

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
ESPECIALIZAÇÃO EM DIREITOS HUMANOS E POLÍTICAS PÚBLICAS**

DOUGLAS STOCCO DA COSTA

PROJETO PRISÕES LIVRES DE TUBERCULOSE:

Estudo sobre a importância da ação no diagnóstico precoce e ao tratamento de tuberculose da população privada de liberdade em unidades prisionais de Cuiabá, Manaus e Recife.

São Leopoldo

2019

DOUGLAS STOCCO DA COSTA

PROJETO PRISÕES LIVRES DE TUBERCULOSE:

Estudo sobre a importância da ação no diagnóstico precoce e ao tratamento de tuberculose da população privada de liberdade em unidades prisionais de Cuiabá, Manaus e Recife.

Artigo apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Direitos Humanos e Políticas Públicas pelo curso de pós-graduação em Direitos Humanos e Políticas Públicas da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS

Orientador: Prof. Dr. Marcos Flávio Rolim

São Leopoldo

2019

PROJETO PRISÕES LIVRES DE TUBERCULOSE:

Estudo sobre a importância da ação no diagnóstico precoce e ao tratamento de tuberculose da população privada de liberdade em unidades prisionais de Cuiabá, Manaus e Recife.

TUBERCULOSIS-FREE PRISONS PROJECT:

Study on the importance of action in the early diagnosis and treatment of tuberculosis of the population deprived of liberty in the prisons of Cuiabá, Manaus and Recife.

Douglas Stocco da Costa^{*}

Resumo: O presente artigo tem por objetivo analisar as ações do Projeto Prisões Livres de Tuberculose no diagnóstico precoce da doença, bem como na adesão ao tratamento – contínuo, com duração de seis meses – tendo como amostra três unidades prisionais brasileiras, nas cidades de Cuiabá, Manaus e Recife. Para tanto, fez-se uso de abordagens colaborativas, ou seja, grupos focais por meio de entrevistas em profundidade com três públicos atingidos pelas estratégias: população privada de liberdade (PPL) em tratamento para tuberculose ou combinado, também para HIV, agentes de segurança e profissionais de saúde, os dois últimos, trabalhadores nas penitenciárias acima citadas.

Palavras-chave: Tuberculose. HIV. Saúde Prisional. Educação. Encarceramento.

Abstract: This article aims to analyze the actions of the Tuberculosis-Free Prisons Project in the early diagnosis of the disease, as well as adherence to treatment - continuous, lasting six months - having as sample three prison units in the cities of Cuiabá, Manaus and Recife. To this end, collaborative approaches were used, ie focus groups through in-depth interviews with three audiences affected by the strategies: people deprived of liberty (PPL) being treated for tuberculosis or

^{*} Graduado em Comunicação Social – Habilitação em Relações Públicas, pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), em 2011, e MBA em Gestão de Negócios pelas Faculdades Porto-Alegrenses (FAPA), em 2014. Sócio-proprietário da GT4 Comunicação, de Porto Alegre (RS), empresa de comunicação voltada para o marketing social, desenvolvedora de ações e estratégias em educação, saúde e empoderamento do indivíduo, entre elas, o Projeto Prisões Livres de Tuberculose. E-mail: douglas.stocco@gt4comunicacao.com

combined, also for HIV, security agents and health professionals, the last two, workers in the prisons mentioned above.

Keywords: Tuberculosis. HIV. Prison Health. Education. Incarceration.

1. INTRODUÇÃO

A tuberculose é, embora todos os esforços do Sistema Único de Saúde, o SUS, em garantir integralidade, universalidade e equidade no acesso de todo e qualquer cidadão brasileiro aos serviços de saúde, um problema de relevância em razão do seu alto poder de contágio e letalidade. Durante o último levantamento feito pela Organização Mundial da Saúde, a OMS, no ano de 2015¹, atingiu-se à marca de 10,4 milhões de novos casos de tuberculose no planeta, sendo que destes, 1,4 milhões chegaram a óbito. Segundo o Ministério da Saúde (2017)², o Brasil apresentou 30,9 casos por 100 mil habitantes e 2,2 óbitos para cada 100 mil habitantes. A enfermidade, por óbvio, apresenta maior incidência em países pobres, posto que a vulnerabilidade social e a dificuldade de acesso a políticas públicas em saúde, inclusive no âmbito educacional e preventivo, contribuem para a propagação da doença. Além disso, alta densidade demográfica, uso abusivo de álcool e outras drogas, falta de saneamento básico, insegurança alimentar e desnutrição também são fatores de risco elevado. Pelos motivos citados, a Política Nacional de Combate da Tuberculose elencou, como públicos vulneráveis, dadas as características acima citadas, população privada de liberdade (PPL), população de rua, indígenas e pessoas vivendo com HIV, sendo os últimos citados aqueles que possuem o maior risco de ir a óbito em caso de ausência ou abandono do tratamento.

A enfermidade é uma das principais causas de morbidade e mortalidade relacionadas às doenças infecciosas nos países em desenvolvimento. Um desafio notável para o controle da tuberculose envolve a incidência desproporcional observada entre as populações de maior risco, incluindo as pessoas privadas de

liberdade. Segundo o Ministério da Saúde (MS, 2017), o risco de adoecimento por tuberculose no sistema prisional é 28 vezes maior quando comparado à população em geral. Entre os novos casos diagnosticados no Brasil, no ano de 2017, 10,8% estão relacionados às pessoas privadas de liberdade (MS, 2017). Em 2016, a taxa de ocupação prisional chegou a 707% no Brasil (INFOPEN, 2016)³. Tal crescimento ocasiona diversos problemas para o sistema prisional, como a organização das hierarquias de violência, inadequação da estrutura física, falta de recursos humanos e problemas sanitários que impactam no controle de doenças infecciosas, como a tuberculose.

A superlotação das unidades prisionais, ventilação inadequada, iluminação solar reduzida e dificuldade de acesso aos serviços de saúde são alguns dos fatores que contribuem para o coeficiente elevado de tuberculose no sistema prisional (MS, 2017). Ainda existem os indicadores de vulnerabilidade individual, social e programática que interferem nas taxas de encarceramentos e reencarceramento, além da própria percepção de cuidado em relação à saúde, especificamente em tuberculose dentro do sistema prisional. Se considerarmos apenas os presídios masculinos brasileiros como espectro e levarmos em conta a tuberculose comprovada em laboratório após análise da coleta de escarro, chegaremos à classificação de epidemia, ou seja, >1.000 casos para cada 100.000 habitantes, números que certificam a gravidade da situação em nosso país e, claramente, dentro do sistema penitenciário (CLANCY, 1991 *apud* FIOCRUZ, 2008, p.76)⁴.

A tuberculose no sistema prisional constitui um importante problema de saúde, especialmente nos países de alta e média endemicidade. A frequência de detecção tardia de casos é elevada e o tratamento é realizado de forma inadequada, em muitos casos. A tuberculose é uma doença altamente contagiosa. No sistema prisional, tal circulação contempla diversos públicos: pessoas privadas de liberdade, servidores, familiares e, conseqüentemente, a população em geral.

O presente trabalho tem por objetivo analisar os efeitos do Projeto Prisões Livres de Tuberculose, uma ação conjunta entre o Departamento Nacional Penitenciário (DEPEN), Ministério da Justiça e Segurança Pública e Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) – com a colaboração técnica da Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) – Ministério da Saúde, no diagnóstico e na adesão da população privada de liberdade (PPL) ao tratamento, aos quais todos os materiais e as estratégias de linguagem e abordagem foram desenvolvidos pela agência GT4 Comunicação, de Porto Alegre. O Projeto Prisões Livres de Tuberculose atua, hoje, em 80 presídios espalhados pelas cinco regiões do Brasil, entre elas, as três unidades prisionais analisadas neste artigo. São elas: Penitenciária Central do Estado do Mato Grosso, em Cuiabá; Unidade Prisional do Puraquequara, em Manaus, Amazonas; e Presídio Juiz Antônio Luiz Lins de Barros, em Recife, Pernambuco. Dessa forma, foram realizadas entrevistas com grupos de profissionais de saúde, agentes penitenciários e população privada de liberdade em tratamento. A iniciativa tem como objetivo detectar e tratar precocemente as pessoas privadas de liberdade com tuberculose no sistema prisional, por meio da utilização de estratégias de comunicação e de educação em saúde.

Trabalhar a temática da tuberculose nas unidades prisionais brasileiras, além de urgente, pelos motivos já explicitados, se faz primordial quando pensamos nos preceitos da saúde pública. Ainda que as pessoas estejam privadas de liberdade, elas não estão privadas dos demais direitos que lhe são garantidos, seja na Lei de Execução Penal⁵, seja na Constituição Federal⁶ ou nas diretrizes nacionais e internacionais de Direitos Humanos, das quais o país é signatário.

2. O PROJETO PRISÕES LIVRES DE TUBERCULOSE

O Projeto Prisões Livres de Tuberculose, por meio da atuação de seus três eixos: ações de educação e comunicação em saúde, ações de organização dos

fluxos de assistência à saúde e as ações em saúde, propriamente ditas, visa apoiar a reorganização dos fluxos de assistência à saúde com o objetivo de detectar e tratar precocemente a tuberculose. A partir das entrevistas realizadas com os grupos focais, toda a estratégia em comunicação e educação começou a ser traçada e, dentro dela, o planejamento dos materiais a ser desenvolvidos, cujo objetivo é promover cidadania, gerando engajamento de toda a comunidade carcerária na execução das estratégias para o controle da tuberculose, por meio da promoção de uma comunicação sensível, que qualifique as informações direcionadas à comunidade carcerária sobre tuberculose, HIV e acesso à saúde. Com o objetivo de ampliar o conhecimento sobre tuberculose, aumentar o acesso ao diagnóstico e ao tratamento, assim como também desconstruir mitos e preconceitos relacionados à doença, todos os materiais foram elaborados de forma personalizada, considerando a maneira de se comunicar de cada público do projeto.

Em razão do baixo índice de alfabetização e da pouca escolaridade presente entre a maioria dos presos brasileiros, segundo o Infopen (2016), 4% são analfabetos, 6% são alfabetizados, porém sem cursos regulares e 51% possuem o ensino fundamental incompleto, ou seja, evadiram da escola, foram pensadas canecas, discos informativos sobre sintomas e coinfeção tuberculose-HIV; e murais, todos eles tendo como foco ilustrações. Também foi desenvolvido um estojo para armazenar medicamentos e uma cartela de controle de tratamento, prevendo o período de 6 meses, onde cada dia de ingestão do remédio deve ser marcado com a letra X, auxiliando na não interrupção do tratamento, fundamental para a cura.

Para os profissionais de saúde, foram elaborados um caderno com informações sobre a doença, álbum seriado ilustrado, visando facilitar a comunicação entre profissional e PPL analfabeto, mural de coleta de escarro, que tem por objetivo orientar sobre como esse importante procedimento para o diagnóstico de tuberculose deve ser feito corretamente, além de mural informativo

sobre Tratamento Diretamente Observado (TDO) e coinfeção tuberculose-HIV. Já os agentes de segurança recebem uma caderneta que aborda os fatores que contribuem para a incidência de tuberculose na população privada de liberdade; a diferença entre como se pega e como não se pega tuberculose; o que as pessoas sentem quando estão com tuberculose; como funciona o tratamento, os efeitos colaterais e a importância de facilitar o acesso das pessoas privadas de liberdade às unidades de saúde prisional. Também recebem um mural, prancheta e caneta com a inscrição “pode me emprestar sem medo”, que faz referência ao fato de que a tuberculose não é transmissível pelo uso compartilhado de canetas, papéis, cadeiras ou mesmo talheres e copos.

Outro público determinante e mencionado por todos os participantes do grupo focal é a família. Para esse grupo, foi pensado, além dos discos informativos sobre sintomas e coinfeção tuberculose-HIV - e de um portadocumento, importante no momento das revistas - um totem, em formato expositor, contendo ilustrações dos sintomas da tuberculose. O mobiliário é utilizado como instrumento interativo nas abordagens da fila de espera, através da metodologia de educação entre pares e também é focado em ilustrações.

No segundo eixo, estão as ações de organização e gestão dos fluxos de assistência à saúde, que se destinam a programar estratégias entre administração penitenciária e instâncias locais para garantir atenção integral à saúde da população privada de liberdade. Neste eixo, a articulação intra e intersetorial são de extrema importância para estabelecer os fluxos intra e extramuros de prevenção, busca ativa, diagnóstico laboratorial, acompanhamento e tratamento da tuberculose.

O terceiro e último eixo, das ações em saúde, tem previsão de encerramento para o final de 2019, portanto, está em sua fase final de aplicação, ainda incompleta. Tem como foco estabelecer ações de saúde a partir da articulação com a Atenção Básica com o objetivo de detectar e tratar

precocemente a tuberculose na comunidade carcerária, por meio de oferta de diagnóstico para tuberculose ativa e latente, além de oferecimento de teste-rápido para HIV, sífilis e hepatites virais para PPL, agentes de segurança e profissionais de saúde.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

As ações de educação e de comunicação em saúde são um dos pilares focados na qualificação da atenção à saúde e processos formativos dentro de uma perspectiva intersetorial para profissionais de saúde e segurança. Para compreender a importância da educação em saúde, é necessário entender os processos e como eles dialogam entre si dentro de novos contextos para a promoção de mudanças em saúde. Segundo o Ministério da Saúde (2006)⁷, a educação em saúde é definida como:

Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população [...]. Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades (MS, 2006).

Para promover educação em saúde são necessárias ações voltadas para os profissionais de saúde e demais profissionais que trabalham no campo da saúde. No caso do sistema prisional, profissionais de segurança tem papel fundamental nos processos de promoção de saúde. O objetivo é instrumentalizar, qualificar e sensibilizar os profissionais de saúde e das demais áreas, respeitando as especificidades locais e as necessidades do trabalho real, visando fortalecer as estratégias de cuidado para população, conforme apontam Souza, Wenger e Gorini (2007)⁸:

[...] a educação em saúde é um processo de ensino-aprendizagem que visa à promoção da saúde, e o profissional dessa área é o principal mediador para que isso ocorra. Destaca-se que o mesmo é um educador preparado para propor estratégias, no intuito de

oferecer caminhos que possibilitem transformações nas pessoas/comunidades (SOUZA, WENGER E GORINI, 2007).

As transformações em saúde dadas no âmbito coletivo, dentro de uma comunidade específica, passam, sobretudo, pelo autocuidado de cada indivíduo em preservar a sua saúde e potencializar o conhecimento adquirido por meio da educação entre pares, onde a propagação da informação ganha efeito multiplicador. Souza, Wenger e Gorini (2007) denominam, assim, como cuidadores leigos aqueles que auxiliam a promover ações em saúde entre pares e ressaltam a importância do desenvolvimento de políticas públicas para as suas formações:

[...] a educação em saúde é importante prática de assistência aos cuidadores leigos, uma vez que os prepara para preservar sua saúde e viver saudavelmente para, então, cuidar expressivamente do seu próximo. Destaca-se, também, que as políticas públicas devem apresentar propostas para assistir essa parcela que permanece ignorada pelos atuais programas de saúde. Ressalta-se, assim, que o cuidar não envolve somente o doente, mas todo o contexto que o circunda, onde surge a figura do cuidador leigo como instrumento de cuidar. (SOUZA, WENGER E GORINI, 2007).

O termo *educação em saúde* pode ter se originado dessa prática, da orientação de um leigo por um profissional, indicando um paralelismo entre as duas áreas, com separação explícita dos seus instrumentos de trabalho: a educação ocupando-se dos métodos pedagógicos para transformar comportamentos e a saúde, dos conhecimentos científicos capazes de intervir sobre as doenças. A educação em saúde oferece caminhos para o cuidador leigo cuidar de si e, a partir disso, cuidar do outro, de acordo com cada cultura e valores (SOUZA, WENGER E GORINI, 2007).

Entretanto, para que todos os atores envolvidos dentro de uma ação tenham ciência de suas atribuições na mesma, é fundamental que não apenas se descodifique, mas, sim, se tenha a compreensão da informação que é repassada e, futuramente, será reproduzida entre pares. Por essa razão, Fortes (2003)⁹

destaca a importância da comunicação dirigida, fundamental em processos educacionais focados e a diferença da comunicação direcionada:

"[...] uma diferença entre as expressões "direcionada" e "dirigida". A primeira refere-se ao tipo de encaminhamento das mensagens da comunicação massiva, transmitidas a determinadas faixas da população sem haver nenhuma segurança de quais pessoas receberão efetivamente a informação. A segunda tem o sentido de representar um alvo exato que é localizado e, por meio de escolhas sucessivas, alcançado, havendo controle integral do emissor do canal e, singularmente, do depositário da informação." (FORTES, 2003).

Porém, por se tratar de um projeto executado dentro do sistema prisional brasileiro, a análise do Infopen (2016), que compõe, entre outros aspectos, o perfil sociodemográfico da população privada de liberdade no país, se faz indispensável. De acordo com o levantamento, 74% da PPL do sexo masculino têm de 18 a 34 anos de idade, onde 55% são formadas de jovens, entre 18 e 29 anos. Ademais, no quesito raça/cor, 64% são compostos por negros, 4% são analfabetos, 6% são alfabetizados, porém sem cursos regulares e 51% possuem o ensino fundamental incompleto, ou seja, evadiram da escola. Estes números não são por acaso, são reflexo direto da ausência ou ineficiência das políticas públicas na área da educação básica, sobretudo, nas periferias, onde vivem, em sua maioria, negros e os mais pobres, conforme elucida Souza (2002)¹⁰:

A maioria da população negra das grandes cidades, em função da discriminação racial e social a que está sujeita, concentra-se na periferia dos centros urbanos, onde os serviços de infra-estrutura são mais deficientes ou inexistentes e as oportunidades econômicas e educacionais, as mais precárias. (SOUZA, 2002)

Ao percebermos que o analfabetismo e a baixa escolaridade possuem ligação intrínseca com o perfil da população carcerária brasileira, entendemos como a educação é base para o protagonismo e a libertação do sujeito de uma ordem social dominadora já pré-estabelecida pelas classes dominantes, que fazem da educação um elemento de segregação, não de inclusão. O homem, incapaz de exercer a sua capacidade criadora, fica à margem da sociedade, posto

em seu lugar periférico, e lá aprisionado, num processo de acomodação social. Sua alternativa é sobreviver. Assim, segundo Freire (2011, p.60)¹¹, “a partir das relações do homem com a realidade, resultantes de estar com ela e de estar nela, pelos atos de criação, recriação, e decisão, vai ele dinamizando o seu mundo. Vai dominando a realidade. Vai humanizando-a”. A libertação social e a autonomia dos indivíduos passam pela educação. E a libertação da população que já é privada da liberdade física, das enfermidades que ganham caráter de epidemia dentro do sistema penitenciário brasileiro, como a tuberculose, por exemplo, também passa pela educação.

4. MÉTODOS

A presente pesquisa adota abordagem qualitativa, descritiva e exploratória. As entrevistas foram realizadas em 03 de setembro de 2018 no Presídio Juiz Antônio Luiz Lins de Barros, um dos três que compõe o Complexo do Curado, em Recife, Pernambuco; 12 de setembro de 2018, na Penitenciária Central do Estado do Mato Grosso, em Cuiabá; e 18 de setembro de 2018, na Unidade Prisional do Puraquequara, em Manaus, Amazonas. Participaram do estudo, compreendendo os três presídios no total, 15 PPL em tratamento para tuberculose, ou combinado para HIV; todos do gênero masculino; 15 agentes de segurança e 15 profissionais de saúde, de ambos os gêneros. Salienta-se que todas as unidades prisionais analisadas neste estudo recebem reclusos do gênero masculino, não sentenciados e sentenciados para penas no regime fechado.

A opção pela escuta dos relatos da população privada de liberdade (PPL) em tratamento se dá para compreender os processos de cuidado em relação à tuberculose no sistema prisional brasileiro. A análise de conteúdo das narrativas de profissionais de segurança, de saúde e de pessoas privadas de liberdade obtidas durante os grupos focais evidenciou um conjunto de elementos que interferem não só no diagnóstico e tratamento da tuberculose, mas também no acesso à saúde intra e extramuros da população privada de liberdade. O Presídio

Juiz Antônio Luiz Lins de Barros, em Recife, a Penitenciária Central do Estado do Mato Grosso, em Cuiabá; e a Unidade Prisional do Puraquequara, em Manaus, foram selecionados por gestores do Projeto Prisões Livres de Tuberculose oriundos do Departamento Nacional Penitenciário (DEPEN) e da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

Todos os trâmites para a realização das entrevistas se deram entre os gestores do Projeto Prisões Livres de Tuberculose e as administrações das penitenciárias, sendo as últimas as responsáveis pela seleção do número solicitado de PPL em tratamento, agentes de segurança e profissionais de saúde para a coleta dos dados. Foram acordadas com as respectivas direções das penitenciárias as datas das entrevistas e os locais das mesmas. A confidencialidade das informações prestadas foi garantida. Foram entrevistados somente os presos que, após esclarecimento, concordaram livremente com a participação e assinaram termo de consentimento. As entrevistas foram em grupo e registradas por um gravador. Todo o conteúdo oriundo das sabinas foi digitado e conferido, visando corrigir eventuais confusões no entendimento dos relatos, muitas vezes sobrepostos ou inaudíveis. Com foco na preservação da identidade das pessoas ouvidas, nenhum nome será divulgado ou exposto no presente estudo. Destarte, nas transcrições, empregaram-se as siglas “PPL” para população privada de liberdade em tratamento, “AS” para agentes de segurança e “PS” para profissionais de saúde.

Foram estabelecidas as seguintes perguntas para a população privada de liberdade (PPL) em tratamento: 1. Como você soube que estava com tuberculose? 2. Como foi o acesso ao serviço de saúde dentro da unidade prisional? 3. Como você realiza o tratamento aqui dentro? 4. Quais são os riscos que você considera para as pessoas abandonarem o tratamento aqui dentro da unidade prisional? 5. Nas vistorias que acontecem dentro da cela, vocês já tiveram os medicamentos de tuberculose retirados ou conhecem alguém que já teve os medicamentos

retirados? 6. O que é o tratamento de tuberculose para você aqui dentro da unidade prisional?

Ainda, para os agentes de segurança, foram feitas as seguintes indagações: 1. Vocês sabem o que é tuberculose? 2. Vocês sabem como funciona o fluxo de tuberculose quando um PPL apresenta os sintomas e precisa de atendimento de saúde? 3. Como são as articulações de saúde com os profissionais de segurança? 4. Vocês identificam algum tipo de dificuldade para a realização do tratamento de tuberculose dentro das celas? 5. Pensando nas transferências que acontecem em grande parte nos finais de semana ou horário que os profissionais da saúde não estão nas unidades de saúde prisional, vocês conseguem articular com a saúde para levar junto com a PPL os medicamentos e o prontuário de saúde para outra unidade? 6. Vocês acham que a falta de conhecimento sobre a tuberculose aumenta o preconceito dentro do sistema prisional?

Por fim, os profissionais de saúde foram questionados desta forma: 1. Como funciona o fluxo de tuberculose dentro da unidade prisional? 2. Quais as principais dificuldades e facilidades que vocês encontram para o fluxo? 3. Como vocês consideram o acesso ao serviço de saúde nos casos de sintomático respiratório (SR) e casos de PPL em TDO de tuberculose? 4. Existe algum apontamento que vocês consideram importante para a redução dos casos de tuberculose e abandono de tratamento dentro da unidade prisional? 5. Como vocês avaliam a articulação da saúde com a segurança nos casos de PPL que precisam de atendimento em relação à tuberculose, transferências e saídas?

5. RESULTADOS

As entrevistas se deram em ambiente franco, aberto, livre de tensões ou constrangimentos. Todos os integrantes dos grupos foram participativos. É válido ressaltar que os grupos focais também trataram de outros aspectos relacionados

ao acesso à saúde nas respectivas unidades prisionais, que não o foco do presente estudo, a adesão ao tratamento. Apesar disso, todos concordaram em participar de maneira espontânea. Ressalta-se que nenhum relato foi editado, mantendo a fidedignidade do que foi coletado.

O primeiro tópico relatado pela PPL da Penitenciária Central do Estado do Mato Grosso, em Cuiabá, é a dificuldade de acesso ao diagnóstico e tratamento para a tuberculose dentro da unidade prisional, que leva muitas pessoas privadas de liberdade a procurarem suas famílias, buscando atendimento médico particular e medicamentos.

“Tem pessoas também que *pede* medicamento e *trata* lá mesmo. Mas só com ele ali. E ele sabe que *tá* escarrando sangue, *né?* Que é tuberculose. Aí pede pra família mesmo trazer. Aí traz e ele mesmo toma o medicamento. Porque aqui, *né?* Não tem ventilação, um ambiente que corra ar, *né?*” (PPL)

Outro ponto destacado é o isolamento. Na Penitenciária Central do Estado do Mato Grosso é utilizado o sistema de isolamento para pessoas diagnosticadas com tuberculose, que são encaminhadas para o *shelb*, uma espécie de cela muito fechada e escura. Conforme os relatos, o *shelb* é um local com condições estruturais precárias, compreendidas como não adequadas para pessoas em tratamento para tuberculose. Ainda nesse sentido, destacam que, enquanto os *raios*, semelhantes a galerias, são mais arejados e amplos, permitindo deslocamento e banhos de sol, diferenças de poder aquisitivo são mais intensas no *shelb*, porque, em sendo um ambiente fechado e com pouca iluminação, aqueles que não possuem os recursos necessários para comprar ventiladores são mais afetados, por exemplo.

"Na verdade, o sonho é voltar pro raio, *né?* Porque esse sofrimento ninguém merece. Porque, tipo assim, vários lá tem medo de fazer mesmo por causa do sistema de tratamento. Aí chega aqui num estágio final, entendeu? Tipo assim, o raio é o dia inteiro lá aberto... É grandão... Você vai pra lá e pra cá. Ar correndo pra todo lado. Aqui você precisa ter dois ventiladores em cima de você. Mas não é todo mundo que tem condições de comprar dois

ventiladores... Ou ainda compra um só. Não é todo mundo que tem condição, entendeu? Então... Fica assim... Como é que eu falo a palavra? É um lugar... Tipo assim... De pânico. Tem pessoas que esconde o que *tá* sentindo... Pra não vir pro pânico total.” (PPL)

A falta de informação sobre a tuberculose ser uma doença curável e quais as formas e período de contágio faz com que o diagnóstico, por si só, traga consigo um estigma, o que contribui para diminuir os índices de adesão ao tratamento. Assim, quando as pessoas privadas de liberdade acham que algum de seus colegas está doente, por exemplo, a tendência é isolá-lo, sendo o não compartilhamento de talheres uma medida comum. Ademais, nesse sentido, quando ainda em tratamento, mas já de volta ao raio, nas situações em que identificam que alguém não está fazendo o tratamento corretamente, há pressão e vigilância do grupo em relação ao indivíduo para que os medicamentos sejam ingeridos.

Por sua vez, o isolamento é mais um fator que colabora com a não adesão ao tratamento, tendo em vista que não existe uma relação de cuidado dos profissionais de saúde com as pessoas privadas de liberdade em isolamento para tratamento de tuberculose. Além dos sintomas físicos e dos efeitos colaterais do medicamento, a pessoa diagnosticada é encaminhada para um local de isolamento em que as condições são piores do que nos *raios*. Há, conforme os relatos, uma espécie de “dupla pena”: quanto ao crime cometido e quanto à doença contraída:

“Geralmente, nós mesmos não *deixa*. Igual... Estilo ele... “Ah, eu não vou tomar o remédio”... “Cara, toma!”... “Ah, mas faz mal pro meu estômago”... “Não, toma! Aí ele toma na nossa frente, mostra. E alguém fica lá olhando ele pra ver se ele não vai voltar o medicamento. Porque ele digere rápido, *né?* No estômago.” (PPL)

Na Unidade Prisional do Puraquequara, em Manaus, a família foi destacada pela PPL como um fator motivador na adesão ao tratamento. Existe a

preocupação das pessoas privadas de liberdade com a possibilidade de contágio de suas famílias. Uma vez diagnosticados, muitos relatam solicitar que seus familiares vão até uma unidade de saúde para fazer os exames de tuberculose.

"Sim, quando eu soube que saiu o exame de tuberculose, eu mandei a minha mulher fazer o exame nela, minha mãe... Eles todos fizeram exame lá fora... Deu tudo negativo, graças a Deus. Mas eu, sabendo da procedência da doença, avisei a eles e "de prontamente", eles fizeram o exame lá fora." (PPL)

Outro aspecto mencionado é a demanda por autonomia no tratamento. Destarte, muitas pessoas privadas de liberdade em tratamento para tuberculose relatam desconforto com o TDO, Tratamento Diretamente Observado, pois interpretam que sua saúde é prioridade na própria vida e que seriam capazes de administrar seus próprios medicamentos de forma correta.

"Nós não *precisa* de ninguém vigiando nós... "Ó, pega teu remédio...". Nós mesmo *sente* aquela vontade, já quer logo que chegue o remédio pra tomar... Porque a gente sabe que aquele remédio ali é pra nossa melhora, *né?*" (PPL)

Mais uma vez, assim como ocorrera em Cuiabá, o isolamento e o estigma também são pontos ressaltados pela PPL na Unidade Prisional do Puraquequara, em Manaus. Além das condições infra-estruturais deficitárias, a saída das galerias comuns produz um estigma, que passa a ser carregado pelo indivíduo que passa pelo *shelb*. Ademais, a falta de conhecimento acerca da tuberculose, dentro das galerias, faz com que algumas medidas desnecessárias sejam tomadas, como a separação de talheres e copos e o isolamento social das pessoas com tuberculose.

"E quando tem alguém tossindo muito na cela de vocês? A gente fica ó... [...] Tem que ser tratado esse negócio aí... Tem que se cuidar, tem que ir lá na enfermaria lá... [...] Ele acaba excluído da massa lá... [...] É... [...] Isola ele, fica lá no canto dele... - Eu não vou conversar com uma pessoa se ela vai passar doença pra mim... Eu não vou conversar... [Aí ele fica aonde?] Fica na dele,

isolado, no canto dele... [...] Eu não vou ficar perto de uma pessoa doente... Não sou enfermeiro. [...] A gente chega no representante e fala a situação e aí ele toma as providências.” (PPL)

No Presídio Juiz Antônio Luiz Lins de Barros, em Recife, a família também foi destacada pela PPL como um fator motivador na adesão ao tratamento. O incentivo da família é colocado como um dos fatores protagonistas para promover adesão das pessoas privadas de liberdade ao tratamento de tuberculose. Nesse sentido, experiências intra-familiares tanto de morte por abandono do tratamento quanto de cura quando seguidas as orientações influenciam no comportamento deste público.

"Minha família, tranquilo. Porque eu já perdi um tio, minha vó teve e se tratou e perdi minha mãe, também, com esse problema. [De tuberculose?] Sim. Aí eu senti os sintomas assim e pensei “poxa, minha mãe morreu com isso, meu tio teve, minha vó teve... Eu tenho que fazer esses exames... E fiz”. Mas minha família é tranquilo. Minha vó conversou comigo. “Se a vó já teve, você vai se tratar também”. Só que quando a minha mãe foi... Ela escondeu, entendeu? Quando veio a descobrir, estava num estado grave.” (PPL)

Nesta unidade prisional, ainda que haja isolamento nos primeiros 15 dias de diagnóstico/tratamento para tuberculose, as pessoas privadas de liberdade não identificam essa medida como balizadora de preconceitos ou estigmas quanto àquelas pessoas em tratamento. Uma das explicações que fornecem para essa situação é o fato de que a tuberculose é comum no meio prisional, o que desmistificaria a doença de certa forma. Ainda, o grupo destacou que há um controle entre pares para garantir o correto cumprimento do tratamento.

"Alguns têm preconceito, outros não. Mas sempre tem um que tem um preconceito, né?"

Aqui dentro, todo mundo tem. [Tuberculose ou preconceito?] Não... É normal ter tuberculose, porque tem muita gente que tem e não sabe. A verdade é essa.

Não... Porque a pessoa tava tratando. Quem tava tratando, não tem mais risco de pegar, não, e passar pros outros, não.

[Como é ter no pavilhão uma pessoa com tuberculose?] Mas fica numa cela separada... [São os 15 dias?] É! Quando ele volta, fica normal e ele fica fazendo o tratamento. *Passa os remédios...* E ele sabe que *tá* sendo controlado, *né?*

[E o tratamento dentro do pavilhão? Há alguma dificuldade, abandono?] Não porque todos os *pavilhão* tem agente de saúde. Aí a medicação fica com o responsável pra fazer o tratamento do paciente lá, pra tomar a medicação todos os dias." (PPL)

O primeiro tema abordado pelos agentes de segurança da Penitenciária Central do Estado do Mato Grosso, em Cuiabá, é o TDO. Os profissionais de segurança pontuam que o isolamento não é completo, pois as pessoas direcionadas até lá ficam acompanhadas de outras, que também estão em tratamento. Ademais, esta seria uma forma de melhor acompanhar a ingestão de medicamentos, por meio de Tratamento Diretamente Observado.

"Isolamento respiratório. Ele não fica isolado porque ele fica com outros que também estão tratando. Ele não fica isolado do convívio, numa cela." (AS)

Segundo a percepção do grupo, ainda que os presos tenham ser encaminhados para o isolamento e, por isso, busquem mascarar os sintomas, há uma pressão, por parte dos colegas, ao serem percebidos os sintomas, para que esta pessoa vá até a unidade de saúde prisional. Há muito medo em relação ao contágio.

Outro ponto destacado é, assim como nos relatos da PPL, a importância da família como fator crucial para adesão ao tratamento e atenção à saúde. A relação de proteção e afeto com a família é percebida pelos agentes de segurança como um dos valores mais importantes dentre as pessoas privadas de liberdade. Portanto, esta relação é central para incentivar e assegurar a adesão ao tratamento, argumentando que, desse modo, estarão protegendo seus familiares.

"Tem uma coisa que o preso preserva muito: É a família dele [é a família dele!]. Não mexe com a família dele." (AS)

Os profissionais de segurança da Unidade Prisional do Puraquequara, em Manaus, destacam que, nas transferências de unidade, as pessoas privadas de liberdade são orientadas pelos profissionais de saúde quanto à continuidade de seu tratamento, assim que os medicamentos lhe são entregues. O relato indica que o mesmo acontece em casos de encaminhamento para liberdade.

"Quando ele é transferido, dão todo o medicamento pra ele. Se ele vai ser internado, ele leva todo o medicamento com ele. Porque, quem conhece o tratamento sabe, aquilo é contado. Então, acompanha ele. O tratamento de tuberculose dele o acompanha aonde ele vai. Ele é orientado." (AS)

Os profissionais de segurança no Presídio Juiz Antônio Luiz Lins de Barros, em Recife, relatam que a regra, nesta unidade, é a adesão ao tratamento. Nos casos de não adesão ou de abandono, destacam que uma série de fatores pode contribuir como baixa auto-estima e crenças religiosas. Ademais, pontuam que há um trabalho multidisciplinar de convencimento das pessoas privadas de liberdade com tuberculose a aderirem ao tratamento por parte de profissionais de saúde e de segurança.

"Primeiro, eles têm várias coisas que os fazem deixar de buscar o tratamento... Tem vários fatores, até religiosos! Teve vários presos que chegaram aqui e disseram: vou parar o tratamento porque Jesus me curou! Isso é comum. Vêm igrejas aqui, né, pra evangelizar aqui dentro. Têm também aqueles que a gente não tem o acompanhamento, eles não têm, digamos, o discernimento da necessidade de seis meses de tratamento. Tomam a medicação, aí com um mês já se sentem melhor e clinicamente estáveis, aí acham que já estão curados e param de tomar. Porque aquela droga, aquele remédio tá causando efeitos colaterais. São vários fatores. Quando recebe o alvará... Eles saem, caem de novo e voltam com ela resistente.

Nós temos uma equipe aqui... Que é uma enfermeira, uma técnica e um médico clínico infectologista, o Dr. Rafael Sacramento. Aí eles fazem essa palestra de convencimento da necessidade de tratamento e a grande maioria aceita mesmo. Porque sabem que após o tratamento vão estar curados. A grande maioria é por isso...

A maioria aceita o tratamento... O que eu tô falando são exceções, não é regra os que interrompem ou nem iniciam.” (AS)

Quanto ao estigma em relação à tuberculose, os profissionais de segurança ressaltam que há um bom número de pessoas privadas de liberdade que desconhecem o fato de que tuberculose tem cura, o que causa grande temor em relação à doença. Assim, seria necessário, em alguns casos, convencimento de que a doença não é mais contagiosa a partir de 15 dias de tratamento, por exemplo:

"Aqui dentro, sim. A gente não tem como controlar 3 mil presos, que acham que tuberculose é uma doença que pegou, morreu. Então, é o pensamento deles, embora a gente faça palestras, esclarecimento de todo tipo... Eles não aceitam. Eles não assimilam isso. A grande maioria tem nem a terceira série, quase 30-40% são analfabetos... É muito difícil colocar na cabeça deles que a tuberculose tem cura. Pra eles, a grande maioria, pegou tuberculose, morreu. Então, quando eles veem uma pessoa tossindo dentro da cela, eles já querem colocar pra fora.

Tem preso que é agente de saúde, mas é preso. Por exemplo, o fator que o preso a partir do 15º dia de tratamento deixa de contaminar, né? Não está curado, mas deixa de contaminar. A grande maioria não acredita nisso. Aí você já complicou o convívio onde ele vive com outros presos. Porque aquele que viu ele sair da cela pra fazer tratamento... E 15 dias depois ele voltar? O pessoal já não quer ele lá.” (AS)

Nos relatos dos profissionais de saúde da Unidade Prisional do Puraquequara, em Manaus, o estigma da tuberculose é percebido pelos profissionais da saúde não só pelo receio do contágio, como também pelos efeitos do isolamento no *shelby*. Essa situação faz com que, muitas vezes, as pessoas privadas de liberdade procurem mascarar, esconder os sintomas da tuberculose com medo das consequências que o diagnóstico pode trazer para suas vidas dentro da unidade prisional.

"Um dia, eu atendi e ele falou que ele tinha tuberculose, que ele tava vindo de outra unidade, que ele tava fazendo tratamento lá. Aí eu falei “aí você, daqui, vá direto pra enfermaria porque você tem

que dar continuidade no seu tratamento e não pode parar. Aí eu fui pegar uma cópia e ele saiu, fingiu que ia à enfermaria e voltou com o agente. Aí que tá, eles não querem ir. Aí eu disse pra ele “isso é uma coisa séria: ou tu tá brincando comigo dizendo que tu tens, ou tu tá levando tua vida... Tá deixando tua vida correr risco aí... E fazendo uma coisa que você pode morrer”. E ele: “a senhora tá me agourando?” E eu: “não! É sério isso!”. Então, pra eles, assim, ou eles usam pra ter seus benefícios, né? Essa informação... Ou é mesmo falta de conhecimento.

Sim, eles são muitos... Eles sofrem, sim, o preconceito... Às vezes, eles se seguram... Não querem relatar que estão com sinais-sintomas, por conta da convivência... A pessoa que está no seguro, que a gente chama de *shelby*, né? Eles ficam isolados... E acaba que quebra uma convivência... Sim, eles têm essa... Sei lá... Relutância de falar que tá com o sintoma. [Resistência?] É, resistência.” (PS)

A família também é identificada como um elemento essencial para a continuidade do tratamento após a saída em liberdade, o que demandaria maior integração entre os profissionais da unidade de saúde prisional e das unidades básicas de saúde próximas aos locais em que passassem a residir.

“Seria mais a gente fazer o acompanhamento mesmo: família, que a gente vai fazer a visita social na casa. Entendeu? Seria uma forma de fazer aquele acompanhamento direto... [...] Porque, na verdade, aqui a gente não tem aquele acompanhamento fora. Ele saiu, pegou liberdade... Acabou a relação. Não tem mais vínculo nenhum.” (PS)

Nas transferências, há o cuidado para que o prontuário das pessoas privadas de liberdade seja enviado para as novas unidades, assim como os medicamentos de tratamentos em andamento.

“Se ele sair daqui, a gente manda a ficha de transferência com a medicação, né? A medicação dele. Ele já sai daqui com essa guia de transferência e com a medicação. Aí, lá no DISA, porque a nossa unidade é mais centrada no DISA Norte... Aí no Distrito de Saúde lá do Norte, eles dão apoio pra essa unidade. O restante da medicação... É que aqui a gente tá na primeira fase, com a medicação só da primeira. Aí, se ele for transferido, aí a segunda fase já é o Distrito Norte que vai fazer essa reposição.” (PS)

No Presídio Juiz Antônio Luiz Lins de Barros, em Recife, a regra é a adesão ao tratamento; a exceção, o abandono. Nos casos de abandono, os profissionais identificam que a baixa auto-estima gerada pelo encarceramento influencia no comprometimento com o tratamento. Ainda, destacam que a família é um fator estratégico para promover a adesão e continuidade do tratamento.

"Na verdade, às vezes, eles mesmos não ligam, "ah, eu tô preso mesmo, não tô nem aí pra minha saúde". Sei lá, se morrer ou se não morrer... Alguns abandonam por não dar importância. Outros aderem fielmente, tomam a medicação todinha. Alguns, quando já sentem os sintomas, vão até a unidade de tratamento. Então, varia muito, aqueles que têm interesse no tratamento da doença e aqueles que não se importam.

Depende. Os casos que a gente teve de abandono, as famílias são bem presentes. Quando chegam aqui, cobram sobre a medicação, se preocupam de ir buscar no hospital... Principalmente os MDR. Mas aí mesmo elas vindo, a gente solicita essa ajuda... [Então, vocês conseguem essa vinculação com a família pra tentar dar um suporte para a adesão ao tratamento?] Não 100%, mas alguns familiares vêm até a gente, a gente tem esse contato com o pessoal da psicologia, aí eles pedem pra falar com alguém da saúde pra saber como é que tá, pra informar que ele tem a patologia. Aí dependendo do caso, se for um caso mais grave, algumas psicólogas tentam entrar em contato pra tentar convencer eles a voltar a tomar a medicação e entrar em contato com a família." (PS)

Na percepção dos profissionais de saúde, o diagnóstico de tuberculose não causa estigmas às pessoas diagnosticadas. O grupo atribui esta percepção ao medo que as pessoas privadas de liberdade aparentam ter de contrair a doença, que produz a rede de apoio entre pares de incentivo à procura da unidade de saúde.

"Não que eu perceba... A gente não vê dentro dos pavilhões e das celas, mas alguns já chegam assim e diz "ah, eu quero fazer o teste porque fulano da minha cela tá com tuberculose". Então, assim, eles têm certo receio de adquirir. Mas eles não podem escolher sair, mudar de cela... [mas eles não pedem pra tirar?] Às vezes, sim, até acontece, mas nem sempre dá pra fazer. Eles pra fazer o exame pra ver se tá e eles querem logo descobrir." (PS)

Os profissionais de saúde identificam que a maior incidência de abandono de tratamento acontece quando há a liberação dos pacientes do sistema prisional. Dentro da unidade, por outro lado, a adesão é alta e, em casos de indícios de abandono, profissionais de saúde, de segurança e demais pessoas privadas de liberdade contribuem para o convencimento do indivíduo em tratamento.

Em relação à transferência entre unidades prisionais, as enfermeiras têm um grupo em rede social de troca de mensagens instantâneas, por meio do qual se comunicam sobre as pessoas privadas de liberdade em tratamento para tuberculose e outras doenças, conferindo se as informações disponíveis na pasta são completas sobre o caso.

"O abandono tem mais quando eles estão na rua [liberdade]. E têm alguns aqui dentro, acho que tem uns 3 casos nossos, que acabaram virando multirresistente... Mas a gente conversa, explica... Então, quando tem algum desses casos, não só de tuberculose, mas de outras doenças, a gente leva pra dentro da unidade de saúde pra conversar, ou até mesmo pra segurança. Na verdade, os presos mesmos dizem que "fulaninho não tá tomando a medicação". Entre eles mesmos. Quando eles conhecem o grupo, eles dizem "ó, fulaninho não tá tomando". Ou o agente... Ou, quando eles têm uma religião, teve um deles que disse que tinha sido curado por Deus e ele é o médico dos médicos... Depois, a gente teve uma conversinha, a gente insistiu, insistiu, insistiu e resolveu voltar a tomar a medicação.

As unidades prisionais têm, na verdade, um grupo de coordenadoras, de enfermeiras que são responsáveis pelo programa de tuberculose. Então, quando ele vai ser transferido, a gente se comunica por *whatsapp* qual a medicação, que tipo de tratamento tá. Às vezes, a gente não consegue conversar com eles antes da transferência, mas quem recebe, que verifica a mesma coisa que eu faço aqui, a pasta, elas lá também fazem. E conversam também pra poder dar continuidade a esse tratamento. Se faltar medicação e ele estiver aí a gente manda pra unidade que ele foi transferido." (PS)

Por fim, registra-se que os profissionais de saúde da Penitenciária Central do Estado do Mato Grosso, em Cuiabá, não teceram considerações acerca da adesão ao tratamento por parte das pessoas privadas de liberdade.

6. DISCUSSÃO

A partir das transcrições das falas dos entrevistados, de todos os grupos, é possível observar que o direito à saúde, preconizada pelo artigo 3º da Lei de Execução Penal, nº 7.210, de 1984, que garante os direitos das pessoas privadas de liberdade e, dentro dela, prevê o acesso integral à saúde garantido pelo Estado, na forma de atendimento médico, odontológico e farmacêutico, é cumprido, mesmo que parcialmente e com ressalvas, nas três unidades prisionais. É válido ressaltar que, segundo o Infopen (2016), 85% da PPL encontrava-se custodiada em unidades que contam com os requisitos básicos de atendimento à saúde, fator presenciado nos três locais visitados.

Ademais, é possível afirmar que os relatos corroboram com as políticas do antigo Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP)¹², criado em 09 de setembro de 2003, num esforço do Ministério da Saúde e do Ministério da Justiça, instituído pela Portaria Interministerial nº 1.777, que prevê a inclusão da população penitenciária no Sistema Único de Saúde, o SUS, garantindo que o direito à cidadania se efetive na perspectiva dos direitos humanos. Aliás, o acesso da PPL à saúde é preconizada também na Constituição Federal de 1988, pela própria lei que regulamenta o SUS, nº 8.080, de 1990¹³. Percebe-se que os princípios e as diretrizes dos SUS estão alinhados com as ações e serviços previstos pelo extinto PNSSP.

Entretanto – conforme relatado por todos os públicos entrevistados, sobretudo pela PPL – o isolamento e a falta de estrutura encontrada nas principais unidades prisionais brasileiras, decorrentes da falta de investimento público e do encarceramento em massa, implica em dificuldades no acesso às ações e aos serviços de saúde. É fundamental salientar que o Brasil é signatário¹⁴ da Convenção Americana Sobre Direitos Humanos, o chamado Pacto de San José da Costa Rica¹⁵, assinado em 22 de novembro de 1969, que afirma que deve ser

ofertado a todos os presos condições estruturais e jurídicas para que o mesmo possa cumprir a sua pena com dignidade e possibilidade de ressocialização.

Posto isso, em 02 de janeiro de 2014, o Governo Federal instituiu a Portaria Interministerial nº 1, que lançava a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)¹⁶, com foco na promoção, proteção e recuperação da saúde das pessoas privadas de liberdade. Neste ínterim, é possível dizer que o Projeto Prisões Livres de Tuberculose corrobora com os preceitos da PNAISP, sobretudo no âmbito da promoção, educação, proteção e protagonismo, via autocuidado, da PPL quanto a sua própria saúde. Entretanto, dadas as condições dos presídios brasileiros, nem todos cumprem, integralmente, com o objetivo da PNAISP, que é a ampliação das ações de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) para a população privada de liberdade, fazendo com que cada unidade básica de saúde prisional seja um ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde. Porém, a própria PNAISP tem suas premissas engessadas quando deparamo-nos com o sistema penitenciário brasileiro.

Essa incapacidade se dá por conta do encarceramento em massa e da superlotação nas penitenciárias brasileiras. Atualmente, o sistema penitenciário mato-grossense atua com 86,1% acima da sua capacidade. São 11.800 presos para 6.341 vagas, que representa um déficit de 5.459 vagas¹⁷. Já no estado do Amazonas, o déficit gerado entre o total de vagas e o número de detentos nos presídios do estado do Amazonas cresceu 76%. O estado tem déficit de 1.995 vagas. Em 2019, o Amazonas ampliou em 61% o número de vagas abertas nas unidades prisionais, mas a população carcerária do estado cresceu em ritmo maior, de 3,2 mil para 5,3 mil detentos (65%)¹⁸. Em Pernambuco, a situação mais agravante: trata-se da maior superlotação carcerária do Brasil. No estado, em 2019, há 11.767 vagas disponíveis e 32.781 presos em regime fechado. Se considerarmos todos os regimes, o número sobe para 40.190 detentos. A

quantidade de presos é 178,6% maior que a capacidade das unidades e o déficit total são de 21.014 vagas¹⁹.

A preocupação referente à tuberculose em presídios se dá pelo ambiente totalmente favorável para a disseminação da doença, de pouca iluminação e baixa circulação do ar. As celas sujas, superlotadas, onde os presos são obrigados a viver em condições desumanas, colocam a PPL como uma população vulnerável, porém, pela estrutura que lhes é oferecida, e não por sua condição sócio-econômica, como diversas vezes é posto por órgãos governamentais, num claro objetivo de transferência de responsabilidade. Tal fato se dá pela alta incidência de tuberculose na população de rua, porém, a massa carcerária não é composta por esse público que, de forma geral, abriga-se em albergues. Não é exagero dizermos que, no Brasil, os presídios se assemelham mais a calabouços, masmorras ou depósito de pessoas de viés classista, onde os mais pobres são colocados numa vala comum, enquanto os mais aquinhoados e abastados são premiados com celas individuais, aparelhos de televisão, ventiladores, banheiro privativo e alimentação diferenciada, mais nutritiva.

Portanto, nos dias atuais, a tuberculose apresenta contornos de epidemia justamente pelo número de infectados nos presídios que são, hoje, verdadeiros criadouros da bactéria que é levada ao ambiente externo por meio das visitas de familiares e do contato de agentes de saúde e profissionais de saúde com a PPL. Dessa forma, a tuberculose representa importante problema de saúde no país o risco de adoecimento por tuberculose em populações vulneráveis é elevado. O risco observado na população em situação de rua é 56 vezes maior, nos indígenas, três vezes, nas pessoas com HIV/AIDS e na população privada de liberdade, 28 vezes de acordo com o Ministério da Saúde. A PPL representa, segundo a ONU, 7% dos novos casos de tuberculose no Brasil²⁰. Se considerarmos a importância que a PPL dá ao seu vínculo familiar, os números são, de fato, alarmantes, uma vez que, mesmo encarcerados, eles não perdem o

contato com os seus parentes nas visitas semanais, sejam elas, íntimas ou não, visto que a contaminação por tuberculose se dá pelo ar.

A elevada incidência de tuberculose nos presídios brasileiros é uma emergência de saúde pública e de direitos humanos que demanda ações efetivas de controle. Por essa razão, foi instituído o Projeto Prisões Livres de Tuberculose, que aborda tuberculose e infecções sexualmente transmissíveis, além de reforçar o caráter regenerativo e educativo que o sistema prisional deve proporcionar ao seu egresso no retorno ao convívio da sociedade, em liberdade, informando todos os atores envolvidos neste cenário e abordados pelo presente trabalho. A assistência à saúde seja na prevenção, quanto na cura, é assegurada aos prisioneiros pela Lei de Execução Penal. Entretanto, após pesquisa bibliográfica, constata-se que as ações até aqui efetuadas no sistema prisional do Brasil são focadas na resolução do enfermo já infectado, de forma não preventiva. O Projeto Prisões Livres de Tuberculose vem, portanto, para cumprir a LEP, visando à prevenção e o autocuidado da saúde da população privada de liberdade, bem como a preservação da saúde de agentes de segurança, profissionais de saúde e familiares.

7. CONCLUSÃO

Dessa forma, podemos confirmar que o Projeto Prisões Livres de Tuberculose confere atenção à saúde da PPL, agentes de segurança e profissionais de saúde, atendendo às diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). O mesmo também pode ser considerado como uma importante contribuição para a saúde pública no combate da epidemia de tuberculose existente nos presídios brasileiros. Tal afirmativa é possível, uma vez que o Projeto Prisões Livres de Tuberculose democratiza o acesso à informação e ao cuidado por meio da transcrição de linguagem técnica para a mais adequada aos públicos em questão, sobretudo, a PPL que, em grande parte, apresenta baixa

escolaridade e altos índices de evasão escolar ainda no ensino fundamental. Destarte, o conhecimento a respeito dos sintomas, sobretudo, acelera o diagnóstico da doença, fator determinante para a cura através de tratamento iniciado imediatamente. Entretanto, dado o período de sua aplicação, ainda faltam dados que comprovem a sua efetividade na adesão da PPL ao tratamento, bem como na redução dos índices de tuberculose nos presídios brasileiros, sendo esses, na minha visão, os objetos de análise de um próximo estudo acerca da ação, tendo no presente artigo relevante material como ponto de partida.

Outro aspecto importante a se ressaltar no presente estudo é a importância da família durante o cumprimento da pena e no processo de ressocialização da população privada de liberdade. Ela é, indubitavelmente, um dos principais elos entre o preso e a sociedade e, portanto, o seu acesso às unidades prisionais deve ser facilitado e incentivado, algo não recorrente no presente, sobretudo se considerarmos os procedimentos de revista dos familiares, em sua maioria, contendo aspectos humilhantes e indignos de tratamento, como se o mesmo também estivesse a cumprir a pena de seu parente. Ainda, capacitar os familiares para que os mesmos reproduzam informações à população privada de liberdade pode ser considerada uma estratégia eficaz na regeneração de quem cumpre a pena. Neste sentido, não apenas informar, mas aproximar os familiares da PPL dos agentes de segurança, visando maior humanização na relação, sobretudo em revistas, é um dos objetivos do Projeto Prisões Livres de Tuberculose.

É preciso lançar mão da capacidade de influência e educação entre pares que a família possui em relação à população privada de liberdade, para que a mesma absorva os preceitos e regras básicas para se viver em sociedade. Esse é o trabalho conjunto que o poder público e as famílias podem fazer com vistas a recuperar o preso que, antes de estar recluso, adotou o comportamento social de determinado grupo, inserido em sua realidade social, num sistema de poder paralelo que norteia a comunidade ao qual ele está inserido. Dessa forma, podemos dizer que uma criança que cresce vendo a criminalidade acaba por

aceitá-la como normal. Ela normatiza o comportamento criminoso e desenvolve seus padrões de socialização de acordo com os do crime. Então, dentro deste universo, o comportamento a seguir é o criminoso e a regressão é agir de acordo com as regras da sociedade como um todo, que não tem semelhanças com a realidade do grupo em questão.

Portanto, a ressocialização não deve ser centrada apenas no preso, mas voltada para a relação do preso com a sociedade, ou seja, do homem com o meio. E para que a reintegração ocorra, é necessária a participação ativa da família e, obviamente, garantir as condições mínimas de saúde do egresso do sistema prisional. Se considerarmos a realidade das principais penitenciárias brasileiras, entre elas, as 80 atendidas pelo Projeto Prisões Livres de Tuberculose, podemos afirmar que o espaço físico, como é disposto atualmente, superlotado e estruturalmente insalubre, apenas contribui para que sentimentos como ira, raiva, agressividade e injustiça sejam reforçados, induzindo para a permanência no crime, seja dentro ou fora do ambiente carcerário. Nos dias atuais, pode-se afirmar que o sistema prisional brasileiro devolve para a sociedade, egressos do cárcere que pretendem vingança pelo tratamento recebido pelo Estado e as leis que o norteia.

Além disso, o convívio direto com presos com os mais variados níveis de periculosidade faz com que o desejo de regeneração seja posto de lado. Em razão disso, além das melhorias estruturais nas penitenciárias, ações educacionais e de incentivo à adesão da família no processo de reabilitação da população privada de liberdade são preceitos do Projeto Prisões Livres de Tuberculose que contribuem não somente para o combate da enfermidade, mas para a melhoria do sistema penitenciário brasileiro como um todo, cumpridor do seu real objetivo: recuperar o ser humano para o convívio em sociedade, não somente punir e, mais, dentro desse aspecto, contribuir para o adoecimento em escala.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **World Health Organization.** The end TB strategy [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2015. 16 p. Available in: http://www.who.int/tb/post2015_strategy/en/.
2. **Brasil. Ministério da Saúde.** Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasil livre da tuberculose. Plano nacional pelo fim da tuberculose como problema de saúde pública. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. 52 p.
3. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias: INFOPEN.** Atualização – Junho de 2016 / Organização: Thandara Santos; Colaboração: Marlene Inês da Rosa – [et al.]. – Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional, 2017. 65p. : il. color.
4. **FIOCRUZ.** Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca Educação à Distância. Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino serviço. Rio de Janeiro, 2008. 348p.
5. **Brasil. Presidência da República.** Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília; 13 jul 1984. Disponível: <https://bit.ly/1JelrCR>
6. **Brasil. Presidência da República.** Constituição da República Federativa do Brasil [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília; 5 out 1988. Disponível: <https://bit.ly/1bIJ9XW>
7. **Brasil. Ministério da Saúde.** Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho

em Saúde. Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília: MS; 2006.

8. **SOUZA**, Luccas Melo de; **WEGNER**, Wiliam e **GORINI**, Maria Isabel Pinto Coelho. Educação em saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2007, vol.15, n.2, pp.337-343.
9. **FORTES**, Waldyr Gutierrez. Relações Públicas – processos, funções, tecnologia e estratégias. 3ª edição. São Paulo: Summus, 2003.
10. **SOUZA**, Vera Cristina. - "Sob o Peso dos Tumores: Mulheres Negras, Miomas Uterinos e Histerectomia". Tese de Doutorado, PUC/SP, agosto, 2002.
11. **FREIRE**, Paulo. Educação como prática da liberdade. 14 ed. rev. atual. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.
12. **Brasil. Ministério da Saúde**. Portaria Interministerial MS/MJ nº 1.777, de 9 de setembro de 2003. Aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília; nº 176, p. 39-43, 11 set 2003. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/2GMbxBm>
13. **Brasil. Presidência da República**. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros de áreas da saúde e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília; 31 dez 1990. Disponível: <https://bit.ly/2Evzrei>
14. **Brasil. Presidência da República**. Decreto nº 678, de 6 de novembro de 1992. Promulga a Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica), de 22 de novembro de 1969 [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília; 9 nov 1992. Disponível: <https://bit.ly/2bGzS93>

15. **Organização dos Estados Americanos.** Comissão Interamericana de Direitos Humanos. Convenção Americana sobre Direitos Humanos [Internet]. 22 nov 1969. Disponível: <https://bit.ly/29HCHYS>

16. **Brasil. Ministério da Saúde.** Portaria Interministerial MS/MJ nº 1, de 2 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (Pnaisp) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília; nº 2, p. 18-23, 3 jan 2014. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/2GI1YmN>

17. Superlotação aumenta e unidades prisionais de MT abrigam 86,1% acima da capacidade. **G1.** 2019. Disponível em: <https://g1.globo.com/mt/mato-grosso/noticia/2019/04/26/superlotacao-aumenta-e-unidades-prisionais-de-mt-abrigam-861percent-acima-da-capacidade.ghtml>

18. Déficit de vagas em presídios do Amazonas cresceu 76% desde massacre de 2017. **Último Segundo – IG.** 2019. Disponível em: <https://ultimosegundo.ig.com.br/brasil/2019-05-29/deficit-de-vagas-em-presidios-do-amazonas-cresceu-76-desde-massacre-de-2017.html>

19. Pernambuco tem maior superlotação carcerária do Brasil, com quase três presos para cada vaga **G1.** 2019. Disponível em: <https://g1.globo.com/pe/pernambuco/noticia/2019/04/26/pernambuco-tem-maior-superlotacao-carceraria-do-brasil-com-quase-tres-presos-para-cada-vaga.ghtml>

20. **World Health Organization.** Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health [Internet]. Copenhagen: WHO; 2007. Disponível: <https://bit.ly/2H6PpkA>