



**PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICA E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE**

**JAKSON LUIS GALDINO DOURADO**

**SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL: UM ESTUDO SOB A ÓTICA DOS HOMENS  
PRESOS**

Campina Grande - PB

2018

**JAKSON LUIS GALDINO DOURADO**

**SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL: UM ESTUDO SOB A ÓTICA DOS HOMENS  
PRESOS**

Dissertação apresentada à banca examinadora do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Saúde - UEPB, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Psicologia da Saúde, sob a orientação da Professora Doutora Railda Sabino Fernandes Alves.

**Linha de pesquisa:** Processos Psicossociais e Saúde

Campina Grande – PB  
2018

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

D739s Dourado, Jakson Luis Galdino.  
Saúde no sistema prisional [manuscrito] : um estudo sob a  
ótica dos homens presos / Jakson Luis Galdino Dourado. -  
2018.  
129 p.  
Digitado.  
Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) -  
Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências  
Biológicas e da Saúde , 2018.  
"Orientação : Profa. Dra. Railda Sabino Fernandes Alves ,  
Departamento de Psicologia - CCBS."  
1. Saúde do homem. 2. Sistema prisional brasileiro. 3.  
Psicologia da saúde. I. Título

21. ed. CDD 613.042 34

**JAKSON LUIS GALDINO DOURADO**

**SALTE NO SISTEMA PRISIONAL: UM ESTUDO SOB A ÓTICA DOS  
HOMENS PRESOS**

Disertação apresentada à banca examinadora do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Saúde, da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia da Saúde.

Aprovado em: 29/06/2018

**COMISSÃO JULGADORA**



Prof. Dra. Raílda Sabino Fernandes Alves  
Universidade Estadual da Paraíba - UEPB  
Orientadora - Presidente da Banca Examinadora



Prof. Dr. Vanderlan Francisco da Silva  
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG  
Examinador Externo



Prof. Dra. Sibelle Maria Martins de Barros  
Universidade Estadual da Paraíba - UEPB

## DEDICATÓRIA

À minha mãe Fátima Galdino, fonte inesgotável de amor, força e coragem.

À Neta (*in memoriam*) tia amada que me ensinou a seguir pelo mundo com  
muita simplicidade.

DEDICO

## **AGRADECIMENTOS**

À minha família, sobretudo à minha Mãe Fátima Galdino, o seu enorme amor e dedicação sempre me guiaram e me tornaram uma pessoa capaz de sonhar e lutar. Sou muito grato por ter uma mãe que nunca se cansou de querer o melhor para os seus filhos. Se hoje estou subindo mais um degrau, foi graças aos seus constantes incentivos. E aos meus Irmãos, criaturas de muita luz, que acreditam bondosamente no meu potencial. Alcançamos mais uma vitória!

À minha orientadora Dra. Railda Sabino Fernandes Alves, por ter aceitado e acreditado na minha proposta de pesquisa. A minha eterna consideração pelos incentivos constantes e pelos valiosos conhecimentos compartilhados. Seus ensinamentos foram de grande valia para este processo de formação. Com muita sabedoria e generosidade soube conduzir as orientações acadêmicas e quando foi preciso um apoio nos momentos de dificuldade, mostrou-se presente e compreensiva. És um Ser Humano amável e de muitos valores positivos. Serei eternamente grato e espero que nossa parceria perdure por muito mais tempo.

À Josevânia Silva, Edil Ferreira, Susana Martins e Fabíola Leite. Professores que tiveram a missão de nos apresentar e ministrar as disciplinas do Mestrado. Cada um pode ter acesso à minha proposta de estudo e foram grandes as contribuições ofertadas no decorrer do processo.

Às professoras Sibelle Barros e Paula Castro, que brilhantemente participaram da minha Banca de Qualificação. Grato pelas críticas, sugestões e análises significativas prestadas à minha proposta de pesquisa. Seus olhares apurados puderam engrandecer o que hoje se concretiza: minha Dissertação de Mestrado.

À professora Maria do Carmo Eulálio pelas constantes palavras de incentivo e apoio. De maneira carinhosa, sempre esteve presente emanando energia positiva, contribuindo no meu crescimento acadêmico e pessoal.

Ao professor Vanderlan Francisco da Silva pela participação na Banca de Defesa. Suas palavras e os seus olhares sobre o fenômeno estudado foram de grande valia para a concretização final do meu trabalho.

Aos meus colegas da Turma 2, pelas vivências, companheirismo e por todos os momentos de estudo. Especialmente aos colegas Edivan, Maria Verônica, Jacqueline, Kalina e Jamilly, cujo apoio e amizade estiveram presentes sempre que precisei. No final de toda essa caminhada tenho uma certeza, crescemos!

À Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) e ao Departamento de Psicologia pela oportunidade de mais uma qualificação. Voltar ao meio acadêmico após 8 anos de graduado foi desafiador, além de ter sido motivo de muita alegria, ter sido aprovado no Mestrado foi uma das melhores sensações que senti na vida e chegar agora ao final é mais gratificante ainda!

À Aline Medeiros, aluna de Iniciação Científica do Grupo de Estudo em Psicologia da Saúde, que juntamente comigo pode observar de perto a realidade dos presos. Grato por toda a coragem e colaboração prestada em todas as fases do processo de pesquisa.

À direção do presídio por abrir as portas da Instituição e possibilitar a realização do estudo com os presos, bem como a Psicóloga da unidade de saúde e os agentes penitenciários, todos foram essenciais para que a coleta de dados ocorresse dentro do previsto.

Aos presos do Serrotão por terem compartilhado suas experiências de vida, suas angústias e seus desejos de se tornarem pessoas melhores. Foram encontros e relatos muito valiosos. O meu desejo é que cada um consiga alcançar os seus sonhos. Meu muito obrigado pela presteza, disponibilidade e pelo respeito. Hoje este trabalho se concretiza pela enorme contribuição de vocês.

Aos meus colegas de trabalho (SENAI), nas pessoas de Rosana, Larissa, Celeide, Thiego, Katiuska e Janiete, por todo apoio e amparo durante essa trajetória. Cada um, ao seu modo, contribuiu para que essa caminhada fosse mais leve.

Aos meus amigos de longe e de perto. Senti a torcida de cada um de vocês. Minha gratidão a Alexandre Tavares e Grazi Bonfim. Queridos que viram e sentiram de perto as alegrias e angústias de todo o processo. Muito obrigado a todos que contribuíram de alguma forma para este feito. Neste momento, sinto uma grande alegria e sensação de dever cumprido, sonho realizado, batalha vencida! Obrigado meu Deus.

*“A força dos meus sonhos é tão forte, que de tudo renasce a exaltação e nunca as  
minhas mãos ficam vazias”.*

(Sophia Andresen)



## RESUMO

O Brasil tem aproximadamente 700 mil presos cumprindo penas em estabelecimentos penais, número que coloca o país entre as três maiores populações carcerárias do mundo. Dentre as muitas características e problemas enfrentados por esta população, a assistência à saúde dos presos é um tema relevante, pois, seus resultados implicam diretamente sobre o principal papel do encarceramento: a ressocialização. Tendo em vista essa realidade, o presente estudo teve como objetivo geral conhecer as práticas de saúde dos homens presos em uma penitenciária do município de Campina Grande/PB. Consiste em uma pesquisa descritiva, de caráter exploratório e tem a abordagem qualitativa como principal referência. Participaram do estudo, 35 homens presos, cumprindo pena na Penitenciária Regional de Campina Grande/PB Raimundo Asfora (Serrotão), com idades entre 25 e 59 anos. Foram utilizados como instrumentos de coleta de dados: um questionário sociodemográfico, uma entrevista semiestruturada e um diário de campo. A análise dos dados foi realizada com o auxílio da técnica da análise da enunciação. Os resultados mostraram que as práticas de saúde são mínimas e as ações de prevenção partem de iniciativas individuais dos presos, além disso, a saúde no presídio estudado está longe de atender às prerrogativas quanto ao direito à saúde estabelecidas na Constituição Federal de 1988, e na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional. Mostraram também que a população estudada tem maior prevalência entre jovens, pardos e negros. Características preocupantes, já que os presos, em idade produtiva, necessitam receber formação educativa e ter atividades laborativas, considerando que tais atividades são essenciais para o processo de ressocialização desses jovens. A saúde dentro do presídio é precária, pois faltam assistências dignas e medicamentos. A estrutura física é ruim, existe superlotação das celas, a água e a alimentação são de má qualidade, o que favorece a proliferação de doenças infecciosas. O tratamento dado aos presos é inadequado e não atende ao objetivo do encarceramento: a ressocialização da pessoa.

**Palavras-chave:** Saúde do Homem; Sistema Prisional Brasileiro; Psicologia da Saúde.

## ABSTRACT

Brazil has approximately 700,000 prisoners serving sentences in penal establishments, which puts the country among the three largest prison populations in the world. Among the many characteristics and problems faced by this population, the health care of prisoners is a relevant topic, because its results directly implicate the main role of incarceration: resocialization. In view of this reality, the present study had as general objective to know the health practices of the men imprisoned in a penitentiary of the city of Campina Grande / PB. It consists of a descriptive, exploratory research and has the qualitative approach as the main reference. Thirty-five men arrested, serving sentences at the Campina Grande/PB Raimundo Asfora Regional Penitentiary (Serrotão), aged 25-59, participated in the study. Data collection instruments were used: a sociodemographic questionnaire, a semi-structured interview and a field diary. Data analysis was performed using the enunciation analysis technique. The results showed that health practices are minimal and preventive actions are based on individual prisoners' initiatives; in addition, health in the prison studied is far from fulfilling the prerogatives regarding the right to health established in the Federal Constitution of 1988, and in the National Policy for Comprehensive Health Care for Persons Deprived of Liberty in the Prison System. They also showed that the studied population has a higher prevalence among young people, brown and blacks. These are worrying characteristics, since the prisoners, of productive age, need to receive educational training and have work activities, considering that such activities are essential for the process of resocialization of these young people. Health within the prison is precarious, as there is a lack of dignified assistance and medication. The physical structure is poor, there is overcrowding of the cells, water and food are of poor quality, which favors the proliferation of infectious diseases. The treatment given to prisoners is inadequate and does not meet the objective of incarceration: the resocialization of the person.

**Keywords:** Men's Health; Brazilian Prison System; Psychology of Health.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b> – Total da população prisional no mundo – Maior para o menor: .....	<b>20</b>
<b>Figura 2</b> – Pessoas privadas de liberdade no Brasil em junho de 2016: .....	<b>21</b>
<b>Figura 3</b> – Dados do sistema prisional brasileiro por Unidade da Federação: .....	<b>22</b>
<b>Figura 4</b> – Evolução das pessoas privadas de liberdade entre 1990 e 2016: .....	<b>24</b>
<b>Figura 5</b> – Árvore de associação dos sentidos: Cuidados com a saúde dentro do presídio .....	<b>67</b>
<b>Figura 6</b> – Árvore de associação dos sentidos: Cuidados com a saúde antes da privação de liberdade.....	<b>73</b>
<b>Figura 7</b> – Árvore de associação dos sentidos: Motivo da procura pelos serviços de saúde no presídio .....	<b>76</b>
<b>Figura 8</b> – Árvore de associação dos sentidos: Dificuldade de acesso ao atendimento de saúde .....	<b>81</b>
<b>Figura 9</b> – Árvore de associação dos sentidos: Suporte familiar no sistema prisional... <b>87</b>	
<b>Figura 10</b> – Árvore de associação dos sentidos: Avaliação dos presos sobre a penitenciária.....	<b>91</b>
<b>Figura 11</b> – Árvore de associação dos sentidos: Maus-tratos no presídio .....	<b>97</b>

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Faixa etária dos presos .....	<b>52</b>
<b>Tabela 2</b> – Estado civil dos presos.....	<b>54</b>
<b>Tabela 3</b> – Etnia/raça dos presos .....	<b>55</b>
<b>Tabela 4</b> – Escolaridade dos presos .....	<b>57</b>
<b>Tabela 5</b> – Profissão dos presos.....	<b>58</b>
<b>Tabela 6</b> – Crime cometido pelos presos.....	<b>61</b>
<b>Tabela 7</b> – Renda dos presos antes da privação de liberdade .....	<b>62</b>
<b>Tabela 8</b> – Recebimento do auxílio reclusão pelos presos .....	<b>63</b>
<b>Tabela 9</b> – Ocorrência de reincidência entre os presos.....	<b>64</b>

## LISTA DE ABREVIATURAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APA	<i>American Psychological Association</i>
CADH	Convenção Americana sobre Direitos Humanos
CAEE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CF	Constituição Federal
CNMP	Conselho Nacional do Ministério Público
CNCP	Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DEPEN	Departamento Penitenciário Nacional
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICPS	<i>International Centre for Prison Studies</i>
INFOPEN	Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LEP	Lei de Execução Penal
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PB	Paraíba
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PNAISP	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
PNSSP	Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário
SEAP	Secretaria de Estado de Administração Penitenciária
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba
VEP	Vara de Execução Penal

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>CAPÍTULO I - REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	16
1.1 Considerações sobre as prisões e o sistema prisional .....	17
1.2 Cenário e realidade das prisões no Brasil .....	20
1.3 Psicologia da Saúde .....	26
1.4 Saúde do homem.....	28
1.5 A saúde no âmbito prisional .....	31
1.6 Direitos Humanos e o sistema prisional .....	37
<b>CAPÍTULO II - ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS</b> .....	42
2.1 Delineamento .....	43
2.2 Participantes.....	43
2.3 Critérios de Inclusão e Exclusão.....	44
2.4 Local da Pesquisa .....	45
2.5 Instrumentos .....	45
2.6 Procedimentos.....	47
2.7 Análise dos Dados .....	48
2.8 Aspectos Éticos.....	50
<b>CAPÍTULO III - RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	51
3.1 Perfil Sociodemográfico dos Participantes .....	52
3.2 Análises e Discussões das Entrevistas.....	66
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	100
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	105
<b>APÊNDICES</b> .....	121
<b>Apêndice A - Questionário Sociodemográfico (Saúde no Sistema Prisional: um estudo sob a ótica dos homens presos)</b> .....	121
<b>Apêndice B - Entrevista Semiestruturada (Saúde no Sistema Prisional: um estudo sob a ótica dos homens presos)</b> .....	122
<b>Apêndice C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)</b> .....	123
<b>Apêndice D - Termo de Autorização para Gravação de Voz</b> .....	124
<b>ANEXOS</b> .....	125
<b>Anexo A - Termo de Autorização Institucional: Direção do Presídio</b> .....	125
<b>Anexo B - Termo de Autorização Institucional: Vara de Execução Penal (VEP)</b> .....	126
<b>Anexo C - Parecer Circunstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa</b> .....	127

# INTRODUÇÃO

---

*“O homem é produto do seu pensamento”*

(Mahatma Gandhi)

Este trabalho resulta do interesse em dar continuidade aos estudos sobre a saúde do homem que vêm sendo realizados no Grupo de Estudos em Psicologia da Saúde (UEPB/CNPq), desde o ano de 2010. Além disso, cabe vincular a esse interesse, dois importantes aspectos: o pessoal, por entender a importância de dar visibilidade aos aspectos relacionados à saúde dentro dos presídios, sobretudo na esfera paraibana, e o acadêmico, na pretensão em contribuir com a disseminação de estudos científicos sobre a saúde do homem preso, tendo em vista que as produções teóricas nesse campo ainda são recentes no Brasil.

Esta dissertação, ancorada na Psicologia da Saúde, apresenta os resultados e o processo de condução de um estudo sobre as condições de saúde de homens presos em uma unidade prisional de Campina Grande/PB. A Psicologia da Saúde é uma disciplina científica que tem trazido avanços em diferentes espaços de intervenção, na medida em que busca atender as novas demandas de produção de saber relacionados à saúde, contemplando aspectos das políticas públicas antes não alcançadas pela Psicologia (Alves et al., 2011).

A saúde no contexto deste estudo é entendida como um construto multifatorial. Assim como colocam Teixeira e Trindade (2007) quando afirmam que a saúde resulta de interações que perpassam por algumas complexidades, sobretudo ligadas aos fatores de ordem cultural, social, psicológico, físico, biológico e espiritual. Neste sentido, a manutenção da saúde implica em diferentes processos psicossociais na interação entre o indivíduo, o sistema de saúde e o meio social.

A construção da saúde do homem preso deve ser trabalhada numa perspectiva de consideração de direitos à saúde sempre relacionada com a condição social da pessoa. Entretanto, na realidade atual, observamos que os direitos desse homem ainda não são garantidos. As condições estruturais dos presídios brasileiros não só estão longe de atender às necessidades dos presos, como são meios causadores de iniquidades em nível físico, mental e social.

Ficam os questionamentos: A prisão vem cumprindo com seu papel de ressocializar e credenciar ao indivíduo o seu retorno ao convívio social? E com relação à garantia de direitos, sobretudo os voltados à saúde? O preso tem tido a possibilidade de se cuidar devidamente?



Não é de hoje que olhares cuidadosos estiveram voltados para dentro das prisões. Sempre foram registradas ocorrências de revoltas em presídios nos mais diversos lugares do mundo, revoltas essas contra a miséria e precariedade física, o ambiente sufocante nas selas, contra a superlotação, contra a má alimentação e a fome, contra a violência, contra os tranquilizantes, contra as formas de isolamento, contra o serviço de saúde ou educacional (Foucault, 2017).

A realidade decadente das prisões brasileiras aponta para o aumento substancial da população de presos nos últimos anos. De acordo com o último levantamento oficial realizado, o Brasil foi classificado como o 3º país com o maior índice de encarcerados no mundo, com mais de 720 mil pessoas presas, ficando atrás apenas dos Estados Unidos e China (Brasil, 2017). Esse crescente percentual de pessoas reclusas tem sido acompanhado pelo abandono e sucateamento do sistema prisional, o que deprecia as condições mínimas adequadas para atender aos requisitos de cumprimentos de penas nos termos das exigências legais estabelecidas, sobretudo os aspectos relacionados à saúde do preso (Julião, 2016).

O quesito da saúde na esfera prisional é tratado por diversos documentos setoriais, como a Lei de Execução Penal nº 7.210/1984; o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) (Brasil, 2004) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP) (Brasil, 2014). Contudo, o que se observa é o descumprimento das normativas garantidas em Lei, não assegurando aos presos os seus direitos enquanto pessoas humanas e cidadãos.

Conforme Filho e Bueno (2016), os presos no Brasil vivem abaixo da linha de dignidade mínima, não sendo a eles garantidos, seus direitos primordiais, em particular, aqueles que poderiam lhe conferir uma convivência saudável. Esses autores afirmam que muitos direitos dos presos são constantemente violados, sobretudo o direito à saúde, principalmente pelo fato de estarem expostos a ambientes precários e inadequados à convivência humana.

Nas penitenciárias do Brasil, o preso convive com baratas na caixa d'água, esgoto dentro das celas e ratos nos corredores. Neste contexto, tem o seu direito à saúde negado. O resultado desse descaso é o aumento drástico de presos que adquirem doenças ocasionadas pela falta de higiene nas penitenciárias e o aumento do índice de

presos que adquirem o vírus HIV, tuberculose e doenças de pele (Oliveira & Rodrigues, 2018).

Dentre os aspectos que também favorecem a alta incidência de problemas de saúde entre os presos, estão os sintomas relacionados à saúde mental, sobretudo o estresse de seu encarceramento, as condições insalubres em que vivem dentro das prisões, a superlotação, o uso de drogas, o contato físico contínuo dos presos, além dos diversos tipos de abusos sofridos pelos mesmos (Fernandes & Righetto, 2013). De acordo com Coleridge (2008), os cenários mais amplos dessa problemática são conhecidos pelos governantes e pelos operadores do direito, o que paradoxalmente, não tem agregado qualquer consenso em torno das medidas necessárias ao seu enfrentamento.

Diante do exposto e com base nas elaborações anteriormente apresentadas, o presente estudo teve como objetivo geral conhecer as práticas de saúde dos homens presos em uma penitenciária do município de Campina Grande/PB. Como objetivos específicos estabeleceram-se: traçar o perfil sócio demográfico desses homens; Analisar os cuidados e práticas de saúde antes da privação de liberdade; e conhecer as formas de acesso aos cuidados de saúde dentro do presídio.

Para atender aos objetivos propostos, a dissertação segue estruturada em três capítulos. O primeiro capítulo apresenta a revisão teórica e abordará as considerações sobre as prisões e o sistema prisional, o cenário e a realidade das prisões no Brasil, os aspectos relacionados à Psicologia da Saúde, a saúde do homem e a saúde no âmbito prisional, cabendo ainda debater sobre a esfera dos direitos humanos e sua relação com o sistema prisional.

No segundo capítulo serão apresentadas as estratégias metodológicas e o detalhamento dos aspectos relacionados ao desenvolvimento desta pesquisa. Serão enfatizadas as nuances referentes ao delineamento da pesquisa, os critérios de inclusão e exclusão utilizados, além de aspectos relacionados ao local da pesquisa, os instrumentos e técnicas utilizadas, os procedimentos seguidos, e, por fim, a forma de tratamento e análise dos dados. O terceiro capítulo foi reservado para dar visibilidade aos resultados encontrados neste estudo, a começar pelo perfil sociodemográfico dos participantes e o detalhamento dos resultados qualitativos. A última sessão mostram as considerações finais.

# CAPÍTULO I

## REFERENCIAL TEÓRICO

---

*“Se você quer conhecer uma sociedade, conheça as suas prisões. Prisão é um lugar muito caro para tornar as pessoas piores”*

(Marcelo Freixo)

## 1.1 Considerações sobre as prisões e o sistema prisional

Prisão (do latim, *Prensione*), tanto significa o ato de prender, de deter, de captar o indivíduo, como o local onde o sujeito fica recluso. Tem como objetivo básico, manter o sujeito cerceado de sua liberdade até que sua situação referente às transgressões das normas se resolva perante as autoridades competentes (Neto, 2000). Do ponto de vista jurídico pode-se definir a penitenciária como um aparato estatal destinado ao cumprimento de pena de prisão imposta aos condenados pelo poder judiciário (Silva, 2008). A prisão desenvolve uma série de poderes sobre a vida da pessoa em situação de privação de liberdade, sendo identificada pela sociedade como um recinto utilizado para a punição e repreensão de indivíduos que cometeram determinado tipo de violação das leis (Santos et al., 2017).

Goffman (2015), em seu livro *Manicômios, prisões e conventos*, explicita o cotidiano e as vivências nas prisões. O autor faz referência à prisão como uma instituição de regime total, análoga a outros estabelecimentos como hospitais psiquiátricos, conventos e manicômios, podendo ser definida, como um lugar compartilhado por internos e equipe técnica. Estes são dispostos por dois seguimentos hierarquizados, de modo que os presos são subordinados ao segundo grupo.

Para Foucault (2017), a prisão pode ser configurada como uma forma de sanção, destinada a reter o preso até a efetiva execução de sua pena. “Habitualmente se acredita que a prisão era uma espécie de depósito de criminosos, depósitos cujos inconvenientes se teriam constatado por seu funcionamento, de tal forma que se teria dito ser necessário reformar as prisões, fazer delas um instrumento de transformação dos indivíduos”. (Foucault, 2017, p. 131-132)

Na visão de Cunha (2010), a prisão se caracteriza, na sociedade moderna, especialmente após o século XIX, como um dos principais elementos de punição do atual sistema de execução penal, cuja privação dos direitos e da liberdade caracteriza-se como uma forma de administrar juridicamente as penas e seu grau de efetividade junto aos que cometem crimes. Para (Minayo & Constantino, 2015, p. 23), “a prisão se apoia em dois princípios fundamentais: primeiro, na privação da liberdade para os que transgridem as normas socialmente acordadas; segundo, na transformação que presumidamente proporciona aos indivíduos”. Para as autoras, quem pensou a prisão

como instituição socializadora supôs que seria possível o encontro dessas duas atribuições: privar da liberdade e transformar.

Para Thompson (1980),

O significado da vida carcerária não se resume a mera questão de muros e grades, de celas e trancas; ele deve ser buscado através da consideração de que a penitenciária é uma sociedade dentro de uma sociedade, uma vez que nela foram alteradas, drasticamente, numerosas feições da comunidade livre e assim, como um sistema social, a penitenciária representa uma tentativa de criação e manutenção de um grupamento humano submetido a um regime de controle total (p. 21-22).

De acordo com Filho e Fonseca (2017), a disseminação do confinamento sobressaiu-se em detrimento de outras respostas ao comportamento desviante devido ao medo social. A prisão serviria, a uma só vez, a dois propósitos: melhorar as condições do dependente e do desviante e separá-los de uma sociedade desesperada por criar um escudo social. Mesmo que em diversos momentos não venha cumprindo com um dos seus principais objetivos: transformar pessoas que cometeram crimes em cidadãos cumpridores da lei, para tanto a utilização das prisões como resposta a criminalidade foi difundida e se propagou em diversos lugares do mundo.

De acordo com Moraes (2011), as unidades penais tiveram origem por exigência do homem, devido à necessidade de um ordenamento com função coercitiva que assegurasse a paz e a convivência com os outros seres humanos. A origem das prisões remonta a tempos distantes. A pena de prisão, durante a história, tem sido objeto de constante reforma, e nem sempre teve a mesma destinação. Nos primórdios, os direitos básicos de quem cometia um crime não eram respeitados pelos governantes. Atualmente, o acusado é considerado sujeito de direitos, e já existe legislação que regulamenta as prisões (Arruda, 2013).

A instalação da primeira prisão brasileira foi mencionada em 1769, na Carta Régia do Brasil, onde foi determinada a construção da Casa de Correção do Rio de Janeiro. Sobre o tema, discorre Filho (2006, p. 4):

A Carta Régia de 1769 mandou estabelecer a primeira prisão brasileira, a Casa de Correção do Rio de Janeiro, e somente a partir da Constituição de 1824 existiu uma previsão mais abrangente sobre o tema, com a estipulação de prisões adaptadas ao trabalho e separação dos réus. O Código Criminal de 1830 regularizou a pena de trabalho e da prisão simples, e o Ato Adicional de 12.08.1834 deu às Assembleias Legislativas provinciais o direito de legislar sobre a criação e a função dos presídios.

Em suma, as prisões exercem, desde o seu aparecimento, funções institucionais e sociais relevantes. Institucionalmente, elas se articulam com os sistemas policiais e de justiça e sua evolução se pauta pelas questões relativas à execução das penas, ao controle do crime e da população prisional e, mais recentemente, à ressocialização dos presos. Do ponto de vista social estão em perspectiva seus papéis punitivos, pedagógico e de socialização. As prisões são dessa forma, um elemento-chave do aparato jurídico-policia (Oliveira & Damas, 2016).

Em 1984, foi promulgada no Brasil, a Lei de Execução Penal (LEP). De acordo com Lei, o objetivo do aprisionamento é oferecer condições para a integração social do preso, tendo como proposta a sua ressocialização. O processo de execução penal tem por objetivo efetivar as sentenças ou decisões criminais. A LEP classifica os estabelecimentos penais em (Brasil, 1984):

- a) Centros de Observação: onde se realizam os exames gerais e o criminológico;
- b) Penitenciárias: destina-se ao condenado à pena de reclusão, em regime fechado;
- c) Colônias: destina-se ao cumprimento da pena em regime semiaberto;
- d) Casa do Albergado: destina-se ao cumprimento de pena privativa de liberdade, em regime aberto, e da pena de limitação de fim de semana;
- e) Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico: destina-se aos inimputáveis e semi-imputáveis, que precisam de tratamento psiquiátrico e ambulatorial;
- f) Cadeia Pública: destina-se ao recolhimento de presos provisórios.

A LEP prevê ainda, que ao preso seja garantida assistência material, jurídica, educacional, social, religiosa, assim como a assistência à saúde, garantias essas que foram pensadas com a finalidade de colaborar para com o retorno do preso à convivência em sociedade (Brasil, 1984). O que se nota é uma constante discrepância entre as designações previstas em lei, pois essas garantias são comumente ignoradas pelo poder público.

A seguir, será abordado o panorama geral referente às penitenciárias brasileiras, de modo a observar se essas garantias anteriormente citadas estão sendo asseguradas aos presos.

## 1.2 Cenário e realidade das prisões no Brasil

A realidade sobre o sistema prisional brasileiro é preocupante e a situação carcerária constitui-se em um dos problemas de maior complexidade da realidade social brasileira. Dados do International Centre For Prison Studies (ICPS), organização não governamental que acompanha os números de encarceramento em nível mundial, destaca o Brasil como o terceiro país que mais encarcera pessoas no mundo (ICPS, 2018). Os dados internacionais evidenciam que a situação das prisões é um problema enfrentado na maior parte do mundo. Na Figura 1 estão apresentados os dez países com maior número de detentos e o Brasil fica atrás somente dos países Estados Unidos e China.

Highest to Lowest - Prison Population Total		
Ranking	Title	Prison Population Total
1	United States of America	2 121 600
2	China	1 649 804
3	Brazil	662 901
4	Russian Federation	595 728
5	India	419 623
6	Thailand	343 657
7	Indonesia	249 419
8	Turkey	232 179
9	Iran	230 000
10	Mexico	204 749

**Figura 1.** Total da população prisional no mundo – Maior para o menor.

**Fonte:** International Centre For Prison Studies (2018). Recuperado de [http://www.prisonstudies.org/highest-to-lowest/prison-population-total?field\\_region\\_taxonomy\\_tid=All](http://www.prisonstudies.org/highest-to-lowest/prison-population-total?field_region_taxonomy_tid=All)

De acordo com Andrade e Ferreira (2015), o sistema prisional não está passando por uma crise, ele é uma crise, porque permanentemente está imerso em um estado crítico, e não se fala apenas do caso brasileiro, pois o sistema penitenciário tem se mostrado como ineficiente na maior parte do mundo, basta verificar o número elevado de presos em diferentes países. Zacksesk, Machado e Azevedo (2017) discutem que o crescimento da população carcerária é fenômeno global que se expandiu nas últimas décadas, resultado de mudanças profundas no uso da prisão como instrumento de controle e gerenciamento do crime.

No Brasil, o Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (INFOPEN), criado em 2004, compila informações estatísticas do sistema penitenciário brasileiro, por meio de um formulário de coleta estruturado, preenchido pelos gestores de todos os

estabelecimentos prisionais do país. O último censo realizado no ano de 2016, revelou que o número de pessoas privadas de liberdade no Brasil ultrapassou a marca dos setecentos mil presos (Brasil, 2017).

A Figura 2 apresenta o panorama geral da população prisional brasileira registrada em 30/06/2016, em 1.422 unidades prisionais que participaram do levantamento. De acordo com o estudo, existiam 726.712 pessoas privadas de liberdade no Brasil. Destas, 689.510 em estabelecimentos do sistema penitenciário estadual; 36.765 custodiadas em carceragens de delegacias ou outros espaços de custódia; e 437 que se encontram nas unidades do Sistema Penitenciário Federal, administradas pelo Departamento Penitenciário Federal (DEPEN). Em relação ao número de vagas, observa-se um déficit total de 358.663 mil vagas e uma taxa de ocupação média de 197,4% em todo o país (Brasil, 2017). Percebe-se então que a superlotação é uma realidade vivenciada pelos presos. Neste sentido, o poder público deve pensar e efetivar estratégias que minimizem as altas taxas de ocupação nos presídios, tendo em vista o déficit de vagas existentes.

Brasil - Junho de 2016	
População prisional	726.712
Sistema Penitenciário	689.510
Secretarias de Segurança/ Carceragens de delegacias	36.765
Sistema Penitenciário Federal	437
Vagas	368.049
Déficit de vagas	358.663
Taxa de ocupação	197,4%
Taxa de aprisionamento	352,6

**Figura 2.** Pessoas privadas de liberdade no Brasil em junho de 2016.

**Fonte:** Brasil (2017). Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – INFOPEN. Brasília: Ministério da Justiça. Recuperado de [http://justica.gov.br/news/ha-726-712-pessoas-presas-no-brasil/relatorio\\_2016\\_junho.pdf](http://justica.gov.br/news/ha-726-712-pessoas-presas-no-brasil/relatorio_2016_junho.pdf)

A Figura 3 nos oferece a compilação dos principais indicadores do sistema prisional brasileiro por Unidade da Federação. O Estado da Paraíba atingiu um número



de 11.377 presos, no último levantamento realizado em 2016, ocupando a 16ª posição em número de presos em nível nacional. O destaque maior está no dado referente às vagas, onde o estado tem uma capacidade para atender 5.241 presos e, no entanto, ocupa essas vagas com um número maior de pessoas, perfazendo uma taxa de ocupação 217,1%, o que revela um elevado grau de superlotação, de modo que a Paraíba apresenta um déficit de 6.136 vagas no sistema penitenciário (Brasil, 2017).

UF	População prisional	Taxa de aprisionamento	Vagas no sistema prisional	Taxa de ocupação	Total de presos sem condenação	% de presos sem condenação
AC	5.364	656,8	3.143	170,7%	1.989	37,1%
AL	6.957	207,1	2.845	244,5%	2.588	37,2%
AM	11.390	284,6	2.354	483,9%	7.337	64,4%
AP	2.680	342,6	1.388	193,1%	628	23,4%
BA	15.294	100,1	6.831	223,9%	8.901	58,2%
CE	34.566	385,6	11.179	309,2%	22.741	65,8%
DF	15.194	510,3	7.229	210,2%	3.651	24,0%
ES	19.413	488,5	13.417	144,7%	8.210	42,3%
GO	16.917	252,6	7.150	236,6%	6.828	40,4%
MA	8.835	127,0	5.293	166,9%	5.177	58,6%
MG	68.354	325,5	36.556	187,0%	39.536	57,8%
MS	18.688	696,7	7.731	241,7%	6.058	32,4%
MT	10.362	313,5	6.369	162,7%	5.436	52,5%
PA	14.212	171,8	8.489	167,4%	6.860	48,3%
PB	11.377	284,5	5.241	217,1%	4.798	42,2%
PE	34.556	367,2	11.495	300,6%	17.560	50,8%
PI	4.032	125,6	2.363	170,6%	2.217	55,0%
PR	51.700	459,9	18.365	281,5%	14.699	28,4%
RJ	50.219	301,9	28.443	176,6%	20.141	40,1%
RN	8.809	253,5	4.265	206,5%	2.969	33,7%
RO	10.832	606,1	4.969	218,0%	1.879	17,3%
RR	2.339	454,9	1.198	195,2%	1.033	44,2%
RS	33.868	300,1	21.642	156,5%	12.777	37,7%
SC	21.472	310,7	13.870	154,8%	7.627	35,5%
SE	5.316	234,6	2.251	236,2%	3.461	65,1%
SP	240.061	536,5	131.159	183,0%	75.862	31,6%
TO	3.468	226,2	1.982	175,0%	1.368	39,4%
União	437	-	832	52,5%	119	27,2%
<b>Total</b>	<b>726.712</b>	<b>352,6</b>	<b>368.049</b>	<b>197,4%</b>	<b>292.450</b>	<b>40,2%</b>

**Figura 3.** Dados do sistema prisional brasileiro por Unidade da Federação.

**Fonte:** Brasil (2017). Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – INFOPEN. Brasília: Ministério da Justiça. Recuperado de [http://justica.gov.br/news/ha-726-712-pessoas-presas-no-brasil/relatorio\\_2016\\_junho.pdf](http://justica.gov.br/news/ha-726-712-pessoas-presas-no-brasil/relatorio_2016_junho.pdf)

A taxa de aprisionamento da Paraíba é de 284,5 pessoas presas para cada grupo de 100 mil habitantes no estado. A taxa é a terceira maior do nordeste, sendo menor apenas que os estados do Ceará (385,6%) e Pernambuco (367,2%) (Brasil, 2017). Tais dados revelam que o estado possui uma grande massa carcerária e consequentemente de taxas elevadas de criminalidade. No momento da realização desta pesquisa em janeiro de 2017, a unidade prisional Raimundo Asfora contava com um quantitativo de 977 presos, segundo dados fornecidos pela direção do presídio. De acordo com (Brasil, 2017), a capacidade disposta no referido presídio é de 280 vagas, sendo assim, no momento da realização do estudo, a taxa de aprisionamento estava em torno de

(325,6%) indicando superlotação nos seus pavilhões, devido ao excedente em sua capacidade na alocação dos presos.

Para o Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP), o mesmo país que avançou em todos os indicadores sociais, diminuindo as desigualdades, ampliando oferta de trabalho, reduzindo a mortalidade infantil e, aumentando a expectativa de vida dos seus cidadãos, também é o país que mantém um alto índice de pessoas em um sistema de privação de liberdade (Brasil, 2009). Neste sentido, o sistema prisional do Brasil tem apresentado um grande desgaste com o passar dos anos e nos dias atuais chegou a um ponto precário com um número de presos muito maior do que o de vagas, não existindo no país nenhuma unidade prisional, sob os cuidados do Estado, que apresentasse em suas dependências um número de presos inferior ao de vagas e nem sequer um cárcere onde o número de presos fosse igual ao de vagas: todas as instalações superlotadas (Andrade & Ferreira, 2015).

Vale destacar que o encarceramento não é um fenômeno novo. Contudo, a questão adquire especificidades que precisam ser compreendidas e analisadas de maneira aprofundada, já que, em geral, as prisões no Brasil são sujas, apresentam falta de luz, ventilação, alimentação inadequadas, maus-tratos, falta de espaço que proporcionam, dentre outros transtornos, as noites mal dormidas. Na realidade, as prisões são espaços de confinamento, ficando os aspectos relacionados à ressocialização, em segundo plano. Segundo Machado (2013) em meio aos estudos que versam sobre esses indicadores, são verificados os seguintes problemas no sistema penitenciário atual:

- a) Superlotação carcerária;
- b) Elevado índice de reincidência;
- c) Ociosidade ou inatividade forçada;
- d) Condições de vida precárias e higiene precárias;
- e) Grande consumo de drogas;
- f) Negação de acesso à assistência jurídica, atendimento médico e dentário;
- g) Ambiente propício à violência física e sexual;
- h) Efeitos sociológicos e psicológicos negativos produzidos pela prisão.

Tais quesitos elevam as penitenciárias brasileiras ao caos, situação que vem sendo discutida com mais ênfase nos últimos anos. Muitos questionamentos têm sido levantados, prós e contras são chamados a discutirem a temática, mas poucas são as soluções alcançadas (Carvalho, 2010). Uma das leituras mais difundidas é a de que o crescimento exponencial do encarceramento decorre do fato de que as prisões assumiram o papel dos guetos na gestão da pobreza, mediante a exclusão dos pobres (Zacksesk, et al., 2017). Este processo de exclusão se relaciona de maneira direta com os aspectos relacionados à criminalização da pobreza, de modo que os mais vulneráveis socialmente são negligenciados, perseguidos e deixados à margem. Nessa linha, ser pobre significa ter os seus direitos violados.

Um dos mais graves impasses referentes a esse caos é a problemática da superlotação nas prisões. Em junho de 2016, a população prisional brasileira ultrapassou a marca de 700 mil pessoas privadas de liberdade, o que representa um aumento da ordem de 707% em relação ao total registrado no início da década de 90, do século XX, conforme o observado na Figura 4 (Brasil, 2017).



**Figura 4.** Evolução das pessoas privadas de liberdade entre 1990 e 2016.

**Fonte:** Brasil (2017). Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – INFOPEN. Brasília: Ministério da Justiça. Recuperado de [http://justica.gov.br/news/ha-726-712-pessoas-presas-no-brasil/relatorio\\_2016\\_junho.pdf](http://justica.gov.br/news/ha-726-712-pessoas-presas-no-brasil/relatorio_2016_junho.pdf)

É importante frisar que o crescimento do número de presos não cumpriu sua promessa de contenção da violência. Ao contrário, a superlotação, a violação de direitos e a falta de ambientes e atividades propícias à ressocialização, levam a um acirramento da violência e crescimento de facções criminosas dentro dos presídios (Langeani & Ricardo, 2016). Dessa maneira, o sistema prisional brasileiro vem sofrendo um inchaço no que tange à quantidade de pessoas em cárcere, sendo que isso reflete diretamente nas condições estruturais dos presídios, bem como na efetivação dos direitos inerentes aos encarcerados (Freitas et al., 2016).

A respeito disso, Carvalho, Lara e Passos (2017), destacam que no fim de 2016 e no início de 2017, o Brasil passou por tensões em presídios nos estados de Amazonas, Roraima, Minas Gerais e Rio Grande do Norte, causadas por disputas entre facções, corrupção e más condições dos presídios. Esses episódios, aliados aos números de condenados e às más condições dos presídios brasileiros levam a sociedade e o Estado a questionarem como lidar com essa problemática que envolve as políticas públicas prisionais na gestão dos presídios e o controle da violência criminal.

Adorno (1998) refere-a à falácia do sistema penitenciário destacando que a falta de condição das prisões, demonstra a ineficácia da Lei de Execução Penal, bem como dos regimentos dos Estados, na condução da missão de ressocializar:

Por maior o desprezo de parte substantiva da sociedade brasileira para com as condições de vida e mesmo o destino do preso, ninguém pode se revelar indiferente diante do cenário oferecido pelas prisões: às mais precárias condições de habitabilidade e à falta de serviços de apoio, assistência e educação vêm se associar uma violência desmedida e incontrolável, grave obstáculo a qualquer proposta de reinserção social de quem quer que tenha algum dia, em momento qualquer, transgredido as normas jurídicas desta sociedade e, por conseguinte, sido punido pela Justiça pública (Adorno, 1998, p.18).

De acordo com Souza (2016), as prisões em diversos lugares do mundo, avolumam velhos problemas que a administração das prisões mostram-se incapazes de resolver, no que tange ao princípio ressocializador, visto que as reincidências prisionais são incontestes. Observa-se que a manutenção destes presos nos estabelecimentos carcerários é onerosa para os governos e, considerando-se o alto índice de reincidência, não geram resultados eficazes, considerando que se aposta na ideia humanizadora da ressocialização.

Zafaroni (1991), destaca que essas são características das sociedades excludentes. Para o autor, o sistema segrega os indivíduos e não recupera ninguém. Estes sinais evidenciam que o sistema prisional no Brasil precisa ser repensado, de maneira que os indivíduos que ingressam nas prisões, ao saírem delas, tornem-se pessoas mais conscientes do seu papel enquanto cidadão.

Posto o panorama da realidade das prisões no Brasil, o próximo tópico abordará um tema importante para a compreensão deste estudo, com ênfase às especificidades relacionadas à Psicologia da saúde.

### 1.3 Psicologia da Saúde

O conceito de Psicologia da Saúde data do século XX, sendo elaborado tanto por estudiosos de Cuba, como pela *American Psychological Association* (APA). Para Ribeiro (2011) e Simon (1999) este conceito foi formalmente construído nos Estados Unidos da América, em 1973, e sua primeira definição deve-se a Stone. No entanto, outros autores (Lovelley, 2003; Calatayud, 2011), defendem a ideia que este conceito teve origem em Cuba, por volta dos anos 60. Para Lovelle (2003) a primeira aparição deste conceito deu-se em 1968 em um contexto institucional, com a criação de um grupo de trabalho de Psicologia da Saúde, no ministério da Saúde Pública da República Cubana.

De acordo com Teixeira (2007) a Psicologia da Saúde é a aplicação de conhecimentos e das técnicas psicológicas à saúde. O autor enfatiza que essa área:

Estuda o papel da psicologia como ciência e como profissão nos domínios da saúde, da doença e da própria proteção dos cuidados de saúde, focando-se nas experiências, comportamentos e interações relacionadas com a saúde, a doenças e os cuidados de saúde. O seu objeto de estudo é o sujeito psicológico e as suas relações com a saúde, a doença, a família e os técnicos de saúde, inclui também os diferentes grupos sociais e os seus problemas associados à promoção de saúde e à prevenção de doenças (Teixeira, 2007, p. 17-18).

Segundo Alves, Lima, Souza, Ernesto e Silva (2011), a Psicologia da Saúde é um campo de aplicação da Psicologia, que versa prioridades às questões de promoção de saúde e da prevenção de doenças, dedicando-se assim aos cuidados de saúde geral. Alves (2008) destaca ainda que as práticas do psicólogo que tem como norte esse modelo de atuação da Psicologia da Saúde, está para além das práticas clínicas e da saúde mental, dispensando uma atenção para a saúde global das pessoas levando em consideração o meio social/coletivo aos quais estas estão inseridas.

Para Alves, Eulálio e Brobeil (2009) a Psicologia da Saúde fundamenta suas ações práticas e epistemológicas pautando-se nos três níveis de atenção à saúde (primário, secundário e terciário), proporcionando aos profissionais de Psicologia uma

fonte de conhecimento teórico e prático que podem auxiliá-los diretamente no exercício de suas práticas em saúde pública.

- Prevenção e Intervenção Primárias - Neste nível dá-se prioridade para ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, buscando atender a comunidade em suas necessidades gerais de saúde, sempre respeitando e considerando o contexto social da comunidade em questão.
- Prevenção e Intervenção Secundárias - aqui o objeto principal de atenção é a saúde mental, tendo como campo de atuação para realização da prática psicológica os ambulatórios e centros especializados. É nesse nível de atenção que mais se utilizam as técnicas tradicionais da Psicologia, como a psicoterapia.
- Prevenção e Intervenção Terciárias - voltado à assistência de problemas de alta complexidade provenientes dos níveis anteriores. O principal campo de intervenção são os hospitais ou clínicas especializadas, e dispõe também sobre estudos epidemiológicos (Alves et al., 2011).

Tratar o tema da saúde do homem, tomando como suporte teórico/epistemológico a Psicologia da Saúde, possibilita um olhar diferenciado para este público, tentando-o compreender a partir do contexto ao qual está inserido e dispensando uma atenção integral à sua saúde. A Psicologia da Saúde possui um olhar singular para o processo saúde-doença (Alves, et al. 2011), não preocupando-se somente como a prevenção de doenças, ou do sujeito enquanto doente, mas sim voltando-se para a promoção e cuidados em saúde, buscando também compreender de que modo os fenômenos psíquicos podem afetar a saúde física do sujeito.

Para Simon (1993) a Psicologia da Saúde se caracteriza por dar relevância à promoção e a manutenção da saúde e à prevenção das doenças, resultado das confluências das contribuições específicas de diferentes arcabouços da ciência psicológica, seja da psicologia clínica, psicologia social, psicologia comunitária, dentre outras. Nessa mesma linha (Remor, 1999) destaca que a Psicologia da Saúde, com base no modelo biopsicosossocial, utiliza os conhecimentos das ciências biomédicas, da Psicologia Clínica e da Psicologia Social-comunitária. Vale destacar que o trabalho multiprofissional nessa área é de grande importância.

Neste sentido, a Psicologia da Saúde pode colaborar na construção de estratégias de intervenções bem fundamentadas nas práticas dos profissionais de saúde, assim

como na manutenção e desempenho das políticas públicas de saúde, uma vez que essa área da psicologia debruça-se integralmente à saúde geral do sujeito. Desse modo, o arsenal teórico e metodológico que constitui a Psicologia da Saúde pode contribuir também no desenvolvimento da Política Nacional Integral de Saúde do Homem (PNAISH), possibilitando que o “sujeito homem” seja visto de modo integral, diante do seu contexto sociocultural e através das suas peculiaridades de existência na sociedade. Isso pode potencializar a eficiência da PNAISH nos serviços de saúde e junto à comunidade, uma vez que a atenção ao público masculino estará ainda mais intensificada.

#### **1.4 Saúde do homem**

Este estudo consiste em um recorte de um tema que vem recebendo maior atenção nos últimos anos: ‘a saúde do homem’. No Brasil desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a prioridade dos programas de saúde foi direcionada às mulheres (Brasil, 2008). De modo diametralmente oposto, a atenção dispensada ao homem foi insatisfatória e recebeu menos visibilidade na esfera da saúde (Couto et al., 2010).

Um movimento importante, com enfoque nos estudos sobre gênero, ocorrido ao longo dos anos noventa, ajudou a fortalecer o debate acerca da necessidade do desenvolvimento de políticas de saúde voltadas especificamente para a população masculina (Ferraz & Kraiczky, 2010). Na mesma linha de preocupação com a saúde do homem e a falta de atenção a estes, Alves et al. (2011), retratam que há uma maior mortalidade da população masculina em comparação com a população feminina, e que, além disso, os homens apresentam uma expectativa de vida menor em relação às mulheres.

Silva et al. (2016) afirmam que esta discussão perpassa aspectos e singularidades do ser saudável e do ser doente entre segmentos masculinos. Para esses autores as necessidades em saúde sofrem influência do modelo de masculinidade hegemônica, determinando o modo como se dará o reconhecimento e a expressão das necessidades em saúde por esses homens.

A respeito disso, Bento (2015) aponta que a sociedade brasileira dispõe de um modelo hegemônico de masculinidade, que foi construído tomando como base a exaltação da virilidade, da posse, da competitividade, do poder e da violência. Este modelo, apesar de abranger apenas uma parcela da população masculina, possui grande impacto na sociedade geral e acaba por definir padrões de comportamentos. Essas atribuições simbólicas e sociais, incorporadas e vivenciadas por vários homens, contribuem para a não procura dos homens aos serviços de saúde, pela crença do “não precisar de cuidados”. Esta crença reforça padrões tradicionais de masculinidade e pode ser entendida pela ideia de que homem costuma se julgar forte e invulnerável (Gomes, 2010).

Nascimento et al. (2014), apontam ainda, que o não envolvimento do homem nas práticas cotidianas de saúde proporciona o aumento de índices de doenças que poderiam precocemente ser evitadas, o que contribui para o surgimento de problemas de saúde pública e o combate tardio de doenças. Outro fator apontado por homens como justificativa de não ir ao médico foi encontrado num estudo sobre a frequência dos homens nos serviços de atenção primária de saúde (Alves et al., 2011), que apontou a incompatibilidade de tempo entre a carga horária de trabalho e os horários disponíveis para o atendimento em consultas.

Em outro estudo realizado por Barreto, Arruda e Marcon (2015), os autores afirmaram que a busca por determinado tipo de serviço de saúde é modelada pelo horário de funcionamento do serviço. Isto porque os homens valorizam a possibilidade de o atendimento não implicar na falta ao trabalho e, também, de o mesmo ocorrer de forma rápida. Para nós este argumento também pode ser interpretado como uma forma de dissimular a representação de homem invulnerável. Ou seja, faltar ao trabalho para ir ao médico, apresentar um atestado médico justificante da falta, implica em admitir publicamente que adocece. Isto invalidaria a ideia de homem invulnerável, e macularia a própria representação de masculinidade absorvida mediante o modelo hegemônico.

Refletindo essas questões, Chianca (2011) afirma que a situação da saúde do homem apresenta-se de um modo desafiador no tocante às políticas públicas e reafirma a importância da ampliação do debate referente à saúde deste grupo populacional, visando potencializar as ações e práticas voltadas para melhorias das condições biopsicossociais intervenientes na saúde do homem. Estas preocupações amparadas por



dados de pesquisas sobre os déficits de saúde do homem contribuíram, de modo decisivo, para a elaboração do Programa Nacional de Atenção à Saúde do homem (PNAISH) (Ribeiro et al., 2014). Tal Programa nasce com a finalidade de promover a melhoria das condições de saúde da população masculina adulta com idades entre 25 a 59 anos, através de ações de saúde que contribuam significativamente para o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade, por causas preveníveis e evitáveis. Pretende também identificar os elementos psicossociais que acarretam a vulnerabilidade da população masculina à maior exposição de riscos em saúde, assim como, influenciam em seu acesso à Atenção Primária à Saúde (Brasil, 2008).

A PNAISH surgiu da necessidade de mudar a cultura sobre a prevenção entre os homens, enfatizando para isso, uma mudança paradigmática da percepção masculina em relação a seus cuidados com a saúde, além da compreensão do universo masculino e suas motivações e empecilhos para fazer a prevenção de doenças. A PNAISH busca atingir os aspectos da saúde masculina durante os seus ciclos vitais, bem como focalizar o significado do masculino através de uma saúde mais integral ao homem, já que este tem se mostrado mais vulnerável às doenças graves e crônicas, em função da baixa adesão terapêutica e por apresentar pouco interesse na prevenção dessas enfermidades (Chakora, 2014).

As ações da PNAISH buscam romper obstáculos que impedem os homens de frequentar os serviços de saúde. Já que esses, na maioria das vezes, recorrem aos serviços de saúde apenas quando a doença está avançada. Ferraz e Kraiczky (2010) explicam que a não-adesão às medidas de saúde integral, por parte dos homens, contribui para uma maior vulnerabilidade às enfermidades crônicas e graves, aos tratamentos de saúde prolongados e de alto custo que poderiam ter sido evitados se houvesse os devidos cuidados preventivos.

Nesse sentido, a discussão acerca da saúde do homem precisa ser ampliada com análise interdisciplinar, contemplando um maior aprofundamento na natureza singular dos modelos de masculinidade hegemônicos, ainda presentes, atuantes e reforçados no imaginário social coletivo (Moura et al., 2015). A partir da compreensão dos aspectos culturais e simbólicos que conformam as práticas dos homens em relação à sua saúde, é possível potencializar os serviços voltados à saúde do homem, objetivando diminuir a mortalidade e melhorar a expectativa de vida desse público.

## 1.5 A saúde no âmbito prisional

Considerando o que foi dito sobre o panorama do sistema penitenciário brasileiro e sobre os aspectos relacionados à saúde do homem, iniciamos nesse item uma reflexão acerca da saúde e sua relação com o sistema prisional. Na perspectiva da saúde coletiva, considerando saúde no seu conceito mais amplo, as unidades prisionais devem propiciar um ambiente favorável para o acesso a assistência à saúde, psicossocial, pedagógica, entre outros direitos previstos em leis (Damas, 2012).

Destaca-se que a saúde nas penitenciárias é um tema importante em um país como o Brasil, com mais de 700 mil reclusos em estabelecimentos penais. De acordo com Minayo e Gualhano (2016), a efetivação da saúde nas prisões permanece um grande desafio. As autoras afirmam que no Brasil houve um crescimento no número de pessoas presas desde a década de 90, sendo a maior parte delas oriundas de comunidades desfavorecidas, com acesso limitado à saúde. Por essas razões o tema merece um destaque especial.

Foi visto inicialmente, que o aumento das taxas de encarceramento observado no Brasil tem sido acompanhado de um crescente sucateamento do sistema prisional. Tal aspecto tem prejudicado sensivelmente as condições mínimas adequadas para atender aos requisitos de cumprimento de penas, nos termos das exigências legais estabelecidas, sobretudo no âmbito da saúde (Julião, 2016).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera que uma das mais fortes lições aprendidas no fim do século XX é que a saúde pública não pode mais ignorar a saúde da pessoa privada de liberdade. Por isso, existe um crescente reconhecimento de que uma boa atenção à saúde nos sistemas prisionais representa uma boa saúde pública (Silva, Nazário & Lima, 2015). De acordo com o guia da Organização Mundial de Saúde (OMS) de promoção da saúde em prisões, são pontos chaves para se pensar a saúde em âmbito prisional:

- a) As pessoas que estão na prisão têm direito à saúde, como qualquer outra;
- b) A administração prisional é responsável por assegurar que os presos recebam o cuidado adequado e que as condições do estabelecimento promovam o bem-estar dos presos, assim como dos funcionários;
- c) Os presos devem ser vistos pelo pessoal da saúde primeiro enquanto pacientes, não enquanto presos;
- d) A política de saúde na prisão deve estar integrada com a política nacional de saúde e a administração pública deve estar estritamente ligada com os serviços de saúde oferecidos na prisão (OMS, 2007, p.7).

De acordo com Filho e Bueno (2016), historicamente as ações de saúde no sistema prisional começaram com as entidades religiosas, assim como ocorreu com outras instituições totais como, por exemplo, os manicômios. Com o aparecimento da Aids no Brasil, na década de 80, alguns profissionais de saúde, principalmente os médicos sensíveis ao desespero que se instalou no cárcere, iniciaram ações de prevenção da saúde e tratamento desse agravo.

Houve na história importantes marcos na legislação envolvendo a saúde para as pessoas privadas de liberdade. O primeiro com a Lei de Execução Penal nº 7.210 de 11 de Julho de 1984, segundo com a Lei 1.777 de 09 de Setembro de 2003 que aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Prisional e o terceiro referente à Portaria Interministerial Nº 1.966 de 12 de Setembro de 2014, a qual instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) (Brasil, 2014).

O primeiro marco legal referente à saúde nas prisões, diz respeito à Lei de Execução Penal. Segundo a LEP, a execução penal tem por finalidade proporcionar condições para a harmônica integração social da pessoa sentenciada e da internada, apontando como base do cumprimento das penas privativas de liberdade (Brasil, 2010). A assistência em saúde, bem como a material, jurídica, educacional, social e religiosa, figuram como elementos que contribuem para o retorno à convivência em sociedade. No artigo 14 da seção III da LEP, justamente acerca da Assistência à Saúde, consta que:

A assistência à saúde do(a) preso(a) e do(a) internado(a) de caráter preventivo e curativo, compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico.

Quando o estabelecimento penal não estiver aparelhado para prover a assistência médica necessária, esta será prestada em outro local, mediante autorização da direção do estabelecimento. (Brasil, 1984).

Deste modo, a LEP determina que os presos tenham acesso a diversos tipos de assistência, inclusive assistência médica. Segundo a Lei, constitui-se como dever do Estado a assistência ao preso, objetivando prevenir a reincidência no crime e efetivar seu retorno à sociedade. Com caráter preventivo e curativo, são previstas especialidades nas áreas da saúde, funcionando no próprio estabelecimento penal ou em outro previamente autorizado (Brasil, 1984). Pode-se destacar que tal garantia se opera no plano jurídico e não necessariamente se efetiva dentro do cenário prisional. De todo

modo, a LEP foi precursora no estabelecimento legal dos direitos da população prisional do Brasil, o que representou um avanço no campo das políticas sociais no cárcere (Lermen et al., 2015).

Com o advento da LEP, pode-se perceber que nas últimas três décadas, ocorreu um avanço significativo na legislação nacional que salvaguarda o acesso à saúde da população privada de liberdade, entretanto, a efetivação deste direito foi se efetivando de maneira deficitária, o que evidenciou o descumprimento do Estado de seu dever (Arruda, Oliveira & Guilham, 2013). Foi observado ainda que, a saúde nos ambientes prisionais, não contemplava na íntegra os princípios do Sistema único de Saúde (SUS) (Souza et al., 2013).

Buscando resolver tal problemática o Ministério da Justiça e o Ministério da Saúde instituíram em 2003, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), o segundo marco legal, desenvolvido dentro de uma lógica de atenção à saúde fundamentada nos princípios do SUS, cujo objetivo era promover atenção integral à população confinada em unidades prisionais masculinas e femininas (Brasil, 2003). Esse Plano foi voltado para aquelas pessoas que cometeram delitos e tinham sido julgadas e condenadas, não contemplando uma parcela da população carcerária, qual seja, aquela reclusa nas cadeias públicas, nos distritos policiais e nas delegacias (Brasil, 2010).

A PNSSP preconizou garantir a saúde da população privada de liberdade de modo integral, com base em diretrizes estratégicas como: Prestar assistência integral resolutiva, contínua e de boa qualidade às necessidades de saúde; Reduzir os agravos mais frequentes; Definir e programar ações e serviços consonantes com princípios e diretrizes do SUS; Implementar a intersetorialidade; Democratizar o conhecimento do processo saúde/doença (Souza et al., 2013).

Em 2014 a PNSSP foi substituída pelo terceiro marco legal, a Portaria Interministerial N° 1.966, de 12 de Setembro de 2014, a qual instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), no âmbito do SUS. A PNAISP nasce da avaliação dos dez anos de aplicação do plano anterior, quando se constatou o esgotamento do seu modelo e a necessidade urgente de promover a inclusão efetiva de todas as pessoas privadas de liberdade ao SUS (Brasil, 2014).

A PNAISP surge com a finalidade de garantir o direito constitucional à saúde e o acesso com equidade, integralidade e universalidade, além de organizar as ações e serviços de saúde dentro dos estabelecimentos penais. A política foi criada com a pretensão de desenvolver ações de prevenção, promoção e tratamento nas áreas de saúde bucal, doenças sexualmente transmissíveis, HIV/Aids e hepatites virais, saúde mental, controle da tuberculose, hipertensão e diabetes, hanseníase, imunizações, coletas de exames laboratoriais e acesso à assistência farmacêutica básica, com foco na atenção integral (Brasil, 2014).

As diretrizes gerais da PNAISP versam sobre os seguintes princípios (Brasil, 2014, p. 11-12):

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

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

**Descentralização:** A atenção integral à saúde da População Privada de Liberdade é de responsabilidade dos três níveis de gestão, de acordo com as competências de cada um.

**Hierarquização:** O acesso universal e igualitário aos serviços de saúde inicia-se pela porta de entrada do SUS e se completa na rede hierarquizada e regionalizada, de forma a dar conta das demandas da população nos variados níveis de complexidade dos serviços de saúde oferecidos. Uma vez que os serviços de saúde prisional constituem unidades básicas de saúde, esses devem estar articulados com os demais serviços da Rede de Atenção à Saúde, seguindo os fluxos de referência e contrarreferência de forma a garantir à população privada de liberdade o acesso integral aos serviços e ações do SUS.

**Humanização:** O atendimento à saúde da população privada de liberdade deverá nortear-se pelo respeito a todas as diferenças, sem discriminação de qualquer espécie e sem imposição de valores e crenças pessoais por parte dos profissionais de saúde.

Oliveira e Damas (2016) destacam que a realidade carcerária brasileira, na perspectiva dos direitos humanos e do direito de atenção à saúde, é desoladora. Por um lado, há uma escassez de recursos materiais e humanos para que o sistema tenha suas necessidades de saúde contempladas e atendidas. Por outro, as condições carcerárias sub-humanas tornam-se fortes geradoras de doenças físicas e mentais, as quais, insuficientemente atendidas, se retroalimentam, criando um ciclo vicioso de descaso sofrimento na vida dos presos.

Lermen et al. (2015) destacam que a passos lentos e graduais, a saúde no sistema penitenciário vem ganhando visibilidade. Nessa trajetória, a PNAISP significa um marco fundamental na garantia dos direitos sociais e humanos nas prisões. O texto da política reafirma que as pessoas privadas de liberdade são cidadãos de direitos e contraria a associação comumente feita em nossa sociedade entre transgressão e negação de direitos sociais.

Porém, apesar de haver um marco legal que prevê o acesso do preso à assistência à saúde, as condições precárias de confinamento se tornam obstáculos para garantia dos direitos dos indivíduos. As precariedades das condições físicas das prisões podem ser percebidas na presença de ambientes sem higiene, insuficiências de acesso às unidades de saúde, refeições nutricionalmente desbalanceadas; vestuários sujos e inadequados; e aeração escassa dos espaços físicos (Minayo & Constantino, 2015).

Torna-se relevante considerar a grave situação em que se encontram os indivíduos encarcerados no Brasil:

Tem-se que levar em vista, que os conhecidos problemas de saúde decorrentes das condições de confinamento, não têm sido objeto de ações resolutivas que possibilitem o acesso das pessoas presas a serviços efetivos com atenção integral. A necessidade de implementação de uma política pública de inclusão social, que atente para a promoção dos direitos humanos das pessoas privadas de liberdade, mostra a importância da reorientação do modelo assistencial nas penitenciárias a fim de atender às necessidades de saúde dessas pessoas (Barbosa, Costa & Celino, 2015, p. 262).

Desse modo, a assistência médica e da saúde do preso é uma das grandes problemáticas do sistema carcerário brasileiro, pois, na prática, o que se observa é que este benefício não é oferecido de forma ampla e correta, tendo em vista que os presos alcançam a assistência médica em nível mínimo (Estefam & Gonçalves, 2013).

Cabe destacar ainda, que a situação de saneamento básico precário ou inexistente, em inúmeros presídios, incide diretamente no aumento de doenças infecciosas. Freitas et al. (2016) afirmam que as condições estruturais dos presídios também influenciam a saúde dos detentos, visto que, além de haver uma superlotação, normalmente existe a proliferação de epidemias e desenvolvimento de patologias. Os agravos de maior incidência nesses ambientes são: tuberculose, pneumonia, hepatite, doenças sexualmente transmissíveis, dentre outros. Tais problemas de saúde são o reflexo do descaso relacionado sobretudo a falta de ações de promoção e prevenção de agravos nas prisões brasileiras.

Em face dessa clientela específica, e com necessidades diferenciadas, o profissional de saúde que atende às demandas da pessoa privada de liberdade deve desenvolver suas atividades centradas na necessidade do indivíduo, considerando os aspectos éticos e legais da profissão e levando em consideração as características próprias do sistema penal (Souza & Passos, 2008). Os dados epidemiológicos evidenciam que a saúde das pessoas privadas de liberdade ainda está pouco visível nos contextos das práticas, sobretudo nas políticas de saúde, ainda que no Brasil exista a PNAISP (Souza et al., 2013). Neste contexto, a psicologia da saúde apresenta-se como uma proposta viável de intervenção.

Para garantir assistência integral com ações resolutivas, é necessário que a rede de serviços (re)conheça as necessidades de saúde deste grupo populacional. Nesse sentido, é fundamental que os profissionais considerem as concepções de saúde da população e identifiquem suas necessidades, contribuindo para o enfrentamento das situações de agravos. Para tanto, os profissionais e usuários podem perceber as necessidades de saúde de forma distanciada, contudo, torna-se essencial que haja cooperação entre ambas as partes para que a comunicação seja eficaz e que, por conseguinte, os problemas relativos à saúde sejam resolvidos (Fertonani & Pires, 2005).

Neste sentido, Bretan e Villar (2011) afirmam que a administração prisional deve promover a assistência à saúde e o bem-estar dos presos e de todos os profissionais que atuam na unidade. O sistema público de saúde deve atuar em consonância com o sistema de saúde prisional, assegurando a continuidade de tratamento, seja dentro da unidade, seja, quando necessário, por meio do atendimento ao recluso em instituições públicas fora do cárcere.

Diante de todas as questões aqui colocadas, relacionadas principalmente à violação de direitos e descumprimento das leis vigentes, sobretudo no que se refere à saúde, faz-se necessário discorrer sobre os aspectos relacionados aos direitos humanos e suas implicações no processo de privação de liberdade.

## **1.6 Direitos Humanos e o sistema prisional**

A perspectiva dos direitos humanos assegura o direito de todos ao cuidado, sem distinção de raça, gênero ou situação socioeconômica. No entanto, por diversas vezes na história da humanidade, em contextos de dominação, verifica-se o cuidado sendo estabelecido numa perspectiva utilitarista e exploratória para pessoas coisificadas (Cunha, 2010). De acordo com Oliveira (2015), os direitos humanos refletem uma concepção de sociedade que se deseja construir e de pessoas que se deseja formar. O que fundamenta esse movimento são os processos e aprendizagens acumulados pela humanidade, nas mais diversas áreas, experiências e descobertas. É um processo de construção humana, de apreensão e de recriação da humanidade.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, proclamada em 1948, é uma referência basilar na qual pode-se encontrar os princípios e direitos expressos. Esse documento é um marco para humanidade, uma vez que buscou alinhar as nações a um compromisso de defesa incondicional do direito de todos à vida digna em qualquer contexto em que ela se encontre (Brasil, 2015). De acordo com a declaração, em seu artigo primeiro: Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotados de razão e consciência e devem agir em relação uns aos outros com espírito de fraternidade (ONU, 1948).

Os direitos humanos são um conjunto de princípios e direitos que juntos representam a defesa e a promoção da vida digna para pessoa humana. Isso implica considerar a universalidade do ser humano e também as especificidades de cada pessoa. Segundo Rodrigues:

O conceito atual de direitos humanos foi confirmado com a realização da Conferência Mundial sobre Direitos Humanos, ocorrida em Viena, em 1993. Naquela ocasião, foram elaborados a Declaração e o Programa de Ação de Viena. Em seu parágrafo quinto, a Declaração estabelece que: Todos os direitos



humanos, são universais, interdependentes e inter-relacionados globalmente de forma justa e equitativa, em pé de igualdade e com a mesma ênfase (Rodrigues, 2007, p 11).

No Brasil, a temática dos direitos humanos adquiriu elevada significação histórica, como resposta à extensão das formas de violência social e política vivenciadas nas décadas de 1960 e 1970. No entanto, persiste no contexto de redemocratização a grave herança das violações rotineiras nas questões sociais, impondo-se, como imperativo, romper com a cultura oligárquica que preserva os padrões de reprodução da desigualdade e da violência institucionalizada (Brasil, 2007).

A garantia do exercício de direitos tem seu amparo na Constituição Federal de 1988 e a dignidade da pessoa humana é um dos principais fundamentos do Estado Democrático de Direito. O princípio da dignidade humana é assegurado na carta magna como um princípio fundamental (Brasil, 1988), em seu artigo 1º, inciso III, estabelece o seguinte:

Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:

III - a dignidade da pessoa humana.

Ao abordar a dignidade humana, observa-se que o sistema criminal, conjugado à absoluta falta de estrutura que advém do sistema carcerário para absorver contingente de pessoas cada vez crescente, agravou a capacidade de degradação humana já própria dos equipamentos prisionais, mercê da violação diuturna dos direitos fundamentais dos que neles se encontram recolhidos (Castro, 2017). Para Occaso e Yoshiura (2013), direitos fundamentais são definidos como sendo o agrupamento de direitos e garantias do ser humano que tem por objetivo básico o respeito a sua dignidade, através de sua proteção contra o uso excessivo do poder do estado e o estabelecimento de requisitos mínimos de vida e desenvolvimento da personalidade humana.

A violação dos direitos humanos dos presos é uma constante e vincula-se a um conjunto de causas. Entre elas e uma das mais importantes é a ideia de que o abuso sobre as vítimas, os presos, é natural, pelo fato de serem criminosos e não merecerem a atenção pública (Rolim, 2000). Tal observação coloca a prisão como um espaço de exclusão e desumanização de indivíduos.

Pode-se afirmar que a população encarcerada brasileira vive abaixo da linha de dignidade mínima, não sendo a ela garantidos seus primordiais direitos; em particular, aquele que poderia lhe conferir uma convivência saudável, no plano de um “mínimo existencial”, pelo vácuo legislativo, pela dificuldade de articulação do executivo com o judiciário e no que concerne à existência e efetivação de políticas públicas baseadas nas necessidades das pessoas privadas de liberdade (Filho & Bueno, 2016). Diante do princípio constitucional da individualização da pena, e em consonância com o previsto na LEP, a partir do artigo 82, os estabelecimentos prisionais deverão ser adequados ao tratamento do detento, considerando a conduta praticada e os objetivos da reinserção social. A LEP objetiva afastar o arbítrio, a tortura e a punição ilegal, em consonância com os princípios da legalidade e da humanização das penas (Brasil, 1984).

O ato de limitar a liberdade de um indivíduo é uma penalidade, porém essa limitação deve estar respaldada a luz dos direitos humanos (Capez, 2017). Para Foucault (2017), a prisão representa um fracasso do sistema de execução penal. Teoricamente, o cárcere se insere nas sociedades contemporâneas como a forma mais acentuada de castigo do indivíduo que não respeita as leis e normas vigentes. Assim, justifica-se sua privação de liberdade como meio de recuperá-lo e, posteriormente, reintegrá-lo socialmente. Na prática, o que se observa são homens e mulheres submetidos a sofrimentos físicos e psíquicos decorrentes das condições degradantes que o ambiente prisional e o isolamento social lhes proporcionam.

O desrespeito aos direitos humanos tem sido regra nas prisões brasileiras. Ainda que impedido de conviver em sociedade, o sujeito deve ter garantido a possibilidade de expandir-se enquanto ser humano. A entrada na prisão consiste em uma rota prévia de violação dos direitos humanos, conceito intimamente vinculado à dignidade da pessoa humana, conceito este que se efetiva em diversas esferas: civil, econômica, política, cultural, social. Neste contexto, a saúde está intrinsecamente relacionada à dignidade humana e a preservação da vida (Ornel et al., 2016).

O cárcere é, por sua natureza, violador de direitos humanos. De acordo com Bilbao (2007), o cárcere é incapaz de garantir os direitos legalmente estabelecidos, de fazer possível a segurança jurídica das pessoas encarceradas. Isto é o que gera violência e tensão entre as pessoas presas, e entre estas e o pessoal que trabalha nas prisões. Cria frustração, desesperança, desespero, desejos de vingança, recurso à evasão por meio das

drogas, ou seja, definitivamente um clima conflituoso, corrompido e violento no cárcere.

Uma referência essencial nessa discussão é encontrada nas Regras Mínimas para Tratamento de Prisioneiros, adotadas pelo 1.º Congresso das Nações Unidas sobre Prevenção do Crime e Tratamento de Delinquentes, realizado em Genebra, no período de 22 de agosto a 3 de setembro de 1955. Essas regras são recomendadas pela Organização das Nações Unidas (ONU), como referencial mínimo para organização dos sistemas de execução de penas e tratamento dos presos no mundo. Como princípio fundamental está a sua aplicação de maneira imparcial, não devendo existir qualquer espécie de discriminação, seja por origem, raça, cor, sexo, língua, religião etc. O documento apresenta ainda regras gerais para administração dos estabelecimentos penais, abordando (ONU, 1955):

- A inclusão do preso na unidade prisional, a forma de registro, a separação e classificação por sexo, o tipo de infração e condenação;
- Condições mínimas adequadas para instalações físicas e atendimento às necessidades de higiene, descanso, alimentação, atividades físicas, trabalho etc.;
- Formas de aplicação de sanções e disciplina, bem como uso de instrumentos de coação;
- Garantias de assistência adequada aos atendimentos à educação, religião, saúde;
- Escolha e preparação do pessoal penitenciário, enfatizando a necessidade de alocar pessoas com perfis adequados e prepará-las para o exercício das funções.

O sistema penitenciário, neste sentido é uma instituição que deve preservar a dignidade do ser humano, já que seu objetivo é viabilizar as condições para que, ao retornar à liberdade, ele consiga conviver socialmente (Santos et al., 2017). Cabe destacar aqui o princípio da humanização, presente na Constituição Federal. Esse princípio resguarda a garantia constitucional da dignidade da pessoa humana, prevista em nossa carta magna. O principal objetivo desse princípio é proporcionar aos apenados condições dignas e sua missão é viabilizar que essa garantia não seja violada no sistema carcerário. A constituição (Brasil, 1988) explicita em seu art. 5º, inciso XLVII, quanto à questão da humanização, que não haverá penas:

- a) de morte, salvo em caso de guerra declarada, nos termos do art. 84, XIX;
- b) de caráter perpétuo;

- c) de trabalhos forçados;
- d) de banimento;
- e) cruéis.

Entretanto, Foucault (2017) apontou que o tratamento destinado aos reclusos cria uma rede de violações e de situações de conflito que ampliam a situação de marginalidade do preso, desumanizando-o, tornando-o marcado pelo passado de crimes, e a prisão passa a ser vista como a habitação do crime, lugar de criminosos, de pessoas inferiorizadas.

De acordo com Barros e Jordão (2012) o modelo penitenciário baseado no autoritarismo e no desrespeito aos direitos humanos, é um dos principais fatores que acabam contribuindo para a crise nas unidades prisionais:

A prisão necessita ser discutida como um espaço de resgate da dignidade e não do aprofundamento da marginalidade. É preciso encontrar saídas politicamente viáveis para o sistema penitenciário e para as suas administrações mergulhadas na inoperância, no fatalismo da falência do modelo prisional vigente, que permite que aceitemos que seres humanos sejam tratados como animais, desrespeitados em sua cidadania, vitimizados pelo preconceito e pela segregação racial (Barros & Jordão, 2012, p. 13).

A prisão, nas atuais condições, deteriora o ser humano. Fere o indivíduo na sua autoestima sob todos os aspectos, quando o obriga a viver em condições deficientes como a superpopulação, alimentação paupérrima, falta de higiene e assistência sanitária, dentre tantas outras situações degradantes e inaceitáveis sob uma ótica humanista (Marques Júnior, 2007). Tomando como base essa realidade, fica complicado produzir saúde e bem-estar, ficando os presos expostos a níveis mínimos de dignidade.

Neste contexto, percebe-se que existe uma limitação quanto à efetivação dos direitos humanos dentro dos presídios. Morais (2010) destaca que os direitos humanos, como conjunto de valores históricos, básicos e fundamentais, que dizem respeito à vida digna jurídico-político-psíquico-físico-econômica e afetiva dos seres humanos e de seu habitat, surgem sempre como condição fundante da vida, impondo aos agentes político-sociais a tarefa de agirem no sentido de permitir e viabilizar que a todos seja consignada a possibilidade de usufruí-los em benefício próprio e comum ao mesmo tempo. Assim, como os direitos humanos dirigem-se a todos, o compromisso com sua concretização caracteriza-se como tarefa de todos, em um comprometimento coletivo com a dignidade comum. O capítulo que segue abordará as estratégias metodológicas deste estudo.

# CAPÍTULO II

## ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

---

*“O desconhecido assusta as pessoas. Logo que ele lhes oferece a face, já não é mais desconhecido, especialmente se observado com lúcida serenidade”*

(Antoine de Saint-Exupéry)

Para dar sentido às estratégias metodológicas que foram utilizadas, as seções que seguem, elencam os detalhes da condução do presente estudo. Convém nesta sessão, descrever a população estudada, os critérios de inclusão e exclusão que foram adotados, os instrumentos e os procedimentos de coleta de dados escolhidos para aplicação durante o processo.

## **2.1 Delineamento**

O presente estudo consiste em uma pesquisa descritiva, de caráter exploratório e tem a abordagem qualitativa como principal referência. De acordo com Gray (2012), os estudos descritivos buscam desenhar um quadro de uma situação, pessoa ou evento, ou mostrar como as coisas estão relacionadas entre si. Optou-se por realizar um estudo descritivo por entender que o seu objetivo principal é produzir um apanhado da realidade. Descrever uma prisão, por exemplo, pode significar dizer algo da sua estrutura física, mas também relatar como as pessoas interagem e se percebem nesse ambiente, particularmente no que se refere a aspectos relacionados à saúde.

Flick (2013) aponta para a relevância das pesquisas de cunho qualitativo, destacando um dos seus principais objetivos, o de captar os significados subjetivos das questões a partir das perspectivas dos participantes. O método qualitativo aqui proposto justifica-se por ser adequado à compreensão de discursos e significados transmitidos pelas falas dos presos. Oliveira e Damas (2016) enfatizam o papel do pesquisador ao utilizar a abordagem qualitativa, explicando que este deve estar preparado para, em campo, lidar com situações inesperadas e ao mesmo tempo, exercitar sua capacidade de articulação entre diferentes saberes e entre os dados colhidos. Terá ainda de contextualizar os dados coletados para produzir uma análise o mais fiel possível à realidade, devendo considerar sua fluidez, sua dinâmica e complexidade.

## **2.2 Participantes**

Participaram do estudo, 35 homens presos, cumprindo pena na Penitenciária Regional de Campina Grande/PB Raimundo Asfora (Serrotão). Com idade entre 25 e 59

anos de idade. As entrevistas realizadas com os participantes foram codificadas com a letra S (Sujeito), seguida do número sequencial na qual se deu a efetivação da entrevista. Exemplo: S12 – Décimo segundo sujeito entrevistado.

O número total de participantes foi definido pelo ponto de saturação, que determinou o encerramento da coleta à medida que começaram haver repetições dos conteúdos trazidos pelos presos. A saturação é o instrumento epistemológico que determina quando as observações deixam de ser necessárias, pois nenhum novo elemento permite ampliar o número de propriedades do objeto investigado, designando o momento em que o acréscimo de dados e informações em uma pesquisa não altera a compreensão do fenômeno estudado (Thiry-Cherques, 2012).

Para que fosse dado conta da saturação do número de entrevistas, a análise do material, por meio das transcrições, foi conduzida em paralelo com a coleta dos dados. Deste modo, foi possível garantir o momento oportuno do fechamento do número de participantes, visto que os elementos representacionais colocados pelos presos começaram a ficar repetitivos a partir da trigésima entrevista.

### **2.3 Critérios de Inclusão e Exclusão**

O estudo aqui proposto passou por uma triagem (*screening*) de participantes em potencial, isto é, inicialmente foi realizada a identificação dos presos que, aparentemente, atenderiam as características propostas pelo estudo. Neste sentido, a escolha dos participantes se deu de forma não-probabilística e por conveniência (Cozby, 2009). O conceito de amostragem por conveniência, usado em pesquisa qualitativa, permite que o investigador selecione os indivíduos e os locais para o estudo, de modo que eles podem intencionalmente informar uma compreensão do problema de pesquisa e do fenômeno central do estudo (Creswell, 2014, p. 129).

Para tanto, foram verificados os critérios de inclusão:

- a) Homens condenados a regime fechado que aceitaram participar de forma voluntária da pesquisa;
- b) Estar há mais de seis meses recluso na unidade;

- c) Ter idade entre 25 e 59 anos, para ficar de acordo com PNAISH.

Ademais, foram excluídos do estudo, presos recém-chegados à penitenciária, além daqueles que se negaram a participar da pesquisa e com idade diferente da faixa etária estabelecida nos objetivos.

## **2.4 Local da Pesquisa**

O estudo foi realizado na Penitenciária Regional de Campina Grande – Raimundo Asfora, diretamente ligada à Secretaria de Estado de Administração Penitenciária (SEAP). É comumente denominada como presídio masculino do Serrotão, pelo fato de ser este o nome do bairro no qual está localizada. Tem como endereço a Rua Alça Sudoeste, BR 230, s/n - Serrotão, no município de Campina Grande – PB.

Sua construção foi iniciada nos anos de 1980 e a inauguração datada em 27 de setembro de 1990, no mandato do Governador Tarcísio de Miranda Burity, construída em uma área de aproximadamente 14 hectares. De acordo com Silva (2008, p. 52) “a estrutura física da Penitenciária do Serrotão tem a imponência de uma instituição social que procura afirmar através dos seus muros e portões, a força de seu controle disciplinar. Erguida em uma área da cidade, na qual se destaca da paisagem graças à área que ocupa”. No local está inserido um grande complexo de segurança máxima.

Os locais visitados para realização do estudo, se limitaram às dependências da Unidade Básica de Saúde (UBS) do presídio, por se tratar de um espaço que havia uma sala mais reservada, na tentativa de acolher melhor os presos que aceitassem participar do estudo. Além disso, foi possível circular pela área onde são realizadas as revistas dos visitantes, bem como a sala da administração do presídio, na ocasião em que houve a apresentação do projeto de pesquisa, para os dirigentes do presídio.

## **2.5 Instrumentos**

Foram utilizados no âmbito deste estudo, os seguintes instrumentos de coleta de dados:



**Questionário sociodemográfico** – a utilização do questionário (Apêndice A), teve como objetivo abarcar itens relacionados à idade, escolaridade, profissão anterior à prisão, situação socioeconômica, arranjo familiar e aspectos relacionados aos motivos da condenação. Através dele, houve a pretensão de obter informações descritivas sobre o entrevistado, as quais possibilitaram um melhor entendimento da população pelo pesquisador (Costa & Costa, 2014).

**Entrevista semiestruturada** – composta de perguntas que permitiram averiguar a realidade vivenciada pelos presidiários, com foco nos objetivos deste estudo (Apêndice B). A entrevista incluiu questionamentos referentes a autoavaliação de saúde; a percepção sobre a rotina e funcionamento dos serviços de saúde dentro da penitenciária, bem como a existência de ações de promoção e prevenção de saúde, ofertadas pela equipe multiprofissional.

Minayo (1994) considera que as entrevistas são instrumentos produtivos de discurso, por meio delas, apreendem-se ideias, crenças, opiniões, maneiras de representar o mundo, maneiras de nele atuar. A entrevista semiestruturada permite fazer aprofundamento das visões e das opiniões onde for desejável que os respondentes aprofundem suas respostas. Esse aprofundamento também pode permitir levar a entrevista por novos caminhos que, embora não fossem considerados como parte original da entrevista, ajudem a alcançar os objetivos da pesquisa (Gray, 2012). Alves (2001) enfatiza que a utilização deste instrumento requer a observação dos aspectos sociais e psicológicos dos envolvidos no contexto da entrevista, de modo a garantir o melhor encaminhamento e interpretação dos dados, requer ainda uma escuta de qualidade baseada no discurso do entrevistado, centrada nos objetivos da pesquisa, sem perder o foco nas questões estruturais do tema estudado.

**Diário de Campo** – através deste instrumento, foi possível registrar observações, comentários e reflexões coletadas durante as entrevistas, com anotações das verbalizações e expressões dos entrevistados, bem como as impressões dos pesquisadores. Tais elementos serviram de subsídio para análise dos resultados.

O diário de campo é o espaço de registro dos movimentos, das leituras, dos tempos, espaços e das observações. Para Demo (2012), o analista qualitativo observa tudo, o que é ou não dito: os gestos, o olhar, o balanço, o vaivém das mãos, a cara de quem fala ou deixe de falar, porque tudo pode estar imbuído de sentido e expressar mais

do que a própria fala, pois a comunicação humana é feita de sutilezas, não de grosserias. Por isso, é impossível reduzir o entrevistado a objeto.

## **2.6 Procedimentos**

Inicialmente, foi realizada uma reunião com os dirigentes da unidade prisional. Na ocasião o projeto de pesquisa foi apresentado na sala da direção. Deu-se ênfase aos objetivos do estudo, bem como a relevância da proposta e a importância dos futuros resultados para o meio acadêmico e para a comunidade envolvida. Nesta primeira visita, procurou-se estabelecer junto à direção penitenciária, o local onde os presos seriam entrevistados. Além disso, fez-se necessário debater sobre a dinâmica do processo de coleta de dados, por exemplo, entrando em acordo com os dirigentes no que se refere a como se daria a condução do preso até local de entrevista, a quantidade de entrevistas por dia, horários, dentre outros aspectos relacionados à rotina na penitenciária.

Posteriormente, com as autorizações do Juiz de Execução Penal e da direção do presídio, a coleta de dados foi iniciada na unidade básica de saúde do presídio, em encontros individuais com os presos, nos intervalos das consultas médicas e odontológicas. Diariamente, uma média de 20 presos eram encaminhados à UBS na tentativa de resolverem suas demandas de saúde. Eles chegavam enfileirados, algemados e escoltados pelos agentes penitenciários. Em seguida eram acomodados em uma sala ampla, com características de uma sala de espera. Os agentes eram informados que haveria uma explanação sobre a pesquisa para os presos e posteriormente éramos liberados a ter acesso a essa sala onde os presos estavam dispostos.

Inicialmente, o objetivo do estudo era explanado ao grupo que estava na sala de espera da unidade básica e aqueles presos que se sentiam à vontade para participar do estudo indicavam ao agente penitenciário a sua intenção, e, em seguida, eram conduzidos para uma sala reservada. Antes do início das entrevistas, os participantes eram consultados sobre sua compatibilidade com os critérios de inclusão, e mais uma vez orientados quanto aos objetivos do estudo, principalmente com relação aos aspectos éticos. Ao término dos esclarecimentos e consentimento dos sujeitos, era dado início ao processo de aplicação dos instrumentos.

Para a realização das entrevistas foi disponibilizado, pela direção da penitenciária, um dos ambulatórios da unidade. É importante destacar que, para obedecer ao protocolo institucional de segurança, o local era parcialmente reservado, já que a porta do consultório não podia ser totalmente fechada e um dos agentes ficava a alguns metros da porta de entrada. Ainda assim, podemos afirmar que foi garantido um ambiente de privacidade e de anonimato das respostas, já que a distância entre o preso e o agente penitenciário era suficiente para não permitir a escuta dos relatos dos presos. Alguns presos inicialmente se sentiam inibidos com tal controle, mas à medida que determinadas intervenções de acolhimento eram realizadas, as falas fluíam naturalmente.

As entrevistas foram gravadas por intermédio do Gravador de Voz Windows instalado em um notebook. A utilização do notebook foi devidamente autorizada pela direção do presídio. Após a primeira entrevista, foi desenvolvida uma análise preliminar que teve a intenção de refletir: a adequação das questões propostas e das questões empáticas utilizadas na entrevista, quanto à compreensão dessas questões pelos sujeitos, se possibilitavam a fluência do depoimento e se atendiam ao objeto e objetivo da pesquisa. Por fim, todas as entrevistas foram transcritas na íntegra e, após a transcrição, o material discursivo foi categorizado e posteriormente analisado. Na sessão que segue será descrita a técnica de análise utilizada.

## **2.7 Análise dos Dados**

No processo de análise dos dados deste estudo, as entrevistas foram categorizadas através da Técnica de Análise de Conteúdo sistematizada por Bardin (1979). “A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que visa obter, por meio de procedimentos sistemáticos, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção destas mensagens.” (Bardin, 1979, p.47).

A autora menciona a análise de conteúdo como um conjunto de procedimentos e técnicas, indicando que há várias maneiras para analisar conteúdos de materiais de pesquisa. Sendo elas as seguintes: Análise de Avaliação; Análise de Expressão; Análise

de Enunciação e Análise Temática. E essas técnicas são constituídas pelas seguintes etapas: pré-análise, codificação, categorização e inferência (Bardin, 1979). De acordo com Silva e Fossá (2015), a análise do discurso é uma técnica de análise das comunicações, que irá analisar o que foi dito nas entrevistas ou observado pelo pesquisador. Na análise do material, busca-se classificá-los em temas ou categorias que auxiliam na compreensão do que está por trás das verbalizações, ou seja os discursos.

A técnica utilizada nesse estudo foi a análise de enunciação. Nela, leva-se em conta a comunicação como um processo e não como um dado estatístico. Considera cada entrevista estudada em si mesma (Minayo, 2006). Escolheu-se a análise de enunciação como técnica para analisar os dados, porque, embora pertencendo ao domínio da análise do discurso, essa técnica garante uma evolução de suas características, no sentido de uma maior aproximação entre aquilo que é dito através do discurso livre e o seu significado.

Na etapa de pré-análise deste estudo, utilizou-se da organização do material como ponto chave, para isto, as trinta e cinco entrevistas foram transcritas na íntegra, utilizando-se da leitura flutuante, que permitiu a sistematização das ideias iniciais colocadas pelos sujeitos. No processo de codificação, as entrevistas foram recortadas em unidades e em seguida transformadas em núcleos de sentidos e para cada um desses núcleos foram atribuídos códigos em função dos sentidos apresentados, dando origem às categorias deste estudo, sete no total.

Cada categoria foi analisada em seu processo discursivo permitindo assim, a inferência e a compreensão dos significados produzidos pelos presos. Na etapa da análise, buscou-se empregar uma leitura mais atenciosa, com foco na apreensão dos sentidos dos discursos produzidos pelos presos.

Para dar evidência aos discursos, utilizou-se as árvores de associação dos sentidos, permitindo compreender o processo de construção argumentativa, por meio de passagens específicas das entrevistas analisadas. Sobre as árvores de associação tem-se o seguinte conceito:

As árvores de associação constituem mais um recurso para entender como um determinado argumento é construído no afã de produzir sentido num contexto dialógico. Possibilitam, dessa forma, entender as singularidades da produção de sentido, presas tanto à história de cada pessoa quanto à dialogia intrínseca do processo de entrevista. Têm como ponto de origem a pergunta do entrevistador e

literalmente seguem o fluxo do discurso, usando linhas simples para o desenrolar das associações dos entrevistados (Spink & Lima, 2013, p.91).

Em suma, as árvores de associação visam dar visibilidade ao encadeamento de repertórios nos trechos que parecerem ser mais ilustrativos dos fenômenos em estudo. As árvores associativas são estratégias adequadas para a compreensão de determinadas passagens das entrevistas, em que busca-se entender a construção do argumento (Spink, 2010).

## **2.8 Aspectos Éticos**

A realização deste estudo seguiu os procedimentos éticos referentes a investigações envolvendo seres humanos, em atendimento à Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, que orienta a observância dos referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado (Brasil, 2012).

De acordo com Vieira e Hossne (2015), no Brasil, nenhum pesquisador pode começar uma pesquisa com seres humanos sem a aprovação de um Comitê de Ética e Pesquisa (CEP). Primeiramente, o projeto de pesquisa foi apresentado à direção do presídio, que aprovou a realização do estudo (Anexo A). Em seguida foi apreciado e autorizado pela Vara da Execução Penal da Comarca de Campina Grande/PB (VEP), conforme processo 1028/VEP/2017 (Anexo B). Por último teve o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, sob Nº do CAAE 80142717.6.0000.5187 (Anexo C).

Flick (2013) destaca que em estudos envolvendo pessoas é imprescindível que essas tenham sido informadas de estarem sendo estudadas e que suas participações são voluntárias. Neste sentido, os cuidados éticos abrangeram a garantia de sigilo das informações e a não identificação do participante. Os sujeitos foram informados dos objetivos da pesquisa mediante a leitura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), o qual posteriormente foi assinado em duas vias, uma para o participante e outra para o pesquisador (Apêndice C).

# CAPÍTULO III

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

---

*"A prisão não proporciona muitas alegrias, até pelo contrário, mas permite grandes descobertas"*

(Frei Betto)

Neste capítulo serão apresentados os resultados do nosso estudo, bem como as discussões referentes aos dados obtidos na pesquisa. Para tanto o capítulo foi estruturado em duas partes. A primeira aborda o perfil sociodemográfico da população estudada e a segunda contemplam as discussões referentes às análises dos conteúdos obtidos nas entrevistas.

### 3.1 Perfil Sociodemográfico dos Presos

#### Idade

A primeira tabela demonstra a gravidade da realidade encontrada no presídio estudado: prevalência de participantes com idades entre 25 a 30 anos. O dado indica que o presídio em questão abarca uma população prisional majoritariamente jovem, existindo uma grande concentração de presos que estão no início de sua vida produtiva e que logo cedo ingressaram no universo da criminalidade. Este resultado também foi evidenciado no mapa do encarceramento nacional, que chegou à conclusão que o encarceramento no Brasil, concentra uma maior parcela de presos sobre o grupo dos jovens abaixo dos 29 anos (Brasil, 2015).

Tabela 1  
Faixa etária dos presos

<b>IDADE</b>	<b>QUANTIDADE</b>	<b>FREQUÊNCIA (%)</b>
25-30	15	42,85
31-40	13	37,14
41-50	5	14,39
51-59	2	5,71
<b>TOTAL</b>	<b>35</b>	<b>100,00</b>

Os resultados referentes à idade dos presos corrobora o estudo de Minayo e Ribeiro (2016) que avaliou as condições de saúde de homens em situação de privação de liberdade, e mostrou que 42,6% dos entrevistados tinham idades abaixo dos 30 anos, observando uma maior concentração percentual da faixa etária em plena juventude. Essa posição de destaque referente aos jovens evidencia um quadro complexo, que se

delineia com a inserção precoce dos jovens nas penitenciárias e muitas vezes contribui para uma carreira criminosa (Monteiro & Cardoso, 2013).

A baixa faixa etária de presos é uma tendência que vem sendo observada desde os anos 1990, no contexto urbano brasileiro, indicando o crescimento da criminalidade entre os jovens (Brasil, 2013). O encarceramento de pessoas em plena idade produtiva sinaliza a necessidade urgente em implementar, ampliar e executar, com o máximo de aproveitamento, atividades laborativas e de formação educativa, dentro do presídio, de modo que o tempo do preso seja direcionado a tarefas que o façam refletir sobre suas atitudes enquanto cidadão.

É importante enfatizar que toda essa programação deve ser respaldada pela lógica da ressocialização, para que mais tarde eles retornem à sociedade com oportunidades de ingressarem no mercado de trabalho e, conseqüentemente, tenham menos chances de reincidirem na criminalidade. É possível afirmar que esta situação condiz com a realidade da ausência de políticas públicas voltadas ao público jovem, principalmente aqueles em maior situação de vulnerabilidade. É necessário que haja incentivos voltados principalmente à educação, para que os altos índices de criminalidade e violência sejam combatidos.

A presença dos presos no Serrotão já é, em parte, resultado de um processo de exclusão. Ressalta-se ainda a necessidade da promoção de intervenções que visem melhorias na condição social dos jovens que vivem em áreas caracterizadas pelas altas taxas de vulnerabilidade psicossocial e, inclusive, da discussão sobre a prisão como extensão dessas áreas (Fidalgo, Alves & Silva, 2017). Neste sentido, investir em atividades de cunho educativo é uma forma de atuação efetiva contra a criminalidade e tal ação poderá servir como incentivo na diminuição das estatísticas de jovens condenados à privação de liberdade.

### **Estado civil**

Em relação ao estado civil, a Tabela 2 mostra que o número de solteiros prevalece sobre as demais respostas. Se somarmos as frequências de solteiros, divorciados e viúvo, veremos que a grande maioria dos participantes (68,58%), não estavam em um relacionamento conjugal, no momento da pesquisa. Situação análoga ao



estudo de Minayo e Constantino (2015), com a mesma temática, que verificou as condições de saúde e vida dos presos do estado do Rio de Janeiro. O referido estudo apontou que 46,5% dos homens privados de liberdade se declararam como sendo solteiros.

Tabela 2

**Estado civil dos presos**

<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>QUANTIDADE</b>	<b>FREQUÊNCIA (%)</b>
Solteiro	15	42,85
União Estável	8	22,86
Divorciado	8	22,86
Casado	3	8,57
Viúvo	1	2,86
<b>TOTAL</b>	<b>35</b>	<b>100,00</b>

A alta frequência de solteiros pode ser explicada por pelo menos duas razões: em um primeiro caso a população ser bastante jovem e, num segundo caso, inclusive, com comprovação nos relatos colhidos pelo diário de campo, a separação e divórcios por decisão das companheiras dos presos, após o encarceramento destes, propiciando o rompimento dos vínculos familiares, dando uma ideia de abandono por parte de suas companheiras. Para Cabral e Medeiros (2014), os efeitos da prisão refletem na vida matrimonial do detento. A falta de contato com o cônjuge provoca o estremecimento dos laços de afinidade e afetividade, prejudicando, dessa forma, a relação de modo considerável. Tanto o preso como o cônjuge terão que lidar com a solidão advinda da separação. Muitas vezes, o relacionamento tem fim, pois o companheiro decide não esperar pelo término do cumprimento da sanção penal ou pelo próprio afastamento emocional, fruto da separação física.

Não há como negar que a rejeição de familiares, amigos, vizinhos e das empresas de modo geral afetam diretamente as oportunidades de reinserção social do egresso do sistema prisional (Kubrin & Stewart, 2006). Tal fato leva a acreditar que estes presos possuem uma rede de suporte familiar, marcada por uma ruptura de afetos. Em observações realizadas no diário de campo, percebeu-se que as mães dos presos são

as visitas mais frequentes, eles alegam que estas muitas vezes fazem questão de comparecer no presídio e nessas ocasiões demandam afetos e cuidados.

A família representa um importante suporte afetivo e elo social, de modo que o abandono familiar no período do aprisionamento associa-se ao sofrimento, ao desamparo e a solidão (Jesus et al., 2015). Neste sentido, a falta de um suporte devido coloca o preso em uma situação de esquecimento por parte dos seus familiares, circunstância esta que pode influenciar diretamente no seu processo de reinserção na sociedade. O reflexo disso é a estigmatização do preso, fator social que impacta diretamente na probabilidade de reincidência criminal.

### **Etnia/Raça**

Para saber como os participantes se auto descreveriam em termos de sua etnia/raça, foi utilizada a referência fornecida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2000), para o preenchimento do questionário. Dessa maneira, tal como pode ser visto na Tabela 3, a maior parte da população de presos entrevistados foi classificada como negra, seguida de pardos e brancos.

Tabela 3  
**Etnia/raça dos presos**

<b>ETNIA/RAÇA</b>	<b>QUANTIDADE</b>	<b>FREQUÊNCIA (%)</b>
Negro	18	51,43
Pardo	11	31,43
Branco	6	17,14
<b>TOTAL</b>	<b>35</b>	<b>100,00</b>

O fato que chama a atenção é a predominância de negros e pardos na população pesquisada. De acordo com o Brasil (2017) a população carcerária do Brasil chegou ao número de 726.712 presos no ano de 2016, dos quais (64%) são negros, pretos e pardos. Apesar deste estudo revelar um percentual muito mais elevado no somatório das frequências para negros e pardos (82,86%), em relação aos percentuais em nível nacional (64%). Pode-se afirmar que a tendência para a prevalência dessa população encarcerada, aponta para uma confirmação neste estudo.

Em relação à informação etnia/raça dos presos adultos no Brasil, verifica-se que, em todos os períodos analisados, existiram mais negros presos do que brancos. Em números absolutos, no último censo realizado sobre o perfil do preso em âmbito nacional, há sempre uma maior proporção de negros, constatando-se assim que quanto mais cresce a população prisional no país, mais cresce a proporção de negros encarcerados (Brasil, 2017).

Estes dados possibilitam inferir que tanto o encarceramento, como as mortes violentas no país são focalizados na população jovem e negra. Esses números indicam a seletividade racial do encarceramento brasileiro, já que a aceleração do encarceramento é maior neste grupo do que entre brancos, bem como a vulnerabilidade da população negra e jovem às mortes violentas (Brasil, 2015).

Esse perfil também corrobora a tese de Wacquant (2001), que defende que, com o advento do capitalismo, o Estado promove a exclusão de pessoas, pobres, que não tem acesso ao mercado de consumo. Essas pessoas, tendo de sobreviver de alguma maneira, utilizam-se do mercado informal ou crime. Assim, há uma tendência à diminuição do Estado social, que garante direitos e um aumento de um Estado penal, que pune as pessoas excluídas do mercado de consumo, o que reflete no aumento da criminalidade e encarceramento.

Rosa e Onofre (2016) destacam que a sociedade atual está marcada por profundas desigualdades e injustiças, em um contexto que a população negra se configura como marginalizada, inferiorizada e negada. Para os autores, o sistema penal no Brasil, carrega os reflexos de uma sociedade racista. O estudo de Constantino, Assis e Pinto (2016), que teve como objetivo apontar o impacto da prisão na saúde de presos, assinalou que da forma como está constituído o sistema prisional brasileiro, há uma contribuição para o aprofundamento das múltiplas exclusões vivenciadas pelos reclusos, antes do encarceramento.

Sobre a questão da relação entre a criminalidade e a etnia, Oliveira e Damas (2016), destacaram que há uma relação positiva entre as etnias negros e pardos e a criminalidade. Ainda apontam que a origem dessa relação se deve essencialmente a fatores de natureza econômica, privação de oportunidades, desigualdade social e marginalização, estes que são estímulos que podem propiciar o comportamento criminoso.

## Escolaridade

A Tabela 4 revela que a população estudada possui um nível de escolaridade muito baixo. Se somarmos os não alfabetizados, com os que não concluíram o ensino fundamental, teremos um percentual de 62,86%. Tal percentual revela que os presos deste estudo declararam ter poucas vivências relacionadas à vida escolar.

Tabela 4

### Escolaridade dos presos

ESCOLARIDADE	QUANTIDADE	FREQUÊNCIA (%)
Não alfabetizados	5	14,29
Ensino Fundamental Incompleto	17	48,57
Ensino Fundamental Completo	1	2,86
Ensino Médio Incompleto	6	17,13
Ensino Médio Completo	5	14,29
Ensino Superior Incompleto	1	2,86
<b>TOTAL</b>	<b>35</b>	<b>100,00</b>

Dados de Brasil (2017) confirmam e refletem este resultado quanto à baixa escolaridade, e mostram que quanto maior é o nível de estudo, menor a estatística de presos que a preenchem. A relação aqui indicada foi confirmada em outras pesquisas (Melo & Gauer, 2011; Laffin & Nakayama, 2013; Carvalho, Mello, Rabello & Lima, 2016), que mostraram que a falta de estudos e a baixa escolarização são predominantes entre os presos brasileiros.

Os resultados aqui mostrados, quando alinhados aos indicados na Tabela 3, indicam uma relação de complementaridade entre ser negro ou pardo e o menor acesso à escolarização. Nos permitem apontar que há uma relação entre determinados aspectos de oportunidade à educação e a condição social. Isso significa que a expectativa de combater a criminalidade passa também por intervir na condição social do preso, mas, sobretudo, antes de o indivíduo ser preso, em investimentos relacionados à educação.

A característica mais importante relativa à baixa escolaridade como um possível elemento que contribui para a criminalidade, está ligada às condições de vida que a classe de pessoas privadas de liberdade enfrenta, pois não tendo acesso a uma renda melhor, habita locais carentes, com uma estrutura física em que os espaços são exíguos, sem infraestrutura adequada e sem muitas oportunidades de crescimento pessoal e

consequentemente escolar (Filho, 2012). Para Betto (2017), quanto menor é o grau de instrução, maior é o índice de criminalidade. O autor afirma que a estrutura em que vivemos é um verdadeiro funil, que tende a sufocar quem não atravessa o estreito bico da formação universitária ou da especialização profissional.

A prisão é um reflexo disso, raros são os presos que conseguem concluir o ensino fundamental, fatos esses que podem os levar ao universo dos delitos e consequentemente da privação de liberdade. Assim, investir em educação e políticas são pontos importantes quando o assunto é a redução da taxa de criminalidade.

### **Profissão**

A Tabela 5 mostra que o ofício com o maior destaque na população estudada foi o de pedreiro, seguido pela profissão de agricultor. Essas informações foram também confirmadas em um estudo que buscou compreender as concepções e necessidades de saúde de homens privados de liberdade. Tal estudo apontou o percentual de 24,4% para as profissões de pedreiro e agricultor (Barbosa, Costa & Celino, 2014), dado que corrobora nossa pesquisa.

Tabela 5  
**Profissão dos presos**

<b>PROFISSÃO</b>	<b>QUANTIDADE</b>	<b>FREQUÊNCIA (%)</b>
Pedreiro	5	14,28
Agricultor	4	11,42
Mototaxista	3	8,56
Vendedor	2	5,71
Marceneiro	2	5,71
Servente de Pedreiro	2	5,71
Autônomo	2	5,71
Operador de Máquinas	1	2,86
Auxiliar de Logística	1	2,86
Serviços Gerais	1	2,86
Carroceiro	1	2,86
Agropecuária	1	2,86

Vendedor Ambulante	1	2,86
Segurança	1	2,86
Tratorista	1	2,86
Artesão	1	2,86
Reciclador	1	2,86
Comerciante	1	2,86
Balconista	1	2,86
Mecânico de Moto	1	2,86
Jardineiro	1	2,86
Maqueiro	1	2,86
<b>TOTAL</b>	<b>35</b>	<b>100,00</b>

Os relatos dos presos tenderam a colocar das suas angústias quanto a inserção no mercado de trabalho, muitos deles afirmaram nunca terem trabalhado de carteira assinada, tendo exercido suas atividades laborais dentro da informalidade. Interpretamos tal resultado como sendo um reflexo da pouca escolaridade, que repercutiu, diretamente, no exercício de carreiras pouco estáveis e com vínculos empregatícios precários.

Um aspecto que merece destaque é a alta taxa de rotatividade dos jovens no mercado de trabalho brasileiro. Segundo Corseuil et al. (2013), a rotatividade elevada sinaliza empregos de baixa duração, o que estaria associado a postos de emprego de baixa qualidade ou que exigem baixa formação educacional da parte dos trabalhadores. Para os jovens, que estão em formação educacional, gera-se uma maior sensação de insegurança no emprego.

A escolaridade aumenta a produtividade, abre oportunidades de acesso aos bons postos de trabalho e eleva a renda. A principal medida para transpor esta barreira é investir melhor em educação, não apenas do ponto de vista quantitativo, mas, também, qualitativo (Arbache, 2003). A Educação é uma condição essencial para que as pessoas, sobretudo os jovens, possam usufruir de melhores oportunidades de emprego, renda e qualidade de vida.

De acordo com Cartaxo, Costa, Celino e Cavalcanti (2013), a exclusão econômica de alguns grupos da sociedade acarreta um conjunto de vulnerabilidades. Quando o país, por questões políticas ou administrativas, não gera emprego para seus cidadãos, acaba deixando de lado aqueles que já se encontram em uma situação menos privilegiada. Essa exclusão reflete diretamente na cidadania do indivíduo, à medida que este passa a ter menos oportunidades de emprego, renda e vida digna.

Antunes e Alves (2004) destacam outra tendência comum no mundo do trabalho, a crescente exclusão dos jovens, que atingiram a idade de ingresso no mercado e que, sem perspectiva de emprego, acabam muitas vezes engrossando as fileiras dos trabalhos precários. Para Alvim (2006) os presos no Brasil, em sua maioria, são jovens oriundos das camadas sociais mais pobres, marginalizados socialmente, filhos de famílias pobres, que não tiveram e não têm acesso à educação e à formação profissional, fatores estes que influenciam diretamente na sua inclusão no universo do trabalho.

### **Crime cometido**

A Tabela 6 mostra que as maiores incidências dos crimes cometidos foram para homicídios, seguido de roubos e tráfico de drogas. Frequências que quando somadas alcançam 79,98%. Os dados referentes à tipologia dos crimes praticados, corroboram outro estudo de Filho e Bueno (2016), que buscou traçar a demografia, as vulnerabilidades e o direito à saúde da população prisional brasileira. O referido estudo aponta a maior incidência para os crimes de homicídio, roubo e tráfico.

O que surge de novo no panorama da violência brasileira é que está ocorrendo, uma disseminação dos homicídios para outros municípios das regiões metropolitanas e do interior dos Estados que, na maioria das vezes, está associado ao tráfico de drogas e outras mercadorias ilícitas, mas também se faz presente em áreas de ocupação e desenvolvimento recente (Souza & Lima, 2007).

Outros autores como Monteiro e Cardoso (2013), denunciaram o aumento de inúmeras modalidades de crimes nos últimos anos no país, especialmente os crimes de homicídio. Um estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), apontou que os números elevados desse crime, revelam uma naturalização do fenômeno do homicídio no Brasil, além de um descompromisso por parte de autoridades nos níveis

federal, estadual e municipal, com a complexa agenda da segurança pública (Cerqueira et al., 2017).

Tabela 6  
**Crime cometido pelos presos**

<b>CRIME COMETIDO</b>	<b>QUANTIDADE</b>	<b>FREQUÊNCIA (%)</b>
Homicídio	12	34,29
Roubo	11	31,43
Tráfico de Drogas	5	14,26
Latrocínio	1	2,86
Tentativa de Homicídio	1	2,86
Estupro de Vulnerável	1	2,86
Maria da Penha	1	2,86
Porte Ilegal de Arma	1	2,86
Exploração de Prestígio	1	2,86
Desordem	1	2,86
<b>TOTAL</b>	<b>35</b>	<b>100,00</b>

O aumento da criminalidade e do crime organizado provoca um movimento na defesa do endurecimento das penas. Esse fator tem provocado a ampliação do número de presos e as estatísticas relacionadas à violência mostram o aumento de crimes, principalmente os relacionados aos homicídios (Barros & Jordão, 2012). Esse aumento do número de presos tem sido um dos fatores que tem levado o sistema penitenciário brasileiro ao avanço do sucateamento, sobretudo no que se refere a superlotação dentro das cadeias.

### **Renda antes da prisão**

Na sua maioria (48,57 %), os presos relataram ter recebido até um salário mínimo antes da entrada na prisão, pois exerciam atividades laborais que demandavam um baixo retorno financeiro. Por outro lado, outros presos, que correspondem a



(28,57%) relataram ter um maior salário, recebendo valores acima de dois salários mínimos.

Tabela 7

**Renda dos presos antes da privação de liberdade**

<b>RENDA</b>	<b>QUANTIDADE</b>	<b>FREQUÊNCIA (%)</b>
Sem renda	01	8,80
Até um salário mínimo	17	48,57
Acima de um salário mínimo	07	20,00
Acima de dois salários mínimos	10	28,57
<b>TOTAL</b>	<b>35</b>	<b>100,00</b>

Sobre os aspectos relacionados à renda, pode-se afirmar que a situação de vulnerabilidade aliada às turbulentas condições socioeconômicas ocasiona uma grande tensão entre as pessoas sujeitas a essa realidade, o que agrava diretamente os processos de integração social e, em algumas situações, fomenta o aumento da violência e da criminalidade (Abramovay, 2002). Fatores como o desemprego, conjuntura familiar em um contexto de poucos recursos, o sentimento de frustração e uma busca desenfreada de padrões sociais apresentados como possíveis em um mundo de consumo se acirram principalmente nos grandes centros urbanos e contribuem para a delinquência e a violência (Souza & Lima, 2007).

Aliado a isso, a miséria é um componente que amplia as possibilidades de que os grupos submetidos às desigualdades sociais sejam as principais afetadas pelo crescimento da criminalidade. Reside nesse caso, na desigualdade social, a responsabilidade em ser produtora de efeitos que acentuam a miséria, como: injusta distribuição da riqueza e renda, aspectos relacionados à violência, desemprego, analfabetismo, precárias condições de moradia, entre outros fenômenos produzidos pela desigualdade (Barros & Jordão, 2012).

Estes resultados confirmam os apresentados anteriormente no decorrer deste estudo, sobre a cadeia de fenômenos que vão desenhando o perfil do presidiário brasileiro: pobreza, baixo nível de escolaridade, falta de oportunidades de entrada no

mercado de trabalho, completando-se assim, um ciclo de exclusões e desigualdades que se repetem.

### Recebimento de auxílio reclusão

De acordo com o levantamento realizado, averiguou-se que 91,43% dos presos não recebem o auxílio-reclusão, em contrapartida 8,57% alegaram receber o benefício. Ou seja, dos presos entrevistados, somente 3 (três) afirmaram usufruir do auxílio. Indagados sobre o porquê de não receberem, informaram que um dos requisitos para concessão é ter trabalhado de carteira assinada antes de serem presos e muitos deles informaram que nunca tiveram um trabalho fixo, que demandasse o registro em carteira de trabalho. Outro entrave citado, é a uma grande burocracia para conseguir o auxílio e por não possuírem uma assistência jurídica devida, acabam não conseguindo o benefício.

Tabela 8

#### Recebimento do auxílio reclusão pelos presos

CRIME COMETIDO	QUANTIDADE	FREQUÊNCIA (%)
Recebem	03	8,57
Não recebem	32	91,43
<b>TOTAL</b>	<b>35</b>	<b>100,00</b>

Alves (2007) explica que o cidadão que estiver inscrito e filiado na Previdência Social e estiver em dia com suas contribuições previdenciárias, estará em gozo da qualidade de segurado, fenômeno que garante exigir seus direitos previstos pelo sistema normativo previdenciário, conforme vai atingindo o direito adquirido ao respectivo benefício. Para receber o auxílio o preso deve obrigatoriamente ser um contribuinte junto ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Cabe salientar que o auxílio-reclusão trata-se de um benefício previdenciário de prestação continuada, repassado para os dependentes do segurado recluso e que por consequência, encontra-se impossibilitado de exercer qualquer atividade remunerada, que lhe proporcione renda suficiente para prover seu próprio sustento e o de sua família (Maciel & Cheres, 2016).

O auxílio-reclusão é um benefício destinado exclusivamente aos dependentes do segurado, no caso, o preso. Este não recebe o auxílio-reclusão, mas sim sua família (Ibrahim, 2014). De acordo com Castro e Lazzari (2014) o auxílio-reclusão é um benefício previdenciário que se pauta no princípio da solidariedade, pois a Previdência Social garante ao segurado, a subsistência em caso de eventos que não permitam a manutenção por conta própria, o que se percebe claramente quando do falecimento do segurado e do seu recolhimento à prisão.

Ao contrário da opinião pública, que entende que todos os presos recebem proventos por estarem encarcerados, fica evidente que nem todo preso recebe o auxílio-reclusão e este não deveria ser tido como benefício injusto e nem inconstitucional, pois o mesmo tem sua legalidade assegurada e atende a um dos princípios fundamentais da pessoa humana: o princípio da dignidade. O auxílio nada mais é do que um benefício pago a um contribuinte da seguridade social, ou seja, alguém que trabalha e que como todos contribuem para previdência e que por ter cometido um delito, foi privado de sua liberdade ficando assim proibido de cumprir com sua função de provedor, atendendo assim o art. 227 da Constituição Federal (Brasil, 1988).

## Reincidência

Dos presos entrevistados, mais da metade são reincidentes (65,71 %) estes informaram que já haviam praticado outros crimes e conseguiram cumprir a pena, porém ao obterem a liberdade, passaram novamente a infringir normas, cometendo outros delitos e conseqüentemente retornaram à prisão. A alta taxa de reincidência aqui encontrada sugere a ineficiência das políticas de ressocialização atualmente em prática, de modo que elas precisam ser repensadas. Dados semelhantes foram encontrados em outro estudo que revelou alta taxa de reincidência entre presos (Gois et al., 2012).

Tabela 9

### Ocorrência de reincidência entre os presos

REINCIDÊNCIA EM CRIMES	QUANTIDADE	FREQUÊNCIA (%)
Primeira condenação	12	34,29
Cometeram outros crimes	23	65,71
<b>TOTAL</b>	<b>35</b>	<b>100,00</b>

Os presos informaram que a reincidência em crimes se deu pela falta de oportunidades ofertadas pela sociedade, bem como o preconceito para com o preso, corroborando o estudo de Assis (2007) que chegou a concluir que o estigma de ex-detento e seu total desamparo pelas autoridades faz com que o egresso do sistema carcerário se torne marginalizado no meio social, o que acaba levando-o de volta ao mundo do crime, por falta de melhores opções. Estudos apontam que a probabilidade e as chances de reincidência são menores entre os apenados que se propõem a participar de atividades laborativas e educacionais dentro do presídio (Julião, 2016). Cumpre esclarecer que os crescentes índices da criminalidade, bem como o da reincidência criminal no Brasil demonstram que as ações dentro das unidades penais são explicitamente ineficazes, devido a muitos problemas, que vão desde a infraestrutura inadequada até o aspecto de servidores em quantidade insuficiente e com precária formação profissional (Guimarães, Barp & Nummer, 2017).

O perfil dos detentos, comprovado pelas análises dos dados apresentados nesta sessão, demonstram a necessidade de atentar-se que há um grupo específico sofrendo a reclusão de pena: uma parcela maior de jovens, negros, pobres e com baixa escolaridade. A demografia e o perfil da população privada de liberdade demonstram claramente a falência do sistema prisional brasileiro e a necessidade de urgente de mudança, compondo esforços e estratégias políticas voltadas para o egresso do sistema (Filho & Bueno, 2016).

Para Rossato (2015), isso significa que a expectativa de combater a criminalidade passa também por intervir na condição social do preso, mas, sobretudo, antes de o indivíduo ser preso. Ou seja, combater as desigualdades sociais no país, superar problemas históricos ligados à pobreza, certamente influenciaria nessa razão proporcional entre situação social e população carcerária.

Os indicadores até aqui apresentados nos permitem dizer que há uma relação entre determinados aspectos da condição social e a possibilidade maior de vir a ser presidiário. Os fatores para justificar são históricos, culturais e levam à discriminação de certos grupos, como também apontam a falha no desenho das políticas públicas de inibição e controle no início de cometimento dos crimes (Andrade, Dinis, Mamede & Silva, 2017).

### **3.2 Análise e discussões das entrevistas**

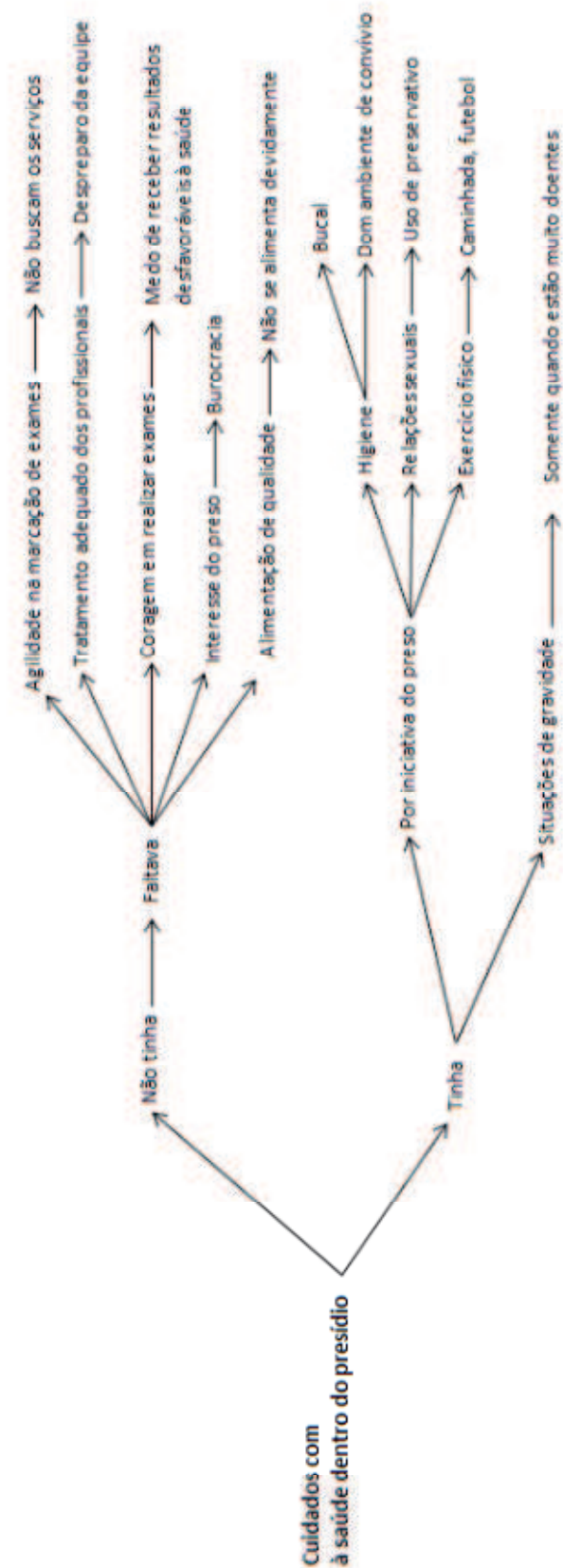
Neste item trazemos para o leitor os resultados, com suas respectivas discussões, das análises dos discursos coletados nas entrevistas. A partir desta análise chegamos às seguintes categorias: Cuidados com a saúde dentro do presídio; Cuidados com a saúde antes da privação de liberdade; Motivos da procura pelos serviços de saúde; Dificuldades de acesso ao atendimento de saúde dentro do presídio; Suporte familiar; avaliação dos presos sobre a penitenciária e maus-tratos no presídio. As categorias serão demonstradas por figuras denominadas árvores de associação de sentidos, conforme explicitado na metodologia.

#### **Cuidados com a saúde dentro do presídio**

A figura 5 resume os discursos sobre os cuidados com a saúde e responde ao objetivo geral estabelecido para a pesquisa, a saber: conhecer as práticas de saúde de homens presos. Para a discussão desta figura, os discursos dos presos foram representados mediante duas linhas narrativas principais: a linha superior aponta as faltas e traz críticas que vão direcionadas tanto ao presídio, quanto ao próprio preso. A segunda linha apontam as possibilidades do cuidado em saúde dentro do ambiente prisional.

As críticas direcionadas ao presídio incluem: tratamento indevido da equipe de saúde; a burocracia para se conseguir exames e a alimentação de má qualidade. No que se refere aos presos, foram indicados falta de interesse em procurar os serviços de saúde ofertados pelo presídio e o medo em realizar procedimentos médicos. Estes argumentos foram acionados para justificar a falta de cuidados com a própria saúde.

O medo de realizar procedimentos médicos, como justificativa de homens para não irem ao médico, foi um resultado encontrado num estudo realizado com homens em liberdade (Alves et al., 2011), que aponta para uma prática masculina vivida pelos homens de modo geral, não apenas os presos.



**Figura 5:** Árvore de Associação de Sentidos – Cuidados com à saúde dentro do presídio.

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2017.

A segunda linha narrativa principal da figura 5, mostra que as possibilidades de cuidar da própria saúde decorrem de iniciativas dos próprios presos, as quais são limitadas em função do contexto de insuficiências do presídio. Eles apontaram: a higiene, a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e a atividade física. A narrativa mostra também que os cuidados de saúde realizados por iniciativa do presídio só ocorrem em situações críticas que impliquem muita gravidade para a saúde do preso.

Os discursos nesta categoria, de um modo geral, mostram que as dificuldades em garantir os cuidados com a saúde são preponderantes, já que as assistências coletivas, aquelas que deveriam seguir protocolos e políticas norteadoras gerais para todos, a exemplo da observância PNAISP, são escassas (Brasil, 2008). Os fenômenos colhidos através do diário de campo permitiu-nos verificar a oferta de assistências de saúde dentro do presídio. Constatamos que havia, naquele momento, oferta de serviços médicos de maneira esporádica, e assistências odontológicas com uma maior frequência. Nos dois casos as assistências eram mínimas e bastante superficiais, como: consultas genéricas e limpezas dentárias.

Ao serem indagados sobre a procura por tais assistências, foi possível notar um desinteresse dos presos, já que segundo eles, as ofertas de assistências lhes são insuficientes e não correspondem às suas reais necessidades.

O Sujeito 7 qualificou o que vem a ser uma pessoa cuidadosa com a saúde e mostrou as limitações no que se refere aos cuidados, dentro do presídio. Para este sujeito, o direito aos cuidados é negado aos presos, pois o sistema prisional não oferta as condições necessárias ao cuidado devido:

Eu na verdade não sou cuidadoso, porque na verdade eu acho que uma pessoa cuidadosa é quem faz pelo menos um exame, uma bateria de exame uma vez ao ano, tem esse hábito. Faz atividade física, né? Se cuida com alimentação e preso é como aqui dizem: preso num tem direito a fazer atividade física, nem alimentação, tem direito a coisa nenhuma (S7).

Moimaz et al. (2010) ressaltaram a necessidade de avaliar a acessibilidade aos serviços, a organização em rede e a garantia de um acolhimento digno, independente da porta escolhida como forma de acesso. No presídio estudado o tratamento de forma humanizada não é uma prerrogativa seguida pela equipe de saúde, o que reafirma no preso uma posição de descuido com a sua própria saúde. Para uma melhoria nas relações entre os presos e a equipe de saúde, é necessário que os profissionais de saúde sejam críticos e reflexivos em relação aos problemas e situações de saúde-doenças

prevalentes entre os homens privados de liberdade, para que possam promover práticas de promoção de saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação (Carvalho et al., 2016).

As narrativas também mostraram que alguns presos tentam prevenir as doenças, porém a demora para a marcação e a devolutiva da consulta e dos exames faz com que os mesmos desistam antes de ir em busca do atendimento. Existe uma insatisfação dos presos com a dinâmica de funcionamento do sistema de saúde, ou seja, com a espera e a burocracia, como se pode perceber na fala do preso:

Aqueles que precisam procuram, né? Mais tem outros que não procura, né? Mesmo doente, é mandado por nós, mas não quer ir não quer ir, tem muita burocracia (S6).

Faz-se necessário repensar o cuidado em saúde dentro dos presídios, incluindo a percepção da singularidade dos sujeitos que necessitam de apoio, respeitando suas particularidades. É dever do sistema penitenciário promover ações de prevenção de doenças, principalmente através de orientações que visem a melhoria da qualidade de vida dos presos (Carvalho, Lara & Passos, 2017). Enquanto isso não se concretiza, a incidência de doenças no sistema penitenciário brasileiro, de acordo com Navarro, et al. (2016) é 28 vezes maior do que na população geral.

Outro discurso recorrente relaciona-se ao medo em realizar procedimentos médicos, especialmente os exames de tuberculose e a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS). Os presos alegaram ansiedade e medo em receber resultados que não fossem satisfatórios. Um dos sujeitos declarou:

Se eu tiver suspeita que tenho uma doença, melhor ficar com ela só na suspeita mesmo. Agora só que o problema é o cara fazer exame e ficar com a mente mais atribulada, é melhor o cara fazer de conta que não tem, eu acho assim (S34).

O temor às doenças transmissíveis, sobretudo a tuberculose e a AIDS, agrava o acesso dos presos na busca de intervenções dos profissionais de saúde. Neste sentido, é importante que a equipe multiprofissional da unidade básica de saúde do presídio produza estratégias de prevenção para envolver os presos, sensibilizando-os da importância do cuidado em saúde (Diwana et al., 2008).

Outra constatação presente na fala dos presos foi a associação da alimentação com cuidados em saúde. Para alguns, a ideia de ser cuidadoso com a própria saúde está



diretamente relacionada a uma alimentação digna, aspecto que não vem sendo contemplado dentro do presídio, na visão dos presos:

Para ser cuidadoso com a saúde tem que se alimentar bem, comer bem, encher a barriga, mas é uma comida que aqui não ajuda, entendeu? (S9).

Com relação à alimentação e saúde, no sistema prisional, Santos et al. (2017) destacam que a maioria das pessoas privadas de liberdade encontra-se mais vulnerável e propensa ao adoecimento devido à falta de uma alimentação de qualidade. Para os autores, dentre os inúmeros fatores que afetam a saúde dos presos, está a dificuldade de adaptação à alimentação ofertada pelo sistema penitenciário. Tal situação pode ser tida como uma negligência do sistema penitenciário, visto que nas normativas a alimentação é colocada como uma das principais assistências a serem garantidas às pessoas privadas de liberdade. Neste sentido, nosso estudo denuncia que o direito a uma alimentação de qualidade não vem sendo contemplado.

Nossos resultados também mostraram que alguns presos só procuram os serviços de saúde quando estão em situações de extrema gravidade e mesmo assim relutam em procurar o serviço. O Sujeito 12 afirmou ser comum a busca por cuidados somente quando estão muito doentes:

É, um aconselha o outro. E ele acha que tá bom aquilo ali que ele tá dizendo, mas não tá! Vocês de fora percebem, né? E mesmo a gente dizendo, não vai no apoio. Quando tá na pior mesmo, aí procura (S12).

Barbosa e Nardi (2014) afirmam que muitos são os casos em que o atendimento em saúde ao preso ocorre tardiamente, geralmente após a doença atingir certa gravidade. Desta forma, é imprescindível que a rede de atenção em saúde no presídio apresente uma postura mais atenta ao visualizar os problemas de saúde existentes, tornando mais amplas as possibilidades de acesso aos serviços e aos cuidados em saúde.

Dos presos que disseram ser cuidadosos, registramos em seus discursos a preocupação com a higiene pessoal e do ambiente de convívio. Muitos deles procuram fazer exercícios físicos nos momentos de ociosidade e ainda revelaram que, quando possível, vão aos serviços de saúde do presídio, seja em busca de orientação ou realização de exames de rotina com o médico ou dentista, mostrando terem consciência do que fazer para ter saúde:

Só que eu não bebo, não uso droga, química, nem maconha. Aí durmo bem, alimentar, durmo bem assim, né? Nas minhas condições, o cara tenta dormir 10 horas, nessas condições estou dormindo bem sim (S8).

Apesar de todas as dificuldades para se ter uma atitude proativa de saúde, alguns presos mostraram que conseguem fazer prevenção via pequenos cuidados como demonstram os relatos do Sujeito 7 e o Sujeito 4:

Aqui você pode se prevenir é numa relação e coisas mesmo que você convive dentro do convívio. Aqui é muito lixo, muita água parada, tá entendendo? Só o que previne são essas coisas (S7).

Que eu sempre cuido, né? Mesmo estando aqui, mas eu sempre cuido, né? Dos meus dentes, vou terminar de cuidar quando eu sair agora. Fazia poucos dias eu estava até ajeitando pra por aparelho, ai acabou acontecendo esse fato ai que eu fui preso (S4).

Os relatos sobre a preocupação com a higiene bucal são os mais recorrentes entre as práticas de saúde reais ou idealizadas. Isso se deve ao fato de ser o odontólogo o profissional com maior frequência no presídio estudado, em comparação aos profissionais das outras especialidades médicas. Nos dados consultados no diário de campo, podemos observar que o médico tem um número de plantões inferiores aos outros profissionais da unidade de saúde. Na maior parte dos dias da coleta de dados, esse profissional não estava presente.

Um dos objetivos desta pesquisa era saber se há alguma ação por parte dos presos que indicasse prevenção de doenças. Entretanto, os resultados mostram que é difícil se fazer prevenção quando a instituição prisional não propõe campanhas de prevenção de doenças e nem mantém diariamente os profissionais de saúde no setor, de modo a facilitar que o preso busque a assistência necessária.

Por fim, sabemos que os presos têm o mesmo direito de assistência à saúde que o restante da população, contudo o que se percebe é que não recebem a assistência devida e adequada durante o período de aprisionamento. Isto mostra que os presos não são tratados de forma digna e humana. Apesar dos avanços históricos materializados na PNAISP e demais regulamentações frente ao acesso e garantia do direito à saúde para esse grupo populacional, é necessário dialogar e buscar meios para modificar esta realidade, pois o que se observa são contradições e retrocessos de direitos.

## **Cuidados com à saúde antes da privação de liberdade**

Em resposta a um dos objetivos específicos deste estudo, nós apuramos como eram os cuidados de saúde dos presos antes da privação de liberdade. A segunda árvore de associação de sentidos representada na figura 6, resume os discursos em duas linhas narrativas.

A linha superior da figura 6 mostra que não era comum a procura por serviços de saúde antes da privação da liberdade. O não interesse, na maioria das vezes, foi justificado pelo fato de a saúde não ser considerada uma prioridade em suas rotinas de vida, sobretudo devido a dificuldades financeiras, como se pode observar na fala que segue:

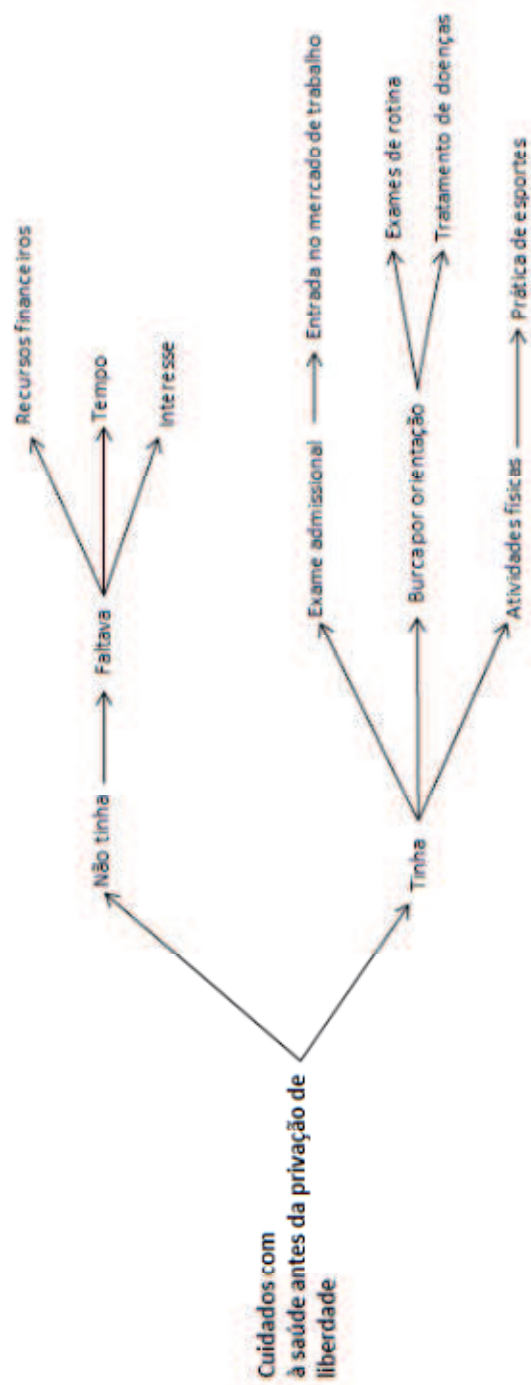
Quando estava fora eu não me preocupava muito não em cuidar da saúde, até pela correria, a gente que é pobre, né? A gente tem que se preocupar mais com a sobrevivência e esquece de se cuidar (S20).

Essa falta de interesse dos homens em buscarem os serviços de saúde pode ser entendida pelo fato de o homem se julgar forte e invulnerável. Para Gomes (2010), cuidar-se, no imaginário social, é entendido como sinal de fraqueza e fragilidade, que são associadas à desqualificação do homem.

Eles revelaram que não se interessavam em buscar os serviços de saúde para prevenir doenças e realizar exames, deixando de lado os cuidados com a sua saúde. Tal fato foi evidenciado em muitas das falas e mais claramente na verbalização do Sujeito 31:

Não sou uma pessoa cuidadosa com a própria saúde. Eu não ligo muito, esse negócio de médico, de exame. Tenho 26 anos, nunca fiz exames não. Trabalhava na área de saúde e nunca procurava. Aqui também não faço exame de nada, de nada (S31).

Fortonani e Pires (2010), articulando a questão do contexto de vulnerabilidade social e as condições de saúde, destacam que o cenário social e a condição de vida em que o indivíduo está inserido, são noções importantes para a compreensão dos aspectos relacionados à saúde e doença, influenciando, inclusive, na questão dos cuidados em saúde.



**Figura 6:** Árvore de Associação de Sentidos – Cuidados com à saúde antes da privação da liberdade.

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2017.

Outro fator indicado para a não procura pelos serviços de saúde foi a falta de tempo. O Sujeito 11 mencionou que o tempo foi o principal fator que o levou a deixar o cuidado com a saúde em segundo plano:

Você não tem muito tempo pra se cuidar não, o tempo que você tem é pra quê? Tu tá preocupado em pagar uma conta do cartão, água, luz, aí você esquece, acaba esquecendo da saúde. Tem gente que se planeja, que tira um tempo, mas na minha condição eu nunca tinha um tempo (S11).

Em relação à falta de tempo, um estudo realizado sobre a saúde de homens em liberdade, Alves et al. (2011) mostrou que a falta de tempo é utilizada como desculpa para a não procura pelas assistências de saúde. Segundo os autores do referido estudo, quando se comparam as jornadas de trabalho de homens e mulheres, descobre-se que elas, as mulheres, apesar de terem jornadas duplas de trabalho, ainda cuidam mais da saúde do que os homens. Tal argumento leva-nos a crer que este comportamento dos homens está muito mais vinculado a um modelo hegemônico de masculinidade, que relaciona doença à vulnerabilidade, do que a real falta de tempo (Silva e Diniz, 2008).

A segunda linha narrativa, apresentada na figura 6, mostra os motivos e as formas relatadas pelos presos para a demanda de cuidados com a saúde, antes da prisão. Os motivos apresentados foram: por força de obrigação, para exames admissionais, e por interesse em obter orientações médicas em exames de rotina e tratamento de doenças. Vejamos um exemplo de um preso que foi por obrigação ao médico, quando da pretensão de ingressar no mercado de trabalho, por exigência da empresa, para a realização de exames admissionais:

Fui obrigado a fazer exames, muitas vezes, lá fora. Quando conseguia emprego tinha que fazer exames antes de começar nas firmas, era sempre uma bateria de exames (S3).

Outro fator relacionado ao cuidado em saúde na visão dos presos foi a facilidade em praticar atividades físicas antes da privação de liberdade. Dentro da as práticas físicas são restritas e na maioria das vezes tais ações são improvisadas pelos próprios presos:

Fora da prisão eu me cuidava melhor. Sempre jogava futebol durante a semana com os amigos e praticava musculação na academia (S17).

## Motivo da procura pelos serviços de saúde no presídio

Nesta categoria aparecem as doenças e sintomas mais comuns, indicados pelos presos entrevistados. Os discursos revelam pouco esclarecimento sobre os diagnósticos e muitos sintomas sem receber o devido tratamento. A primeira linha narrativa refere-se a um dos motivos que levam os presos a procurarem os serviços de saúde. O cuidado com a saúde bucal:

Venho aqui devido a dor de dente, eu tenho frequentemente (S3).

Só dentista mesmo, fazer uma limpeza (S6).

Eu vim por causa que eu estava com um dente, com a resina meia quase caindo, né? (S26).

Estou com muita dor, doido para arrancar esse dente, o cara não dorme direito, nem cochila nem nada. Aí quando vem ela diz que num arranca, que o dente é complicado, que o dente é difícil (S28).

Na visão de Walsh (2008) sérias dificuldades podem ser percebidas com relação à assistência odontológica dos presidiários, pois, logo no momento da admissão, os ingressos já apresentam precárias condições de saúde bucal, decorrentes das necessidades dentais não suprimidas anteriormente à prisão, sobrecarregando a assistência do sistema penitenciário. É importante ressaltar que além da deficiente condição de saúde bucal dos presos, a assistência odontológica nos presídios apresentam outras dificuldades que podem estar associadas a fatores como: elevado número de presos, dificuldade estruturais e falta de profissionais (Harvey et al., 2005).

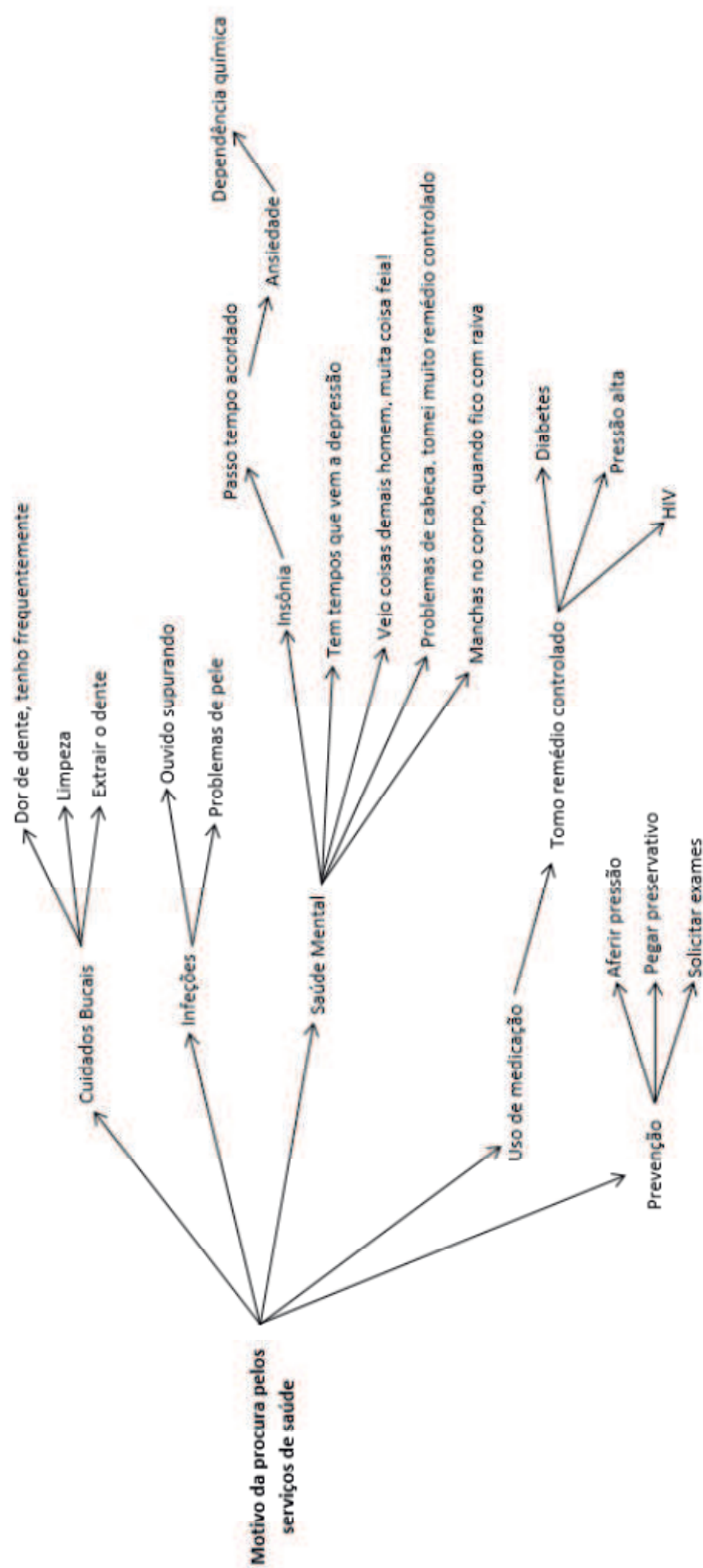
A segunda linha narrativa diz respeito à motivação da procura por consequência de sintomas aparentemente graves e contagiosos, como por exemplo, os furúnculos, dermatoses, tuberculose, os quais podem indicar processos bacteriológicos graves:

Estou com umas infecções, umas cabeças de prego que estão saindo. Fica supurando direto, sai e volta de novo, tá que nem se fosse um corte, aí é só supurando direto e eu não sei o que é isso (S25).

Fico tossindo direto, sempre tem uma avaliação. Aqui tem muita tuberculose (S18).

Dor no ouvido, pode ser infecção. Foi uma luta para conseguir a consulta (S12).

Rapaz é muita bactéria, umas coceiras, o pessoal chama de bit-bit. Tá muito empestada de coceira (S31).



**Figura 7:** Árvore de Associação de Sentidos - Motivo da procura pelos serviços de saúde no presídio.

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2017.

Para Oliveira e Damas (2016) as doenças infectocontagiosas são comuns nos presídios brasileiros. Entre as mais encontradas estão as pneumonias, tuberculose, hepatites e doenças sexualmente transmissíveis, inclusive o HIV. Há também muitos indivíduos com distúrbios mentais, que podem estar relacionados aos constantes abusos psicológicos sofridos no recinto prisional, bem como a presença de doenças como o câncer e a hanseníase. Este fato pode ser explicado certamente pela pouca prática de prevenção nos presídios.

A população privada de liberdade representa um sério problema para o controle de doenças, principalmente as infectocontagiosas. Mesmo nas prisões, estes indivíduos não estão totalmente isolados pelos muros que os cercam. Uma vez que esta condição de adoecimento representa possibilidades de epidemia, causadas pelo contato dentro das áreas de confinamento com outros detentos saudáveis, ou por meio de visitas e funcionários do sistema prisional (Ferreira, Oliveira & Marin-Leon, 2013).

Em relação à tuberculose, os resultados aqui encontrados corroboram os achados de Barros et al. (2018), através de um estudo sobre o monitoramento das ações de controle da tuberculose no sistema prisional, observaram uma alta incidência e prevalência da tuberculose, concluindo que este constitui um importante problema de saúde nas prisões. Barbosa et al. (2014) informam que para controlar esses sintomas e essas patologias, é necessário o desenvolvimento de ações de promoção em saúde, conforme preconizam as políticas públicas penitenciárias, até porque muitas das patologias aqui apresentadas podem ser prevenidas com ações em saúde realizadas por uma equipe multidisciplinar.

Uma outra linha narrativa foi vislumbrada e ela refere-se a busca de serviços em virtude de sintomas de transtornos mentais. Vale salientar que foram recorrentes as queixas relacionadas à saúde mental, inclusive indicativos de tentativa de suicídio:

Tem hora que me dá depressão, mas até agora graças a Deus não chegou a eu decidir minha vida e fazer uma atitude maior, sabe como é? Porque eu tenho Deus sabe?! (S8).

Estava vendo coisa demais homem, muita coisa feia demais, vendo onça, todo tipo de animal eu via de noite quando tomava o remédio, aí trocou por esse aqui pronto, tudo normal (S9).

Através de ansiedade, através de química que eu sou um dependente químico ainda em tratamento, apesar de tá na abstinência (S11).



Eu fico muito agoniado pra dormir. Eu tomo diazepam de 10, faz dois meses que eu estou sem tomar. Eu sou meio nervoso, quando eu boto uma doença na cabeça, já acontece (S12).

Venho aqui por causa de umas manchas no meu corpo, porque quando eu fico com raiva eu fico com umas manchas pretas, umas manchas no corpo (S27).

No sistema prisional brasileiro, a saúde mental também é assunto preocupante e se tudo isso não é devidamente tratado, não se pode falar em saúde dentro do presídio. Em pesquisa recente no sistema prisional do Rio de Janeiro (Minayo, 2014), encontrou-se muitas queixas de problemas mentais e muitas dificuldades para a assistência à saúde dos presos, corroborando os resultados apresentados neste estudo. Para Diuana et al. (2008) a presença de transtornos mentais no ambiente prisional pode estar associada ao aumento da população carcerária, sem a correspondente adequação das condições físicas e de pessoal do cárcere.

A não adaptação às normas legais que disciplinam o cotidiano prisional e os códigos e regras de convivência da cultura institucional também pode colaborar para o surgimento de um transtorno mental (Souza, 2004). Oliveira e Damas (2016) afirmam que o número de detentos com problemas de ordem psiquiátrica é elevado e a situação de reclusão é ela própria geradora de descompensações. A prisão é reconhecida como um espaço que pode gerar graves implicações psicológicas nos presos (Santos et al., 2017). Como observado neste estudo, a presença de diversos sentimentos que desencadeiam sintomas que podem contribuir para o comprometimento da saúde mental dos indivíduos.

O preso tem o mesmo direito de assistência psiquiátrica que o restante da população, contudo poucos pacientes recebem assistência psiquiátrica de maneira adequada (Freire, Pondé & Mendoça, 2012). Isto representa, em primeira instância, a perda da possibilidade de tratar pessoas, que habitualmente, não entram em contato com serviços de saúde mental.

Na penúltima narrativa da árvore de associação de sentidos, foram destacados os discursos referentes ao uso de medicação, um dos motivos que levaram os presos a frequentarem os serviços de saúde no presídio:

Peguei esse problema (HIV) num baque aqui na veia sabe, injetando cocaína. Subo aqui sempre e pego meus medicamentos (S9).

Aqui tem meus remédios, eu tomo esse remédio para controlar, pra eu poder dormir, poder me acalmar (S13).

Pegar alguns medicamentos para o controle da minha doença (S24).

A maior preocupação no grupo de detentos, além do tempo de detenção, é o adoecimento e o acesso ao tratamento e cura, já que as condições de confinamento vivenciadas pela população deste estudo demonstram dificuldades para o controle das doenças identificadas, bem como para a realização de medidas de tratamento eficaz.

A quinta e última linha narrativa, merece destaque, pois, faz referência aos presos que buscaram os serviços na tentativa de se prevenir de doenças. Os presos S03 e S24 destacaram o seguinte:

Sempre que eu posso estou fazendo um exame, me previno de tudo. Se possível de mês em mês eu faço um checkup de tudo (S03).

Algumas vezes eu venho aqui no posto, porque eu tenho alguns problemas de pressão, aí mensalmente eu venho pra verificar a pressão (S24).

Os procedimentos relatados mostram a tentativa de os detentos buscarem solução para os problemas de doenças já apresentados. Segundo Assis (2007) a população carcerária não é dada a atenção suficiente, o que é visto com grande preocupação. Para ele, se tais problemas fossem considerados com adequação e agilidade poderia ser uma estratégia eficiente no combate à disseminação de várias doenças dentro dos presídios. Trindade e Teixeira (2007) destacam que as intervenções em Psicologia da Saúde são importantes estratégias de cuidado quando se fala em promoção e manutenção da saúde e tais ações devem ser melhor aplicadas nos cenários que envolvam a saúde e o bem-estar de pessoas, no nosso caso deste estudo, poderia ser posta em práticas pelo setor de psicologia do presídio.

Intervenções institucionais relacionadas ao estímulo do próprio cuidado e à proteção da saúde precisam ser implementadas, pois, evitar o surgimento de morbidades relacionadas ao período de encarceramento pode ser um ponto decisivo para o retorno dos presos ao mercado de trabalho e à vida cotidiana. Santos et al. (2017) destacam que com concepções ampliadas de saúde é possível contribuir para a operacionalização de ações relacionadas à prevenção de agravos e à promoção de saúde de modo integral. Mas, para que isto aconteça faz-se necessário que a gestão penitenciária conheça as necessidades em saúde dos presos, criando uma nova cultura de saúde para todos os participantes.

## **Dificuldade de acesso ao atendimento de saúde**

Esta categoria responde ao objetivo específico deste estudo: conhecer as formas de acesso aos cuidados de saúde. Foi possível perceber uma predominância de dificuldades que acarretam na inviabilidade de um acesso adequado aos serviços de saúde dentro e fora do presídio. Cabe destacar que em alguns momentos os presos precisam ser encaminhados para serviços externos, principalmente aos serviços de média e alta complexidade, a exemplo de procedimentos mais graves que demandam a ida a hospitais.

Os resultados demonstrados na figura 8 são explicitados em quatro linhas narrativas. A primeira linha evidencia a falta de suporte para as suas demandas, principalmente relacionadas à ausência de profissionais nas rotinas das unidades de saúde; a insuficiência de medicamentos e materiais necessários à realização de exames e procedimentos médicos. Tais fatores, na visão dos presos, dificultam o acesso aos serviços dentro do presídio, como podemos verificar nas falas dos sujeitos:

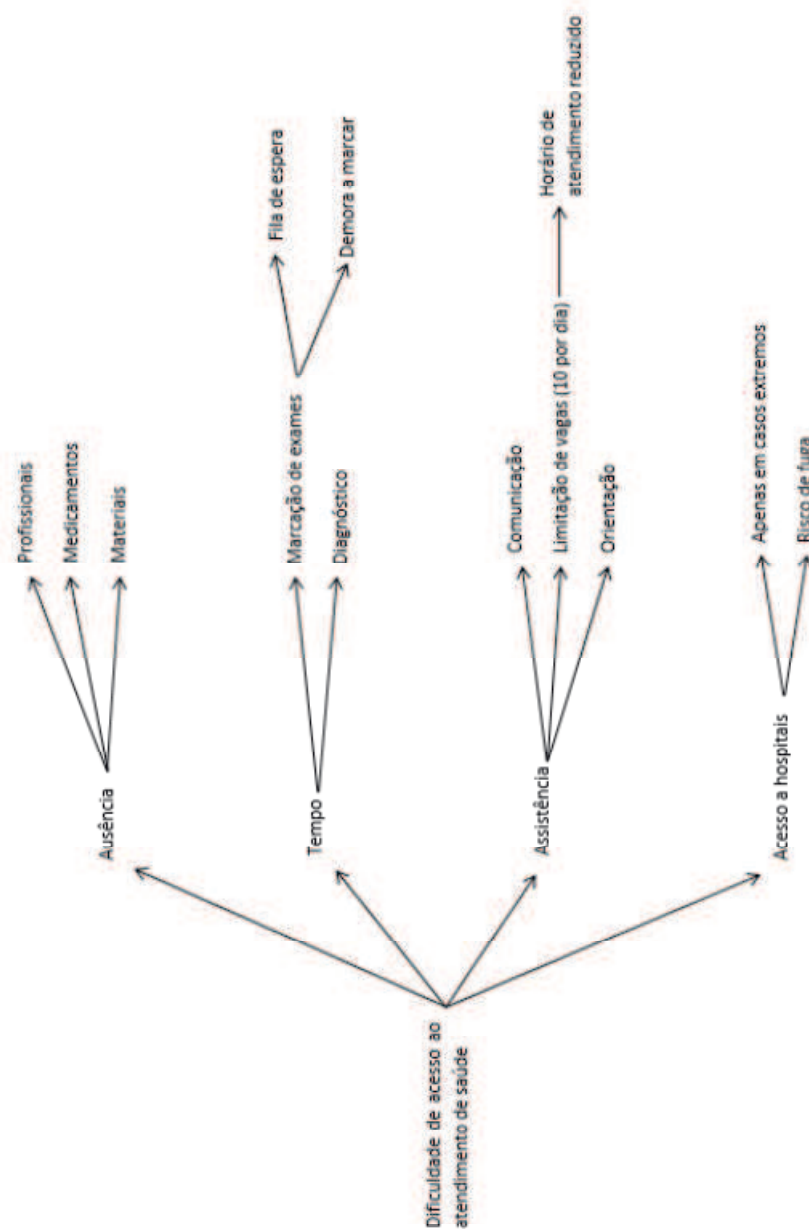
Muito complicado o sistema aqui. Para você ir num médico, não tem, dentista não tem. Um dia não tem luva ou então não tem anestesia, nunca tem nada. Eles complicam demais, você passa a noite com dor, você morre, infelizmente, até eles entrarem e tirar você. Nosso sistema infelizmente, a gente tem que admitir, é falido (S20).

Estava fazendo meus curativos, mas como ele num veio (profissional), estou aqui sem ser atendido. Mas eu acho que falta só os antibióticos para desinflamar, né? Já pedi o antibiótico, mas não tem (S21).

Eu vim atrás de um remédio, mas não tem remédio. Não tem o remédio adequado para meu problema (S9).

É a maior burocracia, o cabra chega aqui eles diz: num tem remédio, num tem nada, o cabra volta sem nada de novo, melhor nem vim. Minha mulher traz de casa e eu fico tomando (S25).

Muitas vezes as pessoas que cometeram algum crime são penalizadas não apenas pelo sistema judicial, mas também pelas condições degradantes dentro dos presídios (Freitas et al., 2016), condições essas de falta de profissionais e materiais básicos necessários aos cuidados em saúde. Para os presos o ideal do acesso ao atendimento em saúde, seria ter maior facilidade em conseguir consultas médicas/odontológicas e medicamentos de uso restrito.



**Figura 8:** Árvore de Associação de Sentidos – Dificuldade de acesso ao atendimento de saúde.

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2017.

Nos discursos dos presos é notório que há uma desconsideração por parte da equipe de saúde, relacionadas às suas queixas de saúde-doença, o que expõe o descumprimento de uma assistência integral de qualidade. Numa linha de confirmação de nossos resultados, Arruda et al. (2013) destacaram que o acesso à saúde da população privada de liberdade, é deficitário, o que evidencia a inadimplência do Estado de seu dever.

Referente aos aspectos que dificultam o acesso do preso à saúde dentro dos presídios, Souza (2016) enfatiza que faltam colchões, remédios, lençóis, roupas e outras necessidades materiais que deveriam ser dever do Estado. Estas passam a ser providenciadas pela família, nos dias de visitas, ou recebidas em solidariedade de doações religiosas diversas. Além disso, há brutal falta de recursos humanos, visto que a prisão, vista como uma instituição de custódia e segurança, nega a importância e a necessidade de médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e etc. O Estado, nesses termos, é o principal violador da lei que criou.

Com relação ao acesso à saúde nos presídios, a Resolução N° 07, de 14 de abril de 2003 do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCCP), estabelece que a assistência à saúde do preso, de caráter preventivo e curativo, deve compreender atendimento médico, psicológico, odontológico e farmacêutico, devendo este profissional ser responsável pela aquisição e dispensação de medicamentos nos presídios (Brasil, 2003). Observa-se em muitos dos discursos queixas relacionadas principalmente à falta de medicamentos, fator este que torna-se uma dificuldade a mais na sua permanência no ambiente prisional.

A segunda linha narrativa traz a questão do tempo de espera como uma barreira para o acesso ao atendimento em saúde no presídio. Os presos alegaram a longa demora para conseguir marcar exames. Muitos destacaram que apresentam problemas graves de saúde, porém não conseguem ter acesso à realização de exames específicos. Tal deficiência ficou aparente no relato do Sujeito 3:

É muito difícil o acesso para ir no médico, tudo aqui. Como eu que estou com um problema na garganta desde que eu cheguei aqui, três anos, até hoje está para marcar exames e eu só esperando (S3).

O homem preso, apesar de sua condição, continua sendo um sujeito de direitos, na forma da lei, sendo importante lembrar que a pessoa presa está condenada por um devido crime cometido, mas isso não interfere nos direitos enquanto cidadão no que diz

respeito ao acesso à saúde plena: médica, farmacêutica, odontológica e cuidados de enfermagem. O direito à saúde realizado na perspectiva dos direitos humanos no que condiz com o exercício da cidadania é garantido constitucionalmente mediante o SUS (Oliveira, Ferreira & Rosa, 2016).

Na terceira linha narrativa foram destacadas questões relacionadas às relações interpessoais e à comunicação, principalmente entre o preso e o agente penitenciário. Segundo os presos, a limitação das vagas diárias para atendimento e a ineficiência das orientações prestadas pelos agentes, são tidas como fatores que dificultam o acesso à saúde, o que denuncia a falta de assistência de qualidade:

Para conseguir atendimento aqui é difícil. Eu tive que moer ali na frente, falar com o agente ali. Eu dei meu nome de manhã, mas não me chamaram não. Aí, fui moer para ver se eles me chamavam, aí foi que me botaram para subir pro posto (S12).

Oxe! A pessoa tem que gritar muito para ser atendido. Tem uns que adoece lá e eles nem ligam (S32).

Muitas vezes o acesso ao atendimento é balizado pelo comportamento apresentado pelo preso. Aqueles que não seguem as normativas do presídio e apresentam um histórico relacionado a conflitos e transgressões, terminam sendo negligenciados e ficam sem o devido acesso à saúde. Nesse ambiente, os agentes de segurança penitenciária terminam por exercer um papel diferenciado no que se refere à regulação do acesso à saúde. São os agentes penitenciários que julgam a necessidade de atendimento a partir do pedido do preso e atuam facilitando ou dificultando este acesso (Reis & Bernardes, 2011). O sujeito 26 destacou que:

Tem muito preso querendo chegar até aqui (Unidade de Saúde). É muito difícil para chegar até aqui. Tem que ter bom comportamento também e por isso muita gente fica na espera (S26).

Sobre esse assunto, Diuana et al. (2008) destacam que no ambiente prisional, o que se pode observar é que a oferta de saúde parece estar pautada por uma relação de dívida e gratidão, dependente do mérito, da disciplina e da adesão aos valores hierarquizantes e às negociações que são feitas. No presídio estudado, ficou evidente o descumprimento dos direitos do preso à saúde, já que o que prevalece para receber a assistência de saúde é uma relação de troca. Esta grave situação denuncia a negligência e a falta de ações igualitárias para todos em termos de promoção, proteção e assistência

à saúde, ações que poderiam servir como um propulsor para a reintegração do preso à sociedade.

Na quarta e última linha narrativa foi destacado o acesso dos presos aos serviços de saúde fora do ambiente prisional. Segundo nossos interlocutores, são muitos os casos que demandam o encaminhamento do preso, a hospitais e serviços especializados, porém o encaminhamento somente é realizado em casos de extrema gravidade:

Quando a pessoa vem pra cá pra enfermaria eles não encaminham pro hospital. Estou até com uma bala aqui, quase saindo, a ponta chega dá para fora, o cabra pede pra ir pro hospital e eles não querem levar, num encaminha, muito ruim mesmo aqui (S10).

Às vezes a gente pede pra vim e é uma burocracia pra subir aqui. Aí eu não gosto de está pedindo não e os cabra lá em baixo também pensa que o cabra vai fazer outras coisas, pensa que vai fugir (S25).

Aqui eles não querem levar pro hospital, porque a função daqui é marcar pra encaminhar pra levar, né?! Mas eles não fazem isso. E aí vai andando, vai andando e quando vai tirar já é tarde (S08).

Com base nesse contexto de privação à assistência voltada à saúde, é salutar refletir sobre o fato de que os homens privados de liberdade, independentemente de sua condição, mantêm o direito de gozar padrões adequados de assistência à saúde, de modo que os direitos humanos inerentes à sua cidadania sejam garantidos. É imprescindível transformar valores e fazer valer o direito fundamental à saúde de modo incondicional e universal. Para tanto, é necessário questionar os diferentes sistemas simbólicos que dão suporte para a segregação, negação de direitos e restrição da autonomia das pessoas privadas de liberdade (Coelho & Filho, 2012).

Profissionais envolvidos com a reorganização do sistema de saúde prisional precisam refletir sobre as peculiaridades inerentes a esta população. Sabemos que a dificuldade de acesso à informação e o receio de ser vítima do preconceito são fatores que dificultam a busca pelos serviços de saúde e a adesão ao tratamento. Ressaltamos que a saúde não deve ser considerada como um privilégio, mas sim como um direito. Como exemplo do impacto positivo de uma abordagem mais humanizada e participativa no âmbito da saúde no contexto penitenciário (Freitas et al., 2016).

Apesar de o acesso à saúde para o preso estar previsto nos Programas do Ministério da Saúde (Brasil, 2008; Brasil, 2014), o que observamos em nosso estudo foi uma desconsideração desse acesso. Muitos dos presos não são atingidos pelas ações

previstas nas políticas. Filho e Bueno (2016), confirmando nossos achados, destacaram que os homens privados de liberdade são timidamente visualizados pelas políticas públicas brasileiras, sobretudo a de saúde, de tal forma que os órgãos responsáveis pela execução das ações no âmbito dos estados, ofertam os serviços de saúde desvinculados da sistemática preconizada pelas diretrizes atuais.

A partir dos resultados mostrados nesta categoria podemos concluir pela falta de preparo do sistema penitenciário em ofertar o acesso à saúde de maneira adequada e com qualidade. A forma como o adoecer está sendo tratado dentro da penitenciária é indigna e o modo como esses presos estão sendo (des)assistidos pelo sistema poderá repercutir negativamente nas decisões de futuro, que são tomadas pelos mesmos, comprometendo o principal objetivo do encarceramento: a ressocialização.

### **Suporte familiar no sistema prisional**

Uma vez recolhido a uma penitenciária, o preso vê-se não só afastado da sociedade mais ampla, mas, ao mesmo tempo, sofre uma redução drástica nas relações mantidas com pessoas de fora desse novo mundo. O apoio financeiro e psicológico de familiares representam fatores importantes para o interno cumprir sua pena (Silva, 2008, p. 141). Sem isso, o autor afirma que a sua trajetória dentro da prisão torna-se mais pesada. Importante se faz destacar o papel da família na trajetória do preso, sendo um poderoso meio para que seu ente consiga cumprir sua pena. A família é entendida como rede primária de interação social e provedora de apoio indispensável à manutenção da integridade física e psicológica do indivíduo. Assim, a família torna-se referência nas crenças, valores e comportamentos do indivíduo, à medida que pune ou premia suas atitudes, orientando-o quanto à forma de agir (Campos, 2004).

O suporte familiar pode ser definido como promotor de competência social, a capacidade de enfrentamento de problemas, percepção de controle, senso de estabilidade, autoconceito, afeto e por consequência, como bem-estar psicológico (Inouye et al., 2010). Dessa forma, o suporte familiar refere-se a atividades e procedimentos recíprocos entre membros da família, que geram efeitos positivos para aqueles que dão e para os que recebem também. O discurso apresentado a seguir pelo



sujeito 28 mostra que a presença da sua família é fator essencial e remete a sentimento de alegria e felicidade:

O único dia de felicidade que nós preso tem aqui num lugar desse é quando vem a visitinha da pessoa visitar. A pessoa se sente mais feliz. Quando toca, vixe começou tudo de novo. Mas com fé em Deus a pessoa vence (S28).

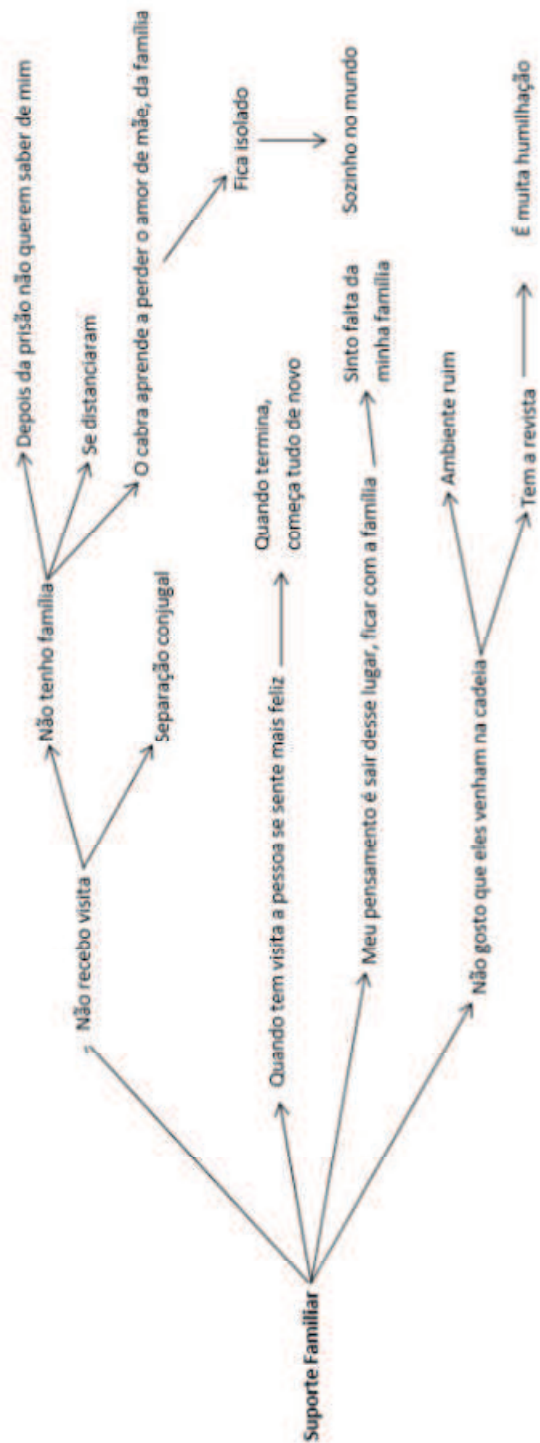
Um dos pontos importantes na visita é que, além do suporte moral, a família também se sente responsável por fornecer aos presos apoio material, produtos de higiene, roupas e comida. Priori (2012) destaca que como a condição de estar preso é temporária, a família deve continuar sendo, para a população carcerária, um referencial para a vida extra-muros, mas esse referencial ao longo dos anos de prisão, vão se perdendo e muitos presos acabam rompendo os vínculos familiares e no lugar da afetividade, surgem sentimentos de abandono e angústia:

Meu pensamento é só de sair desse lugar e arrumar serviço, para eu encontrar minha família, até hoje eu sinto falta da família, eles não querem me ver aqui nesse lugar (S33).

Tem hora que a mente fica vazia. Tem hora que eu penso na minha família, tem hora que num dá pra pensar em nada! Eu tentei me matar duas vezes. Uns amigos meu disse pra eu ter paciência. Não tenho mãe, nem pai, nem irmão, nem irmã, num tenho nada (S32).

Minayo e Constanino (2015) mencionam que existe uma verdadeira turbulência das relações familiares, quando alguém é encarcerado. Embora muitas famílias façam filas nos dias de visita para visitar seus entes queridos, uma boa parte se ressentem e rompem os vínculos familiares. Em um estudo realizado pelos autores, muitos homens relataram se sentirem abandonados após a reclusão.

No cumprimento da pena privativa de liberdade, o detento, imbuído por toda a influência negativa que o cerca, acaba por ficar fortemente vulnerável, momento este em que a família, como forte meio influenciador, deve agir positivamente na busca de delimitar bases fortalecedoras de modo a auxiliá-lo a obter um bom comportamento e, conseqüentemente, a aquisição de benefícios, que dão ensejo à progressão de sua pena (Freitas, 2008). A presença da família combinada com atividades laborativas, trabalho e estudo fazem com que o preso não fique ocioso e que aumente a esperança de conseguir conviver em sociedade quando do cumprimento de sua pena. Mesmo que no ambiente em que esteja recolhido não lhe ofereça todas as condições de trabalho e estudo (Elionidio & Nepomuceno, 2017).



**Figura 9:** Árvore de Associação de Sentidos – Suporte familiar no sistema prisional.  
**Fonte:** Dados da pesquisa, 2017.

Entre os discursos foi comum os presos afirmarem não receber visitas, bem como aqueles que ao passar dos anos foram perdendo o contato com a sua família:

Eu não tenho família, eu não recebo visita. Eu nunca recebi visita nesse tempo todo, nem lá (em outro presídio) nem aqui. Eles não aceitam eu tá aqui (S9).

Minha família se distanciou mais de mim, depois da minha prisão não querem mais saber de mim. Tô sem família, sem advogado, tô jogado (S11).

Eu num tenho visita não. Nem de mãe, nem de mulher não, por que também minha família eu num gosto que vem em cadeia não, sabe? É por que a partir de quando a pessoa entra no crime, eu aprendi assim, sabe? O cabra tem que aprender a perder amor de mãe, de família, de tudo (S34).

As falas evidenciam que a dificuldade da família em perdoar o envolvimento dos participantes do estudo com a criminalidade, os problemas financeiros e o constrangimento gerado pela revista vexatória dos pertences, que antecede as visitas são, reconhecidamente, os fatores que determinam e justificam o abandono familiar (Jesus, 2015). Os dados aqui encontrados também corroboram os resultados de Silva (2008) quando o autor argumenta que aqueles presos que não recebem visitas carregam consigo uma situação de abandono, saudade e indiferença, decorrente da ausência de familiares e amigos.

Batista e Thompson (2005) observaram em seus estudos que na maioria dos presídios do Brasil os familiares dos presos sofrem vários tipos de agressão. De acordo com os autores, o procedimento de revista é tão humilhante que muitos detentos preferem não receber visitas, confirmando o que se encontrou neste estudo. Aqueles que vão à visita, se submetem a uma rigorosa inspeção em tudo que portam e no caso das mulheres dos presos, muitas vezes tem que se despir, inclusive se submetendo ao toque em suas partes íntimas.

De acordo com Varella (1999), como se o sofrimento da família já não fosse o suficiente, este se agrava quando se vai a uma visita num presídio. Há toda uma formalidade para que seja permitida a entrada de um visitante em um Presídio. Porém, não se atentando ao fato de que todas as formalidades foram devidamente preenchidas; razão pela qual a visita se faz presente, tem funcionários que não se limitam e sem qualquer receio, tendem a tratar de forma desumana os que na fila esperam para adentrar os presídios. O autor revela ainda que:

Há um total desrespeito e descaso que se alastra, sem qualquer importância em separar crianças, mulheres e idosos. Passado o balcão das revistas às visitas passam por detector de metais (um número mínimo de Penitenciárias é assim) então, vão para a salinha da revista pessoal. Lá se tira todas as peças de roupa e estas vão sendo entregues nas mãos das funcionárias (no caso de revista feminina), uma por uma. Depois, a visitante tem que jogar os cabelos para frente, abrir a boca, levantar a língua, agachando e levantando no mínimo três vezes. Existem revistas ainda piores, ou seja, mais profundas (Varella, 1999, p 52).

Desta maneira, os acusados e visitantes são todos sentenciados respectivamente pelo mesmo crime, são indignamente recebidos, sendo esse um dos fatores que os presos acabam por se afastar da família, principalmente por não tolerarem situações humilhantes. Ferreira (2002) destaca que é de extrema importância que a família seja encarada como um ator social intrínseco a todo o processo ressocializador de seu familiar, pois, caso contrário, será impossível prover um trabalho que estabeleça uma diminuição da reincidência. É notável a importância da família no papel ressocializador, devendo prestar assistência e amparo ao preso neste momento de mudança.

De acordo com Elionidio e Nepomuceno (2017) a presença da família é de suma importância para fazer renascer no preso valores que outrora tenham sido banalizados pelo mundo da criminalidade. Assim, é importante encarar a família do detento como umas das fontes para se obter a ressocialização do mesmo, viabilizando seu valor social e a fundamental importância de sua atuação em todo esse processo.

### **Avaliação dos presos sobre a penitenciária**

A penúltima árvore de associação de sentidos resume as narrativas dos presos sobre a avaliação da penitenciária investigada. Podemos observar que prevaleceram os aspectos negativos sobre os positivos. A forma de organização da árvore, mostra duas linhas narrativas principais: a primeira qualificada como avaliação negativa e a segunda qualificada como avaliação positiva. A ‘avaliação negativa’ vem primeiro porque representa o maior quantitativo de evocações presentes nos discursos.

A avaliação negativa foi mais comum pelo fato de terem sido recorrentes os discursos relacionados à falta de ações voltadas à promoção da saúde; alimentação de qualidade ruim; ausência de investimentos em projetos, sobretudo na área de educação; precariedade da estrutura física, em que ficou presente a indignação dos presos quanto à

superlotação; descumprimento das funções do estado, incluindo aqui a ressocialização e por fim as dificuldades enfrentadas com relação ao convívio entre eles, sendo presente desavenças relacionadas a facções dentro do presídio.

Para os presos os serviços prestados são ruins, pois faltam ações de promoção de saúde e as ações que regem o cotidiano do presídio são indignas e desumanizadas, principalmente o tratamento prestado pelos profissionais. O S15 narra o que aconteceu consigo, e faz uma avaliação do atendimento dentro do presídio e em seguida o S31 destaca a falta de ações de prevenção:

Zero... zero, zero mermo se você ir no dentista para fazer uma limpeza você volta com uma dor no dente, com um dente para obturar. Tudo com mal vontade. Falta de educação, não sabem nem responder uma pergunta com sinceridade com a pessoa. É tudo zero, tudo é zero (S15).

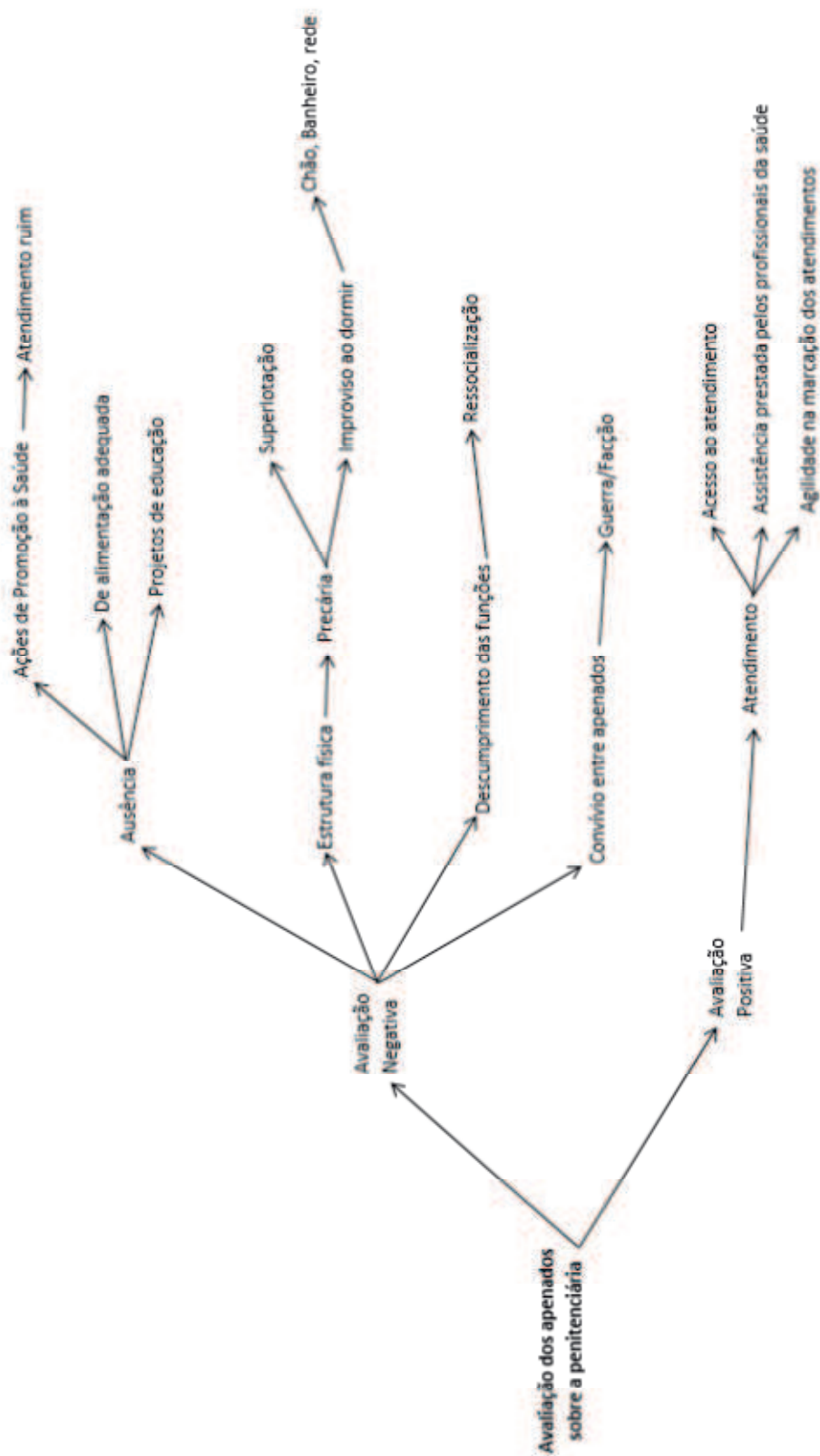
Desde que eu cheguei aqui não teve nenhum tipo de exame, nenhum tipo de informação e campanha (S31).

A realidade carcerária remete-nos a uma visão de negligência estatal e, quando o assunto é saúde, fica ainda mais visível essa realidade. Algumas condições de saúde, como educação e saneamento básico, entre outras, são determinantes para o precário quadro sanitário no sistema prisional brasileiro (Gomes et al., 2015).

Relacionado à alimentação, foram comuns os discursos que relataram certo descaso com relação à nutrição de qualidade dentro do presídio. Não havendo relatos positivos relacionados à alimentação. Predominaram as falas dos presos que indicaram a má qualidade das comidas e do preparo dos alimentos:

A alimentação daqui não é boa. É feijão com pedra, frango com pena, cabeça de frango, nunca vi a pessoa comer a cabeça de um galeto. Aqui come com bico e tudo. Pé com unha, tudo isso aí: só Jesus homem! O cabra tem que ir escapando como der. Às vezes não dá nem vontade da pessoa comer. A pessoa come quando está com fome mesmo né? A comida parece uma lavagem (S3).

A realidade do dia-a-dia é feijão azedo e arroz bebido e pronto. Quem tem umas condiçõzinha, prepara um feijãozin e um arroizin, é melhor, evita até adoecer, pegar uma infecção, uma doença do intestino, um negócio assim. Eu acho que se botar um comer desse aqui da cadeia para um cachorro, eu acho que ele levanta a patinha assim, faz o serviço dele lá e sai, não come não. Eu acho que nem cachorro come (S28).



**Figura 10:** Árvore de Associação de Sentidos – Avaliação dos presos sobre e penitenciária.

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2017.

De acordo com Thomé et al. (2016) a alimentação tem grande importância na vida das pessoas, seja relacionado ao desenvolvimento físico, emocional ou intelectual. Para os autores, a comida de qualidade e em quantidade suficiente minimizam muitos problemas que podem ocorrer nas penitenciárias tendo em vista as condições em que vivem os detentos. Trindade (2011) destaca que as dificuldades relacionadas à qualidade da alimentação oferecida estão diretamente relacionadas ao padrão de consumo e, por sua vez, ao aparecimento de comorbidades.

Além da alimentação com má qualidade, tiveram presos que mostraram indignação quanto à água sem tratamento dentro do presídio:

Não queira nem saber homem, água com casca de barata, água com tudo homem, você enche umas garrafas com pedaço de caranguejeira e tudo isso é as águas que nós bebemos, é desses tanques velhos sujos aí, por isso que é muita infecção. Eu, pronto, faz doze dias que eu não se alimento direito estava pesando oitenta quilos e agora estou pesando sessenta e pouco, infecção que eu tive (S6).

Cabe destacar que o saneamento básico precário ou inexistente em inúmeros presídios eleva a incidência de doenças infecciosas. Freitas et al. (2016) elencam alguns agravos que são mais propícios nesses ambientes: tuberculose, pneumonia, hepatite, doenças sexualmente transmissíveis. Assim, as condições precárias de confinamento se tornam obstáculos para garantia dos direitos dos indivíduos, bem como a manutenção da sua saúde.

Os presos discorreram sobre questões relacionadas ao ócio e à ausência de projetos que antes eram ofertados dentro da penitenciária. Avaliando negativamente a direção do presídio quanto a não continuidade de convênios que antes eram comuns dentro da penitenciária. Neste sentido, eles entendem que o sistema tem a função de ressocializá-los, porém não estão criando as condições para isso:

Era legal demais há alguns meses, tinha cursos de pedreiro, eu fiz um curso aqui de serigrafia. Então era bom pra nós se ressocializar, a gente já saía com um curso, já saía com um objetivo, com um trabalho (S10).

O SENAI deveria voltar a ter né? É isso aí que eu achava viável pra nós, que estamos precisando se ressocializar, né? A gente assiste a televisão e vê que outros presídios que tão aderindo a oficinas, os presos estão se ressocializando né? Até o modo de se expressar muda completamente, não tem mais gíria (S11).

Melhor seria como eu disse, você fosse preso e quando levantasse seis horas da manhã fosse trabalhar. Pelo menos você tinha dignidade, não tinha tempo pra ficar pensando besteira. É esse o nosso sistema, infelizmente (S20).

Os presos apontaram em seus discursos a falta de projetos, serviços e oportunidades. Para eles deveria haver um olhar voltado à preparação do preso para o retorno à sociedade. No presídio em questão são poucas as intervenções que possibilitam a ressocialização, indicando que o sistema deveria investir em atividades que possibilitassem um retorno ao mercado de trabalho e o convívio em sociedade.

De acordo com Santos et al. (2017), as situações que caracterizam o ambiente institucionalizado da prisão configuram um espaço ocioso que também contribui para interferir na noção temporal. Infere-se que o tempo institucionalizado pode caracterizar-se pela predominância de desocupação. Assim, a ociosidade é outro fator que interfere nas condições de saúde de pessoas encarceradas. Uma das funções da pena é a ressocialização, que significa reinserir o preso à sociedade. A função ressocializadora da pena está explícita no primeiro artigo da Lei de Execuções Penais (Lei 7.210/84), que determina: Art. 1º - A execução penal tem como objetivo efetuar as disposições da sentença ou decisão criminal e proporcionar condições para a harmônica integração social do condenado e do internado (Brasil, 1984).

Identificamos muita indignação entre os presos pela falta de assistência que se estende por toda a estrutura física da penitenciária, principalmente pela presença constante de insetos e animais estranhos. Além disso, houve discursos relacionados à estrutura física referente à superlotação. Dados que relevam a situação de calamidade do sistema carcerário no estado da Paraíba. Havendo falta de vagas e submissão dos presos a ambientes insalubres, em espaços limitados, sem espaços adequando para dormirem e sem condições de uma convivência digna.

Todos os rebocos das paredes caindo aos pedaços, aparece direto caranguejeira e escorpião. Essa semana o meu parceiro que foi preso comigo foi mordido pelo escorpião, aí tem umas pessoas do tempo antigo, né? Aí botaram lá umas cabeças de alho pra tirar o veneno e tal. Ele num quis nem subir, vai subir pra que? Pra ficar olhando pra cara dos agentes? (S2).

As camas são tudo lotada, ai como não tem vai uns para o chão e outros dormem no banheiro, improvisa uma rede, assim vai, amarra dois lençóis, dorme no lençol. É precário mermo, é a lei da sobrevivência (S3).

O pavilhão é adequado para 60 presos, nós estamos em 110. A grande maioria, eu acredito que a grande maioria não está no direito (S9).



Não tem cama para todo mundo lá em baixo, tem gente que dorme é no chão. Não tem como a gente dividir e eu estava dormindo na entrada do banheiro (S21).

A superlotação aí é demais, fizesse mais pavilhão aqui pra desafogar. Não é brincadeira não, num lado do pavilhão tem 20 camas, tem 60, 70 presos, diga aí, o tanto que não tem no chão?! Tem gente dormindo até nos banheiros (S22).

É muita gente e as camas são poucas. Muita gente dormindo assim perto do outro, é pouca cama. Durmo no chão. Né só eu não é um mói, um montão (S26).

Além da precariedade referente à superlotação, foram presentes os discursos dos presos que fizeram referência ao convívio entre eles, destacando que esse é um dos pontos negativos avaliados na prisão. Para estes, há uma constante luta pela sobrevivência, pois a presença da violência entre eles é constante:

Quando você passa muito tempo na cadeia você arruma problema né, você anda com uns, desagrada a outros, mora num canto desagrada a outros que mora em outros (S9).

E esse lugar aqui é imprevisível, hoje você está vivo, hoje você está respirando, amanhã não tá mais. É muita guerra aí dentro. Por isso que quem vence esse lugar é um guerreiro (S11).

Eu fui espancado no reconhecimento (pelos presos), fui parar no trauma. O maxilar quebrado, aí precisou cirurgia, aí mandaram eu voltar de novo. Fiquei a cabeça toda quadrada, inchada demais. Cheio de sangue por todo corpo e minhas unhas estão todas roxas, bateram muito nelas com o cabo de vassoura (S32).

Bitencourt (2004) destaca que existe superlotação nas carceragens, elevado índice de reincidência; ociosidade ou inatividade forçada; condições de vida precárias produzidas pela prisão. Tais situações são condições para que não haja saúde dentro do presídio. E muitas doenças presentes no ambiente prisional são ocasionadas pela ausência de condições mínimas de sobrevivência. Nessa linha de raciocínio, Assis (2007) aponta que tal população está sujeita a ambientes altamente precários e insalubres, celas superlotadas, condições que são propícias à proliferação de epidemias e desenvolvimento de patologias.

Não há como exigir recuperação de um indivíduo que não possui estrutura alguma, sendo que apenas retira-se o indivíduo do convívio social sem preocupar-se com as consequências advindas, podendo aparecer consequências principalmente psicológicas, que só o levam ao desejo vingativo contra o sistema, que evidentemente é

falho. Deve-se afirmar a necessidade de uma instituição penitenciária humana, que recupere de fato o preso, para que dessa forma a sociedade não sofra as consequências da revolta gerada pela degradação humana do preso como vem ocorrendo. A prisão deve realmente deixar de ter o caráter meramente punitivo para também ser educativa e ressocializadora. O preso quando sai das prisões brasileiras, sai sem perspectiva, sem aprendizado para reintegrar-se dignamente (Bocaleti & Oliveira, 2017).

Na última linha narrativa da figura 10 estão as poucas referências feitas à penitenciária de forma positiva. Observamos que tais discursos ‘bom atendimento’, ‘acesso’ e ‘agilidade’ negam todos os demais discursos resumidos não apenas nesta categoria, mas em todas as demais aqui apresentadas. Esta contradição nos levou a interpretá-la considerando duas hipóteses: na primeira, poderia significar uma negação da realidade pelo temor de que a avaliação sincera chegasse aos ouvidos dos agentes penitenciários, de modo a desfavorecer algum benefício pretendido pelo preso. A segunda hipótese, poderia se tratar de casos isolados. Ou seja, alguns ‘privilegiados’ poderiam receber tal tratamento descrito como ‘bom’. Tal explicação plausível se ampara no sistema de trocas, observado dentro da penitenciária. Aqueles que agradam ou possuem bom comportamento, tem mais chances de receber um tratamento melhor. Por fim, vimos que esta categoria confirma outros resultados das demais categorias descritas ao longo deste trabalho, dando coerência e plausibilidade aos resultados.

### **Maus-tratos no presídio**

A última árvore de associação dos sentidos (figura 11) reflete questões relacionadas à presença de maus-tratos sofridos pelos presos. Esta categoria foi pensada no sentido de dar visibilidade aos excessos de violência detectados no presídio estudado. Tal fato faz parte da lógica relacional dentro da prisão. A tortura e os maus-tratos foram descritos como violência gratuita, principalmente como forma de castigo ou repreensão, sobretudo para extrair confissões ou manter a disciplina, como pode-se observar nos trechos destacados abaixo, em que os presos relatam o tratamento violento cometido por agentes penitenciários:

Eu indefeso aqui, algemado, doente, ouvido sangrando e você quer bater em mim, me espancar? Agora dar uma ajuda, melhorar o atendimento de vocês para cima dos presos vocês não faz, ao contrário, vocês querem fazer uma bola de neve para não acabar nunca. Depois de dez minutinhos veio o carro e me levou. Aí no meio do caminho eles ficavam soltando aqueles terrorzinhos: cuidado com

o que você fala. Meu filho, eu sou homem o que sai da minha boca eu penso antes de sair, não me arrependo não, você está aqui exercendo sua função, está aqui para fazer seu trabalho, mas está fazendo errado, você não está exercendo a função certa não, que eu saiba é para servir e vocês não tão servindo não, vocês estão é para atrapalhar (S28).

Quando adoecemos não olham por nós, porque no que eles descem e jogam nós no isolado, fica sofrendo mais ainda até no dia que você está morre mais não morre, ainda deixa você lá quatro, cinco dias sem tomar um banho (S3).

Era só umas dorzinhas nesse pulmão, espancamento, né? Por causa que a pessoa às vezes está procurado. Muito tempo têm aqueles que pegam a pessoa e dá a disciplina, né? Aí a pessoa fica tipo baqueado, né? (S26).

O Brasil é conhecido mundialmente como um dos países que mais recebem denúncias relacionadas à tortura e maus-tratos. De acordo com a ONU (2012), os atos de tortura são cometidos, particularmente, pelos agentes que presam por segurança, incluindo ameaças, chutes e socos na cabeça e no corpo, além de golpes com cassetetes e esses espancamentos aconteceram sob a custódia do Estado. Na visão dos presos, o tratamento para com eles é indigno e foram comuns nos discursos a presença do termo animal e cachorro, tratados à margem e na maioria das vezes com crueldade:

De cabeça baixa sendo tratado realmente pior do que cachorro sendo humilhado, vai socializar o quê? A pessoa vai sair daqui o quê, falando bem? Correto? De que adianta você pegar um preso desse e tratar feito um cachorro? Vai adiantar de quê? Se você pegar um cachorro e tratar ele bem, ele vai fazer o quê? Ele vai te dar carinho, né? Agora se você pegar o cachorro ali, começa a dar paulada nele, começa a maltratar toda vez que ele te vê ele vai querer te pegar, né? Então é pouco e notório isso, a lei da reação, né? Toda ação tem uma reação, se você me tratar bem eu vou fazer o quê? Lhe tratar bem, agora se você chegar todo dia me esculachando eu vou fazer o quê? (S20).

Trata nós tipo um animal mermo, não tem isso de preto, branco, magro ou gordo. Para eles são tudo preso, são tudo animal, mas não sabe uma necessidade de nós presos (S3).

Aqui você acaba mudando um pouco, com certeza. Por que aqui você sai da maneira que você é tratado, como um animal, um cachorro mesmo. O sistema nosso é isso, infelizmente! (S15).

Tratados como animais, monstros, ou seres desumanos e identificando-se com essa imagem, os próprios presos banalizam a prática da tortura e só a identificam quando são rompidos certos limites (Kolker, 2002). Desde o dia em que entram na delegacia até o último dia de cumprimento da pena, os presos convivem com variadas formas de tortura, geralmente desencadeadas por motivos banais, muitas vezes aplicadas coletivamente e não raramente presenciadas por várias testemunhas (Kolker, 2005).



**Figura 11:** Árvore de Associação de Sentidos – Maus-tratos no presídio.  
**Fonte:** Dados da pesquisa, 2017.

Em um estudo sobre a realidade do sistema penitenciário brasileiro, chegou-se à conclusão que a violência dentro das instituições do sistema carcerário é uma constante, a tortura aparece nesse espaço de forma contínua e repetida, o relatório destaca que a prisão é um campo de torturas psicológicas e físicas. Do ponto de vista psicológico, a tortura é ampla, de massa e quase irrestrita, o que torna aparente o desrespeito à integridade moral dos presos. Do ponto de vista físico, a violência para com os presos é brutal e desumana (Brasil, 2009).

Sabe-se que o respeito aos direitos humanos das pessoas em situação de prisão são embasados em diversos tratados e documentos internacionais, como, por exemplo, na Convenção Americana sobre Direitos Humanos que, em seu artigo 5º, dispõe sobre o direito à integridade pessoal: 1. Toda pessoa tem direito a que se respeite sua integridade física, psíquica e moral. 2. Ninguém deve ser submetido a torturas nem a penas ou tratos cruéis, desumanos ou degradantes. Toda pessoa privada de liberdade deve ser tratada com o respeito devido à dignidade inerente ao ser humano (OEA, 1969). No tocante às normativas, observa-se um total descumprimento e o preso acaba por ficar imerso em um ambiente de hostilidade e sem a mínima dignidade.

Os relatos de tortura se estenderam e curiosamente os presos foram falando da presença de uma “Casinha do Cachorro”. Um dos presos inclusive explicou o que vem a ser esse ambiente:

Essa casinha do cachorro é como se diz, um espaçozinho, esse quadrado ali ó (apontando para parte do piso da sala). Vamos dizer que essa placa aqui tem o que 1m<sup>2</sup>, era onde ficava os cachorros lá. Fecha isso aqui assim, coloca o cara lá dentro e o cara que se vire. Ele joga para lá, só o cara e o chão e os odores que tem por lá, sujeira e pronto (S28).

Eles não atendem todos do jeito que era para atender não, tem muitos aí que eles botam na casinha do cachorro e o cara fica agonizando, tem hora que chega até a desmaiar e eles não quer levar pro hospital. Eles gostam de ficar torturando. Eles gostam de ficar dando uma torturadazinha no preso, gosta de machucar bem muito, depois pega e dá um dipirona (S17).

Eles só levam aí se tive morrendo. Assim eles não levam não. Se tiver morrendo mesmo eles levam. Tem que está morrendo para levar, olhe lá se não morrer ali embaixo, na casinha do cachorro, que eles colocam a pessoa ali embaixo (S10).

Tais alegações de maus-tratos podem ser percebidas como uma forma de punição e degradação do preso. Submeter uma pessoa a ficar reclusa em um ambiente pequeno, sujo, em posições desconfortáveis, privado de alimento e água é desumano e demonstra o despreparo dos profissionais em lidar com pessoas, o fato de o preso ter

cometido um crime não o qualifica a ser tratado das formas que foram anunciadas, sem a mínima dignidade, inclusive com risco de falecer devido as condições que foram expostos.

Foucault (2017) em sua obra *Vigiar e Punir*, trabalha a questão das punições desumanas, chamadas de suplício. Os suplícios eram as penas corporais que tinham como objetivo a dor e sofrimento do condenado. Para o autor, o processo de punição era executado como um ritual agressivo e animalesco e a pena era tida como um tipo de coerção, disciplina e aprisionamento do ser humano. Não diferente de tal realidade, os resultados aqui apresentados apontam para a permanência desses fatos, a punição muitas das vezes vem regada de castigos desumanos como pode-se observar nas narrativas referentes à “Casinha do Cachorro”.

As queixas de maus-tratos também se estenderam à equipe de saúde:

Por que não tem o médico, mas muitos médicos aí não estão preocupados, não trata bem o preso, esqueceu de que fez o juramento. Tem muita gente que olha para o preso como se preso fosse lixo, como se fosse o resto da sociedade que a sociedade se pudesse queria deixar em baixo do tapete (S20).

Tem uns presos aí que tem até receio de subir, porque alguns tratam muito mal. (S22).

Para Oliveira e Damas (2016) o sistema se mostra como um lugar de sofrimento. As condições desumanas que são submetidos os presos também propiciam a queda da autoestima destes e essa queda desfavorece o cuidado de si. É uma situação de desrespeito aos direitos humanos, bem como de desalento, de descaso com a qualidade de vida. Há muito se discute a crise das prisões. Diante de quadro tão dramático, é urgente a redefinição das políticas criminais e penitenciárias. Apesar da legislação atual ter incorporado a maior parte dos instrumentos internacionais de direitos humanos, o seu desrespeito ou desconhecimento ainda é a regra (Kolker, 2005). Para avançarmos na defesa dos direitos humanos no sistema prisional, é fundamental rever as práticas laborais daqueles que convivem com os presos.

Os relatos aqui colocados apontam para um descaso ao respeito à dignidade humana, neste sentido como pode o preso, sem dignidade, ter saúde neste ambiente hostil? Como podem os presos pensarem em ressocialização? Portanto, os direitos humanos estão sendo desvirtuados e os presos não estão sendo tratados de maneira digna, como preconizam as normativas.

# CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

*“De vez em quando nós temos que nos perguntar: Qual foi a minha ação para criar o mundo que eu quero criar?”*

(Luiz Inácio Lula da Silva)

Chegamos ao final deste estudo com um sentimento predominante de tristeza, pois os resultados nos mostram que o sistema prisional brasileiro carece de uma reestruturação completa, em todos os aspectos. Indo da estrutura física até a ‘estrutura’ humana. O sistema prisional para fazer sentido e cumprir o seu principal papel de ressocialização, precisaria ser reinventado. Deixar de ser um depósito de pessoas para se tornar um lugar em que essas pessoas possam ser tratadas dignamente e, assim, reaprender a conviver no meio de outras pessoas, redirecionando seus conflitos com mais sabedoria e inteligência emocional, sem ter que reincidir em novos crimes. Podendo inclusive construir outros projetos de vida. Entretanto, sabemos que isso depende de vários fatores, dentre elas a sociedade.

Os dados do perfil sociodemográfico dos participantes deste estudo revelam uma população composta por jovens de baixa faixa etária, negros e pardos, com defasagem na escolaridade e de baixa renda. O que demonstra um grave problema a ser resolvido pelo Estado, sobretudo no que se refere à promoção de políticas públicas capazes de reinventar o cenário hora posto. Isto aponta que o combate à criminalidade perpassa, sobretudo, por combater a pobreza, bem como oferecer melhores condições sociais e dignidade a todas as pessoas da nação, onde estes possam ter acesso à melhores condições de vida.

Diante dos dados encontrados, que comprovaram que homens negros e pardos estão entre as maiores parcelas das populações carcerárias, evidencia-se a pertinência de investigações sobre a problemática racial nos espaços de privação de liberdade. É de grande valia que estudos sobre este tema sejam propostos e disseminados, na tentativa de debater os aspectos relacionados às questões raciais e os seus vínculos com a criminalidade. É válido ainda aprofundar estudos sobre os porquês da maior incidência de jovens nas penitenciárias.

Apesar de que o direito universal à saúde seja uma prerrogativa presente na nossa Constituição brasileira (Brasil, 1988), na Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948), e, ainda nas Políticas do Ministério da Justiça e do Ministério da Saúde (Brasil, 2008; Brasil, 2014), no presídio pesquisado, entretanto, o que observamos foi uma falta de cuidado e atenção para com as demandas de saúde dos presos. Podemos afirmar que as práticas de saúde foram quase inexistentes e a ausência de cuidado não esteve apenas ligada ao preso, mas principalmente as falhas no sistema prisional. Falhas que vão desde o gerenciamento de recursos materiais, passando pela



falta de profissionais de saúde e melhor formação desses profissionais para o atendimento dos presos, culminando no tratamento desumanizado de um modo geral.

As falhas no sistema prisional também indicam que ele não tem sido capaz de coibir as chamadas ‘guerras de facções’ existentes dentro do presídio. O que leva à reprodução das organizações criminosas dentro da instituição. Neste caso, o presídio estaria atuando de forma inversa ao papel que deve cumprir. Cabe destacar o descaso encontrado quanto ao desrespeito à dignidade humana, não diferentemente de outros espaços prisionais. O Serrotão configura-se como um presídio que abarcam presos além da sua capacidade, evidenciando ambientes de convívio superlotados, com estrutura precária e insalubre, fatores que certamente contribuem para agravos relacionados à saúde. Ainda sobre a dignidade humana, destaca-se a presença da violência dentro desses espaços, relatos de maus-tratos foram comuns, sobretudo partindo dos agentes penitenciários. Isto leva-nos a repensar aspectos relacionados aos direitos humanos dentro das prisões, de forma que seus preceitos e fundamentos sejam sempre respeitados.

As ações de prevenção de doenças foram de iniciativas individuais de alguns presos e, ainda assim, foram pequenas atitudes já que faltam as condições materiais mínimas para se ter um cuidado eficaz com a saúde. Além disso, evidenciou-se que os recursos humanos dentro da unidade de saúde atuam de forma limitada, pois foi observado que há falta de material, medicamentos e insumos, e muitas vezes a falta do profissional de plantão, sobretudo o médico. Profissionais estes que poderiam atuar não somente de forma curativa, mas, também preventiva, primando pela orientação e promoção de melhorias quanto à saúde no ambiente prisional.

Dentro desse contexto, é necessário repensar as práticas que estão postas, para fazer valer o direito fundamental à saúde. Para tanto, é importante questionar a eficácia dos diferentes sistemas e políticas vinculadas à saúde do preso, pois, na prática, não estão cumprindo com um dos seus principais objetivos: a superação das dificuldades impostas pela própria condição de confinamento, que dificulta o acesso às ações e serviços de saúde de forma integral e efetiva (Brasil, 2014).

Neste contexto, a Psicologia da Saúde surge como um campo que abre novas possibilidades de intervenção no contexto da saúde das prisões, sobretudo no preparo de profissionais da Psicologia capazes de realizar práticas adequadas às demandas de saúde dos presos, sobretudo aquelas voltadas aos cuidados de prevenção e de promoção da

saúde dentro dos presídios, pois observou-se que essas práticas são timidamente aplicadas no contexto aqui visitado.

O nosso desejo é que o presente estudo sirva de estímulo para criação de estratégias para um melhor cuidado da saúde do homem preso, sobretudo com ofertas regulares de ações de promoção à saúde, de prevenção de doenças, agravos e de tratamento de saúde, já que tais ações podem colaborar para a prevenção da criminalidade e para a reintegração social do preso. É evidente que as ações voltadas à saúde têm de estar em sintonia com as demais estruturas do presídio, pois, os problemas são graves, complexos, de várias ordens e dependentes uns dos outros para sua solução. Assim, ter uma equipe completa de saúde, sem medicamentos; ou ter acesso a exames e não ter higiene no ambiente ou água de qualidade, são exemplos gritantes do que é preciso fazer para o que aqui chamamos de ‘necessidade’ de reinventar o presídio’ para que ele alcance seu objetivo de ressocialização do preso.

Concluimos ainda que, a família tem um importante papel a ser cumprido no processo de estadia destes homens dentro do ambiente prisional. Muitas das vezes são os membros familiares que ofertam o verdadeiro suporte à melhoria da saúde, orientando quando necessário, levando medicamentos, alimentos de boa procedência e com qualidade, produtos de higiene e, sobretudo proporcionando um ambiente menos hostil, favorecendo um equilíbrio quanto à saúde emocional/mental.

Diante desse contexto, faz-se necessário multiplicar espaços de discussão tanto no âmbito comunitário, como no institucional, tendo em vista que ações diversas podem ser pensadas para a melhoria da precariedade do sistema prisional. Inclusive contribuindo para as transformações sociais e para a minimização dos estigmas perante o homem preso.

Evidentemente, pesquisas adicionais são urgentes e necessárias, utilizando-se inclusive de outros instrumentos de avaliação. Faz-se necessário propor estudos comparativos que mostrem resultados positivos alcançados em outras penitenciárias em que o sistema obedeceu às normativas previstas nas leis brasileiras e nas políticas nacionais voltadas ao respeito à cidadania e à consideração do preso como cidadão de direitos e deveres.

Defendemos ainda a necessidade de investigar a saúde mental dos agentes penitenciários. Essa ideia se justifica pelos resultados aqui apresentados que apontam traços de sadismo e outras psicopatias muito presentes entre os agentes penitenciários.

Sobre os limites deste estudo, tivemos a falta de acesso ao número de óbitos de presos ocorridos na penitenciária ou fora dela, em hospitais, em consequência de enfermidades ou maus-tratos. Este dado tem grande relevância para aprofundar o conhecimento sobre as assistências de saúde no presídio. Tal dado só seria possível se tivéssemos acesso a documentos internos, aos quais não tivemos.

Portanto, é de extrema importância aumentar os conhecimentos sobre os temas ligados ao universo prisional, o que é imprescindível para o debate das políticas vigentes, bem como para formulação de políticas públicas futuras para o setor. E mais do que isto, denunciar os abusos e engrossar as fileiras na busca pelo respeito aos direitos humanos de todos os cidadãos, independentemente de sua condição.

---

# REFERÊNCIAS

---

- Abramovay, M., Castro, M. J., Pinheiro, L. C., Lima, F. S., & Martinelli, C. C. (2002). *Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina: desafio para as políticas públicas*. Brasília: UNESCO.
- Adorno, S. (1998). Prisões, Violência e Direitos Humanos no Brasil. In P. Pinheiro & S. P. Guimarães (Orgs.). *Direitos Humanos no séc. XXI*. (pp. 1005-1030). Brasília: Instituto de Pesquisa de Relações Internacionais, Fundação Alexandre de Gusmão.
- Alves, H. G. (2007). *Auxílio reclusão, direito dos presos e de seus familiares*. São Paulo: LTR.
- Alves, R. F. (2008) *Intervenciones de profesionales en el campo de la salud: estudio antropológico comparativo en Brasil, España y Portugal*. (Tese de Doutorado) - Universidad de Granada, Granada, España.
- Alves, R. F., Eulálio, M. C., & Brobeil, S. A. J. (2009). La promoción de la salud y la prevención de enfermedades como actividades próprias de la labor de los psicólogos. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 67(3), 1-12.
- Alves, R. F., Lima, A. G. B., Souza, M. F., Ernerto, M. V., & Silva, R. P. (2011). A saúde do homem na interface com a psicologia da saúde. In R. S. F. Alves (Org.). *Psicologia da saúde: teoria, intervenção e pesquisa* (pp.147-168). Campina Grande: Eduepb.
- Alves, R. F., Silva, R. P., Ernesto, M. V., Lima, A. G. B., & Souza, F. M. (2011). Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. *Psicologia: Teoria e Prática*, 13(3), 152-166.
- Alvim, W. B. (2006). A ressocialização do preso brasileiro. *Boletim Jurídico*, 5(203), 1-7.
- Andrade, C. A., Dinis, A. R. D., Mamede, D. M. J. A., & Silva, E. B. (2017). Um olhar sobre a proposta de redução da maioria penal e os possíveis reflexos no sistema prisional de Minas Gerais – uma análise da 3ª Região Integrada de Segurança Pública, no período 2012 a 2016. *Perspectivas em Políticas Públicas*, 10(20), 241-267.
- Andrade, U. S., & Ferreira, F. F. (2015). Crise no sistema penitenciário brasileiro: capitalismo, desigualdade social e prisão. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 4(1), 116-129.

- Antunes, R., & Alves, G. (2004). As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. *Educ. Soc., Campinas*, 25,(87), 335-351.
- Arbache, J. (2003). Informalidade, encargos trabalhistas e previdência social. In Ministério da Previdência Social. *Base de financiamento da previdência social: alternativas e perspectiva* (pp. 89-106). Coleção Previdência Social. Brasília: MPS.
- Arruda, A. J. C. G. (2013). *Saúde dos presidiários e direito social: um estudo de caso Prisional de João Pessoa – Paraíba*. (Tese de Doutorado). Fiocruz, João Pessoa, Paraíba, Brasil.
- Arruda, A. J. C. G., Oliveira, M. H. B., Guilam, M. C., Vasconcelos, D. I. B., Costa, T. F., & Leite, I. F. (2013). Direito a saúde no sistema prisional: revisão integrativa. *Rev. Enferm. Ufpe on line*, 7(esp), 6646-6654.
- Assis, R. D. (2007). A realidade atual do sistema penitenciário brasileiro. *Revista CEJ*, 11(39), 74-78.
- Barbosa, M. L., Celino, S. D. M., Oliveira, L. V., Pedraza, D. F., & Costa G. M. C. (2014). Atenção básica à saúde de apenados no sistema penitenciário: subsídios para a atuação da enfermagem. *Esc Anna Nery*, 18(4), 586-592.
- Barbosa, M. L., Costa, G., & Celino, S. (2014). Saúde e doença: concepções e necessidades percebidas no sistema penitenciário. *Revista de Enfermagem Ufpe on line*. 9(1), 261-270.
- Barbosa, S. H., & Nardi, H. C. (2014). Masculinidades entre matar e morrer: o que a saúde tem a ver com isso? *Physis*, 24(3), 931-949.
- Bardin, L. (1979). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Barreto, M. S., Arruda, G. O., & Marcon, S. S. (2015) Como os homens adultos utilizam e avaliam os serviços de saúde. *Rev Eletrônica Enferm.*, 17(3), 1-8.
- Barros, A. K. R., Neto, J. A. N., Rodrigues, I. L. A., Nogueira, L. M. V., & Távora, M. M. (2018). Monitoramento das ações de controle da tuberculose no sistema prisional. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, 9(2), 192-207.

- Barros, M. A. & Jordão, M. P. D. (2011). A cidadania e o sistema penitenciário brasileiro. *Justributário*, 10(1), 1-15.
- Batista, N., & Thompson, A. (2005). Penitenciárias e estado criminoso. *A nova democracia*, 4(27), 18-19.
- Bento, B. (2015). *Homem não tece a dor: queixas e perplexidades masculinas*. Natal: EDUFRN.
- Betto, F. (2017). *Cartas da prisão*. São Paulo: Companhia das letras.
- Bilbao, C. M. (2007). Violencia, salud y drogas en prisión. In A. I. C. Domingués (Org.). *La prisión en Españã: una perspectiva criminológica* (pp. 135-156). Espanha: Dialnet.
- Bitencourt, C. R. (2004). *Falência da pena de prisão: causas e alternativas*. São Paulo: Saraiva.
- Bocaleti, J. M. R., & Oliveira, D. G. P. (2017). Superlotação e o sistema penitenciário: é possível ressocializar? *Actio Revista de Estudos Jurídicos*, 27(1), 205-217.
- Brasil (2003). *Pobreza e mercados no Brasil: urna análise de iniciativas de políticas públicas*. Brasília: CEPAL.
- Brasil (2004). *Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2007). *Plano Nacional de Educação em Direitos*. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Ministério da Educação, Ministério da Justiça, UNESCO.
- Brasil (2008). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2009). *CPI do sistema carcerário*. Brasília: Câmara dos Deputados.
- Brasil (2010). *Legislação da saúde no sistema penitenciário*. Brasília: Ministério de Saúde.

Brasil (2013). *Sumário executivo das pesquisas sobre prisão provisória: perfil do Preso e Contexto da Prisão*. São Paulo: Rede Justiça Criminal.

Brasil (2014). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional*. Brasília. Disponível em: <http://www.conass.org.br/Notas%20t%C3%A9cnicas%202013/NT%2033-%202013%20Pol%C3%ADtica%20Sau%C3%A9de%20Prisional.pdf>.

Brasil (2015). *Integração de competências no desempenho da atividade judiciária com usuários e dependentes de drogas*. Brasília: Ministério da Justiça.

Brasil (2015). *Mapa do encarceramento: os jovens do Brasil*. Brasília: Secretaria-Geral da Presidência da República e Secretaria Nacional de Juventude.

Brasil (2017). *Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – INFOPEN*. Brasília: Ministério da Justiça. Recuperado de [http://justica.gov.br/news/ha-726-712-pessoas-presas-no-brasil/relatorio\\_2018\\_fevereiro.pdf](http://justica.gov.br/news/ha-726-712-pessoas-presas-no-brasil/relatorio_2018_fevereiro.pdf)

Bretan, M. E. A. N., & Villar, M. C. C. (2011). *Manual de tratamento penitenciário integrado para o sistema penitenciário federal: gestão compartilhada e individualização da pena*. Brasília: Ministério da Justiça.

Cabral, Y. T., & Medeiros, B. A. (2014). A família do preso: efeitos da punição sobre a unidade familiar. *Revista Transgressões*, 2(1), 50-71.

Calatayud, F. M. (2011) La investigación en psicología de la salud en Cuba: experiencias y potencialidades. *Estudios de Psicología*, 16(1), 23-30.

Campos, E. P. (2004). Suporte social e família. In J. M. Filho, *Doença e família* (pp. 141- 161). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Capez, F. (2017). *Curso de direito penal*. São Paulo: Saraiva.

Cartaxo, R. O., Costa, G. M. C., Celino, S. D. M., & Cavalcanti, A. L. (2013). Panorama Brasileira da estrutura presidiária. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 6(2), 266-273.



- Carvalho, J. F. S., Lara, M. F., & Passos, R. A. (2017). Saúde atrás das grades: práticas de saúde em uma associação de proteção e assistência aos condenados no Sul de Minas Gerais. *Conexão Ci.*, 12(2), 110-118.
- Carvalho, M. S., Mello, A. C., Rabello, R. S., & Lima, C. R. A. (2016). *Inquérito de saúde na esfera local: colocando em prática*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Carvalho, S. (2010). Substitutivos penais na era do grande encarceramento. *Revista Cient. dos Estudantes de Direito da UFRGS*. 2(2), 1-30.
- Castro, B. R. (2017). *Relatório de gestão - Supervisão do departamento de monitoramento e fiscalização do sistema carcerário e do sistema de execução de medidas socioeducativas*. Brasília: CNJ.
- Castro, C. A. P., & Lazzari, J. B. (2014). *Manual de direito previdenciário*. Florianópolis: Conceito Editorial.
- Cerqueira, D., Lima, R. S, Bueno, S., Valência, L. I., Honashiro, O., & Machado, P. H. G. (2017). *Atlas da violência 2017*. Brasília: IPEA.
- Chakora, E. S. (2014). A Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem. *Revista Escola Anna Nery*, 18(4), 559-561.
- Chianca, K. S. V. (2011). *Implantação da política nacional da atenção integrada à saúde do homem: análise das possibilidades e limites*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil.
- Coelho, M. T. A. D., & Filho, M. J. C. (2012). *Prisões numa abordagem interdisciplinar*. Salvador: Edufba.
- Coleridge, S. T. (2008). *Falando sério sobre prisões, prevenções e segurança pública*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia.
- Constantino, P., Assis, S. G., & Pinto, L. W. (2016). O impacto da prisão na saúde mental dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc saúde coletiva*, 21(7), 2089-2100.

- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. (1988). Recuperado em 06 março, 2018, de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)
- Costa, M. A. F., & Costa, M. F. B. (2014) *Projeto de pesquisa: entenda e faça*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Couto, M. T., Pinheiro, T. F., Valença, O., Machin, R., Silva, G. S. N., Gomes, R., Schraiber, L. B., & Figueiredo, W. S. (2010). O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação, Brasil*, 14(33), 257-270.
- Cozby, P. C. (2003). *Métodos de pesquisa em ciências do comportamento*. São Paulo: Atlas.
- Croswell, J. W. (2014). *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. Porto Alegre: Artmed.
- Corseuil, C. H., Miguel, G. G. F., & Ribeiro, E. (2013). Youth labor market in Brazil through the lens of the flow approach. *Anais do 41º Encontro nacional de economia*, Foz do Iguaçu, PR, Brasil.
- Cunha, E. L. (2010). Ressocialização: o desafio da educação no sistema prisional feminino. *Cadernos CEDES*, 30(81), 157-178.
- Damas, F. B. (2012). Assistência e condições de saúde nas prisões de Santa Catarina, Brasil. *Ver. Saúde Públ.*, 5(3), 6-22.
- Demo, P. (2012). *Pesquisa e informação qualitativa: aportes metodológicos*. Campinas: Papyrus.
- Diwana, V., Lhuilier, D., Sanchez, A. R., Gilles, A., Araújo, L., & Duarte, A. M, et al. (2008). Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de saúde pública*, 24(8), 1887-1896.
- Elionídio, M. C. C., & Nepomuceno, F. (2017). A ineficácia do atual sistema de ressocialização do preso no Brasil. *Anais do Simpósio de Direito*, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

- Estefam, A., & Gonçalves, V. E. R. (2013). *Direito penal esquematizado: parte geral*. São Paulo: Saraiva.
- Fernandes, B. R., & Riguetto, L. E. C. (2013). O sistema carcerário brasileiro. *Revista Eletrônica de Iniciação Científica Itajaí*, 4(3), 115-135.
- Ferraz, D., & Kraiczky, J. (2010). Gênero e políticas públicas de saúde: construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. *Revista de Psicologia da UNESP*, 9(1), 70-82.
- Ferreira, E. R. (2002). *Manual: principais instrumentos legais para uma atuação com respeito aos direitos humanos*. São Paulo: Loyola.
- Ferreira, S. J., Oliveira, B. H., & Marin-León, L. (2013). Conhecimento, atitudes e práticas sobre tuberculose em prisões e no serviço público de saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 16(1), 100-13.
- Fertonani, H. P., & Pires, D. (2010). Concepção de saúde de usuários da Estratégia Saúde da Família e novo modelo assistencial. *Enferm foco*, 1(2), 51-54.
- Fidalgo, F. S. R., Alves, Y. E., & Silva, K. O. A. (2017). Trabalho e educação: juventude encarcerada. *Margens-Revista Interdisciplinar*, 11(16), 131-147.
- Filho, J. J., & Fonseca, F. C. P. (2017). Taxa de encarceramento: análise comparativa entre os estados brasileiros. *Rev Bras Adm Pol*, 10(1), 99-132.
- Filho, L. F. F. (2012). Análise da relação da criminalidade e baixo nível escolar. *Revista Intellectus*, 8(22), 103-118.
- Filho, M, M. S., & Bueno, P. M. M. G. (2016). Demografia, vulnerabilidades e direito à saúde da população prisional brasileira. *Ciênc Saúde Coletiva*, 21(7), 1999-2010.
- Filho, O. A. G. L (2006). Soluções legais para a recuperação do presidiário no Brasil: a proposta e a realidade. *Revista Jus Navigandi*, 11(1216), 1-11.
- Flick, U. (2013). *Introdução à pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Penso.
- Foucault, M. (2017). *Vigiar e punir*. Petrópolis: Vozes.

- Freire, A. C. C., Pondé, M. P., & Mendonça, M. S. S. (2012). Saúde mental entre presidiários na cidade do Salvador, Bahia, Brasil. In M. T. D. Coelho, & M. J. C. Filho (Orgs.). *Prisões numa abordagem multidisciplinar* (pp. 121-129). Salvador: EDUFBA.
- Freitas, F. S., Zermiani, T. C., Nievola, N. T. S., Nasser, J. N., & Ditterich, R. G. (2016). Política nacional de atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional: uma análise do seu processo de formulação e implantação. *R. Pol. Públ.*, 20(1), 171-184.
- Freitas, L. L. (2008) *A família como principal meio reabilitador do preso na pena privativa de liberdade* (Trabalho de Conclusão de Curso). Centro Universitário Eurípides de Marília, Marília, São Paulo, Brasil.
- Goffman, E. (2015). *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva.
- Gois, S. M., Santos, J., Hudson, P. O., Silveira, M. A. F., & Gaudêncio, M. M. P. (2012). Para além das grades e punições: uma revisão sistemática sobre a saúde penitenciária. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(5), 1235-1246.
- Gomes, N. S., Kölling, G., & Balbinot, R. A. A. (2015). Violação de direitos humanos no presídio do Roger, no estado da Paraíba. *Rev. Dir. sanit.*, 16(1), 39-58.
- Gomes, R. (2010). *A saúde do homem em foco*. São Paulo: Editora Unesp.
- Gray, D. E. (2012). *Pesquisa no mundo real*. Porto Alegre: Penso.
- Guimarães, F. S., Barp, W. J., & Nummer, F. V. (2017). Reinserção social da população do cárcere e suas expectativas no projeto Olimpo em Belém do Pará. *Novos Cadernos NAEA*, 20(1), 213-230.
- Harvey, S. (2005). Reforming prison dental services. *Health Edu J.*, 64(4), 1-39.
- Ibrahim, F. Z. (2014). *Curso de direito previdenciário*. Niterói: Impetus.
- International Centre For Prison Studies. (2018). *Portal do International Centre For Prison Studies*. Recuperado em 17 janeiro, 2018, de <http://www.prisonstudies.org>

Inouye, K., Barham, E. J., Pedrazzani, E. S., & Pavarini, S. C. I. (2010). Percepções de suporte familiar e qualidade de vida entre idosos segundo a vulnerabilidade Social. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23(3), 582-592.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2000). *Censo Demográfico*. Rio de Janeiro: IBGE.

Jesus, A. C. F., Oliveira, L. V., Oliveira, E. A., Brandão, G. C. G., & Costa, G. M. C. (2015). O significado e a vivência do abandono familiar para presidiárias. *Ciência&Saúde*, 8(1), 19-25.

Julião, E. F. (2016). Dossiê sobre as políticas de encarceramento de mulheres no Brasil. In C. L. G. Mattos, S. M. Almeida, P. M, Castro, & L. P. C. Borges (Orgs.). *Mulheres privadas de liberdade: vulnerabilidades, desigualdades, disparidades socioeducacionais e suas intersecções de gênero e pobreza* (pp. 47-54). Jundiaí: Paco Editorial.

Kolker, T. (2002). Tortura nas prisões e produção de subjetividade. In: Rauter, C., Passos, E., & Benevides, R. In C. Rauter, E, Passos, & R. Benevides, *Clínica e Política: subjetividade e violação dos direitos humanos* (pp. 88-99). Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/Editora Te Corá.

Kolker, T. (2005). Os profissionais da saúde e a tortura nas prisões. *Saúde e Direitos Humanos*, 2(2), 15-24.

Kubrin, C., & Stewart, E. (2006), Predicting who reoffends: the neglected role of neighborhood context in recidivism studies. *Criminology*, 44(1), 165-197.

Laffim, M. H. L. F., & Nakayama, A. R. (2013). O trabalho de professores/as em um espaço de privação de liberdade, *Educação & Realidade*. 38(1), 155-178.

Langeani, B., & Ricardo, C. (2016, Janeiro). Um chamado a razão. *Informativo Rede Justiça Criminal*, pp. 4-5.

*Lei de Execução Penal nº 7.210 de 11 de julho de 1984*. (1984). Institui a Lei de Execução Penal. Recuperado em 11 janeiro, 2018, de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L7210.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7210.htm)

- Lermen, H. S., Gil, B. L., Cúnico, S. D., & Jesus, L. O. (2015). Saúde no cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 25(3), 905-924.
- Lovelle, R. P. (2003). La psicología de la salud en Cuba. *Revista Psicología Científica.com*, 5(7).
- Machado, V. G. (2013). Análise sobre a crise do sistema penitenciário e os reflexos do fracasso da pena de prisão. *Derecho y Cambio Social*, 33(10), 1-25.
- Maciel, J. N., & Cheres, J. E. (2016). O auxílio reclusão sob a ótica da Pec 304/2013. *Revista Eletrônica de Ciê. Jurídicas*, 1(1), 1-41.
- Marques Júnior, A. V. (2007). A participação da comunidade na execução penal. *Jus Navigandi*, 11(1544), 1-15.
- Mello, D. C., & Gauer, G. (2011). Vivências da maternidade em uma prisão feminina do estado Rio Grande do Sul. *Saúde e Transformação Social*, 1(3), 113-121.
- Minayo, M. C. S. (2006). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Editora Hucitec.
- Minayo, M. C. S. (1994). O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica. In P. Guareschi, & S. Jovchelovitch (Orgs.). *Textos em representações sociais* (pp. 89-111). Petrópolis: Vozes.
- Minayo, M. C. S. (2014). *Estudo das condições de saúde e qualidade de vida dos presos e das condições ambientais do sistema prisional do Rio de Janeiro*. (Relatório de Pesquisa). Rio de Janeiro: Claves.
- Minayo, M. C. S., & Constantino, P. (2015). *Deserdados sociais: condições de vida e saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro*. Fiocruz, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.
- Minayo, M. C. S., & Gualhano, L. (2016). Saúde nas prisões: avaliações, políticas e práticas. *Ciências & Saúde Coletiva*, 21(7), 2329-2338.
- Minayo, M. C., & Ribeiro, A. P. (2016). Condições de saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciê. Saúde Colet.*, 21(7), 2031–2040.

- Moimaz, S. A. S., Marques, J. A., Saliba, O., Garbin, C. A., Zina, L. G., & Saliba, N. A. (2010). Satisfação e percepção do usuário do Sus sobre o serviço público de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 20(4), 1419-1440.
- Monteiro, F. M., & Cardoso, G. R. (2013). A seletividade do sistema prisional brasileiro e o perfil da população carcerária. *Civitas*, 13(1), 93-117.
- Moraes, H. V. B. (2011). O princípio da dignidade da pessoa humana como norteador de um sistema penal constitucionalizado. Disponível em <http://www.juspodivm.com.br/artigos>. Acesso em 20.02.2018
- Morais, J. L. B. (2010). Direitos humanos, estado e globalização. In D. S. Rúbio (Org.). *Direitos humanos e globalização: fundamentos e possibilidades desde a teoria crítica* (pp. 125-149). Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Moura, E. C., Gomes, R., Falcão, M. T. C., Schwarz, E., Neves, A. C. M., & Santos, W. (2015). Desigualdades de gênero na mortalidade por causas externas no Brasil. *Cien Saude Colet*, 20(3), 779-788.
- Nascimento, L. V., Machado, W. D., Gomes, D. F., & Vasconcelos, M. I. O. (2014). Estudo de avaliabilidade da política nacional de atenção integral à saúde do homem no município de Sobral, Ceará. *Rev Baiana Saúde Pública*, 38(1), 95-114.
- Navarro, P. D., Almeida, I. N., Kritski, A.L., Ceccato, M. G., Maciel, M. M. D., & Carvalho, W. S., et al. (2016). Prevalência da infecção latente por Mycobacterium tuberculosis em pessoas privadas de liberdade. *J Bras Pneumol*, 42(5), 348-355.
- Neto, P. R. G. (2000). *A prisão e o sistema penitenciário: uma visão histórica*. Canoas: Ulbra.
- Occaso, L. D., & Yoshiura, R. W. (2013). Os direitos fundamentais do cidadão preso. *Anais do simpósio sustentabilidade e contemporaneidade nas ciências sociais*, Cascavel, Paraná, Brasil.
- Oliveira, C. F. & Rodrigues, J. F. L. (2018). Direito dos presos no século XXI: um caminho a ser percorrido. *Cadernos de graduação*, (4)3, 41-54.
- Oliveira, M. C. (2015). *História, Fundamentos e Proteção dos Direitos Humanos. In Integração de competências no desempenho da atividade judiciária com usuários e dependentes de drogas*. Brasília: Ministério da Justiça.

- Oliveira, T, Ferreira, P. & Rosa, R. (2016). Perfil de saúde no sistema penitenciário brasileiro: uma revisão integrativa da literatura brasileira. *Revista Expres. Católica*, 1(1), 121-125.
- Oliveira, W. F., & Damas, F. B. (2016). *Saúde e atenção psicossocial nas prisões*. São Paulo: Hucitec Editora.
- Organização das Nações Unidas. (1948). Declaração Universal dos Direitos Humanos. Paris: Assembleia Geral das Nações Unidas.
- Organização das Nações Unidas. (1955). *Regras Mínimas para Tratamento dos Prisioneiros*. Genebra: Conselho Econômico e Social.
- Organização das Nações Unidas. (2012). *Relatório sobre a visita ao Brasil do Subcomitê de Prevenção da Tortura e outros tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes*. Brasil: Cat/Op.
- Organização dos Estados Americanos. (1969). *Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica)*, adotada em 22 de novembro de 1969.
- Ornell, F., Renata, M. D. P., Juliana, N. S., Sonia, L. M., Vanessa, D. C., Adriana M. Z., & Silvia, C. H. (2016). Saúde e cárcere: Estruturação da atenção básica à saúde no sistema prisional do Rio Grande do Sul. *Revista da PURCS*, 8(1), 107-121.
- Priori, C. (2011). A construção social da identidade de gênero e as mulheres na prisão. *Revista NUPEM*, 3(4), 191-199.
- Reis, C. B., & Bernardes, E. B. (2011). O que acontece atrás das grades: estratégias de prevenção desenvolvidas nas delegacias civis contra HIV/AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis. *Ciênc. saúde coletiva*, 16(7), 3331-3338.
- Remor, E. A. (1999). Psicologia da saúde: apresentação, origens e perspectivas. *Psico*, 30(1), 205-217.
- Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. (2012). Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Recuperado em 13 de dezembro, 2017, de [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)



- Ribeiro, B. D., Terra, M. G., Lacchini, A. J. S., Camponogara, S., Beuter, M., & Silva, C. T. (2014). Saúde dos homens: Abordagem na formação de enfermeiros. *Revista Enfermagem, UERJ*, 22(4), 540-545.
- Ribeiro, J. L. P. (2011). A Psicologia da Saúde. In R. S. F. Alves (Org.). *Psicologia da Saúde: teoria, intervenção e pesquisa* (pp 23-64). Campina Grande: EDUEPB.
- Rodrigues, M. (2007). *Formação de conselheiros em direitos humanos*. Brasília: SEDH.
- Rolim, M. (2000). *O labirinto, o minotauro e o fio de Ariadne: os encarcerados e a cidadania, além do mito*. Brasília: Câmara dos Deputados.
- Rosa, C. S., & Onofre, E. M. C. (2016). Mulher, negra e encarcerada: reflexões sobre processos de opressão. In C. L. G. Mattos, S. M. Almeida, P. M, Castro, & L. P. C. Borges (Orgs.). *Mulheres privadas de liberdade: vulnerabilidades, desigualdades, disparidades socioeducacionais e suas intersecções de gênero e pobreza* (pp. 47-54). Jundiaí: Paco Editorial.
- Rossato, L. C. (2015). *A educação nos presídios e os direitos humanos* (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Ijuí, Rio Grande do Sul, Brasil.
- Santos, M. V., Alves, V. H., Pereira, A. V., Rodrigues, D. P., Marchiori, G. R. S., & Guerra, J. V. V. (2017). A saúde física de mulheres privadas de liberdade em uma penitenciária do estado do Rio de Janeiro. *Escola Anna Nery*, 21(2), e20170033.
- Silva, A. C. L. G., Nazário, N. O., & Lima, D. C. (2015). *Atenção à saúde do homem privado de liberdade*. Florianópolis: UFSC.
- Silva, A., & Fossá, M. (2015). Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. *Qualitas Revista Eletrônica*, 16(1), 1677-1680.
- Silva, L. A., Corrêa, A. C. P., Fraga, J. C. A. X. O., Rodrigues, T. C., & Divino, E. A. (2016). Percepções de homens acerca das suas necessidades de saúde. *Ciênc Cuid Saúde*, 15(1), 133-140.
- Silva, R. K. Q., & Diniz, E. R. S. (2008). A morte do super-homem: corpo, saúde e identidades masculinas. *Revista Tema*, 7(10/11), 69-78.

- Silva, V. F. (2008). *Conflitos e violência no universo penitenciário brasileiro*. Porto Alegre: Sulina.
- Simon, M. A. (1993). *Psicología de la salud. Aplicaciones clínicas y estrategias de intervención*. Madrid: Pirámide.
- Simon, M. A. (1999). *Manual de Psicología de la Salud: fundamentos, metodología y aplicaciones*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Souza, C. A. C. (2004). Doentes mentais em prisões e em casas de custódia e tratamento: um grande e permanente desafio à psiquiatria e à lei. *Psychiatry on line Brasil*, 9(12), 1-10.
- Souza, E. R., & Lima, M. L. C. (2007). Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(Sup), 1211-1222.
- Souza, M. C. P., Neto, F. J. A., Sousa, P. C. C., & Silva, C. L. C. (2013). Atenção à saúde no sistema penitenciário: revisão de literatura. *Revista Interdisciplinar*, 6(2), 144-151.
- Souza, M. O. S., & Passos, J. P. (2008). A prática de enfermagem no sistema penal: limites e possibilidades. *Anna Nery Revista de Enfermagem*, 12(3), 417-423.
- Souza, R. C. M. (2016). A ressocialização nos espaços prisionais: possibilidades e limites na contemporaneidade. *Revista Interdisciplinar do Pensamento Científico*, 2(2), 88-98.
- Spink, M. J. P. (2010). *Linguagem e produção de sentidos no cotidiano*. Rio de Janeiro: Centro Eps.
- Spink, M. J. P., & Lima, H. (2013). Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos da interpretação. In M. J. P. Spink (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações e metodologias* (pp. 93-122). São Paulo: Cortez.
- Thiry-Cherques, H. R. (2012). *Conceitos e definições: o significado em pesquisa aplicada nas ciências humanas e sociais*. Rio de Janeiro: Editora FGV.

- Thomé, B., Viana, C. E., Fabiene, K. C., Cozer, M., Vieira, A. P., & Follador, A. P. V. C. (2016). Qualidade da alimentação fornecida em uma unidade do sistema penitenciário do Estado do Paraná. *Biosaúde*, 18(2), 75-81.
- Thompson, A. (1980). *A questão penitenciária*. Rio de Janeiro: Forense.
- Trindade, C. M. (2011). Doenças, alimentação e resistência na penitenciária da Bahia, 1861-1865. *Hist cienc Saúde*, 18(4), 1073-1093.
- Trindade, I. (2007). Intervenção psicológica em centros de saúde. In I. Trindade, & J. A. C. Teixeira (Orgs.). *Psicologia nos cuidados de saúde primários* (pp 41-54). Lisboa: Climepsi Editores.
- Trindade, I., & Teixeira, J. A. C. (2007). Aconselhamento psicológico nos cuidados primários. In I. Trindade, & J. A. C. Teixeira (Orgs.). *Psicologia nos cuidados de saúde primários* (pp 105-118). Lisboa: Climepsi Editores.
- Varella, D. (1999). *Estação Carandiru*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Vieira, S., & Hossne, H. S. (2015). *Metodologia científica para área da saúde*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Wacquant, L. (2001). *As prisões da miséria*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Walsh, T. (2008). An investigation of the nature of research into dental health in prisons: a systematic review. *British Dental Journal*, 204(12), 683-689.
- World Health Organization. (2007). *Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health*. Copenhagen: Organization Regional Office for Europe.
- Zacksesk, C., Machado, B. A., & Azevedo, G. (2017). O encarceramento em massa no Brasil: uma proposta metodológica de análise. *Revista Crítica Penal y Poder*, 12, 269-289.
- Zafaroni, E. (1991). *Em busca das penas perdidas: a perda da legitimidade do sistema penal*. Rio de Janeiro: Revan.

**Apêndice A – Questionário (Saúde no Sistema Prisional: um estudo sob a ótica dos homens presos)**

**QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO**

**BLOCO 1 - ASPECTOS RELACIONADOS AO PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO**

01 – Gênero: ( ) Masculino ( ) Feminino	02 – Idade: ( ) Até 21 anos ( ) De 21 a 25 anos ( ) De 26 a 31 anos ( ) De 31 a 35 anos ( ) De 36 a 40 anos ( ) Acima de 40 anos	03 – Estado Civil: ( ) Solteiro(a) ( ) Casado(a) ( ) Separado(a) ( ) Viúvo(a) ( ) Outro(a)	04 – Filhos: ( ) Não ( ) Sim  Quantos?
05 – Etnia: ( ) Branco ( ) Pardo ( ) Negro ( ) Amarelo ( ) Indígena ( ) Outra _____	06 – Alfabetização: ( ) Alfabetizado ( ) Não Alfabetizado	07 – Escolaridade: ( ) Ens. Fundamental Incompleto ( ) Ens. Fundamental Completo ( ) Ens. Médio Incompleto ( ) Ens. Médio Completo ( ) Superior Incompleto ( ) Superior Completo	

**BLOCO 2 - ASPECTOS RELACIONADOS AO PERFIL PROFISSIONAL E DE RENDA**

01. Profissão:	
02. Última ocupação:	
03. Tempo de exercício da profissão:	
04. Renda aproximada, anterior à privação da liberdade:	
05. Auxílio reclusão:	

**BLOCO 3 - ASPECTOS RELACIONADOS À CONDENAÇÃO**

01. Motivo da condenação:	
02. Tempo de condenação:	
03. Quanto tempo da condenação já foi cumprido?	

**Apêndice B – Entrevista (Saúde no Sistema Prisional: um estudo sob a ótica dos homens presos)****ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**

---

*- Responda as questões que seguem, de acordo com sua vivência:*

1. Você tem conhecimento de alguma ação na penitenciária voltada para redução e prevenção de doenças?
  
2. Como funcionam os atendimentos em saúde aqui? Você procura quem, há uma rotina?
  
3. O que você acha dos cuidados em saúde oferecidos aqui? Como você avaliaria?
  
4. Você já fez ou está fazendo algum tratamento de saúde no momento? Qual?
  
5. Você se considera uma pessoa cuidadosa com a própria saúde? Que medidas você adota para isso?
  
6. Em que momentos ou situações você utiliza os espaços de saúde aqui no presídio?
  
7. Tem algum outro aspecto que você gostaria de acrescentar sobre o cuidado à saúde dentro do presídio?

## Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Eu,

\_\_\_\_\_ ,  
em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa “**SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL: UM ESTUDO SOB A ÓTICA DOS HOMENS PRESOS**”. Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos: O trabalho acima citado terá como objetivo geral conhecer as práticas de saúde dos homens presos em uma penitenciária do município de Campina Grande/PB.

- **Ao voluntário** só caberá à autorização para utilização de um Questionário Sociodemográfico e uma Entrevista Semiestruturada e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.
- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- **Ao pesquisador** caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial; entretanto, quando necessário for, poderá revelar os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.
- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) 33153473 com a Professora Dr<sup>a</sup> Railda Sabino Fernandes Alves ou Jakson Luis Galdino Dourado.
- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador. Vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse. Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Campina Grande/PB: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador Responsável

**Apêndice D – Termo de Autorização para Gravação de Voz****TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ**

Eu, \_\_\_\_\_, depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada **“SAÚDE NO SISTEMAPRISIONAL: UM ESTUDO SOB A ÓTICA DOS HOMENS PRESOS”** poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista, AUTORIZO, por meio deste termo, o pesquisador **Jakson Luis Galdino Dourado** a realizar a gravação de minha entrevista sem custos financeiros a nenhuma parte.

Esta **AUTORIZAÇÃO** foi concedida mediante o compromisso do pesquisador acima citados em garantir-me os seguintes direitos:

1. Poderei ler a transcrição de minha gravação;
2. Os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, jornais, congressos entre outros eventos dessa natureza;
3. Minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
4. Qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização, em observância ao Art. 5º, XXVIII, alínea “a” da Constituição Federal de 1988.
5. Os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a) orientador(a) da pesquisa Railda Sabino Fernandes Alves, e após esse período, serão destruídos e,
6. Serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

Ademais, tais compromissos estão em conformidade com as diretrizes previstas na Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

**Campina Grande/PB,** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante da Pesquisa

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador Responsável

**Anexo A – Termo de Autorização Institucional: Direção do Presídio**

**PENITENCIÁRIA REGIONAL DE CAMPINA GRANDE RAIMUNDO ASFORA  
- SERROTÃO**  
CNPJ: 08.778.284/0001-53  
RUA: ALÇA SUDOESTE/BR 230, S/Nº - CAMPINA GRANDE - PB - CEP:  
58119-900.

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**

Estamos cientes da intenção da realização da pesquisa intitulada **CUIDADO À SAÚDE EM PRESÍDIOS: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS ENTRE HOMENS PRIVADOS DE LIBERDADE EM CAMPINA GRANDE - PB** desenvolvido pelo aluno Jakson Luis Galdino Dourado do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Saúde (Mestrado), da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, sob a orientação da professora Dra. Raílda Sabino Fernandes Alves.

**Campina Grande/PB, 15 de Fevereiro de 2017**



Oualdir Vieira de  
Queiroz Junior  
Diretor Adjunto

---

Assinatura e carimbo do Responsável Institucional



**Anexo B – Termo de Autorização Institucional: Vara de Execução Penal (VEP)**

  
PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA  
COMARCA DE CAMPINA GRANDE  
VARA CRIMINAL/EXECUÇÃO PENAL  
Fornit Afonso Campos - Rua Vice Prefeito Anselmo Carvalho Sousa, s/nº, Liberdade  
Fones: 3310-8311 - 3310-2431 - 3310-2483 - 3310-2303 (fax)

**OFICIO Nº 1028/VEP/2017** C. Grande/PB, 15 de março de 2017.

Ilmº Sr(a):  
Diretor(a) do Penitenciária Regional de Campina Grande Raymundo Asfora  
Penitenciária do Serrotão  
Campina Grande.

Senhor Diretor:

Comunico a Vossa Senhoria que foi autorizado por este Juízo uma pesquisa acadêmica nas dependências dessa unidade prisional a ser realizada pelo mestrando Jackson Luis Galdino Dourado, matrícula: 2016251105, tendo como base para pesquisa do trabalho acadêmico: "Cuidado à Saúde em Presídios: Representações Sociais entre homens privados de liberdade em Campina Grande/PB".

Atenciosamente,

  
Dr. Gustavo Pessoa Tavares de Lyra,  
Juiz de Direito.

## Anexo C – Parecer Circunstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E		Plataforma Brasil
<b>PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b>		
<b>DADOS DO PROJETO DE PESQUISA</b>		
Título da Pesquisa: CUIDADO A SAÚDE EM PRESÍDIOS: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS ENTRE HOMENS PRIVADOS DE LIBERDADE EM CAMPINA GRANDE/PB		
Pesquisador: JACKSON LUIS GALDINO DOURADO		
Área Temática:		
Versão: 1		
CAAE: 80142737 6 0000 5187		
Instituição Proponente: Universidade Estadual da Paraíba - UEPB		
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio		
		 <p>Prof. Dr. Marconi de O Castro Coordenador Geral do Comitê de Ética e Pesquisa em seres humanos da Universidade Estadual da Paraíba</p>
<b>DADOS DO PARECER</b>		
Número do Parecer: 2.400.108		
<b>Apresentação do Projeto:</b>		
Cuidado a saúde em presídios: representações sociais entre homens privados de liberdade em Campina Grande/PB		
<b>Objetivo da Pesquisa:</b>		
Conhecer as representações sociais sobre os cuidados em saúde, elaboradas por homens presidiários numa unidade prisional de Campina Grande/PB		
<b>Avaliação dos Riscos e Benefícios:</b>		
A pesquisa poderá apresentar riscos de natureza psicológica, porém será facultada ao participante a participação na pesquisa. Apresenta como maior benefício, a identificação das representações sociais sobre cuidados em saúde de uma população pouco estudada, podendo contribuir para construção de políticas públicas visando a melhoria do atual cenário do indivíduo privado de liberdade.		
<b>Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:</b>		
A proposta do projeto é relevante, uma vez que pode analisar por meio de pesquisa qual-quantitativa a realidade dos cuidados a em uma unidade prisional de Campina Grande/PB.		
<b>Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:</b>		
O projeto apresenta os termos de apresentação obrigatória.		
<p>Endereço: Av. dos Boracões, 351 - Campus Universitário          Bairro: Sudoeste CEP: 58.128-730          UF: PB Município: CAMPINA GRANDE          Telefone: (81)3315-3373 Fax: (81)3315-3373 E-mail: cep@uepb.edu.br</p>		
Página 2 de 2		

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA  
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE  
PÓS-GRADUAÇÃO E



Unidade de Foco: 100100

**Recomendações:**

Supere-se a inspeção dos recursos técnicos do projeto

Conclua-se as Pendências e Lista de Inadéquações

O projeto não apresenta pendências

Considerações Finais e critério do CEP:

Fato parcer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Poragem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE INFORMACOES BASICAS_OG_P PROJETO_000004.pdf	05/08/2017 10:21:30		Acerto
Forma de Foco	FOCO PDF	25/08/2017 10:21:40	JARSON LUIS GALDINO DOURADO	Acerto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa_Plataforma_Final pdf	25/08/2017 10:59:53	JARSON LUIS GALDINO DOURADO	Acerto
Outros	ENTREVISTA_SEMESTRALTURADA do ca	28/08/2017 14:58:41	JARSON LUIS GALDINO DOURADO	Acerto
Declaração de Instituição e Investigador	Autorizacao_Diretor_do_Projeto PDF	05/05/2017 14:45:55	JARSON LUIS GALDINO DOURADO	Acerto
Declaração de Instituição e Investigador	Autorizacao_do PDF	05/05/2017 14:44:49	JARSON LUIS GALDINO DOURADO	Acerto
Outros	vol.pdf	06/05/2017 14:43:21	JARSON LUIS GALDINO DOURADO	Acerto
TCEI / Termo de Assentamento/ Justificativa de Ausência	TCEI.pdf	06/05/2017 14:10:55	JARSON LUIS GALDINO DOURADO	Acerto
Declaração de Pesquisadores	Pesquisador PDF	05/05/2017 14:10:28	JARSON LUIS GALDINO DOURADO	Acerto
Declaração de Pesquisadores	Termo_Compromisso_Orientador PDF	05/05/2017 14:06:12	JARSON LUIS GALDINO DOURADO	Acerto

**Situação do Fator**

Endereço: Av. dos Barões, 501 - Campina (Universidade)  
Bairro: Saldomando CEP: 51.020-710  
UF: PB Município: Campina Grande  
Telefone: (319)3243-0000 Fax: (319)3243-0010 E-mail: cep@uepb.edu.br

Page 12 of 12

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA  
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE  
PÓS-GRADUAÇÃO E



Submissão de Projeto de PÓS-GRADUAÇÃO

Aprovado:

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINA GRANDE, 27 de Novembro de 2017

Prof. Dr. Marcos do O. Celso  
Coordenador Geral de Graduação e Pós-Graduação  
Instituto de Educação Superior da Paraíba

Assinado por:  
Marcos do O. Celso  
(Coordenador)



Endereço: Av. dos Carvalhos, 91 - Campus Universitário  
Serra - Cabreria - CEP: 58.100-970  
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE  
Telefone: (3333) 3173 Fax: (3333) 3173 E-mail: [uepb@uepb.edu.br](mailto:uepb@uepb.edu.br)