o surgimento dos códigos penais e tinha como objetivo inicial "tornar os indivíduos dóceis e úteis através de um trabalho preciso sobre seu corpo, criou-se assim a instituição-prisão, antes que a lei a definisse como a pena por excelência" (1977, p. 207).

Segundo OLIVEIRA (1996), os povos antigos aplicavam a pena de morte como medida extrema, sem prévio castigo e de forma simplificada, para os crimes mais desumanos, anteriores a morte empregavam-se os suplícios. No início, comungando com OLIVEIRA (1996), a prisão surge com o caráter de medida preventiva e destarte assume um cunho repressivo e passa a ser uma modalidade de pena.

Afirma OLIVEIRA:

Nas sociedades pouco desenvolvidas, a prisão preventiva não era necessária, pois a responsabilidade é ainda coletiva e não individual. Não é só o acusado que deve reparar o mal cometido, mas, se ele faltar, o clã, de que ele mesmo faz parte, arca com as consequências.

À medida, porém, que a sociedade vai se desenvolvendo, cresce a vida coletiva e se intensifica a responsabilidade que se torna individual (1996, p. 43).

Para FOUCAULT (1977), a prisão desde sua implantação estava associada ao óbvio da privação total de liberdade, e seu predomínio proporcionou o esquecimento progressivo da sociedade das demais punições e da pena de morte.

E, conforme BITENCOURT (2009, p. 136):

As concepções variam de propósitos de acordo com o desenvolvimento histórico-social. Para os homens do século XIX, o castigo dentro de certas condições era considerado como um meio apropriado para a correção do delinquente. Não negavam a necessidade do castigo e consideravam que este podia conseguir a reforma e o arrependimento do delinquente. Essa concepção nasce a partir do momento em que a pena privativa de liberdade converte-se em sanção penal propriamente dita.

Para FOUCAULT (1977), este destituir corresponderia à recompensa do condenado para com a vítima e também com a sociedade, pois ambas ficariam isentas de conviver temporariamente com o infrator, "Daí a expressão tão frequente, e que está tão de acordo com o funcionamento das punições, [...], de que a pessoa está na prisão para 'pagar sua dívida'" (FOUCAULT, 1977, p. 208).

Ainda de acordo com FOUCAULT (1977, p. 208):

E se, em pouco mais de um século, o clima de obviedade se transformou, não desapareceu. Conhecem-se todos os inconvenientes da prisão, e sabe-se que é perigosa quando não inútil. E entretanto não "vemos" o que pôr em seu lugar. Ela é a detestável solução, de que não se pode abrir mão.

Vale ressaltar a necessidade de diferenciações apresentadas por FOUCAULT (1977, p. 209) "cadeia, casa de correção, penitenciária", que segundo o crime cometido deve-se encaminhar o condenado, em ordem crescente de gravidade. Entretanto, apesar das variações de como trabalhar junto aos presos, todas essas mencionadas, tinham por finalidade

transformação e reinserção social do indivíduo.

Para FOUCAULT (1977, p. 211):

A prisão deve ser um aparelho disciplinar exaustivo. Em vários sentidos: deve tomar a seu cargo todos os aspectos do indivíduo, seu treinamento físico, sua aptidão para o trabalho, seu comportamento cotidiano, sua atitude moral, suas disposições; a prisão, muito mais que a escola, a oficina ou o exército, que implicam sempre numa certa especialização, é "onidisciplinar". Além disso a prisão é sem exterior nem lacuna; não se interrompe, a não ser depois de terminada totalmente sua tarefa; sua ação sobre o indivíduo deve ser ininterrupta: disciplina incessante. [...] seu modo de ação é a coação de uma educação total.

Tendo como referência as reflexões de OLIVEIRA (1996), a prisão mais antiga localizava-se em Roma, junto à fortaleza real, porém pouco se atribuía, afora aos soldados, escravos e atores. Já na Índia, o Código de Manu⁴ apresentava apenas um versículo relacionado ao tema: "Que a lei coloque todas as prisões sobre via pública, a fim de que os criminosos aflitos e ignóbeis sejam expostos aos olhares de todos" (DURKHEIM, 1899-1900, apud OLIVEIRA, 1996, p. 44). No judaísmo, a Lei Mosaica⁵ e o Pentateuco⁶ não referenciam sobre o tema prisão, em contraponto, o Livro de Jeremias⁷ e Crônicas⁸, abordaram em diversos momentos o assunto.

No entanto, conforme OLIVEIRA (1996), somente no Livro de Esdras⁹ que a prisão é posta como pena. Os povos germânicos e eslavicos não usaram o cárcere como tipo de punição. Em relação aos atenienses, o aprisionamento servia de medida para prevenir as fugas dos acusados e também, como castigo pelo período de cinco dias para obrigar os devedores a pagarem suas dívidas. "Assim, a pena de prisão, como sanção autônoma e principal forma de punição, percorreu um longo caminho antes de se fixar definitivamente" (OLIVEIRA, 1996, p. 44).

Ainda com base em OLIVEIRA (1996), a prisão foi ratificada

⁴ Coleção de livros compostos por quatro volumes que constituem a legislação indiana.

⁵ Código de leis formado por 613 disposições, ordens e proibições. Em hebraico é conhecido por Torá - contendo os cinco livros de Moisés.

⁶ Cinco primeiros livros da Bíblia, Gêneses, Êxodo, Levítico, Números e Deuteronômio.

⁷ Dos principais profetas bíblicos, este é considerado o segundo mais importante. Relata as profecias e as experiências de Jeremias.

⁸ Livro bíblico que visa apresentar a grande história do povo de Israel.

⁹ Livro bíblico do Antigo Testamento que relata a história de Esdras, copista das Escrituras Hebraicas e a saída do retorno do exílio de Babilônia.

pela Igreja como forma de punir os pecados espirituais, pois a comunidade cristã aplicava o cárcere para substituir as penas mais comuns, em especial a pena de morte. As prisões transitórias deram origem às perpétuas no século V, sendo estas sinónimas de solitárias uma vez que os condenados eram confinados em celas individuais.

Com a implantação da prisão, a pena de morte e as punições mais cruéis foram naturalmente se extinguindo. Essa transição aconteceu gradativamente, primeiramente como preventiva e só mais tarde assumiu o caráter definitivo com a pena de privação da liberdade.

Como complementa OLIVEIRA (1996, p. 45):

Só no Séc. XVIII é que foi reconhecida como pena definitiva em substituição à pena de morte. Antes, a simples prisão não era considerada suficiente, acrescentando-se outras privações: carência alimentar, utilização de cintos, entraves, colar de ferro e outros.

Com isso, no século XVIII surgem em maior quantidade os lugares destinados ao cárcere, nas mais diversas nomeações, tais como, "[...] o calabouço, o ergástulo, a enxovia, o aljube, a masmorra, a penitenciária, a cadeia (grilhão ou grilheta) [...]" (FARIAS JÚNIOR, 1978, p. 23). Apesar da diferenciação entre os nomes estas não apresentavam uniformidade no tocante a higiene, moral e ainda normas e regras.

Na França, o Código Penal de 1810 e concomitantemente suas reformas em 1832 aboliram os suplícios, pois os castigos exacerbados e o labor compelido perderam seus respectivos objetivos. Com essas mudanças, se deram as primeiras experiências de penitenciária, as quais ocorreram na Europa no século XVI com as chamadas casas de forças onde abrigavam prostitutas, vagabundos, mendigos e jovens de vida desonesta, sendo estes obrigados a trabalhar rigorosamente.

De acordo com OLIVEIRA (1996, p. 46):

As prisões eram geralmente subterrâneas, apresentavam-se insalubres, infectas e repelentes. Tais estabelecimentos, verdadeiras masmorras do desespero e da fome, se abarrotavam de condenados, criando situações tenebrosas e insuportáveis. Os prisioneiros eram ali jogados e relegados ao mais completo abandono, sofrendo cruéis torturas.

No processo de implantação do cárcere alguns sistemas foram encetados e a partir deste, foram repensados novos sistemas e posteriormente instaurados, configurando assim a longa, vagarosa e as contínuas transformações e reformas dos sistemas penitenciários desde o seu nascimento.

Sustentado nas reflexões de BITENCOURT (2009, p. 131):

Os primeiros sistemas surgiram nos Estados Unidos, embora não se possa afirmar, como faz Norval Morris, "que a prisão constitui um invento norte-americano". Esses sistemas penitenciários tiveram, além dos antecedentes inspirados em concepções mais ou menos religiosas já referidas, um antecedente importantíssimo nos estabelecimentos de Amsterdam, nos Bridwells ingleses, e em outras experiências similares realizadas na Alemanha e na Suíça. Estes estabelecimentos não são apenas um antecedente importante dos primeiros sistemas penitenciários, como também marcam o nascimento da pena privativa de liberdade, superando a utilização da prisão como simples meio de custódia.

De acordo com OLIVEIRA (1996), o Sistema de Filadélfia ou Sistema Pensilvânico ou ainda Sistema Celular foi implantado na cidade da Filadélfia no período de 1790, com o objetivo de aplicar o "*Solitary Confinement*" (OLIVEIRA, 1996, p. 50).

Consistia em isolar o condenado em uma cela, onde este não exercia nenhuma atividade nem recebia visitas, apenas era instigada a leitura constante da Bíblia, pois se pretendia trabalhar com a consciência do condenado uma vez que este sistema prisional fora organizado inicialmente, pelos *quaquers*, diversas organizações religiosas da Filadélfia, os quais criam que o "isolamento em uma cela, a oração e a abstinência total de bebidas alcoólicas deveriam criar os meios para salvar tantas criaturas infelizes" (PONT, s/d, p.60 apud BITENCOURT, 2009, p.132).

Para FARIAS JÚNIOR (1978) citado por OLIVEIRA (1996, p. 51) o Sistema de Filadélfia compunha alguns procedimentos, tais como:

a) o condenado chegava na prisão, tomava banho, era examinado pelo médico, após vendados os seus olhos, vestiam-lhe uniforme; b) encaminhado à presença do diretor recebia as instruções sobre a disciplina da prisão; c) em seguida era levado à cela, desvendados os

olhos, permanecendo na mais absoluta solidão, dia e noite, sem cama, banco ou assento, com direito ao estritamente necessário para suportar a vida. Muitos se suicidavam. Outros ficavam loucos ou adoeciam; d) o nome era substituído por número, aposto no alto da porta e no uniforme; e) a comida era fornecida uma vez por dia; f) era proibido ver, ouvir ou falar com alguém; g) a ociosidade era completa; h) o estabelecimento penitenciário de forma radical, com muros altos e torres distribuídas em seu contorno, tinha regime celular.

Outro dado relevante baseado em OLIVEIRA (1996) era a exposição dos condenados a outrem a fim de preveni-los das más condutas, todas essas características do Sistema de Filadélfia ou Pensilvânico e ainda Celular foram duramente criticadas, pois além de muito severo não proporcionava condições para a ressocialização do detento, acarretando um crescimento populacional nas penitenciárias, ou seja, "já não se trataria de um sistema penitenciário criado para melhorar as prisões e conseguir a recuperação do delinquente, mas de um eficiente instrumento de dominação [...]" (BITENCOURT, 2009, p. 133).

Em conformidade com OLIVEIRA (1996) o Sistema Panótico foi instaurado pelo inglês Geremias Bentham, especialista nas áreas de criminologia e filosofia; neste sistema a prisão tinha caráter celular e apenas um vigilante em ponto estratégico era capaz de observar todas as celas. Ou seja, uma construção em formato de edifício com celas isoladas e grades voltadas para a torre onde havia permanentemente um guarda no qual tinha total visão de todos os detentos.

Os prisioneiros não se comunicavam entre si, pois não tinham contato direto. Com isso, "não havia o perigo de evasão, de projetos de novos crimes, más influências, contágios, roubos, violências etc." (OLIVEIRA, 1996, p. 49). Além de "guardar os prisioneiros com maior segurança e economia, sob o efeito de uma reforma moral, de boa conduta e de educação" (OLIVEIRA, 1996, p. 49).

O modelo Panótico objetivava privar o condenado ao máximo da sua liberdade, enquanto estava no cárcere, pois a usou anteriormente de forma excessiva; desta forma impediria a reincidência e ainda servia de exemplo para os demais. Servia também, para modificar os hábitos dos reclusos, "a fim de que seus regressos à liberdade não constituíssem uma desgraça à sociedade nem aos encarcerados" (OLIVEIRA, 1996, p. 49).

Como se pode perceber, a prevenção constituía um aspecto importante neste sistema, assim como a boa higiene, a ausência dos castigos corporais, o trabalho como mecanismo para extinguir o ócio, despertar aptidões e, ainda, vigilância extrema.

Por fim, como expõe OLIVEIRA (1996, p. 50):

O panótico foi aprovado na Inglaterra, [...] mas nada foi feito. [...]. A primeira penitenciária panótica foi construída nos Estados Unidos, em 1800, na cidade de Richmond, Virginia. Em 1826 foi construída a penitenciária Panótica de Pittsburg, em Pensilvânia e, em 1919, a penitenciária de Stateville, refletindo uma combinação do estilo panótico e auburniano.

Na sequência, como expõe OLIVEIRA (1996) o Sistema Auburn se originou e adquiriu este nome com a construção da penitenciária de Auburn, em 1821 na cidade de Nova Iorque. Assim como o sistema anterior este exigia total silêncio dos detentos, no entanto, o isolamento acontecia somente à noite, pois no período matutino e vespertino os condenados participavam em comunidade das oficinas. Conforme Bitencourt (2009, p. 133) "uma das razões que levaram ao surgimento do sistema auburniano foi à necessidade e o desejo de superar as limitações e os defeitos do regime celular".

O silêncio era obrigatório em todos os momentos, mesmo quando estivesse em grupos, fator este que oportunizou o desenvolvimento de comunicação entre os detentos através das mãos, constituindo um alfabeto, sinais por batidas em canos de água, paredes, e até mesmo o ato de esvaziar os vasos sanitários, todos estes atos tinham seus respectivos significados.

Segundo FARIAS JÚNIOR (1978) citado por OLIVEIRA (1996, p. 53), o Sistema Auburn também seguia alguns métodos, sendo:

a) o condenado ingressava no estabelecimento, tomava banho, recebia uniforme, e após o corte da barba e do cabelo era conduzido à cela, com isolamento durante a noite; b) acordava às 5:30 horas, ao som da alvorada; c) o condenado limpava a cela e fazia sua higiene; d) alimentava-se e ia para as oficinas, onde trabalhava até tarde, podendo permanecer até às 20:00 horas, no mais absoluto silêncio, só se ouvia o barulho das ferramentas e dos movimentos dos condenados; e) regime de total silêncio de dia e de noite; f) após jantar, o condenado era recolhido; g) as refeições eram feitas no mais completo mutismo em salões comuns; h) a quebra do silêncio era motivo de castigo corporal. O chicote era o instrumento usado para quem rompia com o mesmo; i) aos domingos e feriados o condenado

podia passear em lugar apropriado, com a obrigação de se conservar incomunicável.

O Sistema de Filadélfia, Pensilvânico ou Celular prevaleceu na Europa, em especial na Bélgica, Inglaterra e Alemanha, pois "naquele período a Europa não necessitava do trabalho prisional produtivo, em razão do desenvolvimento das forças produtivas" (BITENCOURT, 2009, p. 136).

Já o Sistema Auburniano predominou nos Estados Unidos "porque o desenvolvimento das forças produtivas assim como as condições imperantes do desenvolvimento econômico, o permitiam" (BITENCOURT, 2009, p. 136). Todavia ambos os sistemas foram exacerbadamente criticados, devido à ausência de exercícios corporais, lazer, interdições de visitas e principalmente a falta de estudos e cursos profissionalizante para os detentos.

Como finaliza OLIVEIRA (1996, p. 53-54):

Enquanto que o sistema de Filadélfia objetivava a transformação do criminoso em homem bom e de alma pura, através do arrependimento, levado pela reflexão, o sistema de Auburn pretendia condicionar o apenado pelo trabalho, disciplina e mutismo. Ambos, porém, só faziam degenerar o homem.

Da mesma forma, complementa BITENCOURT (2009, p. 136):

O sistema celular fundamentou-se basicamente em inspiração mística e religiosa. O sistema auburniano, por sua vez, inspira-se claramente em motivações econômicas. Os dois sistemas adotam um conceito predominantemente punitivo e retributivo da pena.

Ainda de acordo com OLIVEIRA (1996), surge o Sistema de Montesinos, no período de 1834, em Valência. Através das críticas ao Sistema Auburniano o Coronel Manoel Montesinos y Molina desenvolveu o sistema de Montesinos, e logo após assumir a presidência no presídio de San Augustín, implantou este modelo prisional.

Voltado para regeneração do condenado, este contemplava o trabalho com recompensa financeira a fim de evitar a exploração e os castigos corporais. Em questão a segurança, era mínima, entretanto a porcentagem de evasão constituía-se baixa.

Segundo BITENCOURT (2009, p.

140):

Um dos aspectos mais interessantes da obra prática de Montesinos refere-se à importância que deu às relações com os reclusos, fundadas em sentimentos de confiança e estímulo, procurando construir no recluso uma definida autoconsciência. A ação penitenciária de Montesinos planta suas raízes em um genuíno sentimento em relação 'ao outro', demonstrando uma atitude 'aberta' que permitisse estimular a reforma moral do recluso.

Tempos depois, de acordo com OLIVEIRA (1996), origina-se o Sistema Progressivo Inglês ou “Mark System” na Austrália. Todavia, foi empregado nas prisões inglesas em 1846, e por este motivo adquiriu essa nomenclatura. Implantado pelo Capitão da Marinha Real, Alexandre Maconochie, o qual exercia a função de diretor prisional na Ilha de Norfolk, na Austrália.

"[...] Conhecido por “Mark System”, ou seja, sistema de vales [...]" (OLIVEIRA, 1996, p. 55), este sistema fornecia vales aos condenados quando esses mantinham um posicionamento exemplar e os perdia ao desrespeitar alguma regra e má conduta, portanto, seu tempo de pena dependia, além da sentença, do bom comportamento, do trabalho por ele realizado e também da gravidade do delito.

Sendo assim, conforme BITENCOURT (2009, p. 138, grifo do autor):

O sistema progressivo, idealizado por Alexandre Maconochie, divide-se em três períodos:

1°) *Isolamento celular diurno e noturno* - chamado período de provas, que tinha a finalidade de fazer o apenado refletir sobre seu delito. O condenado podia ser submetido a trabalhar duro e obrigatório, com regime de alimentação escassa.

2°) *Trabalho em comum sob a regra do silêncio* - durante esse período o apenado era recolhido em um estabelecimento denominado *public workhouse*, sob o regime de trabalho em comum, com a regra do silêncio absoluto, durante o dia, mantendo-se a segregação noturna. Esse período é dividido em classes, no qual o condenado, possuindo determinado número de marcas e depois de um certo tempo, passa a integrar a classe seguinte. Assim ocorria “até que, finalmente, mercê da sua conduta e trabalho, chega à primeira classe, onde obtinha o *ticket of leave*, que dava lugar ao terceiro período, quer dizer, a liberdade condicional”.

3°) *Liberdade condicional* - neste período o condenado obtinha uma liberdade limitada, uma vez que a recebia com restrições, às quais

devia obedecer, e tinha vigência por um período determinado. Passando esse período sem nada que determinasse sua revogação, o condenado obtinha sua liberdade de forma definitiva.

Na continuidade, surge o Sistema Progressivo Irlandês, segundo Oliveira (1996) este sistema teve origem a partir do Progressivo Inglês, implantado na Irlanda em 1853 por Walter Crofton. Diferenciando-se por acrescer um período, "de preparação para a vida livre" (OLIVEIRA, 1996, p. 54), onde os detentos eram removidos para a prisão intermediária, sendo esta com pouca vigilância, sem uso de uniforme, era também permitida a conversa entre os condenados, saídas no espaço permitido além da penitenciária bem como trabalhar no campo. Todos esses benefícios visavam à reinserção social do condenado paulatinamente.

Para BITENCOURT (2009, p. 139) "[...] tratava-se de um período intermediário entre as prisões e a liberdade condicional, considerada como um meio de prova da aptidão do apenado para a vida em liberdade". Portanto, Crofton dividiu o regime irlandês em quatro fases, que segundo BITENCOURT (2009, p. 139, grifo do autor) são:

1°) *Reclusão celular diurna e noturna* - nos mesmos termos do sistema inglês, sem comunicações, com alimentação reduzida e sem qualquer favor, era cumprida em prisões centrais ou locais.

2°) *Reclusão celular noturna e trabalho diurno em comum* - com a obrigação de manter rigoroso silêncio, consagrado no sistema auburniano. Aqui também não apresenta novidade ou diferença do sistema inglês. Nesta fase, como no regime anterior, os apenados também se dividem em classes e obtêm a progressão através das marcas ou acumulação de pontos. A passagem de uma classe para outra, aqui como no sistema inglês, significava uma evolução do isolamento celular absoluto para um estágio mais liberal, propiciando a aquisição gradual de privilégios e recompensas materiais, maior confiança e liberdade.

3°) *Período intermediário* - assim denominado por Crofton, ocorria entre a prisão comum em local fechado e a liberdade condicional. Esse período era executado em prisões especiais, onde o preso trabalhava ao ar livre, no exterior do estabelecimento, em trabalhos preferencialmente agrícolas. Nesse período - que foi a novidade criada por Crofton - a disciplina era mais suave, e era cumprido "em prisões sem muro nem ferrolhos, mais parecidas com um asilo de beneficência do que com uma prisão". Muitas vezes os apenados viviam em barracas desmontáveis, como trabalhadores livres dedicando-se ao cultivo ou a indústria.

4°) *Liberdade condicional* - com as mesmas características do sistema inglês, recebia uma liberdade com restrições, e com o passar do tempo e com o cumprimento das condições impostas, obtinha, finalmente, a liberdade definitiva.

É válido lembrar que a partir desses sistemas apresentados, os mesmos foram repensados na tentativa de alcançar um sistema que respondesse todas as expectativas no tocante à recuperação e reinserção social dos ex-detentos. Segundo FOUCAULT, as reformas das prisões se deram próximas ao nascimento destas, ou seja, "a 'reforma' da prisão é mais ou menos contemporânea da própria prisão" (1977, p. 208).

Ainda em conformidade com o autor supracitado (1977, p. 210), foram criadas organizações para proceder nas reformas carcerárias, tais como, a oficial "sociedade para a melhoria das prisões" em 1818, mais tarde a "sociedade das prisões".

No entanto, como complementa FOUCAULT,

[...] a prisão não deve ser vista como uma instituição inerte, que volta e meia teria sido sacudida por movimentos de reforma. A 'teoria da prisão' foi seu modo de usar constante, mais que sua crítica incidente - uma de suas condições de funcionamento. (1977, p. 210).

Assim sendo, essas reformas aconteceram como respostas às necessidades encontradas com a implantação dos sistemas, com o intuito de suprir os pontos negativos, a fim de melhorá-los e até mesmo superá-los.

Segundo ZAFFARONI (2001), as prisões constituem um processo de deterioração humana, haja vista as limitações, a perda de privacidade e principalmente as condições deficientes da maioria das instituições carcerárias que estão sujeitos os presos. Ou seja, "a prisão ou cadeia é uma instituição que se comporta como uma verdadeira máquina deteriorante: *gera uma patologia cuja principal característica é a regressão*" (2001, p. 135, grifo do autor).

Complementa ZAFFARONI (2001):

Enquanto os direitos humanos assinalam um programa realizador de igualdade de direitos de longo alcance, os sistemas penais são instrumentos de consagração ou cristalização da desigualdade de direitos em todas as sociedades. Não é por acaso que os dispositivos dos instrumentos de direitos humanos referentes aos sistemas penais sempre sejam limitadores, demarcadores de fronteiras mais ou menos estritas do seu exercício de poder: fica claro que os direitos humanos se defrontam ali com fatos que desejam limitar ou conter. (p.149).

A correlação de poder existente nos sistemas penais vai de

encontro à lógica dos direitos humanos, pois para o referido autor os modelos de sistema prisional históricos não contemplavam as disciplinas humanistas pregadas por Kant, Feuerbach e outros. As práticas eram embasadas em argumentos justificadores do exercício arbitrário de poder, os quais se perpassaram até a atualidade. Assim sendo, pode-se dizer que "o exercício de poder do sistema penal constitui a peça chave do extermínio brutal" (ZAFFARONI, 2001, p. 153).

Entretanto, como conclui ZAFFARONI:

Acreditamos ser possível reduzir os níveis de violência, salvar muitas vidas humanas, evitar muita dor inútil, e, finalmente, fazer o sistema penal desaparecer um dia, substituindo-o por mecanismos reais e efetivos de solução de conflitos. [...] As razões que nos levam a ser otimistas quanto às possibilidades redutoras de violência são várias. Em princípio, acreditamos que o homem não é racional, mas pode (e deve) chegar a sê-lo. [...] Por último, acreditamos haver motivos para supor que o homem é capaz de reagir de modo racional diante do espetáculo da destruição inútil de milhões de vidas humanas e que, em última instância, a espécie humana não é suicida, como não o é nenhuma outra (2001, p. 159-160).

Por fim, as lacunas no sistema penitenciário estiveram presentes desde a sua origem, mas concomitante a essas falhas houveram reformas na tentativa de suprir as necessidades existentes. Cabe ressaltar, ainda, a importância de se pensar continuamente os pontos a serem melhorados no sistema penitenciário, indiferente ao modelo adotado, uma vez que este se destina a seres humanos os quais estão em processo constante de mudanças e necessidades.

2.2. SISTEMA PENITENCIÁRIO BRASILEIRO

Após os apontamentos em torno do surgimento da prisão e, posteriormente à implantação dos primeiros sistemas penitenciários, é de suma importância abordar, mesmo que brevemente, a inserção da prisão e do sistema penitenciário no Brasil.

Conforme ROIG (2005), o Brasil também se utilizava de tiranias e pena de morte como formas de punições do sistema penal; faz-se importante

mencionar que cada senhor feudal¹⁰ ficava incumbido de aplicar as mortificações para os seus respectivos escravos, pois estes constituíam propriedade particular do proprietário do feudo.

As repressões eram executadas publicamente, o castigo corporal se resumia aos açoites e a pena de morte se dava por força. Faziam também parte dos suplícios o galé¹¹, o degredo¹², o desterro¹³ e ainda trabalhos forçados destinados aos setores públicos.

Essa forma de punição foi utilizada no período Colonial e início do Imperial, e concomitante a esse regime utilizavam-se as prisões eclesiásticas. Foi no período do Império que se utilizaram fortalezas, ilhas e quartéis como instalação adaptada para as prisões, substituindo gradativamente as opressões e as prisões religiosas.

Posteriormente, de acordo com ROIG (2005), foram implantadas as prisões civis sob a responsabilidade da Corte, sendo a primeira instalada na Ilha de Santa Bárbara. A Prisão de Santa Bárbara era destinada aos condenados por crimes mais atrozes. Na sequência, foram inauguradas as prisões, sendo a primeira denominada Ilha das Cobras, localizada na Fortaleza da Ilha das Cobras. Esta abrigava inicialmente os militares infratores, mas devido à ausência carcerária passou acolher mais tarde os escravos e os presos civis.

O Calabouço, construído na Fortaleza de São Sebastião, mais especificamente no Morro do Castelo, reservava-se aos escravos autores das mais diversas infrações, tais como fuga, indisciplina, desobediência, dentre outras; e ainda o Aljube situado nas mediações da Ladeira da Conceição, que inicialmente servia de prisão eclesiástica e só mais tarde com a chegada da Família Real, em 1808, converteu-se em prisão comum.

Enfim, a conjuntura penitenciária brasileira não sofrera significativas modificações após o período colonial, evidenciando uma calamidade

¹⁰ O autor se utiliza deste termo para comparar o sistema de domínio vigente no Brasil, entre o Período Colonial e parte do Imperial, quanto às aplicações desses suplícios, com o Feudalismo, regime aplicado na Europa na Idade Média - do século V ao XV.

¹¹ Trabalhos forçados executados por presos com correntes aos pés.

¹² O condenado era obrigado a cumprir a pena no local determinado previamente pela sentença criminal.

¹³ O condenado era impedido de frequentar, por tempo estipulado na sentença, o lugar onde cometeu o delito.

que se protraiu ao longo dos séculos, apresentando reflexos diretos na realidade carcerária atual. [...] De todo modo, o sistema de controle disciplinar carcerário no Brasil teve seus contornos traçados no âmago da sociedade escravista brasileira do século XIX, em especial durante o começo da expansão cafeeira (ROIG, 2005, p. 34-35).

Ainda segundo ROIG (2005), foi em meio a essa conjuntura histórica que se criou a Casa de Correção que inicialmente seria inaugurada em agosto de 1850 com forte apoio dos membros da Sociedade Defensora da Liberdade e Independência Nacional na qual tinha como fonte de inspiração a Sociedade Inglesa para o Melhoramento das Prisões.

A priori seriam encaminhados à Casa de Correção os cativos insurgentes na tentativa de corrigi-los dos vícios considerados prejudiciais à sociedade da época, tais como, mendicância, vagabundagem, e outros. É de grande valia mencionar que as preocupações estavam voltadas para a construção em si, a perfeição arquitetônica e a segurança do estabelecimento, de modo que os detentos constituíam-se em inquietação secundária neste contexto.

Posterior a essas considerações, as atenções se voltaram para a escolha do modelo de sistema penitenciário a ser adotado, de todo modo, "a preocupação em torno do regime penitenciário mais adequado traduziu o empenho de acompanhar o progresso revelado em outros países" (ROIG, 2005, p. 38).

Uma vez que a implantação da Casa de Correção se constituía em uma resposta às transições e intimidações sofridas pela classe escravista e, para tanto, uns defendiam a adoção do modelo Pensilvânico, ou seja, total isolamento e trabalhos nas celas. Já outros, o sistema de Auburn, no qual o trabalho é executado em comum no período diurno e o isolamento no noturno.

Segundo ROIG (2005), após os primeiros debates em torno da temática ficou estabelecido que se adotaria o trabalho em conjunto durante o dia e o isolamento à noite, e a construção seria edificada no modelo Panótico, no qual proporcionava a vigilância total dos presos ininterruptamente. Entretanto, a construção projetada não contemplava os requisitos necessários para a implantação do modelo criado por Geremias Bentham.

Diante disso, no primeiro andar da Casa de Correção, construído em 1840 foi implantado os moldes do sistema Auburniano. E, posteriormente ao ocorrido, houve polêmico debate acerca do modelo ideal de sistema prisional para a construção dos demais andares.

Por intermédio desses debates foi realizada uma pesquisa em torno das penitenciárias norte-americanas, e ficou decidido que os demais andares da Casa de Correção seriam construídos em conformidade ao sistema da Pensilvânia. Portanto, alterou-se o projeto inicial, que contemplaria o sistema Panótico e a construção do primeiro pavimento, que aderiu ao sistema de Auburn, porém o isolamento existente no modelo Pensilvânico não foi efetivado, pois as celas da Casa de Correção comportavam até seis detentos.

Tamanha indecisão deu azo à edificação de um estabelecimento penal totalmente desfigurado, que passou a agrupar modelos arquitetônicos, presos e regimes disciplinares de naturezas diversas, dificultando sobejamente a adoção de uma política penitenciária definida [...]. Fácil perceber, portanto, que ao longo do século XIX a Casa de Correção se transformou em uma autêntica Torre de Babel tropical (ROIG, 2005, p. 41).

Pode se dizer que o sistema penitenciário brasileiro não segue nenhum dos modelos acima citados, pois o isolamento e o silêncio tão fortemente usados nos modelos originais não se aplicam as unidades penais brasileiras, as quais dispõem de confinamento coletivo e, permissão de comunicação direta entre os presos, com exceção das unidades prisionais de segurança máxima.

No que diz respeito às críticas ao sistema penitenciário, de acordo com FARIAS JUNIOR (1978), atualmente o sistema brasileiro encontra-se em crise na qual está diretamente ligada a questões que impedem a recuperação do delinquente como a não diferenciação no tratamento dos detentos para os diversos tipos de crimes, a divisão na administração do sistema penitenciário, a falta de preparo dos funcionários, a morosidade da lei nos julgamentos dos delitos, a superlotação carcerária, a ociosidade, entre outros. E, para LIMA (2003, p. 5), "diversos motivos são levados a justificar a possível falência do sistema penitenciário, entre eles, as condições físicas do cárcere, a precariedade dos serviços de assistência e as superlotações".

Como reafirma BITENCOURT (2009, p. 479, grifo do autor):

[...] atualmente predomina uma certa atitude pessimista, que já não têm muitas esperanças sobre os resultados que se possa conseguir com a prisão tradicional. A crítica tem sido tão persistente que se pode afirmar, sem exagero, que a prisão está em crise. Essa crise abrange também o *objetivo ressocializador* da pena privativa de liberdade, visto que grande parte das críticas e questionamentos que se faz à prisão refere-se à impossibilidade - absoluta ou relativa - de obter algum efeito positivo sobre o apenado.

Entretanto, apesar das falhas apontadas quanto ao sistema carcerário brasileiro, para BITENCOURT (2009), o fim maior deste é reeducar o detento, possibilitando seu retorno à sociedade em condições de exercer e cumprir com seu papel de cidadão, em outras palavras, devolvê-lo ressocializado.

Em consequência, ainda conforme BITENCOURT (2009), recentemente os problemas relativos ao sistema penitenciário no Brasil têm adquirido visibilidade levantando discussões acerca dos direitos dos detentos, como por exemplo, condições dignas no cumprimento da pena. Uma vez que organismos e estruturas como a Organização das Nações Unidas - ONU, a Lei de Execução Penal - LEP, os Direitos Humanos e Declarações de diversos países estão incluindo nas pautas questões quanto às conquistas de direitos, bem como as fiscalizações dos mesmos assegurados por lei no que tange o cumprimento da pena privativa de liberdade. E como analisa BITENCOURT (2009, p. 142):

[...] houve significativo aumento da sensibilidade social em relação aos direitos humanos e à dignidade do ser humano. A consciência moral está mais exigente nesses temas. Em maior conscientização social não tem ignorado os problemas que a prisão apresenta e o respeito que merece a dignidade dos que, antes de serem criminosos, são seres humanos. [...]. Todo esse ambiente de crescente conscientização tem levado a um questionamento mais rigoroso do sentido teórico e prático da pena privativa de liberdade, contribuindo ainda mais para o debate sobre a crise dessa espécie de pena.

Assim sendo, os problemas pertinentes ao sistema penitenciário brasileiro vêm despertando interesse nos debates e, conseqüentemente, espaço nas pautas para discussões e reflexões quanto ao que precisa ser feito, tanto no

âmbito de infraestrutura quanto nos recursos humanos para que, enfim, proporcione condições efetivas de reintegrar o ex-detento ao convívio social com menos atrito possível.

2.3. SISTEMA PENITENCIÁRIO DE SÃO PAULO

O sistema carcerário paulista até 1979 tinha como responsável o Departamento dos Institutos Penais do Estado, DIPE, vinculado à Secretaria da Justiça. O DIPE foi transformado em Coordenadoria dos Estabelecimentos Penitenciários do Estado, COESPE, assumindo a administração das unidades prisionais.

Posteriormente, em março de 1991, a responsabilidades das unidades penais foi transferida para a Segurança Pública. No entanto, o governo paulista entendeu que os estabelecimentos carcerários exigiam uma secretaria própria a fim de tratar com exclusividade dos assuntos penitenciários. Portanto, em janeiro de 1993 criou a Secretaria da Administração Penitenciária, SAP, do Estado de São Paulo.

Assim, conforme a SAP sua missão consiste em:

A Secretaria da Administração Penitenciária se destina a promover a execução administrativa das penas privativas de liberdade, das medidas de segurança detentivas e das penas alternativas à prisão, cominadas pela justiça comum, e proporcionar as condições necessárias de assistência e promoção ao preso, para sua reinserção social, preservando sua dignidade como cidadão.

A SAP/SP administra 154 unidades prisionais em todo o Estado de São Paulo, sendo, 76 Penitenciárias, 39 Centros de Detenção Provisória, 22 Centros de Ressocialização, 13 Centros de Progressão Penitenciária, três Hospitais, e ainda, um Centro de Readaptação Penitenciária. E, subordinadas a SAP estão às coordenadorias das unidades prisionais segregadas por regiões. (SAP, 2013).

Na Região da Baixada Santista estão instalados dois CDPs: Centro de Detenção Provisória de Praia Grande e o Centro de Detenção

Provisória Luís César Lacerda em São Vicente, ambos pertencentes à Coordenadoria das Unidades Prisionais da Região do Vale do Paraíba e Litoral.

Segundo a SAP/SP, as penitenciárias constituem em regime fechado para presos condenados, oferece mais condições de recuperação, possuem oficinas e salas de aula, parlatório, cozinha e ambulatório médico. No tocante aos centros de detenção provisória, esses são os modelos responsáveis por confinar os presos em regime fechado que aguardam julgamento, foram idealizados para abrigar os presos de distritos policiais e cadeias e, contam com atendimento médico, odontológico, e ainda, parlatório e sala de audiência.

No que diz respeito aos centros de ressocialização, são unidades mistas, regime fechado, semiaberto e provisório, administrado em parceria com ONGs, tem participação efetiva da comunidade, e oferecem os serviços assistenciais, saúde, odontológico, psicológico, jurídico, social, educativo, religioso e, laborterápico.

E, no que se refere aos centros de progressão penitenciária, estes são de regime semiaberto, disponibilizam oficinas de trabalho e salas de aula. Já o centro de readaptação penitenciária tem o sistema de segurança máxima, com o regime disciplinar diferenciado, ambulatório médico e cozinha. E os hospitais são de custódia e tratamento psiquiátrico.

No que diz respeito aos objetivos da SAP/SP, constam no *síte* da mesma: (SAP, 2012)

- Manter, por meio de seus estabelecimentos penais subordinados, a custódia dos indivíduos presos provisoriamente;
- Manter, por meio de seus estabelecimentos penais subordinados, a custódia dos indivíduos condenados ao cumprimento de penas privativas de liberdade nos regimes fechado e semiaberto;
- Manter, por meio de seus hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico subordinados, a custódia dos indivíduos submetidos a medidas de segurança detentivas;
- Proporcionar, por meio de seus estabelecimentos penais, dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico subordinados e da FUNAP, órgão vinculado,

as condições necessárias ao processo de reintegração social dos presos e internados;

- Proporcionar, por meio dos estabelecimentos penais, dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico subordinados e da Coordenadoria de Reintegração Social e Cidadania, órgão subordinado, atendimento aos familiares de presos e internados;
- Prestar, por meio dos estabelecimentos penais, das respectivas coordenadorias às quais encontram-se subordinados e da sede da secretaria, assistência material aos presos e internados;
- Prestar, por meio dos estabelecimentos penais, dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico subordinados e da Coordenadoria de Saúde do Sistema Penitenciário, assistência à saúde dos presos e internados;
- Prestar, por meio dos estabelecimentos penais, dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico subordinados, assistência social aos presos e internados;
- Possibilitar, por meio da FUNAP e da Defensoria Pública, a prestação de assistência jurídica aos presos e internados;
- Prestar, por meio dos estabelecimentos penais, dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico subordinados e da FUNAP, órgão vinculado, assistência educacional aos presos e internados;
- Proporcionar, por meio dos estabelecimentos penais, dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico subordinados e da FUNAP, condições necessárias para o desenvolvimento de atividades laborativas;
- Possibilitar, por meio das respectivas instituições religiosas, a prestação de assistência religiosa aos presos e internados;
- Propiciar, por meio dos estabelecimentos penais subordinados, dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico e da FUNAP, atividades culturais e esportivas aos presos e internados;
- Executar a política estadual do sistema penitenciário;
- Emanar diretrizes e fiscalizar o cumprimento das normas de execução das penas;
- Emanar diretrizes e fiscalizar o cumprimento das regras de disciplina e segurança impostas pelos estabelecimentos penais subordinados;

- Emanar diretrizes e fiscalizar as regras que asseguram que os presos e os internados tenham seus direitos legais preservados;
- Emanar diretrizes e fiscalizar as regras que asseguram o cumprimento dos deveres pelos presos e internados;
- Coordenar e fiscalizar as condições de funcionamento de seus órgãos subordinados;
- Adotar, por meio do Departamento de Recursos Humanos, órgão subordinado, as medidas necessárias para o preenchimento de todos os níveis de quadro de pessoal da secretaria;
- Proporcionar, por meio do Departamento de Recursos Humanos e da Escola de Administração Penitenciária, órgãos subordinados, formação, capacitação, aperfeiçoamento e atualização dos funcionários que compõem o quadro de pessoal da secretaria;
- Emanar as diretrizes necessárias para a classificação dos condenados, segundo seus antecedentes e personalidade;
- Emanar as diretrizes necessárias para a individualização das penas, mediante a classificação dos condenados;
- Viabilizar a participação da comunidade nas atividades da execução da pena, por meio de parcerias com a sociedade civil;
- Realizar estudos, pesquisas, elaboração e desenvolvimento de programas e projetos nas áreas criminológica e penitenciária, em busca da excelência dos serviços prestados.

Por definitivo, pode-se dizer que o sistema penitenciário paulista, assim como o restante do Brasil vêm constantemente mudando com o intuito de melhorar as condições de vida dos reclusos, esteja ele em São Paulo ou em qualquer outra unidade federativa.

CAPÍTULO 3

“A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.”
MINAYO (1995)

A PESQUISA

O presente capítulo descreve os procedimentos metodológicos utilizados no processo investigativo em relação ao objeto de estudo que teve como objetivos:

- Geral: compreender como se processam as relações na vida cotidiana do cárcere e avaliar a situação da atenção à saúde do detento no CDP de São Vicente/SP.
- Específicos: a) conhecer as condições de vida dos detentos no CDP de São Vicente/SP; b) Verificar como se detectam as doenças antes e durante o processo do encarceramento no CDP de São Vicente/SP; b) Conhecer as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde e formas de tratamento das doenças dos detentos; c) Identificar quais as queixas dos detentos do CDP de São Vicente/SP em relação à atenção à saúde do detento.

Para atender aos objetivos propostos utilizou-se uma pesquisa de natureza qualitativa, pois se buscou o enfoque do sujeito no âmbito singular, na tentativa de entender o indivíduo na sua particularidade, considerando a realidade do sujeito na qual este está inserido.

Com isso, faz-se necessário abordar o entendimento da pesquisa qualitativa, que para RICHARDSON (1999, p. 80):

[...] as investigações que se voltam para uma análise qualitativa têm como objeto situações complexas ou estritamente particulares. Os estudos que empregam uma metodologia qualitativa podem descrever a complexidade de determinado problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais, contribuir no processo de mudança de determinado grupo e possibilitam em maior nível de profundidade, o entendimento das particularidades do comportamento dos indivíduos.

Sendo assim, a pesquisa qualitativa permitiu um estudo aprofundado do tema inicialmente proposto, uma vez que vida cotidiana no cárcere e atenção à saúde não podem ser mensurados; bem como, compreender e a importância que o sistema penitenciário atribui a saúde dos detentos, a eficácia, eficiência e a efetividade nos tratamentos dentro da unidade penal para os detentos que necessitem desse.

Conforme MARTINELLI (2005) é essencial que se garanta a centralidade do sujeito, sua experiência social, a valorização da sua cultura, crenças, atitudes, identidade, os significados atribuídos pelo sujeito a sua experiência, seu contexto sócio-histórico, sua singularidade e, principalmente, seu modo de vida cotidiano. Assim sendo, para o embasamento teórico sobre o tema, bem como a aquisição de maiores esclarecimentos sobre o assunto pesquisado realizou-se pesquisa bibliográfica em livros, artigos, periódicos, teses e outros. Segundo GIANFALDONI e MOROZ (2002, p. 44-45), estas pesquisas têm a função de:

Dar, ao leitor, um panorama do que vem sendo realizado no que tange ao problema de pesquisa em questão, tanto em termos da reflexão teórica quanto em termos das pesquisas realizadas; para o leitor, é o texto de revisão de literatura que fornece os parâmetros nos quais o pesquisador se pautou para realizar seu trabalho.

3.1. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Como o presente estudo é um recorte do projeto intitulado Emoções e Representações do Processo de Ser População Carcerária no Centro de Detenção Provisória Dr. Luiz Cesar Lacerda de São Vicente/SP, a autorização para a entrada no campo foi decorrente da aprovação do projeto no Comitê de Ética da Secretaria de Administração Penitenciária – SAP/SP, Processo nº 012/2011, atendendo aos termos das Resoluções 196/96 e 251/97 do Conselho Nacional de Saúde, obtendo parecer favorável em 16/06/2011. Assim, a coleta de dados foi iniciada a partir de julho de 2011, encerrando-se em dezembro do mesmo ano.

As entrevistas foram realizadas no período da tarde tendo como limite o horário das 16 horas por conta do jantar e do recolhimento dos detentos às suas celas às 17 horas. Foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas, após a assinatura do TECLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. (Apêndice 02)

Cada entrevista teve duração média de uma hora e 30 minutos, sendo que, algumas se estenderam por duas horas ou mais, sempre com a presença de um agente de segurança penitenciária. Os presos se mantiveram algemados por questão de segurança.

Os critérios para escolha dos sujeitos foram: detentos por qualquer delito; estar preso no CDP por no mínimo 06 (seis) meses quer no “convívio”¹⁴, quer no “seguro”¹⁵ e possuir algum vínculo familiar.

Mediante os critérios, a unidade prisional selecionou os detentos para participar da pesquisa. Este procedimento exigiu que houvesse esclarecimentos prévios sobre os objetivos da pesquisa pelo agente de segurança penitenciária designado para acompanhar a pesquisadora para que não surgissem problemas entre o detento e os demais companheiros de cela, sejam os do “convívio” sejam os do “seguro”.

¹⁴ Convívio é a denominação utilizada no sistema prisional para os presos que estão alojados em celas comuns nos raios.

¹⁵ Seguro é a denominação utilizada para abrigar os presos que, por algum motivo, correm risco de vida ou pela natureza de seus delitos devem ficar isolados dos demais.

Nesse sentido, não houve possibilidade de interferência da pesquisadora nessa escolha.¹⁶ Para tanto, foram realizadas as entrevistas com os sujeitos, primeiro aos dez detentos e, posteriormente com a Auxiliar de Enfermagem presente no plantão da equipe profissional da área da saúde, essa ordem também, detentos e Auxiliar de Enfermagem, foi definida pela unidade prisional.

É de suma importância registrar que na época da coleta de dados com os profissionais de saúde da unidade prisional em questão, o setor de saúde só dispunha de Auxiliar de Enfermagem e Dentista. No entanto, por questões internas, só pôde ser feita a entrevista com a Auxiliar de Enfermagem.

Segundo GIL:

[...] a técnica em que o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formula perguntas, com o objetivo de obtenção dos dados que interessam à investigação. A entrevista é, portanto, uma forma de interação social. Mais especificamente é uma forma de diálogo assimétrico, em que uma das partes busca coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informação (1999, p. 117).

O instrumento utilizado com os detentos foi o mesmo da pesquisa do NEPEC, ou seja, entrevista semiestruturada com questões abertas e fechadas, acrescidas de um roteiro específico para essa pesquisa visando abordar a atenção à saúde na unidade prisional. No instrumento utilizado pelo NEPEC, as questões fechadas foram utilizadas para se colher as informações em relação à situação do preso, o delito cometido, e outras que dizem respeito aos dados socioeconômicos, demográficos e da família, que também auxiliaram na elaboração do perfil dos detentos e na vida cotidiana dentro da unidade prisional. Cabe ressaltar que para essa pesquisa, foram apenas aproveitados os dados que auxiliaram a consecução dos objetivos. As questões abertas visaram abordar as condições de vida e atenção à saúde na unidade prisional. (Apêndice 01)

¹⁶ Apesar de não poder escolher os detentos, julgou-se rica a seleção feita pela unidade prisional. Acredita-se que a experiência dos profissionais da unidade favoreceu na seleção da diversidade dos sujeitos entrevistados.

O processo da análise de dados foi executado através da análise de conteúdo, que conforme conceitua BARDIN (s/d) citado por RICHARDSON (1999, p. 223):

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (qualitativos ou não) que permitam interferir conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens.

A análise de conteúdo necessariamente deve seguir alguns passos, pois esta não se processa de forma aleatória. Sendo assim, conforme RIZZINI, seguem as seguintes etapas:

- 1° passo: a coleta de dados do material a ser analisado, através da observação, entrevista, etc.
- 2° passo: leitura geral do material.
- 3° passo: estabelecer as categorias e subcategorias definidas de análise.
- 4° passo: escolhidas as categorias de análise, o texto deve ser percorrido com o objetivo de compatibilizar as falas com as categorias e subcategorias que estejam representadas no texto (resultados qualitativos).
- 5° passo: verificar a contagem e tratamento percentual das categorias e subcategorias no texto.
- 6° passo: análise de resultados direcionados e responder as questões postas pela pesquisa (1999, p. 93).

Após a análise de dados a partir dos resultados obtidos, foi possível fazer sua discussão, embora seja necessário deixar evidente que o mesmo não se pode ser considerado esgotado, uma vez que estamos abordando condições de vida e atenção à saúde em uma determinada unidade prisional e, portanto, essas se encontram em um processo contínuo de mudança, somado à complexidade do sistema penitenciário brasileiro.

3.2. O CENTRO DE DETENÇÃO PROVISÓRIA Dr. LUIS CÉSAR LACERDA DE SÃO VICENTE

Os CDPs são estabelecimentos penais de caráter provisório, assim, o preso deve ser transferido para uma penitenciária quando julgado e condenado. A capacidade do CDP de São Vicente é de 768 presos, entretanto, considerando a superlotação do sistema prisional paulista, é comum encontrar um número alto de presos cumprindo pena nesse tipo de estabelecimento. No processo de elaboração da pesquisa, constava no site da SAP 1.678 detentos abrigados no CDP de São Vicente, 910 abrigados a mais. (06/06/2011)

No CDP de São Vicente, as celas possuem 12 “camas” de concreto (tipo triliches) e uma instalação sanitária. As celas comportam 12 presos, mas possuem lotação de 30 a 35 presos cada uma. Há os presos do “convívio” e os presos do “seguro”. Presos do convívio são os presos comuns e os do seguro são os que correm risco de vida ou violência, como os estupradores. Todos ficam confinados aos raios, onde existe um pátio. As celas do “seguro” não possuem pátio. Cada raio possui um pátio e 08 celas de cada lado. Neste pátio passam o dia geralmente jogando futebol e cartas (buraco, tranca, truco etc.) sendo recolhidos às celas às 17 horas.

A única diversão é a televisão. Não têm acesso a livros, revistas ou jornais. Entretanto, como se trata de um centro de detenção provisória, as visitas dos familiares são mais constantes já que os presos são oriundos da região, o que é dificultado nas penitenciárias. Neste cenário é que se realizou a presente pesquisa.

3.3. PERFIL E CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

Foram realizadas dez entrevistas com os detentos e uma com a Auxiliar de Enfermagem. Cabe ressaltar que a escolha dos sujeitos, além dos critérios pré-estabelecidos também obedeceu aos costumes e regras estabelecidas pelos presos, com a devida autorização dos faxinas¹⁷.

¹⁷ Faxina: é o termo utilizado para designar o detento que exerce a liderança no raio ou quadrado dentro do sistema prisional. É a pessoa que intermedia a relação entre os presos e os funcionários/carcereiros, sendo responsável também pela manutenção da ordem nas celas.

Para conhecer o perfil dos detentos foi utilizada a primeira parte do instrumento de coleta de dados, privilegiando-se os seguintes aspectos: faixa etária, escolaridade, estado civil, número de filhos, cor auto declarada, local de nascimento, situação de trabalho antes da detenção, situação prisional, visitas de familiares, tipo de delito, penas atuais, tempo de permanência no CDP, situação de residência antes do aprisionamento. Em relação à Auxiliar de Enfermagem, gênero, idade, tempo de serviço na SAP/SP, tempo de serviço na unidade prisional.

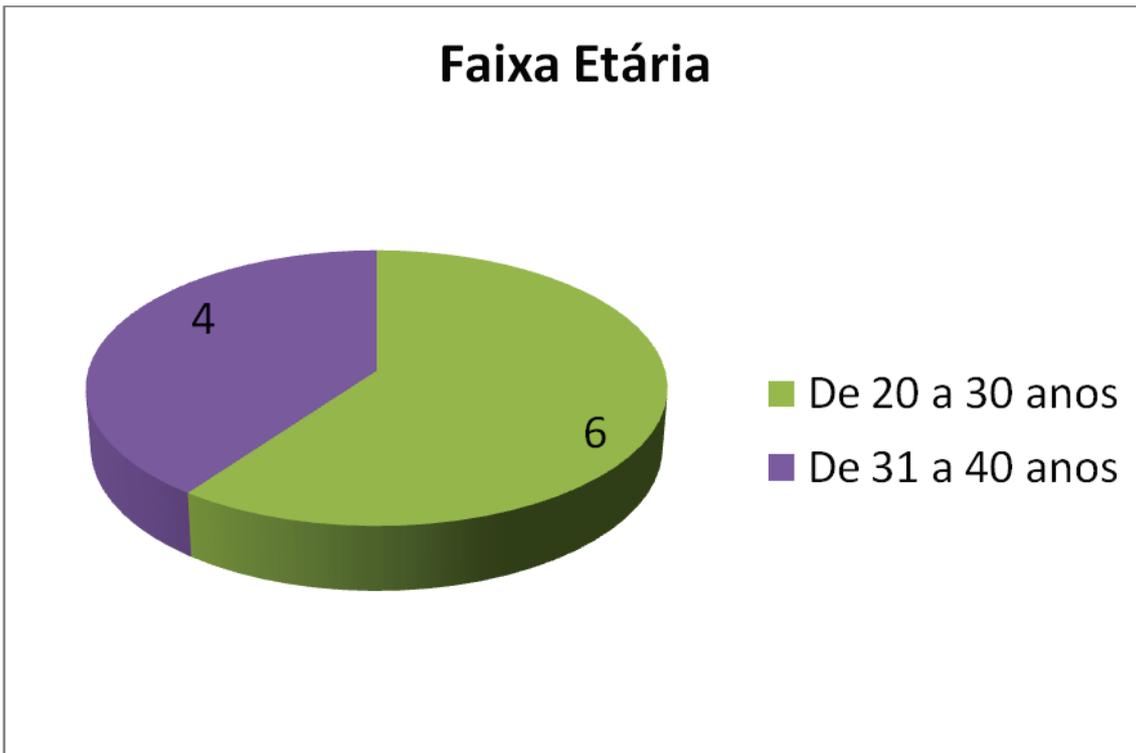


Gráfico 01: Faixa Etária dos Detentos.

Em relação à faixa etária dos sujeitos observa-se que seis encontra-se entre 31 e 40 anos. Este fato deve pelo tipo de delito cometido por eles e, também, porque esses detentos possuem várias passagens pelo sistema prisional. Alguns já estiveram presos por cinco a 17 anos de reclusão, sendo que um deles, em sua primeira prisão, tinha apenas 17 anos, e hoje com 34 anos já passou metade de sua vida no sistema prisional. Entretanto a faixa de 20 a 30 anos se destaca pelo delito comum: tráfico de drogas. Os mais velhos estão presos por homicídio.

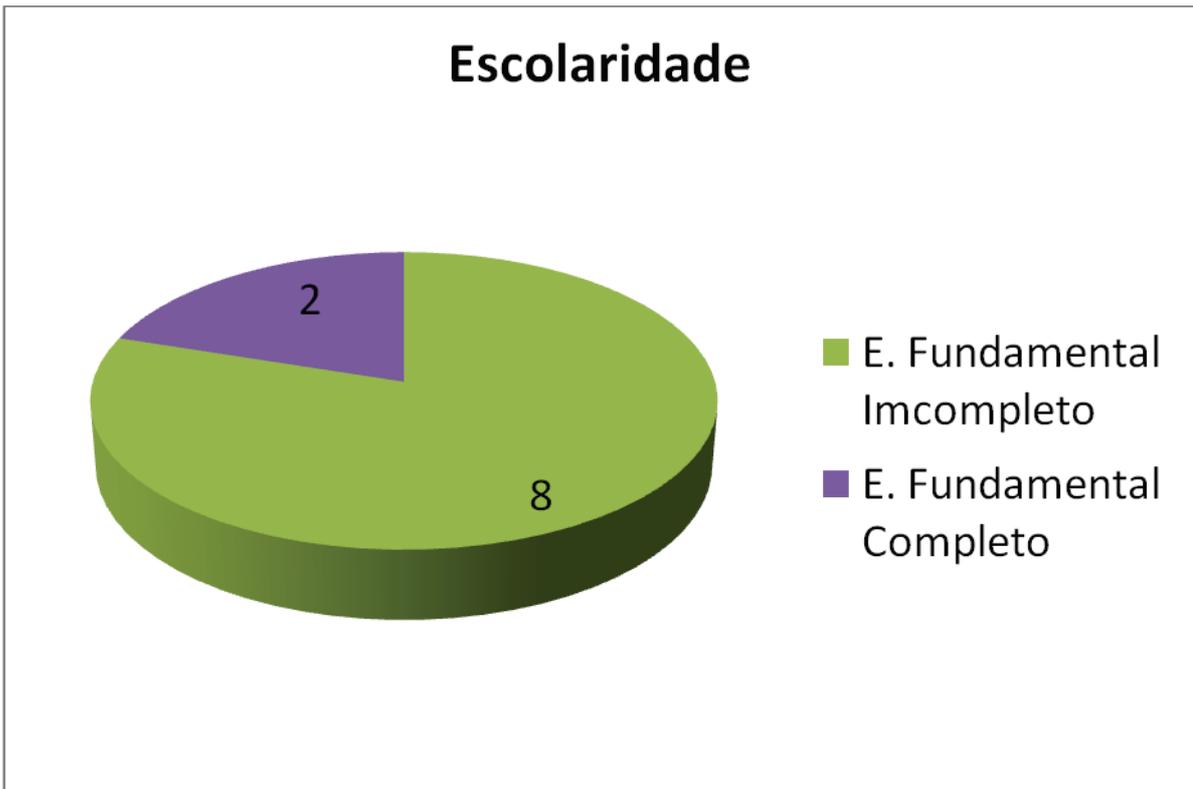


Gráfico 05: Escolaridade dos Detentos.

A baixa escolaridade dos detentos também reforçam estudos anteriores sobre o perfil da população carcerária.

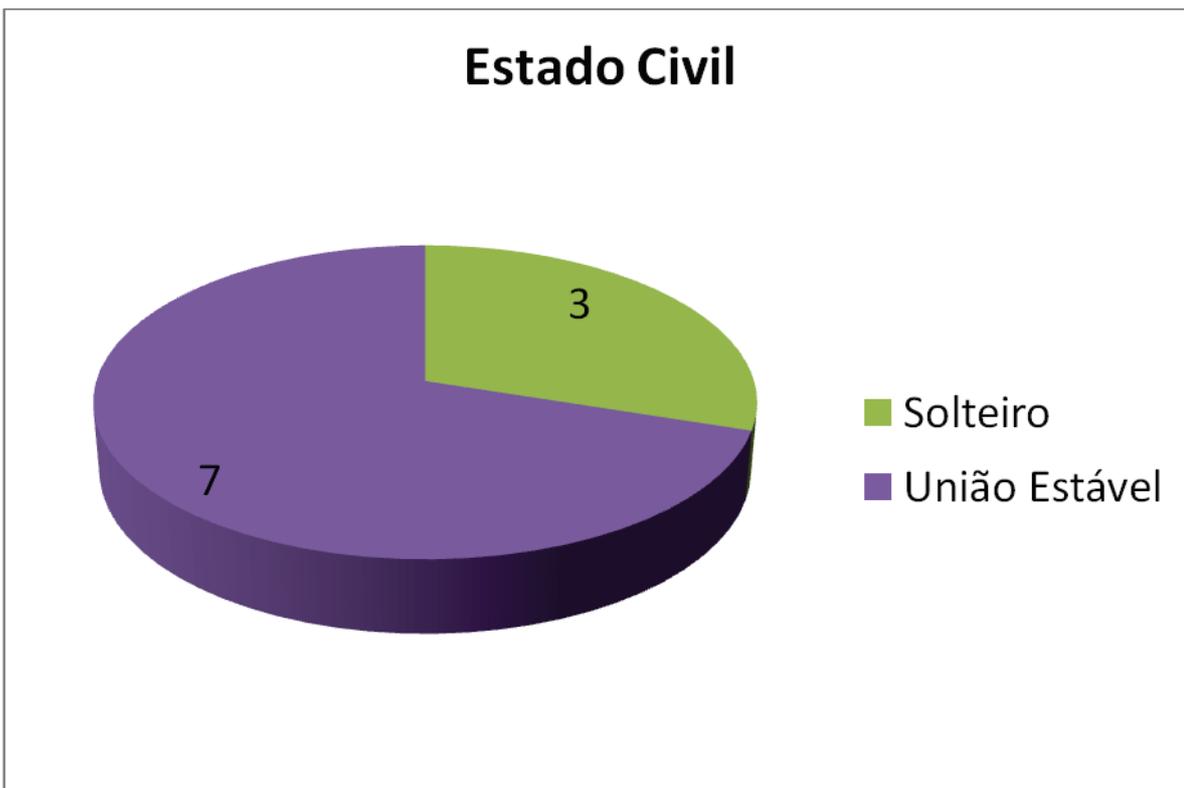


Gráfico 02: Estado Civil dos Detentos.

Os detentos entrevistados referiram ter tido vários relacionamentos dentro e fora da prisão. Apenas um deles se referiu ao relacionamento de união estável com a mesma mulher há 11 anos. Alguns tiveram filhos nascidos após a reclusão. Um deles afirmou ter tido 04 filhos durante seus vários períodos de detenção e apenas um filho antes da primeira da detenção.



Gráfico 09: Número de Filhos dos Detentos.

Alguns recebem visita de filhos maiores, mas a maioria não gosta da presença deles no ambiente prisional por vergonha ou cuidado em relação a eles. Já os filhos menores, em especial as crianças, na maioria das vezes por não ter com quem ficar acompanham as mães nas visitas aos detentos.

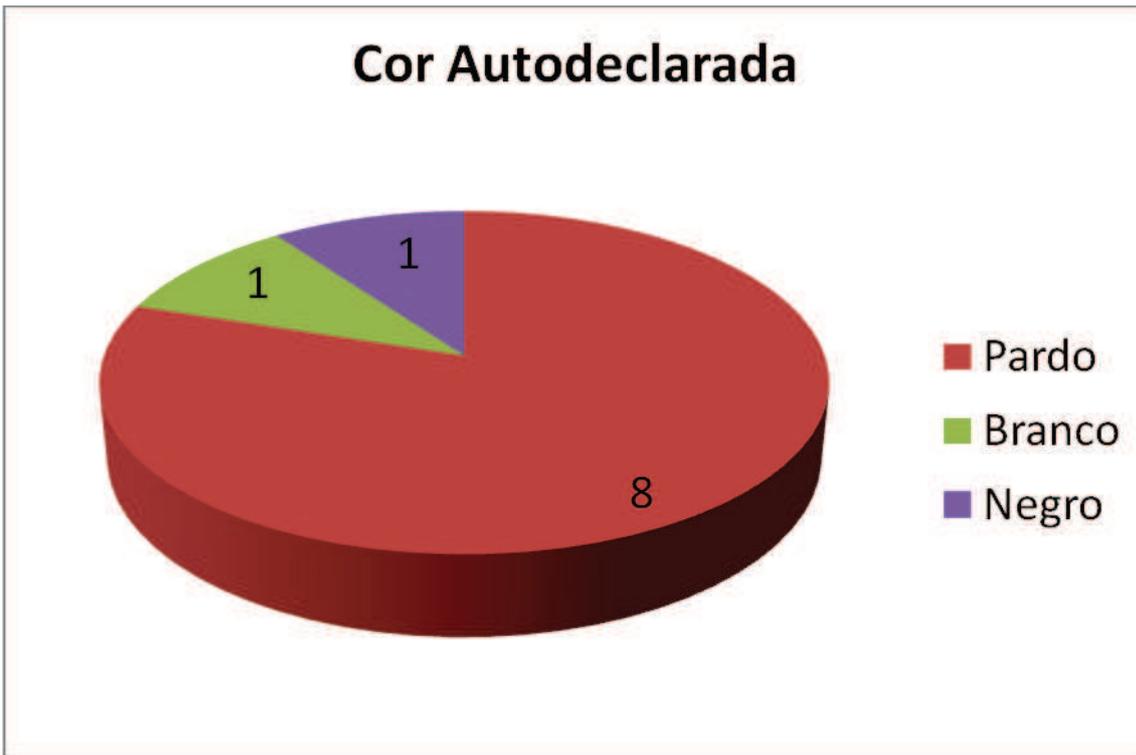


Gráfico 03: Cor Autodeclarada.

Em relação à raça, permanecem os pardos como a esmagadora maioria dos detentos.

Em outro estudo realizado pelo NEPEC – Avaliação da Exposição e Riscos da Tuberculose no Sistema Prisional Feminino da Baixada Santista – prevaleceu a mesma ocorrência, confirmando estudos anteriores que apontam a maioria da população carcerária como negros e pardos.

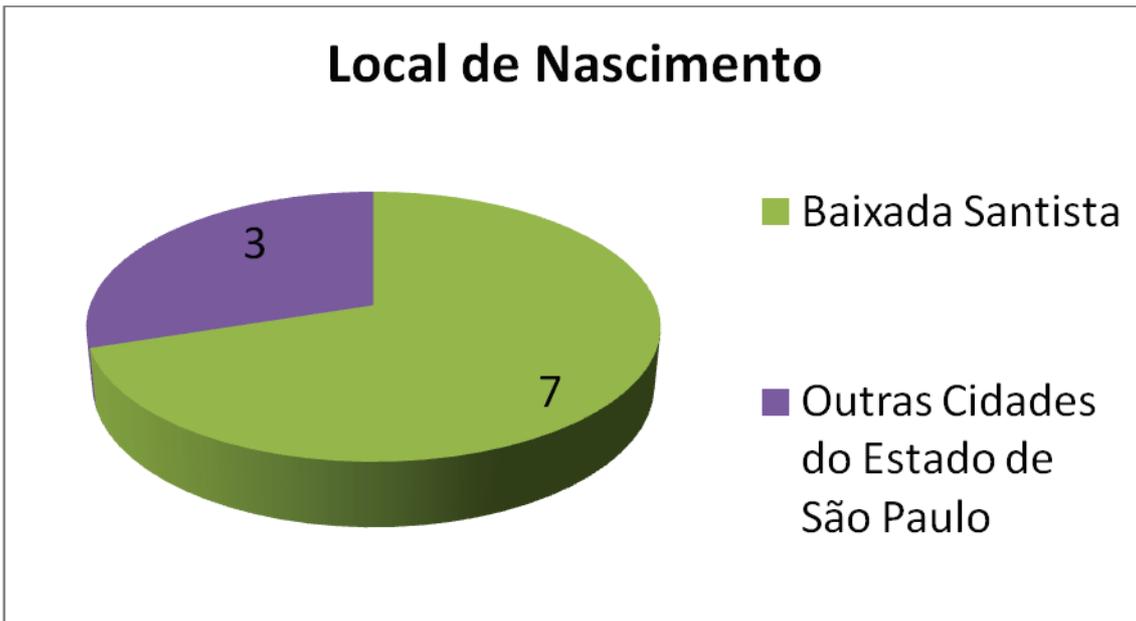


Gráfico 04: Local de Nascimento dos Detentos.

Embora oriundos de outros estados ou do interior do Estado de São Paulo, os detentos residiam na região quando foram presos, haja vista que a unidade prisional é um centro de detenção provisória.

Situação Profissional Antes da Detenção

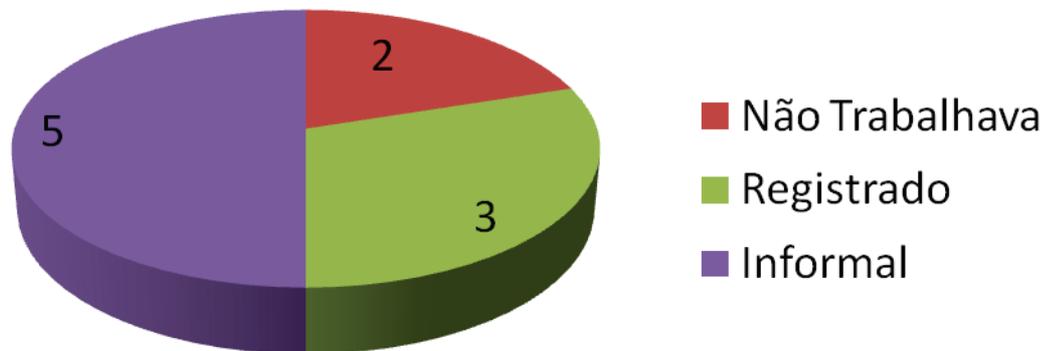


Gráfico 06: Situação Profissional Antes da Detenção.

A maioria alegou que trabalhava sem registro em carteira, fazendo “bicos” ou pequenos trabalhos. Outros eram pequenos empresários, presos por estelionato ou furto. Cinco tinham emprego fixo, porém, estavam envolvidos também com uso e tráfico de drogas. Um deles, homossexual, afirmou trabalhar “nas ruas” desde adolescente. Outros afirmaram que não tinham qualquer tipo de trabalho.

Situação Prisional

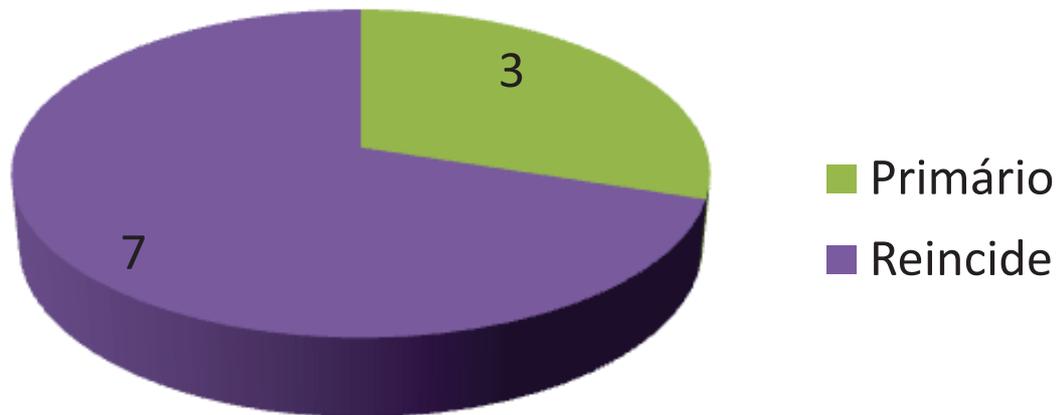


Gráfico 08: Situação Prisional.

Como se pode observar, a maioria dos detentos entrevistados era reincidente no crime. Alguns deles possuíam várias passagens pelo sistema prisional do Estado de São Paulo, por diversos delitos e alguns sempre pelo mesmo crime. Este fato pode indicar que o sistema prisional dificilmente recupera o indivíduo para o convívio em sociedade e a chamada ressocialização, termo que vem sendo utilizado para o tratamento dispensado aos presos, ainda se constitui em uma proposta de humanização do indivíduo privado de liberdade.

Uma vez condenado, o indivíduo carrega o estigma de presidiário, para o resto de sua vida, mesmo que já tenha cumprido sua pena. Associado a este fato, em virtude de pertencerem, geralmente, às camadas mais pobres da população, os detentos já não tiveram a oportunidade de serem realmente socializados (no sentido de se sentirem integrantes de uma sociedade por si só desigual e de não terem seus direitos sociais respeitados), portanto, reproduzindo a exclusão social.

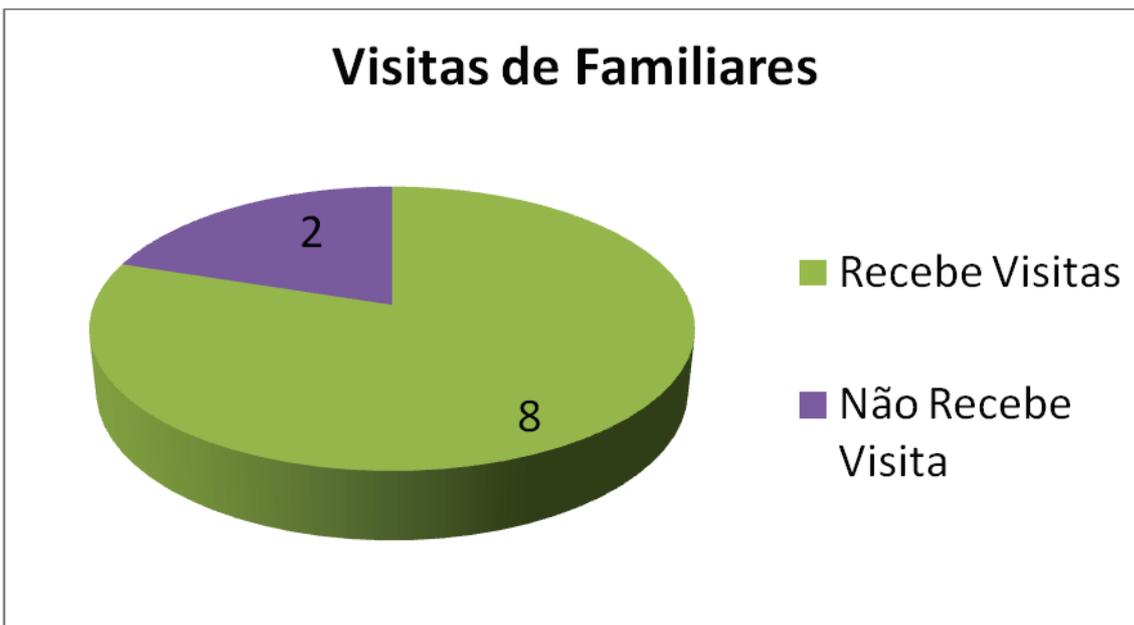


Gráfico 07: Visitas de Familiares e/ou Companheira.

Considerando que a maioria dos detentos é da região, eles recebem visitas de familiares e/ou companheiras. Os que não recebem visitas tiveram seus vínculos familiares desfeitos por conta da vida no crime, ou viviam sozinhos por ocasião da detenção. O apoio familiar e as visitas constituem um fator fundamental para o detento. Outro aspecto a destacar são as visitas íntimas. As visitas tendem a aliviar o estresse e a tristeza provocados pelo ambiente prisional, além de auxiliar a troca de afetos entre o interno e sua companheira.

O quadro a seguir, apresenta apenas alguns dados importantes para diferenciar os detentos. Para preservar suas identidades, eles foram numerados de 01 a 10 precedidos da letra D e que serão usados no capítulo que apresenta os resultados e discussão.

DETENTOS	DELITOS	PENAS ATUAIS	TEMPO CDP	RESIDIA ANTERIORMENTE	INFORMAÇÕES ADICIONAIS
1	Tráfico; Associação ao Tráfico; Formação de Quadrilha	Aguardando Julgamento	Dois Anos e Nove Meses	Companheira	Convívio Faxina
2	Tráfico	Três Anos e Dois Meses	Dois Anos	Companheira	Seguro Não Faxina
3	Tráfico; Porte Ilegal de Arma	Cinco Anos e Nove Meses	Nove Meses	Companheira	Convívio Faxina
4	Furto; Agressão	Nove Anos	Seis Meses	Pai; Mãe; Irmãos	Convívio Faxina
5	Tentativa de Estupro	Dezessete Anos e Seis Meses	Dois Anos e Nove Meses	Companheira; Dois Filhos	Seguro Não Faxina
6	Tráfico	Nove Anos	Um Ano	Mãe; Dois Irmãos	Convívio Não faxina
7	Assalto, Corrupção de Menores; Formação de Quadrilha	Vinte e Um Anos	Seis Meses	Companheira	Convívio Faxina
8	Furto	Seis Anos e Cinco Meses	Um Ano	Companheira; Filho	Convívio Não Faxina
9	Tráfico	Dois Anos e Onze Meses	Um Ano e Nove Meses	Mãe, Avô; Irmã	Convívio Não Faxina Homossexual
10	Porte Ilegal de Arma	Aguardando Julgamento	Dez Meses	Pai; Mãe; Irmão; Irmã	Seguro Não Faxina

Quadro 01: Dados Diferenciais dos Detentos.

O tráfico de drogas aparece como o principal delito, associado, inclusive ao uso de drogas pelos detentos. Muitos deles afirmaram que

estavam drogados quando cometeram os delitos, revelando que a associação entre drogas e crime vem se tornando alarmante na sociedade atual, ressaltando que a maioria dos detentos presos por tráfico são os mais jovens.

Embora a unidade prisional seja um centro de detenção provisória, muitos presos já condenados estão cumprindo suas penas nesse local, quando deveriam ser transferidos para penitenciárias. No CDP, pela sua própria natureza, não é oferecida possibilidade de trabalho para os presos. Muito poucos (os que são diferenciados por questão de escolaridade ou bom comportamento) realizam pequenas tarefas.

3.4. CARACTERIZAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

A entrevista com a Auxiliar de Enfermagem foi realizada em sete de dezembro de 2011. A duração da entrevista foi de aproximadamente uma hora e trinta minutos.

Para preservar a identidade do sujeito foi utilizado o termo Auxiliar de Enfermagem no próximo capítulo que trata dos resultados e discussão.

AUXILIAR DE ENFERMAGEM	
Sexo	Feminino
Idade	50 anos
Tempo de Serviço na SAP/SP	Nove Anos e Seis Meses
Tempo de Serviço na Unidade Prisional	Nove Anos e Seis Meses

Quadro 02: Dados do Profissional de Saúde.

CAPÍTULO 4

“Mais um dia ergue a mesma vida
Nada vai mudar
Poucas novas, nunca a euforia
Tudo no lugar.
Na cabeça os dados e ofícios
Tudo pra jogar
Tornam a liberdade impossível
Isso vai mudar”
(Líris)

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados coletados foram organizados com o intuito de prover a análise de conteúdo adquirido por meio das entrevistas e, ainda, a fim de articular com o quadro teórico presente no capítulo um. Assim, da análise dos dados emergiram dois eixos que se entrecruzam, pois, as condições de vida no cárcere influenciam também as condições de saúde dos detentos. Nessa perspectiva elegemos a vida no cárcere explicitada pelos sujeitos e a atenção à saúde dos detentos do CDP como eixos fundamentais para a discussão dos resultados obtidos.

Faz-se necessário ressaltar que as pesquisas qualitativas oferecem maior riqueza em detalhes quanto ao objeto pesquisado, superando as expectativas dos objetivos propostos. E, nesta pesquisa não foi diferente, principalmente por se tratar de um ambiente com especificidades muito bem definidas.

Importante observar que o momento de participar da pesquisa para os detentos foi pontuado como quebra na rotina e oportunidade de “ser ouvido”. Alguns temas não constituíam foco da pesquisa, porém, considerou-se importante respeitar essa necessidade expressada por eles.

O ponto em comum observado entre eles foi a falta de estrutura familiar na infância e na juventude e a falta de condições materiais para atender às suas necessidades e ambições de ascensão social em uma sociedade de consumo que os levaram a cometer os delitos. Vários deles atribuíram os delitos ao fato de serem usuários de drogas (maconha, cocaína, craque) e álcool.

Mais uma vez ficou claro que o sistema penitenciário no Brasil é o retrato fiel de uma sociedade desigual, marcada pela ausência de políticas sociais para o enfrentamento das situações específicas aí implicadas, bem como na falta de constituição da cidadania de homens e mulheres presas.

4.1. A VIDA NO CÁRCERE

A vida cotidiana é exercida por todos sem exceção, qualquer que seja as circunstâncias encontradas no decorrer dos dias. Todos participam dela em todos os aspectos da sua personalidade, colocando em prática todas as suas potencialidades, porém, sem que seja possível realizá-las por completo (HELLER, 1989, P.17).

As diferentes vinculações presentes em um conjunto de pessoas regidas por normas comuns que convivem em um determinado tempo e espaço compõe o convívio social, um sistema reticulado de alta complexidade constituído por vários outros subsistemas relacionados entre si, ou seja, o cotidiano compõe a estrutura de como os indivíduos organizam suas relações sociais.

No entendimento de GOUVEIA (1962a), o convívio é sinônimo de organização na dinâmica de vida dos indivíduos que partilham dos mesmos objetivos e ações, ou ainda, um grupo de pessoas se relacionando e cooperando em inúmeras atividades. ROSAT (1962) considera um grupo de indivíduos que partilham de um mesmo número de interesse, atitudes e hábitos, os quais mantêm reunidas diversas pessoas em busca de um determinado objetivo.

A vida no cárcere possui características específicas ao impor aos indivíduos uma vida muito diferente daquela que tinham antes do aprisionamento e, que traz como consequências estratégias para sobreviver, pois o ambiente prisional é marcado por relações de poder.

Porém, o indivíduo precisa tomar para si alguns padrões implícitos no convívio a fim de exercer a função de unidade social com menos conturbações possíveis.

Desta forma, a unidade prisional, mesmo que temporária, consiste para o interno em moradia, privando-o de qualquer aspecto privado da característica estrutural de um lar. Ao ingressar no sistema o detento está fadado a cumprir as regras institucionais bem como as demais impostas pelo sistema dos próprios detentos.

Nesse sentido, o detento terá que se sujeitar aos cuidados do Estado, personificado nas autoridades e funcionários da unidade prisional ao qual está preso. Essa relação desfavorável de poder já é experimentada no contato com os funcionários da unidade prisional, que são os primeiros personagens do cenário carcerário a terem contato.

ERVING GOFFMAN considera que as prisões servem como exemplo claro de instituição total,

[...] 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 (2008, p. 11).

Assim, estas instituições “usualmente se apresentam ao público como organizações racionais, conscientemente planejadas como máquinas eficientes para atingir determinadas finalidades oficialmente confessadas e aprovadas” (GOFFMAN, 2008, p. 69), embora muitas vezes se apresentem como depósito de pessoas. E, o CDP de São Vicente, além da superlotação, evidencia a ociosidade que permeia a vida no cárcere.

Meu dia a dia é, mais resolve situações¹⁸ de cela, nós troca idéia com preso, nós abre a mente do preso, nós passa uma palavra de

¹⁸ A palavra situação é utilizada de diversas formas pelos detentos, com isso assume significados diferentes dependendo do contexto.

companheiro ai, é o dia a dia nosso. Joga um baralho ali, dominó, é o dia a dia nosso. Tem televisão em todas as celas. É difícil. É difícil, mas nós já aprendeu a levar esse dia a dia. Não tem nenhuma atividade. Tem a faxina e tem esporte na cadeia O esporte na cadeia. O esporte na cadeia o que acontece? Até mesmo pra nós mandar vir uma bola e, nós manda vir a bola e a cadeia para. Algumas situações na mente dos cara, os caras joga bola, procurar ocupar a mente. Difícil entrar bola aqui. Nós manda a bola tudo certinho, tem que mandar o número do preso, nós manda, não entra. Aí fica até difícil mesmo pro preso, o preso fica ali num ambiente fechado, parado, infelizmente, vai por a mente dele em alguma situação. Aonde acaba acontecendo um monte de situação. (D01)

Acordo cedo e durmo cedo, fico vendo televisão, penso muito, jogo bola, jogo baralho, a noite quando está mais parado é quando eu penso mais em tudo que aconteceu [...] As atividades? Tem a faxina do nosso barraco, tem dia de cada um fazer a faxina, ai se for meu dia hoje, agente acorda cedo. Ralar o boi como eles chamam aqui, faz isto antes de pegar o café. Fico jogando baralho, dominó. (D02)

A gente não tem o que fazer aqui na cadeia. A gente joga futebol, a gente conversa, é o que a gente tem pra fazer. (D03)

Eu acordo de manhã faço minha higiene, faço a faxina que eu tenho de fazer [...] À noite a gente entra para cela cada um vai pro seu canto, a gente joga domino, vê televisão. (D04)

Há, é um tédio né porque a gente não tem espaço ideal pra correr, fazer um esporte, praticar algum tipo de esporte. É muito pequeno o espaço aqui. Eu já tô há dois anos e nove meses, quase três anos, é horrível. A única coisa que tem melhor pra fazer é ficar deitado vendo televisão. É difícil pegar livro. Atividade aqui é falta do que se fazer, atividade pra distrair não tem. (D05)

Procuro distrair a cabeça, converso com os amigos, jogo bola, às vezes tiro umas horas dormindo. Eu acho que se tivesse escola seria melhor para passar o tempo. Tenho um pouco de dificuldade para escrever, mas to sempre mandando carta pra minha mãe. (D06)

Não tem atividade, existe a pastoral carcerária. Não tem outra atividade, tem lugares que tem atividade. Porque aqui é CDP, se torna pequeno a quantidade de população e não tem espaço amplo na qual possa ter uma firma de empregador, uma firma de boia, essas situações na qual outras penitenciárias com maior estrutura têm. (D07)

Vamos dizer assim, como está frio, antes de vocês chegarem aqui e mandarem chamar (risos) eu estava deitado, assistindo televisão. Às vezes a gente joga uma bola, tem uma quadrinha pequena, nós joga uma bola. E eu gosto bastante de escrever carta pra família. (D08)

Que nem de manhã a gente acorda, o café da manhã 4, 5 e pouco da manhã. A tampa¹⁹ só abre as 8, então até às 8 horas tem um horarinho ali entendeu. Aí fecham a gente 5 horas, 5 e meia, que já é o horário da janta. Já to exausta. Aí janto. Durmo às 5 da tarde e acordo às 6 da manhã. (D09)

¹⁹ Porta da cela que dá passagem para área externa, o pátio.

Antigamente vinha a Universal, não sei se vem ainda. Quando eu fiquei a primeira vez preso aqui no CDP já não tinha atividade. Jogo baralho, pife, tranca paciência, vê televisão, filme, novela, jornal. Tem futebol, televisão, jogo dama é assim a rotina. (D10)

De acordo com a Lei de Execuções Penais, no sistema penitenciário as atividades trabalhistas ou educacionais podem contribuir na diminuição do tempo do cumprimento da pena. Como a unidade em estudo consiste num centro de detenção provisória e, não penitenciária, há falta de trabalho e outras atividades, como escola, cursos profissionalizantes e outros, para os reclusos.

Art. 126. O condenado que cumpre a pena em regime fechado ou semiaberto poderá remir, por trabalho ou por estudo, parte do tempo de execução da pena.

§ 1º A contagem de tempo referida no caput será feita à razão de:

I - 1 (um) dia de pena a cada 12 (doze) horas de frequência escolar - atividade de ensino fundamental, médio, inclusive profissionalizante, ou superior, ou ainda de requalificação profissional - divididas, no mínimo, em 3 (três) dias;

II - 1 (um) dia de pena a cada 3 (três) dias de trabalho. (BRASIL, 2011)

Portanto, fica evidente que em termos de trabalho, melhor estrutura e condições de tratamento para os detentos os centros de detenção provisória e, as penitenciárias são bem diferentes. A isso também se referem alguns detentos reincidentes e até mesmos os detentos que não passaram por uma penitenciária, mas de alguma forma conhecem as atividades oferecidas nas penitenciárias.

Mas aqui é um CDP, aqui não entra nada, certo? Aqui não tem uma escola, aqui não tem nada.

Se tiver que ser condenado, infelizmente, mas já ir pra uma penitenciária. Porque numa penitenciária já fica mais tranquilo. Já tira a cadeia. [...] Na penitenciária não, ali já ocupa tua mente, já vai numa cozinha, já vai numa escola, vai procurar o que fazer, então não fica só no raio interno. Aqui fica interno o dia todo. (D01)

Pra chegar na penitenciária, poder trabalhar, pôr a mente pra funcionar, fazer as coisas e ficar esperando chegar a melhor hora né. Que pelo menos numa penitenciária vai ter biblioteca, tem um espaço maior se a gente quiser trabalhar, jogar bola e vários outros... (D05)

Existe penitenciária que a forma de pagamento é a remissão. Só que aqui é... tipo uma cadeia de transito. Então existe unidades que por

you ser cabeleireiro you é registrado ali e incide na sua remissão. (D07)

Em São Paulo tinha escola, computação, fabrica de roupa, fabrica de montar peça de bicicleta, lavanderia, cozinha, lá não era CDP era sistema penitenciário. Contava no tempo, cada três dias ganhava um, remissão. (D10)

Um código estabelecido pelos presos, paralelamente ao conjunto de leis institucionais, é encampado pelo interno por questões de sobrevivência. Esse código estabelece normas de conduta, linguagem, apresentação e comportamento, portanto define a forma como o detento vai passar a se expressar, se vestir, comer e se portar a partir de seu ingresso no universo da prisão. Esse mesmo código define as lideranças, os relacionamentos, os méritos e, por fim, as sanções para quem descumpra as regras.

Segundo os detentos esse conjunto de regras foi implantado pelo Primeiro Comando da Capital, (PCC), ou ainda como os detentos se referem também, o Partido, Fação ou Comando. Pois, ainda conforme os detentos, anterior ao PCC na cadeia não havia limite e respeito entre os detentos.

Muitos tem que agradecer a Deus de existir o PCC [...]. Antes não tinha muito ideia, não tinha liberdade de expressão. Não tinha diálogo. Aonde acontecia a situação, se devesse ali, não pagasse no dia, morria. (D01)

E ai que antigamente era mais severo o cara apanhava já tomava um coro, já ficava todo sanguento. Hoje em dia é mais na base da conversa, tem o comando ai e é tudo na base da conversa. (D02)

Era rebelião todo dia, é pegar um cara, matar e jogar o cara. Foi por causa do partido. Hoje em dia a cadeia tá tranquila. (D03)

É na parte do Comando, quando veio esses negócios de facções e tal, já teve essas mudanças do Comando não permitir isso, aquilo né. (D05)

Olha o tratamento já era difícil porque antigamente não tinha aquela linha de comunicação e nem o diálogo aberto. Eram situações que hoje não existem mais, era derramamento de sangue, essas situações, a qual hoje com o diálogo aberto num ambiente com educação vários presídios não acontecem mais isso. (D06)

Parar e sentar e ter uma linha de comunicação, diálogo aberto com pessoas que tenham um entendimento maior. Então, isso foi uma

forma de comunicação através da facção que ta controlando um pouco essa situação. A cadeia em si era aquele negócio que você não tinha certeza se ia sair vivo. (D07)

Bastante diferente. Foi posto uma ordem referente a nós mesmos. Que hoje em dia a gente não vê tanta matança que nem antigamente. Isso mesmo. Foi o Partido. (D08)

Antigamente era muita violência né senhora. Agora com esse, com essa ética com esse comando que eles colocam bastante coisa, dando uma ética entendeu? E entre os presos mesmo. Isso mesmo, PCC, exatamente senhora. (D09)

Hoje não tem conflito na cadeia, hoje em dia é conversa, antigamente era a força, hoje é conversa. Hoje eu não fico preocupado porque eu já sei como é que é. (D10)

Conforme as falas dos detentos, houve uma mudança muito significativa no sistema penitenciário pós PCC. Para esses detentos, pode-se dizer que esta organização foi um divisor de águas no tratamento entre os presos e, também, desses com os funcionários. Como se vê nos depoimentos, o PCC exerce influência e dita às regras dentro dos presídios. Para eles, não é o Estado que exerce a autoridade, mas o “partido”. Este é um aspecto bastante preocupante em relação ao sistema prisional no Estado de São Paulo, ou seja, o reconhecimento de que uma facção criminosa como detentora de uma vida mais “humanizada” no cárcere. Por outro lado, conferem ao PCC as regras e punições extra-institucionais, algumas expostas nas falas, tais como proibição do crack; período para masturbação; diferenças com os homossexuais; não ter contato com a visita do outro detento.

Tem regras a serem cumpridas. Tem punição. (CRACK) Crack não. Destrói, mata, arrasta. (MASTURBAÇÃO) Segue a regra dos dias... Tem, tem. Dias certos, é... De terça até sexta, nem a mais nem a menos. (HOMOSSEXUAL) Viado no raio. É aceito, é respeitado. Respeita nós também. Vai ser separado talher, vai ser separado caneca, certo. Cigarro com ninguém tu vai fumar, tu vai fumar o teu cigarro, ao não ser que seja outro viado no raio, tu vai passar pra ele. De boca pra boca não passa. (PUNIÇÃO) Só que tem preso que é difícil viu. Que chega ao ponto de nós resolver uma ideia dele, trocando umas ideia, mas chega ao ponto de dar umas amassada, bate pra entender, não é aquilo que nós quer, mas chega ao ponto de só assim pra entender. (D01)

O cara que dá problema ele vai para outro barraco. O cara que rouba, que arruma confusão muda de barraco, se ninguém quiser muda de raio. (D02)

(CRACK) Aqui é forçado. Tem caras que ficam abstinente. Abstinência do crack, forçado. (HOMOSSEXUAL) Então... Os

homossexuais... A gente quando tava no pavilhão tinha o barraco só deles. Hoje em dia não, eles não é ser humano igual a gente. Relação não, não, isso não! (D03)

(VISITA FAMILIAR) Há, são muitas regras do dia-a-dia né. Por exemplo, no dia de domingo, se você não tiver visita você tem que ficar no fundo do pátio o dia inteiro, das oito da manhã até às quatro da tarde sem ter um sanitário. (MASTURBAÇÃO) Tem dias específicos que pode, tem dia que não pode masturbação. Por exemplo, sábado, domingo e segunda-feira não pode, só de terça-feira em diante. (PUNIÇÃO) Tem punição. Vai ser punido. Essa punição é rigorosa. Apanha. É, seus direitos e seus deveres. (D05)

(VISITAS) É, existe isso mesmo, no caso sim. A gente não temos a permissão de estar olhando pra visita de outro preso, certo? (D08)

(CRACK) Não permitem esse tipo de droga. É o crack ele é discriminado senhora. (HOMOSSEXUAL) Não, existe pelo fato de eu ser homossexual sim. Talheres separados. Relacionamento não. Não, senhora. A única diferença que tem é o uso dos objetos pessoais meus que são separados. (D09)

(MASTURBAÇÃO) Que nem dia de visita que é sábado e domingo, aí vem segunda e terça, se os caras pegar o cara se masturbando é maior BO. (HOMOSSEXUAL) Com homossexuais a gente não tem preconceito não. Relação também não pode não, na cadeia não pode não. Ele é homossexual não vai querer ficar aqui que nem na rua né. Se ficar aí o bicho pega né. (D10)

Ainda no tocante as regras, há diferença entre as normas do seguro e as dos raios, chamado também pelos detentos de convívio ou pavilhão. E, apesar de toda mudança apontada anteriormente, esse setor exclusivo para detentos com transtornos mentais, que cometem delitos de abuso sexual, ou também que tenha envolvimento com policiais e, até mesmo com facções que não seja o PCC é necessário por questões de segurança desses detentos.

Assim, pode-se dizer que não existem apenas as diferenças entre o convívio e o seguro, mas, e principalmente, uma “antipatia” entre os detentos. Tanto é que, se no mesmo dia estivesse agendadas entrevistas com um preso do seguro e do convívio, os agentes penitenciários tinham o cuidado de aguardar a retirada de um para a entrada do outro, para que não se encontrassem.

Por causa que é crime sexual né. Mas em outra situação carcerária? No convívio normal? No convívio com vários presidiários? Há, aqui a gente morre se entrar pra cadeia na realidade. Quem comete crime sexual, esses negócios assim...

Na realidade o seguro é melhor pra quem sente a vontade de parar de usar drogas, essas coisa, porque aqui não tem mesmo, na realidade não tem. Nessa parte eu sei que é verdade. Que discrimina na realidade o seguro. Tem um certo tipo de discriminação do Seguro por causa que, é... Os homens com problemas de crimes sexuais, e criança... (D05)

Uma dessas diferenças no seguro consiste nas celas exclusivas para os detentos homossexuais e os com transtornos mentais.

Por outros cara que não é da mesma facção que a nossa. É melhor tá lá no raio com a gente né? (D01)

Não, muitos não, mas tem uma cela específica. Sofrem. Há, os piores possíveis. Separa talher, caneca e prato é separado. Por preconceito. (D05)

A única diferença é que vamos dizer dessa forma né. Eles ficam no canto deles e nós no nosso. Tem, tem. Que eles são chamados celas individuais. Que são só pra pessoas que tem qualquer problema de saúde, problema que, que se..pessoas homossexuais. Né. Aí tem essa cela chamada cela individual. (D08)

Tanto é que eu to no convívio com eles. Existe o seguro, existe o seguro. Pessoas que se sentem oprimidas normalmente vem pro seguro. (D09)

No CDP – São Vicente, as celas do seguro estão localizadas na parte de cima da unidade e as celas do convívio estão nos raios, piso inferior. Por este motivo os presos se referem em subir e descer ou, “aqui em cima” e “lá embaixo”, e vice-versa.

E, para manter esta “ordem harmônica” por meio das regras internas dos detentos, cada raio tem seus faxinas, detentos com o poder e dever de manter a disciplina e respeito, entre os detentos e desses com os funcionários.

Os detentos colocaram ainda como é feita a escolha dos faxinas, e segundo estes a boa conduta é fator indispensável para este posto.

É o meu relacionamento que até mesmo eu tava vindo com o funcionário trocando idéia. Nós o que, aonde nesse lugar nós que nós é o que, disciplina. Disciplina. Nós tem o controle do raio. Nós passa pros cara como funciona. Até mesmo o diálogo que nós tem com o guarda. Não é a população que vai ali trocar idéia, nós que resolve. O faxina que organiza. Ele é escolhido em cima dos integrante né? É analisado no nosso dia a dia nós vêm quem tá mais capacitado pra tá conduzindo no momento. Que tenha diálogo, que tenha controle, e saiba conduzir. (D01)

Conversa com o faxina para colocar a ordem. Eu não tenho nenhum problema aqui. Os problemas que tem, os caras que resolve são os faxina. (D02)

Não... A gente chega, tem a faxina. Que onde você é chamado na faxina. Eles vão perguntar de onde você é? Então quando o faxina observa que ele tipo é um cara legal, um cara atencioso. E se você conseguir chegar na faxina o teu tempo voa. Porque tu lava, tu paga alimentação, tu faz diversas coisas. (D03)

Os faxinas antigos é que escolhe os novos. Como eles estão vendo que estava no dia a dia ai... Nunca dei trabalho, nunca tive nenhuma palavra mal colocada com os funcionários da casa. Sempre respeitei para ser respeitado... Ai to indo. (D04)

Vai conversar com os Faxina pra passar como que é o dia-a-dia na cadeia. (D05)

É passado aos rapazes que são responsável, aos faxina, certo? E da mesma forma eles chegam na gente, chega em todo mundo, em todas as celas e passam o que ta acontecendo. (D08)

Vale ressaltar ainda que cada raio conta com mais de um faxina, porque cada faxina é responsável por um setor no raio. Como explica a Auxiliar de Enfermagem:

Isso. Tem várias. Tem um que cuida só da alimentação, da limpeza, da saúde. Às vezes, tem dez faxinas, doze, entendeu? Tudo que você quer, você pede pro faxina. Por exemplo, eu ligo lá e falo "Manda o fulano tal e tal pra mim". O faxina que, ele passa pro faxina, que chama o preso, tá entendendo? Então quando acontece esse tipo de coisa, eu costumo chamar o faxina responsável pela saúde, o enfermeiro (risos). (Auxiliar de Enfermagem)

Se por um lado, tem-se a responsabilidade e poder de administrar os conflitos, ou até mesmo evitá-los, a recompensa são as regalias que os faxinas desfrutam no CDP – São Vicente se comparados aos demais detentos, dentre elas o menor número de detentos por cela, o que nas condições atuais do CDP, é um grande privilégio.

Na minha? Na minha moram 13. Só os faxina. (D03)

Na cela que estou tem 16 pessoas e doze camas, ai fica 11, uma coloca a alimentação. Eu faço parte da faxina esporte. (D04)

Tem 18. É dos faxinas (D07)

Algumas vezes tem, os faxina compra, manda vim. Pra eles mesmo terem no dia de visita. Dia de visita, a visita tá ali próximo da gaiola, fica ali, ouvindo ali o rádio. (D08)

Além dos faxinas, outra liderança representa os detentos, o piloto, esse é responsável por levar a comunicação entre os detentos de todos os raios do convívio. No entanto, apenas um sujeito mencionou sobre esta liderança.

O faxina que organiza. Nós apura a situação e passa adiante né? Que aonde tem disciplina tem piloto. Que é o piloto da unidade. Tem disciplina, tem piloto. Piloto é uma situação que passa de situações em situações. Ah! A situação, a bóia²⁰, azedou. O piloto vai passar pra todos os raio. Azedou a bóia o piloto vai passar pra todos os raio. Vai atrasar a bóia, aí vai passar pra todos os raio. É uma situação que ele transmite pros outros raio. Ele é escolhido em cima dos integrante né? É analisado no nosso dia a dia nós vêm quem tá mais capacitado pra tá conduzindo no momento. É uma comunicação que nós tem com a diretoria. Isso, o faxina passa pro piloto. (D01)

Portanto, as relações de poder dentro do sistema prisional condicionam também as estratégias de sobrevivência entre os presos. Dessa forma, fazem parte da estratégia de sobrevivência as constantes trocas, as que ocorrem por meio de serviços e escambo. Utilizam-se dessas trocas principalmente os presos que não tem o suporte familiar.

O cara rouba o lençol de um para compra a maconha de outro, tem esses rolos todo, um rouba sabonete, rouba... bagulho mínimo... prestobarba... esse bagulho todo é moeda de troca. (D02)

Como eu não tenho visita, pego umas roupas pra lavar pra eu ter meu cigarro pra fumar. Comprar um sabonete, comprar alguma peça de higiene que eu preciso. (D04)

Eu corto o cabelo dele ali e se ele achar que eu mereço um maço de cigarro, um sabonete, essas coisas. (D07)

O meu dia a dia? Lavando uma roupa. Mas aí a gente procura né fazer umas atividades no raio. Ajudando um companheiro, lavando uma roupa, montando um teto de visita, dando uma força no dia a dia, entendeu? Uma higiene, um cigarro. (D09)

Aqui dentro eu consigo as coisas com a Assistente Social e tem atividades na prisão também. As atividades são faxina, lavar roupa dos outros, pagar bem eu lavo malandro. (D10)

²⁰ Alimentação

A solidariedade também aparece a partir de um pacto de lealdade entre os presos, Na verdade, a solidariedade está no interior da estratégia para sobreviver em um local que pertence a todos e, ao mesmo tempo, não pertence a ninguém, Os laços solidários, portanto, estão na base do cotidiano dos detentos tornando possível a manutenção do sistema em condições minimamente favoráveis de subsistência.

Nós ajuda. Se precisar de uma ajudar, tiver passando por uma situação difícil, até mesmo com a família nós vai ajudar. É um pacto. Tem que ajudar, se não ajudar tem uma punição. É! Quem tiver mais estruturado tem que estar ajudando os outros. (D01)

Vem aqui, o que tu precisar da gente a gente ta aqui. A gente pode ajudar.

Vai de mim querer ajudar ele. O comando ajuda quem não tem nada. Se você não tiver um companheiro que te ajuda. Se você não tiver uma família. Você não vai ter pasta, você não vai ter sabão, você não vai ter nada. (D03)

Vê que a pessoa tá ficando mal, cada vez mais precisando de um atendimento, aí cabe ao preso um ajudar o outro e a gente procura sempre um tá ajudando o outro. (D05)

Observou-se também nesta pesquisa que existe um “pacto de silêncio” entre os presos. Em relação à convivência entre eles, nenhum dos entrevistados manifestou a existência de violência, ou de grandes desentendimentos entre eles. Afirmaram que ocorrem discussões, ou seja, “bate boca”, mas que as brigas são resolvidas através de diálogo, ou seja, a convivência é “pacífica”.

Neste aspecto nota-se a contraditoriedade uma vez que ficou evidente anteriormente que não cumprindo as regras impostas pelos presos, há punições sim, dentre as quais as agressões físicas.

Existe um diálogo. Antes de qualquer situação acontecer, tem um diálogo. Se vier a acontecer é porque aquele diálogo não foi fechado, não ficou legal. Se chegar ao extremo, de acontecer um tipo de situação, desde que eu to aqui, nunca aconteceu não. (D01)

Não tenho problemas nenhum com os outros. Aqui não tem conflitos. Aqui é tranquilo e calmo. (D04)

Não tem conflito, normal. Nenhum Problema. (D05)

Eu fico no raio, só que a convivência em si ela se torna fácil. É... Com o diálogo [...] Aqui tem uma linha, uma ética, uma disciplina a seguir, esse respeito. (D07)

Eu não tenho do que reclamar dos meus companheiros nem dos funcionários da unidade. Aqui pelo menos eu te digo dessa forma. (D08)

Não, não! A união dentro do presídio é normal. A gente conversa com todo mundo. Não não não não, senhora. Até porque aqui dentro nós não somos obrigados a nada entendeu? E em relação a não ter inimizade com nenhum preso. Procurar ta respeitando o próximo. Não, forçado não. A gente não somos obrigados a nada. Não, senhora. Não. Sem problema nenhum. Eu procuro conquistar amizades né. Foi o que eu falei né, dar o respeito pra ser respeitado. Mas o respeito primeiro vem de mim, depois vem deles. (D09)

Normal, com os funcionários normal também. (D10)

Em relação à vida no cárcere pôde-se observar que a falta de atividades, a ociosidade que permeia o dia a dia dos presos, a rigurosidade das regras impostas seja pela unidade prisional ou, seja pelos próprios detentos, são fatores que podem levar ao adoecimento físico e mental. Alguns detentos afirmaram que “ficaram doentes” depois do aprisionamento, dentre as queixas, destacam-se a tuberculose e as doenças de pele.

4.2 A ATENÇÃO À SAÚDE DO DETENTO NO CDP DE SÃO VICENTE

“(...) A gente não quer só comida
A gente quer comida
Diversão e arte
A gente não quer só comida
A gente quer saída
Para qualquer parte...
A gente não quer só comer
A gente quer comer
E quer fazer amor
A gente não quer só comer
A gente quer prazer
Prá aliviar a dor... (...)”
(Titãs)

De acordo com a Organização Mundial da Saúde – OMS, saúde é “um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Entretanto, para a análise dos dados coletados essa concepção é demasiadamente ampla e vaga, pois somente a ausência de doença não é sinônimo de saúde.

Em uma perspectiva rigorosamente clínica (...) a saúde não é o oposto lógico da doença e, por isso, não poderá de modo algum ser definida como ‘ausência de doença’. (...) os estados individuais de saúde não são excludentes vis à vis a ocorrência de doença. (ALMEIDA FILHO E ANDRADE, 2003, p. 101)

Compreende-se que pensar em saúde é fundamentalmente refletir acerca da qualidade de vida de modo abrangente, ou ainda, o equilíbrio entre necessidades, direitos e deveres consigo e com o meio no qual o sujeito social está inserido.

Assim, comunga-se com HUMEREZ (1989 apud HUMEREZ 2001, p.27) ao abordar a saúde como “representação subjetiva e envolta em pressupostos culturais, o que determina inúmeras concepções”, ou seja, não se

pode desconsiderar as determinações culturais, sociais e históricas do ser humano. Com isso, percebe-se que a saúde não pode ser pensada apenas pelo prisma da saúde propriamente dita, mas também na gama que abrange as múltiplas determinações da questão social.

Portanto, deve ser pensada como um bem comum, como política social, como direito de todos. Não cabe analisar a atenção à saúde do sujeito, ou melhor, do coletivo em foco sem considerar o meio físico e social no qual está inserido, bem como suas representações sociais.

No tocante ao meio físico podem-se considerar condições de habitação, de água, de alimentação e, no que diz respeito ao social, o acesso aos serviços de saúde e qualidade dos serviços. Nessa lógica, a saúde é compreendida em termos mais amplo e, as desigualdades sociais podem determinar a possibilidade das doenças acometerem mais a alguns grupos sociais em detrimento de outros.

Se considerarmos o que preconiza a Lei de Execuções Penais e as Regras Mínimas para o Tratamento do Preso no Brasil o meio físico dos detentos, em estudo, se torna um fator de risco à saúde. De acordo com estes escritos legais, as condições físicas devem obedecer a um mínimo de salubridade, com condições higiênicas adequadas para o bem estar físico e psíquico dos detentos. Portanto, “salubridade do ambiente pela concorrência dos fatores de aeração, insolação e condicionamento térmico adequado à existência humana” são requisitos imprescindíveis (Artigo 88, parágrafo único a).

Assim, pode-se dizer que, os serviços oferecidos pelo sistema penitenciário brasileiro no que diz respeito à saúde são de interesse coletivo, pois afeta todas as áreas do convívio social, como a família, os amigos, a comunidade, o mercado de trabalho, entre outros, uma vez que o detento retornará a estes convívios, e ainda, o sistema penitenciário constitui parte do sistema de segurança pública.

De acordo com a Auxiliar de Enfermagem, ao ingressar na unidade prisional é feita uma entrevista pela Auxiliar de Enfermagem, responsável no plantão, com o intuito de coletar informações pertinentes à saúde do detento. Essa entrevista possibilita ao setor de saúde iniciar o

tratamento caso o detento necessite. E durante a inclusão as doenças também são “diagnosticadas” pelos próprios detentos.

Percebe-se na fala da Auxiliar de Enfermagem a ineficiência e ineficácia desse procedimento para diagnosticar as doenças tanto no ingresso do detento quanto na permanência no cárcere.

Ele chega na unidade, ele passa por uma entrevista. E já na entrevista, eles já falam. Que é com a gente. Passa numa entrevista, que se chama entrevista de inclusão, ficha de inclusão. Aí eles falando que tomam medicação a gente já passa pra administração, serviço social, ou a psicóloga, não sei te dizer, entra em contato com a família pra ter certeza se faz a medicação. E já introduz a medicação até, te uma receita ou o retorno no médico. Mas já inicia a medicação, dependendo do tipo de medicação já inicia.

Eles falam. Eles falam, aí você pergunta que medicação que ele usa, e eles geralmente, quem é sabe né? Então a gente tá indo assim, pelo que eles falam entendeu? A gente não tem um médico pra falar assim “Ah! Realmente!” Tem alguns que já foram pro médico, e eles trocam medicação. Isso já de ambulatorial, aí troca porque a medicação não tava fazendo efeito e tal. Mas é assim, mais ou menos assim. Eles que falam.

Não. Até porque, primeiro a gente não pode diagnosticar, nós somos limitada pra isso, não tá completa. Então a gente não faz. A entrevista que a gente faz quando chega é básico. Não tenho aqui o papel pra te mostrar, mas é básico. O formulário veio da secretaria, eu acho, não sei, mas um formulário básico, a gente faz aquelas perguntas e só. A gente só coloca alguma observação se o preso fizer queixa entendeu? “Ah! Eu sou hipertenso!” “Tá! Se você é hipertenso, que medicação você usa?” “Ah! Eu uso, tal, tal, tal, tal.” Você vê a veracidade dele no que ele fala pra você. “Ah! Eu tenho TB.” “Qual medicação você usa?” “Eu já to tomando dos vermelhinhos.” Então você já anota, introduz a medicação, até o pessoal da administração, certificar se realmente eles fazem, entendeu? Então é assim. Era pra gente fazer um trabalho... é, teria que te uma equipe toda pra isso. É, nós temos muitos presos aqui.

É isso. Eles que falam “To com muita tosse. To com tosse, to com febre”. Às vezes, nem tá. Você tá vendo que nem tá. Ou, tá meio debilitado, a gente pede.

Pode ser que tenha alguém aí dentro que ainda tenha alguma doença.

(Auxiliar de Enfermagem)

Dessa forma, fica evidente que este procedimento feito com o preso recém chegado ao CDP São Vicente está muito aquém do preconizado pelas Regras Mínimas Brasileiras (Artigo 18, parágrafos 1, 2 e 4) e pelo Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (2004, p. 31), respectivamente, até porque não é realizado por quem deveria, ou seja, um médico.

Determinar a existência de enfermidade física ou mental, [...]; assegurar o isolamento de presos suspeitos de sofrerem doença infecto-contagiosa; assinalar as deficiências físicas e mentais que possam constituir um obstáculo para sua reinserção social. Aconselhamento em HIV/DST e hepatites; diagnóstico de hipertensão arterial e diabetes; identificação de sintomas dermatológicos e respiratórios; [...]; imunização contra hepatite B.

No que dizem respeito às queixas, as dores se tornam secundárias diante da precariedade nos serviços de saúde da unidade em questão. O procedimento para o acesso ao atendimento consiste no envio de bilhetes para o setor de saúde solicitando o serviço, esses bilhetes são conduzidos pelos agentes penitenciários que ficam no corredor central entre os pavilhões.

E, de acordo com o artigo 14 da LEP “a assistência à saúde do preso e do internado de caráter preventivo e curativo, compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico”, assim como o artigo 15 das Regras Mínimas Brasileiras, bem como a promoção da saúde prevista no PNSSP. Como se observou, no CDP de São Vicente, os detentos não podem usufruírem de um direito estabelecido por Lei.

Segundo os detentos, esse atendimento é moroso e, nem sempre se concretiza. E, as reclamações nos casos de encaminhamento de urgência são as mesmas, uma vez que a unidade não dispõe de estrutura adequada e nem profissionais qualificados para os atendimentos mais graves e especializados.

É, o acesso ao médico ali, vou falar pra senhoras, levam os presos lá, passam que tá difícil e só. Mas muitas das vezes vai pipa²¹ que não vem retorno. Porque nós tem que mandar um pipa pra ter atendimento. O preso manda o nome dele, a cela que tá, o raio que tá, e passa a situação que tá. Aonde que chega na enfermaria, eles analisa lá e chama. Muitas das vezes não.

Vou falar pra senhora, na cela não, mas no pavilhão tem uns cara que tá numa situação difícil hein. Os baleado. Tem cara é, tem situações já marcada, não é levado, certo? Pra operar. Eu mesmo, particularmente, vim preso dessa vez, quebraram meu braço aqui certo? Isso lá no CDP da Praia Grande, aonde que o que? Tinham que me levar pra tirar a chapa, [...] mas por nós tá preso, não tem aquela atenção, que nem é ali na rua. Aonde meu braço tá entortando até hoje. Sai pra rua tem que quebrar o braço, pra colocar platina pra

²¹ Gíria interna cujo significado é o bilhete para comunicação com os setores de atendimento da unidade, neste caso o detento está se referindo ao atendimento a saúde.

não chegar ao ponto de entortar, já tem tempo já. O tratamento de preso é dessa forma. Muito precária. (D01)

Não fiquei doente... Tem um que ficou doente... Bem magro... Chegou até falecer... Mas eu não sei porquê. Quando alguém fica doente, eles dão remédio... Mas os caras quando fica doente não tem muita atenção não... Eles dão os remédios quando tem... Quando fica doente só Deus mesmo... Não tem muita atenção não. Teve um cara que ficou doente no sábado, tava vomitando muito, disse que ia levar ele para o hospital... Ele ficou mal sábado, domingo e ia na segunda... Acabando nem indo, ficou bom mesmo sozinho. Ele vomitou quase o fígado todo... Ficou bom sozinho. (D02)

O atendimento que é precário. Atendimento médico! Atendimento na cadeia é precário.

Pô, tem um menino que tá muito mal e precisa ir pra rua. E ir pra rua é muito difícil aqui. Tem um menino aqui, que ele estava baleado. Ele tomou um tiro na barriga... Ele... Demoraram uma semana pra levar ele no médico.

Então é uma forma da gente... Ah, deixa eu terminar. Aí o menino... Moral da história. A gente conseguiu tirar ele do pavilhão, trouxeram ele pra cá. Ele ficou três dias aqui na reclusão... A polícia militar que tem que levar. Muitas das vezes a polícia militar não vem pra levar. Os diretores da cadeia quer que tu vá mas muitas das vezes não vai por causa da polícia militar que não faz a sua escolta. O menino ficou três dias ali. Moral da história, ele ficou aleijado, paraplégico, não tem nenhuma movimentação no corpo. E ficou cego. E o juiz deu um alvará de soltura pra ele. Mas depois de tudo isso que aconteceu também. (D03)

Aqui eu não tive nada. Uns dias atrás eu fiquei mal, pedi até um atendimento, não tive atendimento. Tive muita tosse, fiquei com medo de estar voltando de novo a tuberculose, por que ela volta né. Ai eu não tive esta atenção, mas também depois eu melhorei fiquei legal. (D04)

O transtorno é que tenho surtos, não durmo, tenho vertigens, essas coisas assim é que já tô um tempo pedindo aqui pra mim passar pela psiquiatra, pela psicóloga da casa por causa que eu não tô tomando remédio, não durmo direito.

Adoece mesmo porque aqui a gente tem uma falta tremenda de assistência médica. [...]. Atendimento médico aqui... Sem chance na verdade. (D05)

Aqui é um pouco precário. Atendimento médico aqui é difícil. Médico aqui na unidade aqui eu nunca passei. (D08)

O que se observa é a carência constante na atenção a saúde dos detentos, conforme o PNSSP ainda o que prevalece nas unidades prisionais brasileiras é o curativo, o urgente. No entanto, segundo os presos até mesmo o curativo tem encontrado barreiras para concretizar o direito ao atendimento à saúde do detento.

O plantonista da área da saúde é o responsável pela avaliação quanto à necessidade de atendimento médico ou não. No entanto não são os Auxiliares de Enfermagem que decidem se o detento será encaminhado para a unidade de saúde ou não.

Os auxiliares que tãõ de plantãõ, quando passa, quando o preso passa na enfermaria, que eles refere que tá passando mal a gente faz uma pré-avaliação pra ver a necessidade de uma avaliação médica ou não né?

Se precisar, manda pro pronto-socorro local, que é o Humaitá. Geralmente eles levam no Humaitá. Alguma coisa de ortopedia pro CREI, que é a referência daqui, que é São Vicente. Ou agendamento que vai pro AME, ou algum outros lugares. Que agendamento, também não somos nós que fazemos, então não sei te dizer. O pessoal da administração, que trabalha na saúde, mas não é Auxiliar de Enfermagem. (Auxiliar de Enfermagem)

A demora no encaminhamento do detento para a unidade de saúde também foi mencionada pela Auxiliar de Enfermagem.

Porque você sabe que não vai sair naquele dia pro médico. Nós avisamos que não adiantava mandar pro clínico, mas aí a dificuldade entra aí também, entendeu? Aí mandaram pro PS do Humaitá. Tem que ir pro CREI, que tem psiquiatra. Aí voltou, vai de novo, não sei quando. (Auxiliar de Enfermagem)

Quanto ao encaminhamento para unidades de saúde com maior estrutura também constitui direito do detento, conforme a LEP, “caso o estabelecimento prisional não esteja suficientemente aparelhado para prover assistência médica necessária ao doente, poderá ele ser transferido para unidade hospitalar apropriada” (Artigo 16, parágrafo único).

Todavia, a questão da segurança está acima das condições de saúde, uma vez que para transportar um detento até uma unidade de saúde é necessária à escolta da polícia militar, e quase sempre é insuficiente. Portanto, a segurança está acima das necessidades de atendimento à saúde do preso.

Po, tem um menino que ta muito mal e precisa ir pra rua. E ir pra rua é muito difícil aqui. Tem um menino aqui, que ele estava baleado. Ele tomou um tiro na barriga... Ele... Demoraram uma semana pra levar ele no médico. (...) A polícia militar que tem que levar. Muitas das vezes a polícia militar não vem pra levar. Os diretor da cadeia quer que tu vai mas muitas das vezes não vai por causa da policia militar que não faz a sua escolta. O menino ficou três dias ali. Moral da

historia, ele ficou aleijado, parapléxico, não tem nenhuma movimentação no corpo. E ficou cego. (D03).

O que se constatou também foram às queixas por falta de profissionais e atendimento de saúde de fato. Bem como o desconhecimento do preso pelo profissional de Odontologia que compõe o quadro de profissionais da saúde na instituição em questão.

Não tem dentista, a situação na cadeia tá precária. Não tem dentista, falta remédio, médico tem. Tem médico, mas nem sempre dá a atenção devida, que tem que ser. (D01)

Senhora, tem... As enfermeira que vem pra cá, são, como que se diz, estagiária. Então po, então não entende muito. Se elas são estagiária elas tão vindo aqui pra aprender também. Então tem vez que tem, tem vez que não tem. Falam po sua situação não ta grave, e tal. Quer dizer, a situação do menino ta grave. Aqui não tem aparelhagem pro médico saber se o menino ta muito ruim. Não da pra se curar só com a medicação. Então o médico aqui fica de mãos atadas. Eu já fiquei doente, mas eu não vim. Senhora sabe por quê? Porque eu sabia que eu ia vim, ele ia me dar um comprimidinho e eu ia ter que voltar pra lá. Eu tive uma febre muito forte. Eu tive uma febre muito forte, eu não conseguia andar, eu não conseguia nada. Chegou a uma febre interna também, e eu não conseguia nem andar. Meus companheiro, não fulano, vamo lá pra enfermaria lá. Eu vo pra enfermaria pra que? Eu lá no canto da parede, o canto ta estourado, vazando água. Se eu voltar aqui, quando eu voltar de lá, só vai voltar a notícia ó o fulano morreu. Entendeu, então deixa eu morrer aqui pelo menos, se for pra morrer. Do que morrer lá sozinho. (D03)

Várias vezes eu pedi pra passar num psiquiatra e até agora sempre fala: Não, seu nome já tá na lista, vão te chamar. Nunca fui chamado, na realidade já era pra tá pelo menos tomando remédio diariamente, né.

Não, o surto, foi assim sair do ar, não falar com ninguém, não toma banho, fica definhando na realidade, ate que parece que vai aterrissando de novo na Terra assim, vai voltando ao normal, aí teve as pessoas que me deram remédio que não foram da casa, foram os próprios presos, pegam de alguns que às vezes não tomam... Os próprios presos me medicaram. Há, esses medicamentos que eu passei pra você que eles sabem né... Diazepan. É, tinha dos outros presos. Me deram e tal, dão pra gente dar uma acalmada e dormir né. (D05)

Mas agora que a senhora falou agora, é... Situações médicas. Nas situações medicas a gente enxerga em si. É uma organização da casa, até mesmo pela quantidade. Porque eu acredito que um técnico em enfermagem e uma estagiaria não supre a necessidade de 1800 presos. Então surge sim, aquele acumulo, mas não aquele descaso. (D07)

E, segundo a Auxiliar de Enfermagem:

Médico tinha até pouco tempo. No momento não. Dentista tem, tem um que vem todos os dias, e tem outro que vem três vezes por semana que tá de férias. No momento, dois dentistas. (Auxiliar de Enfermagem)

No que diz respeito aos profissionais de saúde, toda legislação referente aos presos brasileiros prevê o direito de ser assistido por um médico. Entretanto, o CDP de São Vicente só disponibiliza Auxiliar de Enfermagem e Dentista para o atendimento à saúde dos detentos, vale frisar o desconhecimento do preso por este profissional na unidade prisional.

A comissão técnica de classificação, existente em cada estabelecimento, será presidida pelo diretor e composta, no mínimo, por dois chefes de serviço, um psiquiatra, um psicólogo e um assistente social, quando se tratar de condenado à pena privativa de liberdade” (LEI DE EXECUÇÕES PENAS, Artigo 7º).

Artigo 19. Ao médico cumpre valer pela saúde física e mental do preso, devendo realizar visitas diárias àqueles que necessitem (REGRAS MÍNIMAS BRASILEIRAS, Artigo 19).

Nas unidades prisionais com mais de 100 presos, a equipe técnica mínima, para atenção a até 500 pessoas presas, obedecerá a uma jornada de trabalho de 20 horas semanais e deverá ser composta por: Médico; Enfermeiro; Odontólogo; Psicólogo; Assistente social; Auxiliar de Enfermagem; e Auxiliar de Consultório Dentário (PLANO NACIONAL DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO, 2004, p. 17) (Grifo Nosso).

No tocante a falta de profissionais, segundo a Auxiliar de Enfermagem, é uma dificuldade profissional, pois não tem especialista para atender os detentos.

A falta de médico, a falta de profissional qualificado pra trabalhar lá com a gente né? Que a gente trabalha sozinha, não tem ninguém pra você... Não tem enfermeiro, não tem médico. Não. Enfermeiro nunca teve. Então a gente trabalha sem respaldo de ninguém. Essa é a maior dificuldade nossa.

Eu acho que o nosso maior problema é a falta do enfermeiro porque se a gente tivesse um enfermeiro que trabalhasse, o enfermeiro pode ir mais longe, nós não podemos. A dificuldade maior é essa, a falta de profissional pra trabalhar com a gente. De médico, de enfermeiro. Não tem farmacêutico também. Acho que Auxiliar de Enfermagem, a gente tem um número que até dá pra levar, mas o problema é que a gente não tem o resto né? Ninguém trabalha só com auxiliar. Às vezes tem um só, mas geralmente... Agora, tem um de férias de novo né? Mas geralmente tem ficado dois. Nós só somos em quatro aqui. Quatro auxiliares. E tão vindo duas pessoas de fora pra fazer extra. Duas auxiliares de outra unidade. Sem médico a gente fica de mão atada. Então, resolver o problema pra mim, é resolver o problema. É pegar o preso que tá doente, fazer uma consulta médica, prescrever a medicação e o preso tomar medicação. (Auxiliar de Enfermagem)

Observa-se a limitação do profissional diante da falta de orientação do enfermeiro. É de suma importância ressaltar que de acordo com o Conselho Federal de Enfermagem, o Auxiliar de Enfermagem só pode desempenhar sua função sob orientação e supervisão do Enfermeiro (LEI Nº 7.498, de 25 de junho de 1986).

Por outro lado, a insuficiência em números da equipe de saúde e dos profissionais nas especialidades mínimas exigidas pelo Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, para o cuidado à saúde gera, além do enorme tempo de espera, um péssimo atendimento, realizado normalmente por quem não tem condições profissionais sequer de medicar, quanto mais de diagnosticar, até porque não pode mesmo desempenhar essa função.

Em meio às queixas, a falta de medicamento também foi apontada pelos detentos como ponto negativo.

Mas tem muitas vezes que falta remédio. Falta todos os tipos de remédio. Até mesmo uma dipirona. Tem vez que pede e não tem. Situações que é básica né? Uma dipirona, um anti-inflamatório. (D01)

Tanto que a gente e os funcionários sempre tá tendo umas ideias devido a medicamento. Senhora, medicamento, tem dia que nem tem medicamento na casa. A gente tem uma, a gente fala que é tiriça, que é a coceira, sarna, que pega no preso. Eles mandam 4 vidrinho assim pra 200 presos. Não da pra passar em 20. E um dia só. E os outros dias? Tu pega um antibiótico, dois antibióticos. Tu tem que ter uma sequencia de tomar aquele antibiótico pra se tratar. E aí, uma semana. Tu vai tomar um antibiótico, daqui a 6 horas, daqui a 6 horas tu toma outro e depois? (D03)

Minha mãe trás. Sempre peço os remédios pra minha mãe, no jumbo entra... Anti-inflamatório, dipirona. (D04)

Há, eu tenho gastrite crônica então, ó tá aqui que eles não me pagam nem o remédio que além de tudo ficar dependendo da minha mãe, ela todo mês compra remédio pra gastrite. (D05)

Aqui o correto é de três em três meses, só que não tá sendo isso. Aqui tá meio bagunçado. Aliás a tempos atrás, eu até debati com funcionário aqui, debati com o outro agente ali, por causa dos meus remédios, eu não posso ficar sem os remédios. Fiquei. Fiquei cinco meses aqui sem remédio. Sem nenhum. (D08)

Quanto ao medicamento, houve desacordo entre as falas dos detentos e a fala da Auxiliar de Enfermagem. Como exposto acima pelos detentos faltam medicamentos, já a Auxiliar de Enfermagem afirma não faltar.

Não sou eu quem faço também, mas tem estoque. Tem uma farmácia, um dispensário de medicação. Administração também. Tem uma funcionária da administração que fica lá no dispensário. Não sei te dizer como é feito o pedido de medicação, não sei. Não sei te informar, porque eu nunca fiz isso, eu nunca mexi com isso. Que eu sou específica da enfermagem então não mexo nessa parte. Não, não. Dificilmente. A medicação aqui, geralmente não falta. É dificilmente. Geralmente tem. (Auxiliar de Enfermagem)

Todavia, ao ser questionado sobre a forma como eram fornecidos os medicamentos não controlados para os detentos, como remédio para dor, febre, a Auxiliar de Enfermagem afirmou que raramente é fornecido.

Não. Não forneço. Não dou nada. Apenas diz que não... Apenas diz pra aguardar quando tiver médico pra ser atendido. Tem funcionário que acha que eu, vou falar eu exclusivamente, não atendo preso, porque eu não dou medicação. Eu não tenho que medicar, eu não posso medicar. Isso também não entra na cabeça dos funcionários, que eu não posso medicar. Então o preso vai lá, eu perco cinco minutos conversando com o preso, e falando pra ele, que eu vou tentar agendar médico pra ele, que ele precisa, tudo isso. Uma vez ou outra a gente dá um frasquinho de dipirona, paracetamol, uma vitamina C, mas só uma vez ou outra a gente faz esse tipo de coisa errada. E a gente tenta falar, e ele fala, funcionário, que eu não atendo, porque se não medicou, não atendeu. Eu falei pra ele outro dia, tentei explicar pro funcionário... (Auxiliar de Enfermagem)

Segundo o PNSSP o Ministério da Saúde é responsável por fornecer kit de medicação básica às unidades prisionais regularmente, e como refere a Auxiliar de Enfermagem, não falta medicação. Porém, não têm profissionais habilitados a fornecer os medicamentos.

De acordo com a Lei 7.498 de 25 de junho de 1986 o enfermeiro está autorizado na “prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde”, bem como o médico, conforme a Resolução nº 1.246/88, de 08 de janeiro de 1988 do Código de Ética Médica.

A par da reclamação quanto à demora e a falta de atendimento constituir a maior queixa na atenção à saúde do detento no CDP de São Vicente, a tuberculose e as doenças de pele foram evidenciadas como as doenças mais comuns pelos detentos, haja vista as condições de encarceramento.

Só tive esses negócios de furunco só. Chega um tempo, que ele fica um olho assim e tem que espremer né? Tomei antibiótico, anti-inflamatório.

Muitas doenças de pele, muita micose de cadeia. Cadeia tá muito aí fungo, aquelas situações de furunco. Tem muito preso com essas situações. Só que também tem uns companheiro que infelizmente não se cuida né? Pega e se agrava. (D01)

Na minha cela? Tem um tuberculoso. (D03)

Não, tomei uma benzetacil. Eles falam pra nós que abscesso, mas pra nois é furúnculo. (D07)

Já tive tuberculose. (D07)

Um fator considerável para as questões de pele são as condições físicas e higiênicas da unidade prisional em foco. Quanto ao alojamento, as Regras Mínimas estabelecem as condições higiênicas como princípio fundamental para o confinamento dos detentos, além da cama individual para cada preso, fato este impossibilitado devido à superlotação do CDP são Vicente.

Os locais destinados aos presos deverão satisfazer as exigências de higiene, de acordo com o clima, particularmente no que se refere à superfície mínima, volume de ar, calefação e ventilação (Artigo 8, parágrafo 2).

Instalações sanitárias adequadas, para que o preso possa satisfazer suas necessidades naturais de forma higiênica e decente, preservada a sua privacidade (Artigo 10, parágrafos 3).

Instalações condizentes, para que o preso possa tomar banho à temperatura adequada ao clima e com a frequência que exigem os princípios básicos de higiene (Artigo 10, parágrafos 4).

E de acordo com a Auxiliar de Enfermagem, a condição insalubre somada à superlotação de detentos favorecem o aparecimento constante das doenças de pele, reafirmando as falas dos detentos. Ainda segundo a Auxiliar de Enfermagem, a gripe também é constante, dado este que não constou nas falas dos detentos. Entretanto, a seu ver, a quantidade de detentos com tuberculose é pequena.

Pelo amor de Deus (risos). Esse é o maior problema, coceira e furúnculo. Atualmente tem menos, mas a coceira, que eles chamam de tiriça, e os furúnculo. No inverno é maior a incidência da furunculose. Agora no verão é menor. Então, atualmente como não tem muito vai dando graças a Deus né? (risos). Porque no verão, eles colocam colchão no sol, as coisas no sol, então de uma certa forma ajuda né? Então no inverno não coloca, mas é sujo né? Não tem jeito.

Muita gente. É sujo, é fedido. Eles vem, às vezes, prum atendimento na enfermaria, que eles chegam com um cheiro horrível, um cheiro muito forte. Não é nem um cheiro de suor, é um cheiro de sujeira, sei lá. É um cheiro que só tem aqui, não existe em outro lugar. Pele, gripe. Agora tá dando bastante gripe, acho que a mudança do clima, tá dando bastante. Mais é isso. Hoje nós temos dezenove. Não. Tuberculose eu acho pouco pra quantidade de preso, eu particularmente né? (Auxiliar de Enfermagem)

Todavia, a Auxiliar de Enfermagem desconhece que dezenove detentos diagnosticados com Tuberculose no CDP é um número considerado muito alto em relação à proporção da população não privada de liberdade, de acordo com o Ministério da Saúde. Ignora, também, que a TB ainda é uma doença ainda carregada de estigmas e que esse fato influencia as relações cotidianas do doente.

Apesar das fortes reclamações dos detentos quanto à atenção a saúde, identificamos pontos positivos no setor de saúde como: a distribuição de medicamentos controlados, preservativos, isolamento do detento suspeito ou confirmação da tuberculose, exame de tuberculose e, acompanhamento dos portadores do vírus HIV.

Tem uns cara que toma uns remédios controlado, tem uns cara que tem uns problema de mente, esses remédios paga todo dia pros presos que toma. Paga na manhã e paga na noite. De manhã chama na enfermaria. Esse é da tuberculose, da tuberculose. O preso de manhã é chamado, o preso. A casa paga camisinha. (D01)

Vamo supor que no pavilhão tenha vai 200 presos. Vamo supor que desses 200 presos só 70 presos tem visita intima. Os outros vem a mãe. Outros na nossa língua são os sem terra que não tem família, não tem nada ou a família não quer ver. Então, mais da três pra cada um. Na minha cela? Tem um tuberculoso. Tá em tratamento. Aqui fica afastado sim. Mas antes não, ficava junto. Agora fica. (D03)

Eu tomo remédio controlado, antidepressivo (anitril e diasepan), na rua eu já tomava, quando eu tava fazendo tratamento pra sair da droga. (D04)

A casa dá, toda sexta feira dão, parece que vinte camisinhas pra cada cela. (D05)

Não, ele ficou na enfermaria. É... Após aquela avaliação daquele médico, aquele tempo necessário de 15 dias... Ele ficou na enfermaria. Eles tem o medicamento, que é entregue no horário certo. Esses medicamento controlado, eles tem esse controle de ta mandando esse no pavilhão. (D07)

Eu uso preservativo. Eu sou soropositivo. A casa dá. Eu sempre vou pro SAE em são Vicente fazer exames. (D08)

Faço medicação, a medicação chega todos os meses pra mim. De três em três meses vou pro hospital da rua colher os exames de sangue aqui em São Vicente, agora eu me trato aqui em São Vicente. Não senhora, não tive outra doença não. É engraçado há dois meses atrás eu fui colher exames de sangue. Uma bateria de exames de sangue que o médico pediu e acusou hepatite C e hepatite C pelo meu entendimento é transmitido por relação sexual, por transfusão de sangue alguma coisa assim. Eu to há um ano e nove meses aqui sem relação, sem nada. Eu até achei meio engraçado. Até que o próprio médico pediu um outro exame pra ver entendeu, pra confirmar. Pra mim entrar com medicação. (D09)

Esses aspectos mencionados pelos detentos também aparecem na entrevista com a Auxiliar de Enfermagem.

Quando eles chegam aqui, eles falam que são HIV. Quando eles chegam, eles avisam na entrevista, e aí é encaminhado pro SAE de São Vicente, de qualquer lugar que tenha tratamento, eles vão pro SAE.

A gente pede exame de tuberculose. A gente, nós mesmo que pedimos exame, e se der positivo, aí nós iniciamos a medicação, mesmo sem médico. Mesmo sem avaliação médica. Sem enfermeiro, sem nada. Eles que colhem, não somos nós. Eles colhem lá no pavilhão e o funcionário trás pra gente. Geralmente quando chega, fala que toma medicamento psiquiátrico, se não tiver em crise. A gente procura saber se tem receita, onde faz tratamento, pra encaixar ele pra tomar medicação. Atualmente eles tão encaminhando pro CREI, pro psiquiatra, pra eles tá renovando receita ou alguma avaliação. Nós temos um hoje que já saiu pra avaliação porque tá sem medicação. Ultimamente eu to fazendo. To até comigo aqui a pasta de hipertensos e diabético, to fazendo, porque não tem quem faça entendeu? Então tem a listagem de alguns detentos que fazem uso de medicação e eu chamo eles a cada quinze dias na enfermaria para verificar a pressão, perguntar se tá tudo bem, se tá tomando a medicação, forneço a medicação pra quantidade certinha de quinze dias. Que antes eles pegava aleatório sabe, agora pelo menos tá controlando. Porque eu já fiz é, terceira vez que eu faço e todos eles que na primeira que tava com a pressão muito elevada, agora já tá mantendo. Porque os primeiros quinze dias, a gente isola eles. Se descobrir que o preso tem TB, eu isolo, quinze dias. Mês que ele teje lá dentro, há um mês com tuberculose, a gente não sabia, por isso eu tento mostrar pra eles. Você tem tuberculose, mas eu não sabia. A partir do momento que eu sei, eu tenho que tomar uma atitude. Então, a minha atitude é isolar quinze dias, aí colhe um novo exame, e manda de volta depois de quinze dias.

“Eu to tossindo muito.” Então a gente pede exame. A gente não tem um critério exato, às vezes eles manda bilhetinho – Fulano de tal quer fazer exame de escarro. Você pega, você isola quinze dias, mas ele já tava lá dentro há um mês, transmitindo pra alguém, entendeu? Então assim, qualquer sintoma de tosse, que ele fala que tá tendo febre, e tal, a gente já colhe, às vezes, você até percebe que não tem nada, mas... Você colhe. (Auxiliar de Enfermagem)

No relato da Auxiliar de Enfermagem fica clara a improvisação e o uso apenas do “bom senso” na entrevista de inclusão, que deveria ser feita por um médico ou, no mínimo por um enfermeiro.

Observa-se ainda na fala do detento abaixo, a preocupação do companheiro estar se medicando corretamente, não por cuidado ao próximo, mas por precaução com si e com os demais detentos, principalmente quando se trata da Tuberculose.

Aonde que o preso sobe de manhã, pega o remédio dele, desce pra cela.

Não, não. Isso aí não. Até mesmo tem uns caras, que às vezes dá uma desconfiança que não tá tomando o remédio, tem até que ficar com o remédio na mão, chama ele e toma teu remédio. Até nós tem que fazer isso, tem que cuidar, infelizmente. Porque se ele der um problema ali, ele vai dar problema pra nós mesmo. Então nós já evita. Tem preso que toma tranquilo, que dá atenção na situação dele. (D01)

E segundo a Auxiliar de Enfermagem, quando um detento se nega tomar a medicação o faxina responsável pela saúde é solicitado a fim de intervir na recusa, o que reforça a questão de decisões nas mãos dos detentos e, não nos representantes do Estado.

Então quando acontece esse tipo de coisa, eu costumo chamar o faxina responsável pela saúde, o enfermeiro (risos). Falo pra ele “Nós tamo tendo um problema com o preso fulano de tal e tal. Ele tá, não quer aceitar.” Eles mesmos depois fazem com que ele aceite, ele volta tomando a medicação. O método que ele usam, eu não sei, mas que (risos), mas que ele toma. Eu vou tomar. Ontem mesmo, quando o preso se recusou, eu falei, chama o faxina pra mim, mas ele conversou, ele tomou. E eu ainda falei hoje, se ele se recusar, eu vou chamar o faxina. Eu vou deixar ele aqui, eu vou chamar o faxina. Eu falo na frente dele, porque aí o faxina vai tomar providência. Né? (Auxiliar de Enfermagem)

Porém, como também preconiza o Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil do Ministério da Saúde, os doentes precisam ser informados sobre a doença e o tratamento ao qual será submetido para favorecer a sua adesão ao mesmo. Mas como se vê é o uso da força e do “convencimento” que induzem o paciente a “engolir” o medicamento, livrando o profissional de qualquer responsabilidade pela não adesão.

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde, a estratégia de tratamento para a tuberculose deve ser supervisionada.

A administração do tratamento supervisionado requer a supervisão da ingestão dos medicamentos, [...], assegurando-se que o doente os tome em uma única dose diária. A ingestão dos medicamentos deve ser assistida [...] pelo profissional de saúde: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de saúde. Atenção especial deve ser dada para o tratamento supervisionado dos doentes pulmonares bacilíferos, nas seguintes situações: [...], presidiários, [...]. (BRASIL, 2002, p. 23)

E, conforme a Auxiliar de Enfermagem, esta estratégia é utilizada para medicar os detentos com tuberculose de segunda-feira a sexta-feira, sábado e domingo não, devido ao fato das visitas acontecerem nesses dias.

Forneço medicação de tuberculose assistida. Vem e toma o remédio com a gente. Eles vão tomar na enfermaria. É assistida. Menos sábado e domingo. Mas todos os dias. (Auxiliar de Enfermagem)

Entretanto, o tratamento supervisionado supõe muito mais do que a simples ingestão do medicamento na frente do profissional de saúde, mas deve ser utilizado como uma estratégia eficaz na quebra do ciclo da tuberculose.

No que se refere à alimentação, esta foi a mais criticada pelos internos. Pôde-se observar o descontentamento dos detentos em relação às refeições servidas. À alimentação é outro fator que descumpra as regras, pois conforme a LEP, as Regras Mínimas e o PNSSP, a alimentação dos detentos deve ser suficiente, seguir as normas de higiene e de dieta, supervisionada por nutricionista, e ainda, fazer parte das estratégias e ações de promoção à saúde, todavia, os presos referem-se à alimentação como de baixa qualidade.

Não é muito boa não, só como mesmo para não ficar com fome. Não tem gosto, o bagulho que vem... Essas misturas meu Deus do céu... É muito ruim... Essa alimentação que vem não é muito boa não. Não, a comida é igual para todos. (D02)

Alimentação horrível. Parece lavagem de porco. Tanto que varias vezes a alimentação volta. Aí agora acho q eles vão fazer uma averiguação na comida pra ela não voltar. Só vai voltar se fizer

averiguação. Então se vier estragada a gente só vai comer daqui a dois dia. A senhora entendeu?

Quando a gente vem preso pra cá, o direito da gente é ter uma alimentação digna, Porque não tinha uma alimentação digna. Imagina a senhora, vem lá o arroz duro ou podre, vem a cenoura podre.... Vai um mendigo na tua casa te pedir um prato de comida, você vai dar um prato de comida estragada pra ele? Tu não vai fazer isso. Tu vai dar um prato de comida pra ele bom. (D03)

Emagreci, é a alimentação eu não consigo comer esta alimentação. Às vezes a comida vem crua, vem azeda e a vezes eles trocam, as vezes não. (D04)

Vou te falar hem... Vem mosquito vem até vidro na comida... Direto a comida vem azeda... As vezes volta... As vezes não troca. (D06)

Ah...essa situação é mais a precaridade não é questão em si. Muitos vem aqui e questionam até mesmo pra poder usar essa oportunidade e dizer o que: é uma alimentação azeda. Eu do meu ponto de vista, eu colocaria em pauta a situação do qual a alimentação é azeda. E sim do produto ali é inadequado. No caso o arroz aqui ele exala um cheiro que não é constatado que ta azedo, mas também que se você parar pra cheirar você perde o apetite. Quem tenha um conhecimento e um entendimento que aquilo que não ta azedo. Mas aqueles que nunca se deparou com aquilo, acaba devolvendo. E por mim pela minha própria experiência foi constatado que não tava azedo, e sim que o arroz era de má qualidade. (D07)

A alimentação daqui, vamos dizer dessa forma, pra quem gosta de comida sem sal (risos), essa é a alimentação daqui. Aqui vamos dizer assim, a alimentação, chega uma época que você começa a comer ela, e você não tem mais aquele apetite de comer. Você olha só pra forma do bandeco que vem, às vezes você olha assim, come só aquele pãozinho que tem, um docinho que vem de vez em quando. Essa é a alimentação aqui, que a gente tá já há uns dias come aqui. A comida mesmo é difícil. (D08)

Então a alimentação senhora, o negocio é o seguinte. Assim que eu vim preso em 2009, eu tinha os meus remédios em cima do que? Da medicação, porque eu tomava uma medicação de manha de 12 em 12 horas. Uma as 6 da manha e uma às 6 da tarde. E essa da manha q que eu fazia. São paga três refeições aqui pra gente. Café da manha, o almoço e a janta. Ou seja me da os revertérios no estomago, tipo muito enjojo, muita náusea, muita queimação. Se você ta na rua ou em casa, você costuma tomar um copo de leite, uma fruta. Que é aquilo entendeu? Aí quando eu vim adoecer aqui entendeu. De não ter forças, as vezes levantar muito indisposto, não ter força pra nada. Foi quando eu voltei as minhas consultas medicas. Aí o medico resolveu trocar esses remédios, o coquetel que eu tomava. Aí a medicação que eu tomava de manha ele me passou pra tomar somente a noite. (D09)

A bóia é... Isso é horrível, vem até vidro, quando não vem azeda , não presta. Quase toda semana ela vem assim. Quando vem azeda, volta tudo, ai espera vir a outra a noite. (D10)

Por fim, à alimentação assume maior importância para os que tomam medicação diária (seja psiquiátrica, seja para tuberculose ou para HIV/AIDS), considerando os efeitos indesejáveis que tais medicações costumam provocar, por esse motivo destacamos esse tipo de informação dada pelos detentos.

Ou seja me da os revertérios no estomago, tipo muito enjojo, muita náusea, muita queimação. Se você ta na rua ou em casa, você costuma tomar um copo de leite, uma fruta. (D09).

As condições de vida no cárcere dos presos do CDP de São Vicente podem gerar doenças aliada ao desrespeito do direito à saúde dos detentos e, assim, tornam inoperáveis os marcos legais tratados no capítulo primeiro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como principal objetivo compreender como se processam as relações na vida cotidiana do cárcere e avaliar a situação da atenção à saúde do detento no CDP de São Vicente/SP, realizado através de pesquisa qualitativa.

Os dados coletados foram organizados e analisados a partir de dois eixos que se entrelaçaram: a vida no cárcere e a atenção à saúde do detento no CDP de São Vicente.

Quando se debruça sobre o sistema penitenciário brasileiro e, mais especificamente, o Centro de Detenção Provisória Dr. Luis Cesar Lacerda de São Vicente, fica evidente que o crescimento da população carcerária não está sendo acompanhado pelas condições de confinamento e que a falta de estrutura dos estabelecimentos penais não favorecem a ressocialização do detento estendendo-se para o cumprimento de direitos do homem, dentre eles a saúde. Assim, as condições de vida no cárcere também se tornam um desafio para a atenção à saúde do detento.

A vida dentro da prisão é regulada com regras e normas próprias, sejam elas institucionais ou não e, devem ser seguidas e respeitadas, a fim de evitar penalidades. Por outro lado, a ociosidade é a marca do dia a dia dos detentos, haja vista que o CDP é uma unidade prisional transitória.

No entanto, este provisório constitui-se, muitas vezes em permanente uma vez que presos condenados permanecem na unidade por anos aguardando vaga em uma penitenciária.

A transferência para a penitenciária é um desejo velado pelos detentos já condenados, não só pelas melhores condições de estrutura que esta oferece, mas também e, principalmente, pela possibilidade de realizarem atividades educacionais e trabalhistas, as quais incidem em remissão da pena.

Ficou claro que a relação de poder permeia constantemente as relações cotidianas, seja entre os próprios detentos ou destes com os funcionários da unidade em foco.

É sabido que as condições de encarceramento nas unidades prisionais brasileiras são precárias, todavia, ao adentrar o CDP de São Vicente deparou-se com condições insalubres quando a LEP estabelece a “salubridade do ambiente pela concorrência dos fatores de aeração, insolação e condicionamento térmico adequado à existência humana” como requisitos básicos para as celas onde os detentos permanecem alojados (Artigo 88, parágrafo único a). A falta de condições mínimas, com celas superlotadas provoca inúmeras doenças, dentre elas as doenças de pele (tiriça) entre os detentos, muito comum no CDP.

O que não se pode esquecer é que um dado momento os presos vão reinserir na sociedade e, em que condições de saúde esses detentos estarão para retornar as relações sociais?

Portanto refletir acerca das condições de saúde dos presos no cárcere é fundamental para se pensar no retorno desses para o trabalho, a família, a comunidade em geral. Além de constituir direito do detento o acesso aos serviços de saúde enquanto confinado em unidade prisional do Estado.

E, quando o assunto é saúde, o CDP de São Vicente tem muito a crescer, ou melhor, a implantar. Pois, requisitos básicos como a presença de um Médico no corpo de funcionários do setor da saúde para assistir os presos que necessitem não é possível pela falta deste profissional.

Ações como o exame clínico feito no preso ao ingressar na unidade prisional é executado pelo Auxiliar de Enfermagem de plantão, ou seja, por um profissional que não tem qualificação para fazer este tipo de trabalho. Os profissionais de saúde que estão disponíveis para o atendimento do preso no CDP de São Vicente são apenas os Auxiliares de Enfermagem e Dentistas.

A ausência de médicos também contraria as Regras Mínimas Brasileiras onde prevê que “a assistência à saúde do preso, de caráter preventivo curativo, compreenderá atendimento médico, psicológico, farmacêutico e odontológico” (Artigo 15), como também, o PNSSP (2004), pois estabelece que a equipe de saúde deve ser composta, além de outros profissionais, pelo Médico.

Assim, essa falta de profissionais não é um problema só para os presos, mas também para os Auxiliares de Enfermagem que ficam

impossibilitados de atuarem, na maioria das vezes, junto aos presos com o intuito de sanar os problemas de saúde, até porque são auxiliares e não Enfermeiros, o que torna mais grave a situação de não atenção à saúde.

Ainda no que diz respeito à saúde, os presos têm dificuldades para acessar os serviços de saúde dentro da unidade carcerária, pois segundo estes a morosidade e a falta de atendimento são constantes. E, quando necessário encaminhamento para uma unidade de saúde a situação é ainda mais complicada, pois há a necessidade da escolta da polícia militar, fato esse que impossibilita às vezes o encaminhamento do recluso.

Em relação aos medicamentos, esses segundo a Auxiliar de Enfermagem não faltam, mas também raramente são repassados aos presos.

Quanto à alimentação, no artigo 13, as Regras Brasileiras estabelece que “a administração do estabelecimento fornecerá água potável e alimentação aos presos” e na sequência completa “a alimentação será preparada de acordo com as normas de higiene e de dieta, controlada por nutricionista, devendo apresentar valor nutritivo suficiente para manutenção da saúde e vigor físico do preso”. (parágrafo único). Como se viu, a partir dos relatos dos presos, esta é uma falácia. A alimentação adequada é fundamental para todos, mas especialmente para os que tomam medicamentos de uso contínuo (HIV, Tuberculose, doença mental) e que provocam efeitos indesejáveis. Nesse sentido, a alimentação é também um aspecto fundamental para a saúde ou para o preso que se encontra em tratamento.

Como se pode constatar nesse estudo, a atenção à saúde do detento no CDP de São Vicente encontra-se em situação bastante precária e, a mesma, não atende minimamente ao que preconizam os marcos legais que tratam da vida no cárcere.

Ao finalizar esta pesquisa, notou-se que o principal fator motivador em todo o processo de execução desta foi o anseio de buscar conhecimentos, que possam trazer subsídios para os gestores em relação as políticas de saúde que dizem respeito aos presos do sistema penitenciário brasileiro, a partir da compreensão do objeto pesquisado.

Todavia, sabe-se que a pesquisa é um processo contínuo pela busca do conhecimento, a qual nunca se fará pronta e/ou acabada, uma vez

que a realidade é dinâmica, e está em constantes transformações. Portanto, não será abarcada a totalidade da questão pesquisada, uma vez que estamos abordando a vida no cárcere e a atenção à saúde dos detentos, e estes, se encontram num processo contínuo de transformação. Assim sendo, essas considerações finais são consideradas transitórias e fruto de um dado momento histórico, e principalmente, que provocam novos questionamentos e inquietações, motivando a concretude de outras pesquisas em torno do mesmo objeto.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. de. & ANDRADE, R. F. S. Holopatogênese: esboço de uma teoria geral de saúde-doença como base para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. de. (Orgs.) Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

BITENCOURT, C. R. **Tratado de direito penal**, v. 1: parte geral. 14. ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2002. 427 p.

DAVID JUNIOR, Olavo. **Histórico do direito e a conseqüente evolução da pena de prisão**. Revista de Ciências Jurídicas e Sociais da Unipar, Toledo, v. 4, n. 1, p. 147-77, jan./jun. 2001. Disponível em: [HTTP://revistas.unipar.br/juridica/article/viewFile/1260/1113](http://revistas.unipar.br/juridica/article/viewFile/1260/1113). Acesso em: 23/06/2010.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Estratégias em Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1997.

FARIAS JUNIOR, J. **A ineficácia da pena de prisão e o sistema ideal de recuperação do delinqüente**. 1978, 194 f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1978.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Tradução de Lígia M. Pondé Vassallo. Petrópolis: Vozes, 1977.

GIANFALDONI, M. H. T. A.; MOROZ, M. **O Processo de Pesquisa: iniciação**. Brasília: Plano Editora, 2002.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GOFFMAN, Erving. **Estigma. Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4. ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1988.

GOMES, Izabel Fernandes. **Medidas alternativas à prisão: significado e alcance socioeducativo**. 2009. 61f. Monografia (graduação em Serviço Social) – Universidade de Brasília, Instituto de Ciências Humanas, Departamento de Serviço Social, Brasília.

GOUVEIA, N. **Posição do homem no grupo**. In: JAMESON, S. H. (Org.).

HELLER, Agnes. **O cotidiano e a história**. Tradução de Carlos Nelson Coutinho e Leandro Konder. 3. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1989. 121p.

HUMEREZ, Dorisdaia Carvalho de. A saúde mental visando à melhoria da qualidade de vida. In: PINTO, Rosa Maria Ferreiro; SILVA, Waldine Viana da (Orgs.) **Temas de saúde pública: qualidade de vida**. Santos, SP: Leopoldianum, 2001.

LIMA, R. C. **A sociedade prisional e suas facções criminosas**. Londrina: Edições Humanidades, 2003.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Serviço social: identidade e alienação**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1991. 165p.

MARTINELLI, M. L. (Org.) **Pesquisa Qualitativa: um instigante desafio**. São Paulo: Veras Editora, 2005.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. **Lei de Execução Penal**. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/main.asp?View={28D9C630-49B2-406B-9160-C04F4BDD88E}>. Acesso em: 23/04/2012.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. **Regras Mínimas para o Tratamento do Preso no Brasil**. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/main.asp?View={28D9C630-49B2-406B-9160-0C04F4BDD88E}>. Acesso em 23/04/2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de Recomendações para o Controle da**

Tuberculose no Brasil. Disponível em:
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_de_recomendacoes_contr_ole_tb_novo.pdf. Acesso em: 23/04/2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário.** Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_sistema_penitenciario_2ed.pdf. Acesso em: 23/04/2012.

OLIVEIRA, O. M. **Prisão: um paradoxo social.** 2. ed. rev. amp. Florianópolis: UFSC, 1996.

RICHARDSON, R. J. (Org.). **Pesquisa Social: métodos e técnicas.** 3ª ed., São Paulo: Atlas, 1999.

RIZZINI, I. et al. **Pesquisando: guia de metodologia de pesquisa para programas sociais.** Rio de Janeiro: Universitária, 1999.

ROIG, R. D. E. **Direito e prática histórica da execução penal no Brasil.** Rio de Janeiro: Revan, 2005.

ROSAT, M. Personalidade adulta e as relações humanas. In: JAMESON, S. H. (Org.). **Relações humanas.** 2. ed. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, 1962.

SANTA RITA, Rosangela Peixoto. **Mães e crianças atrás das grades: em questão o princípio da dignidade da pessoa humana.** 2006. 176f. Dissertação (mestrado em Política Social) – Universidade de Brasília, Instituto de Ciências Humanas, Departamento de Serviço Social, Programa de Pós-Graduação em Política Social, Brasília.

ZAFFARONI, E. R. **Em busca das penas perdidas: a perda de legitimidade do sistema pena.** Tradução de Vânia Romano Pedrosa, Amir Lopes da Conceição. 5. ed. Rio de Janeiro: Revan, 2001.

WAUTERS, Edna. **A reinserção social pelo trabalho.** 2003. 46f. Monografia (especialização em Modalidades de Tratamento Penal e Gestão Prisional) – Universidade Federal do Paraná, Paraná.

APÊNDICES

APÊNDICE 01: INSTRUMENTO

BLOCO A – IDENTIFICAÇÃO

NOME:

IDADE:

1. Qual o seu estado civil?

() Solteiro

() Casado

() Separado/Divorciado

() União Estável

(Outro) _____

2. Qual é a sua cor? (Autodeclarada)

() Preta

() Parda

() Branca

() Amarela

() Indígena

3. Qual o seu local de nascimento?

Cidade: _____ Estado: _____

Cidade que residia antes da detenção: _____

Há quanto tempo? _____

Outro País. Explique: _____

4. Até que série você estudou e completou?

() Não alfabetizado

() Apenas Alfabetizado

() Ensino Fundamental Incompleto

- () Ensino Fundamental Completo
- () Ensino Médio Incompleto
- () Ensino Médio Completo
- () Ensino Superior Incompleto
- () Ensino Superior Completo

5. Você trabalhava quando foi preso?

- () Sim () Não

Se SIM, em que? _____

Registrado em Carteira?

- () Sim () Não

Se NÃO, o que fazia? _____

BLOCO B – SITUAÇÃO FAMILIAR

1. Onde reside sua família?

2. Você tem filhos?

- () Sim () Não

3. Caso SIM informe quantos e a idade:

Menores de 18 anos: _____

Maiores de 18 anos: _____

4. Nº de pessoas que viviam com você? _____

5. Grau de parentesco? _____

6. Quem trabalhava na sua casa? _____

7. Renda familiar antes da detenção (aproximadamente) _____

8. Como sua família está sendo sustentada após sua detenção?

9. A família recebe algum tipo de benefício? (Cesta básica, Programas Sociais, etc.)

10. Enquanto você está aqui, quem cuida de sua família? E das crianças (se tiver)?

BLOCO C – SITUAÇÃO PRISIONAL

1. Você é?

() Primário () Reincidente

Quais as razões que levaram você a cometer os delitos?

Como foi preso?

2. Por quais delitos você está cumprindo pena atualmente? Explicitar o artigo.

3. Sua pena atual é de quanto tempo

4. Quanto tempo você está no presídio?

5. Se reincidente, quanto tempo faz da sua primeira prisão ?

6. Quanto tempo você ficou preso na vida?

7. Você já foi julgado ou é sumariado?

BLOCO D – FAMÍLIA E AMIGOS

1) Fale sobre a reação de sua família por ocasião de sua detenção.

2) Você recebe visitas regularmente? De quem?

3) Você sente o apoio de sua família? Se não, por quê?

4) Como você se sente em relação à ausência da convivência familiar? De quem você sente mais saudades?

BLOCO E – COTIDIANO PRISIONAL

1) Qual o tipo de relacionamento que você tem com outros detentos, carcereiros e funcionários?

2) Fale de conflitos internos no presídio.

3) Quais são as atividades dentro do presídio? De que tipo?

4) Como é a sua participação?

5) Como é seu dia a dia na prisão?

BLOCO F – IMPACTOS DO ENCARCERAMENTO, EMOÇÕES E REPRESENTAÇÕES

1) O que você faz para minimizar as consequências de sua detenção?

2) Como é perder a liberdade?

- 3) Quais são os sentimentos que mais você sente? (raiva, tristeza, medo, insegurança, saudades, etc)
- 4) Quando você fica triste, o que você faz?
- 5) O que a prisão representa para você? (castigo? injustiça? Etc.)
- 6) O que você espera do futuro?
- 7) Como você pensa em refazer sua vida quando sair da prisão?
- 8) Quais são seus sonhos?
- 9) Fale sobre outras coisas que tiver vontade.

BLOCO G – SAÚDE FÍSICA E MENTAL

- 1) Durante o período que você está aqui, ficou doente? Que tipo de doença?
- 2) Você tinha alguma doença e tomava medicamentos antes de ser preso?
- 3) Que medicamentos você tomava, ou toma?
- 4) Como você tem acesso aos medicamentos?
- 5) Como é a assistência médica no presídio?
- 6) Como você faz quando fica doente?
- 7) Tem alguém doente na sua cela? Que tipo de doença?

BLOCO H – QUESTÕES ADICIONAIS:

REINCIDENTES

- 1) Por que voltou a ser preso?
- 2) Por qual delito? (o mesmo da prisão anterior ou outro)
- 3) Durante o período de liberdade, o que você fez (trabalho)
- 4) Teve apoio da família e de amigos fora da prisão?
- 5) Como você passou a viver fora da prisão (condições de vida)?

Com o profissional da equipe de saúde também utilizou-se o instrumento de entrevista semiestruturada, as questões fechadas para coletar as informações socioeconômicos e, as questões abertas dizem respeito a atuação dos profissionais de saúde na atenção a saúde do detento.

BLOCO A – IDENTIFICAÇÃO

1. Nome:
2. Idade:
3. Escolaridade:
4. Estado Civil:
5. Profissão:
6. Tempo de trabalho no sistema prisional:
7. Tempo de trabalho no CDP São Vicente:

BLOCO B – ATUAÇÃO PROFISSIONAL NA ATENÇÃO Á SAÚDE DO DETENTO

1. Ao ingressar no sistema penitenciário (CDP São Vicente) de que forma é feito o diagnóstico das condições clínicas do detento? E que profissional é responsável por este exame?
2. E durante o encarceramento como é feito este diagnóstico das doenças no detento?
2. Quais profissionais, atualmente, atuam no CDP São Vicente?
3. Qual a função do auxiliar de enfermagem no CDP São Vicente?
4. Como se dá o processo de encaminhamento do detento para a unidade de saúde, avaliação da necessidade e encaminhamento em si?
5. Os detentos com HIV? Eles têm acompanhamento?
6. Os detentos diabéticos e hipertensos? Eles têm acompanhamento?
7. Os detentos com tuberculose? Como é dada a medicação? Fica isolado depois de diagnosticado? E o exame, como procede?
8. Os doentes com Doença Mental? Tem acompanhamento? De que forma é ministrada a medicação?
9. E os medicamentos? Que profissional solicita e como é distribuído?
10. Quais doenças mais acometem os detentos?

APÊNDICE 02:

TECLE – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistado e participar na pesquisa de campo referente ao projeto de pesquisa intitulado “Emoções e Representações do Processo de Ser População Carcerária no Centro de Detenção Provisória Dr. Luís César Lacerda de São Vicente/SP” desenvolvida pela Prof^a. Dra. Rosa Maria Ferreiro Pinto. Fui informado, ainda, de que a pesquisa é coordenada por Rosa Maria Ferreiro Pinto, a quem poderei contatar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone nº (13) 3289-9371 ou e-mail rmferreiro@uol.com.br. Afirmando que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer ônus e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais é conhecer como se processam as emoções de sujeitos sociais encarcerados, conhecer a história dos detentos e a vida prisional no CDP de São Vicente e o impacto do encarceramento nos detentos e nas suas relações familiares. Fui também esclarecido de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde. Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de entrevista semiestruturada a ser gravada, se possível, a partir da assinatura desta autorização. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pela pesquisadora. Fui ainda informado de que posso me retirar dessa pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos. Atesto recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

São Vicente, ____ de _____ de _____

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura do(a) pesquisador(a): _____

Assinatura do(a) testemunha(a): _____