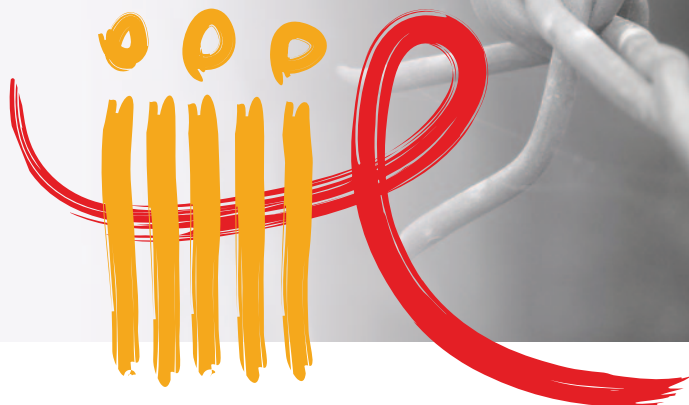




UNODC

Escritório das Nações Unidas
sobre Drogas e Crime



GUIA SOBRE GÊNERO, HIV/AIDS, COINFECCÕES NO SISTEMA PRISIONAL



**Organização
Pan-Americana
da Saúde**

Escritório Regional para as Américas da
Organização Mundial da Saúde



ORGANIZAÇÃO

UNODC, **Nara Santos**

OPAS/OMS - UNB, **Ximena Pamela Bermudez**

CONSULTORIA

Márcia de Lima, Pesquisadora

Responsável pela realização dos grupos focais
e dos subsídios que serviram de base para a publicação

COLABORAÇÃO

Área Técnica de Saúde no Sistema Penitenciário,
DAPES, SAS, Ministério da Saúde

Marden Marques Soares Filho

Katia Galbinski

Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais,
SVS, Ministério da Saúde

Liliana Pittaluga Ribeiro

Ana Mônica de Mello

Programa Nacional de Controle da Tuberculose,
SVS, Ministério da Saúde

Tatiana Estrela

Daniele Kuhleis

UNODC

Cleiton Lima

Revisão Ortográfica

Jorge Avelino de Souza

Projeto Gráfico

Clarissa Teixeira

Diagramação

Luisa Bravo

APRESENTAÇÃO

Este Guia é produto de uma iniciativa interinstitucional das Nações Unidas, por meio do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) e da Organização Pan-Americana de saúde (OPAS/OMS) em parceria com o Governo brasileiro representado pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Justiça, com o objetivo de subsidiar as reflexões sobre relações de gênero, na perspectiva da prevenção do HIV, Aids e coinfeções, em sistemas fechados, como as prisões.

Este é o resultado de um processo de articulação técnica envolvendo diversos atores, que foi iniciado em 2007 com a organização da Consulta Regional sobre HIV/Aids no Sistema Penitenciário para a América Latina sediada pelo governo brasileiro. A partir da realização da Consulta Nacional sobre HIV/Aids no Sistema Penitenciário, foi formalizado, como uma de suas recomendações finais, o estabelecimento de um grupo técnico de trabalho.

O Grupo de Trabalho sobre Saúde no Sistema Prisional foi constituído pelo Departamento Penitenciário Nacional do Ministério da Justiça, pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, pela Área Técnica da Saúde do Sistema Prisional, pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose do Ministério da Saúde, pelo UNODC e pela OPAS/OMS. O objetivo do GT é congregiar esforços para apoiar a implementação de políticas públicas na área de saúde e Direitos Humanos no contexto prisional.

Entre as recomendações tanto da Consulta Regional quanto da Consulta Nacional, é possível destacar: a necessidade de sensibilização e capacitação dos profissionais; o fortalecimento das ações de promoção da saúde sexual e reprodutiva desta população, bem como das ações de prevenção e assistência ao HIV/Aids e coinfeções, tendo como eixo orientador a redução das desigualdades de gênero.

Em seguimento a essas recomendações, o GT organizou uma oficina de trabalho, cujo propósito foi construir diretrizes voltadas à elaboração de materiais informativos/educativos e ao desenvolvimento de ações e programas que atendam as demandas do Sistema Prisional.

Na oportunidade, estiveram presentes representantes da sociedade civil, do governo, profissionais de saúde, profissionais do Sistema Prisional, especialistas e organismos internacionais, como UNAIDS, UNFPA e ONU Mulheres. A oficina apontou para a necessidade de produção de um material educativo específico para os profissionais que atuam no Sistema Prisional, que abordasse os temas de gênero, saúde sexual e reprodutiva, HIV/Aids e coinfeções.

Considerando as diretrizes definidas na oficina, foram realizados grupos focais em unidades penitenciárias dos Estados de Pernambuco e Rio Grande do Sul, contemplando tanto unidades femininas quanto unidades masculinas. Os grupos focais permitiram que questões da realidade cotidiana dos presídios fossem consideradas e que a perspectiva da comunidade carcerária fosse incorporada ao processo de produção deste material educativo.

A partir desse esforço conjunto, interinstitucional e intersetorial, foi possível, portanto, produzir a presente publicação. Este Guia apresenta-se como uma ferramenta para apoiar os profissionais que atuam no Sistema Prisional na busca pela promoção da saúde como um direito humano de toda a comunidade carcerária (incluindo os próprios profissionais).

Por fim, destacamos que todas as ações mencionadas contaram também com o apoio da Embaixada dos Países Baixos no Brasil.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	7
DIREITOS HUMANOS E CIDADANIA	13
SAÚDE	19
GÊNERO E SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA	31
AS INIQUIDADES DE GÊNERO NO SISTEMA PRISIONAL	37
PREVENÇÃO E PROMOÇÃO À SAÚDE	45
HIV/AIDS E COINFECÇÕES	51



INTRODUÇÃO

GUIA SOBRE GÊNERO, HIV/AIDS, COINFECCÕES NO SISTEMA PRISIONAL



INTRODUÇÃO

As experiências do encarceramento entre homens e mulheres são vivenciadas de forma diferente no cotidiano dos presídios. Vários fatores podem ser considerados nestas diferenças, entre eles os das especificidades atribuídas aos papéis masculinos e femininos, dadas as características culturais, as de valores e as do conjunto de componentes que organizam o Sistema Prisional. Para este material, elegeu-se discutir os componentes da área da saúde, em especial os das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e Aids e coinfeções, considerando os elevados índices dessas doenças nos presídios brasileiros.

Discutir esses temas no contexto prisional é transitar por sutis significações das relações sociais, num universo com códigos específicos, palavras inventadas, experiências inéditas, imaginários e fantasias, além de uma realidade dura, de difíceis relações e provavelmente de difíceis respostas.

Portanto, a proposta deste material é construir diretrizes para os profissionais que atuam nos presídios brasileiros e apresentar um conjunto de informações que propiciem a discussão e a reflexão, articuladas entre as teorias e as práticas de suas realidades. Pensar como é possível trabalhar educação em saúde em um sistema que tem por objetivo a reinserção social debruçada em uma série de dificuldades para a sua concretização, como as das condições dos presídios, as condições jurídicas, as de trabalho, as de educação, a social, as de saúde da população prisional e as condições de trabalho dos profissionais, configura-se em importante desafio.

Neste material, especificamente, a categoria gênero foi escolhida para problematizar os temas relacionados a DST, Aids e coinfeções, por favorecer a compreensão sobre a realidade da epidemia do HIV/Aids, principalmente pelas desigualdades nas relações sociais, afetando o processo saúde-doença de homens e de mulheres. O espaço prisional é o contexto privilegiado para essa discussão por compor um espaço com características próprias, diferenciado em seu formato (sobretudo pela convivência entre populações), em seu componente administrativo e também em seu processo de trabalho.

O crédito a que se propõe este material é o de que o impacto das relações educativas, de Direitos Humanos e de saúde para o processo de reinserção social, promova estratégias positivas de convivência, tanto para a população prisional quanto para o conjunto de trabalhadores.

Assim, reconhecer as especificidades e as necessidades de ações em saúde para homens e mulheres em situação de confinamento é uma questão de direito, que requer avanços na gestão do Sistema Prisional e a concretização de políticas de saúde.

O Brasil tem conquistado importantes resultados no exercício dos direitos de seus cidadãos, principalmente durante todo o século XX e o XXI até agora. As lutas pela igualdade de gênero, étnico-racial, pela diversidade sexual e pelo acesso à saúde são relevantes conquistas, mas que ainda suscitam desafios, sobretudo no que diz respeito às populações em situação de confinamento. A incorporação dos Direitos Humanos na ordem do social, político e jurídico brasileiros são conquistas históricas, que se materializaram na Constituição Brasileira de 1988, na qual se insere o Sistema Único de Saúde (SUS).

O acesso à saúde é um dos principais Direitos Humanos, que orientados pela busca permanente de igualdade, justiça e equidade ampliam o debate sobre preconceito e discriminação, além de promover os direitos fundamentais das populações, no caso, as que permanecem em situação de confinamento.

Para impulsionar esse acesso é necessário investir no processo de trabalho no âmbito do Sistema Prisional, reconhecer necessidades, ampliar conhecimentos e subsidiar orientações com o objetivo do cuidado em saúde. Portanto, este material educativo pretende contribuir para esses processos por meio:

- da construção e da ampliação do debate;
- do reconhecimento dos limites e das possibilidades desse contexto;
- da construção de respostas e busca de soluções para os desafios da promoção da atenção ao HIV/Aids e coinfeções entre a população prisional;
- da formação e da informação dos profissionais que atuam no Sistema Prisional.

- Longe de se afirmar como respostas definitivas aos problemas da área da saúde no Sistema Prisional, o presente material busca promover a reflexão e estimular ações nas temáticas aqui propostas.

Espera-se, com esta iniciativa, contribuir para que os profissionais do Sistema Prisional reconheçam e fortaleçam o papel que exercem no interior das instituições e que sejam constantemente valorizados como agentes de transformação, de educação e de promoção dos Direitos Humanos.

DANDO VOZ AO SISTEMA: A METODOLOGIA DO CONTEÚDO DESTE MATERIAL

Contribuiu para a elaboração deste material o desenvolvimento de grupos focais realizados em presídios masculinos e femininos das regiões Sul e Nordeste do Brasil. Participaram dos grupos focais cerca de 50 profissionais do sistema penitenciário, das áreas da saúde, do administrativo, da segurança, das gerências e também os/as detentos/as.

O objetivo da realização dos grupos focais foi o de promover discussões sobre os temas já referidos e dar voz aos trabalhadores das diferentes áreas, a fim de conhecer o universo de posicionamentos, suas especificidades, e, assim, elaborar um material educativo, partindo das realidades e das necessidades do Sistema Prisional.

Assim, durante o processo de discussão focal, foram observadas as especificidades dos presídios e das relações entre a dinâmica do trabalho com populações prisionais masculinas e femininas. Observaram-se, também, relatos de avanços na área da saúde no Sistema Prisional e os limites que ainda se configuram em importantes desafios.

Na voz do “sistema”, muitos desafios são reconhecidos. Alguns ainda não incorporados como busca de soluções, outros imobilizadores de processos resolutivos e outros ditos como culturais. Desconstruir essa cultura do presídio, na relação saúde versus Sistema Prisional, é o mais importante dos desafios.

“Mudar é difícil,
mas é possível.”

Paulo Freire



DIREITOS HUMANOS E CIDADANIA

DIREITOS HUMANOS E CIDADANIA

Os Direitos Humanos são entendidos como um conjunto de direitos necessários para a proteção da dignidade humana, inerentes a todos os seres humanos, sem distinção de nacionalidade, lugar de moradia, gênero, raça, etnia, religião, linguagem ou qualquer outra condição. Além de universais, são interdependentes, o que quer dizer que a efetividade de cada um depende do exercício de todos os direitos em conjunto. Assim, eles constituem a base para os conceitos de paz, segurança e desenvolvimento.

Levando em consideração as características apresentadas, devemos sempre ter em mente que a população privada de liberdade detém, em virtude de sua condição de encarceramento, preservados os seus demais direitos. Desse modo, a pena reside, especificamente, na privação de liberdade e não na privação dos Direitos Humanos Fundamentais.

O respeito aos Direitos Humanos das pessoas em situação de prisão são embasados diretamente ou indiretamente em diversos tratados e documentos internacionais. Entre esses, podemos destacar: Convenção Americana sobre Direitos Humanos, Convenção sobre Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (CEDAW), Convenção Internacional Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial (CERD), Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de Presos, e inúmeros outros.

Convenção Americana Sobre Direitos Humanos Artigo 5 (2)

“Todas as pessoas privadas de liberdade serão tratadas com respeito pela dignidade inerente à pessoa humana”.

Lei 7.210/1984 – Lei de Execução Penal. Art. 3.º

“Ao condenado e ao internado serão assegurados todos os direitos não atingidos pela sentença ou pela lei”.

É importante considerarmos que o respeito aos Direitos Humanos gera benefícios não somente para os presos, mas para toda a comunidade carcerária, incluindo os profissionais que atuam no Sistema Prisional. É nessa perspectiva que deve ser garantido à população prisional o acesso a condições adequadas de vida, dentre as quais se contempla a saúde, a educação e o trabalho.

A garantia desses direitos está mediada pelo Estado, conforme estabelecido pela Lei de Execução Penal, que trata da assistência integral ao preso, com o objetivo de prevenir o crime e reintegrar o detento à sociedade. A assistência ao preso inclui aspectos materiais, de saúde, jurídicos, educacionais, sociais e religiosos. Isso significa discutir questões relacionadas ao bem-estar, à igualdade e à justiça social, como exercício dos direitos sociais, organizadas por uma lógica universalista e equitativa.

Conforme estabelecido pela Lei de Execução Penal*, a assistência a ser prestada pelo Estado às pessoas em situação de prisão inclui:

- **Assistência Material:**
Fornecimento de alimentação, vestuário e instalações higiênicas.
- **Assistência à Saúde:**
Envolve atenção preventiva e curativa, farmacêutica e odontológica.
- **Assistência Jurídica:**
Prestada de forma integral e gratuita, por defensoria pública, dentro e fora dos estabelecimentos penais.
- **Assistência Educacional:**
Compreende a instrução escolar e a formação profissional do preso e do internado, sendo o ensino de 1 grau obrigatório.
- **Assistência Social:**
Objetiva amparar o preso e o internado e prepará-los para o retorno à liberdade.
- **Assistência Religiosa:**
Envolve liberdade de culto, prestada aos presos e aos internados dentro do estabelecimento penal, bem como a posse de livros de instrução religiosa.

(*) Lei 7.210/1984.

A 3.º edição do Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH) estabelece, em sua Diretriz 16, sobre a política de execução penal, a necessidade de fortalecimento do processo de reintegração social dos presos – objetivo maior da aplicação da pena de privação de liberdade –, por meio de sua inclusão efetiva nas políticas públicas sociais vigentes, incluindo as políticas de saúde¹.

1. BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Programa Nacional de Direitos Humanos, PNDH 3.





SAÚDE

SAÚDE

O artigo 196 da Constituição brasileira de 1988 define que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”¹.

Os princípios e diretrizes do SUS, estabelecidos na Lei Orgânica da Saúde n.º 8.080 de 1990², se constituem em:

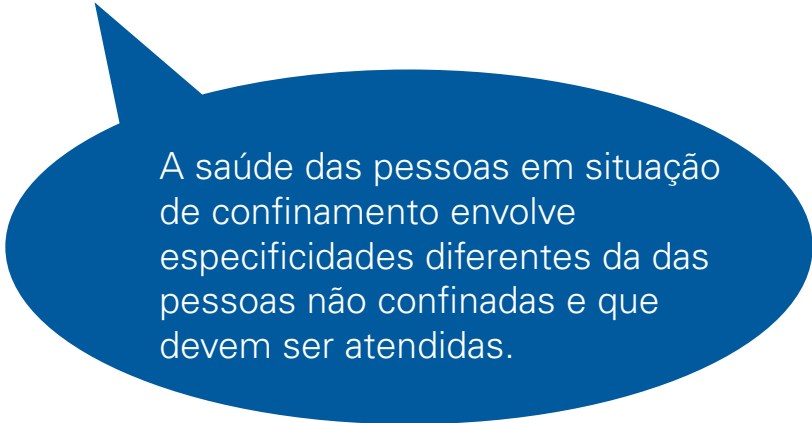
- **Universalização do direito à saúde:**
É a garantia de que todos os cidadãos, sem privilégios ou barreiras, devem ter acesso aos serviços de saúde públicos e privados conveniados, em todos os níveis do sistema, garantido por uma rede de serviços hierarquizada e com tecnologia apropriada para cada nível. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades, até o limite que o Sistema pode oferecer para todos.
- **Equidade:**
É assegurar ações e serviços de todos os níveis, de acordo com a complexidade que cada caso requeira, mais o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades, até o limite do que o sistema puder oferecer para todos.
- **Integralidade da atenção à saúde:**
É o reconhecimento de que o usuário do SUS é um ser integral e participativo, cuja autonomia deve ser preservada como garantia de sua integridade física e moral. O processo saúde-doença é entendido como dinâmico, complexo e multidimensional, com dimensões biológicas, psicológicas, socioculturais, econômicas,

1. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

2. BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Poder Legislativo, Brasília, DF 20 set 1990.

ambientais e políticas de indivíduos e grupos sociais. Portanto, a integralidade da atenção deve compreender um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso e em todos os níveis de complexidade do SUS.

- **Descentralização com direção única para o sistema:**
É a redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo (União, estados, municípios e Distrito Federal).
- **Participação popular visando o controle social:**
É a garantia constitucional de que a população, por meio de suas entidades representativas, possa participar do processo de formulação das políticas e de controle de sua execução.



A saúde das pessoas em situação de confinamento envolve especificidades diferentes das das pessoas não confinadas e que devem ser atendidas.

DO PLANO À POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL - PNSSP

Com o intuito de garantir o direito constitucional à saúde e o acesso com equidade, integralidade e universalidade e organizar as ações e serviços de saúde dentro dos estabelecimentos penais, os Ministérios da Saúde e da Justiça instituíram o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário/PNSSP, por meio da Portaria Interministerial n.º 1.777¹, de 9 de setembro de 2003.

O PNSSP contempla, essencialmente, a população recolhida em penitenciárias, presídios, colônias agrícolas e/ou agroindustriais e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, não incluindo presos em penitenciárias federais, do regime aberto, e presos provisórios em cadeias públicas e distritos policiais.

Esse Plano prevê a implantação de unidades de saúde nos estabelecimentos penais, com a inserção de uma equipe multiprofissional, composta minimamente por médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, cirurgião dentista e um técnico de enfermagem. Nos estabelecimentos penais, com até 100 pessoas presas, o atendimento é realizado por uma equipe de saúde designada pela Secretaria Municipal de Saúde.

Ambas as equipes devem desenvolver ações de prevenção, promoção e tratamento de agravos que envolvem saúde bucal, saúde da mulher, doenças sexualmente transmissíveis, HIV/Aids, hepatites virais, saúde mental, controle da tuberculose, hipertensão, diabetes, hanseníase, imunizações e coletas de exames laboratoriais, utilizando a assistência farmacêutica básica, primando pela atenção integral.

O Plano é um instrumento orientador de ações e serviços de saúde que auxilia a gestão para efetivar o acesso à saúde da população prisional nos diferentes níveis de atenção. Determina que as ações da atenção básica devam estar organizadas no âmbito das Unidades Prisionais e as de maior complexidade referenciadas na rede de saúde local. As para esse fluxo são definidas em cada estado, articuladas com os planos diretores regionais, comissões e conselhos estaduais de saúde.

1. BRASIL. Ministério da Saúde e Ministério da Justiça. Portaria Interministerial n.º 1.777, de 9 de setembro de 2003.

PRINCÍPIOS QUE FUNDAMENTAM O PLANO NACIONAL DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO

- **Ética:**
não só na concepção da honra, da integridade, da credibilidade, mas, sobretudo, do compromisso.
- **Justiça:**
para dar a cada um aquilo que é seu, princípio que deve valer para todas as pessoas brancas ou negras, ricas ou pobres, homens ou mulheres, privadas ou não de liberdade.
- **Cidadania:**
na perspectiva dos direitos civis, políticos, sociais e republicanos.
- **Direitos Humanos:**
ideal comum a ser atingido por todos os povos e todas as nações. Referencial constante de homens e mulheres que buscam uma vida em comum mais humana, com dignidade, sem discriminação, sem violência e sem privações.
- **Participação:**
entendida como a conquista de espaços democráticos.
- **Equidade:**
a virtude de reconhecer as diferenças e os direitos de cada um.
- **Qualidade:**
na concepção da eficiência, da eficácia e, essencialmente, da efetividade, significa estar plenamente comprometido.
- **Transparência:**
tida como base de uma gestão que precisa prestar contas às pessoas às quais se destinam os programas, os projetos e as ações sociais.

DIRETRIZES ESTRATÉGICAS DO PLANO NACIONAL DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO

- Prestar assistência integral resolutiva, contínua e de boa qualidade às necessidades de saúde da população penitenciária.
- Contribuir para o controle e/ou redução dos agravos mais frequentes que acometem a população penitenciária.
- Definir e implementar ações e serviços consoantes com os princípios e diretrizes do SUS.
- Proporcionar o estabelecimento de parcerias por meio do desenvolvimento de ações intersetoriais.
- Contribuir para a democratização do conhecimento dos processos saúde-doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde.
- Provocar o reconhecimento da saúde como um direito da cidadania.
- Estimular o efetivo exercício do controle social.

Atualmente compreende-se que, com uma cobertura de 30,69% de assistência à saúde, há necessidade de revisão do PNSSP para atingir maior cobertura, transformando-o em uma política de Estado, alinhada aos princípios e diretrizes do SUS.

Um Plano tende a ser uma ação restrita no tempo, de opção de governo e governantes. Uma política ganha o status de ação do Estado sendo, por conseguinte, mais estável.

Portanto, ainda há o desafio de implantação e implementação de uma Política Nacional de Saúde no Sistema Prisional voltada à qualificação de dados epidemiológicos; à qualificação de metas e indicadores sobre saúde no Sistema Prisional, revisando formas de financiamento, monitoramento e avaliação; à inclusão das cadeias públicas e

penitenciárias federais; e à regulamentação do atendimento de pessoas com transtorno mental em conflito com a Lei (pessoas em cumprimento de sanção penal de Medida de Segurança).

É preciso concentrar esforços para qualificar as condições de estrutura do Sistema Penitenciário (ambiência), o financiamento dos serviços de saúde no atendimento ao custodiado, os processos de educação e formação dos profissionais de saúde e de segurança, aprimorando assim o acesso e a qualidade da atenção, qualificando as linhas de cuidado ofertadas pelas ações de saúde das equipes de saúde no Sistema Prisional, na perspectiva da clínica ampliada, com projetos terapêuticos individualizados, envolvendo cada situação de saúde.

VULNERABILIDADES EM SITUAÇÃO DE CONFINAMENTO

As questões da saúde no Sistema Prisional são diretamente influenciadas pelo contexto do próprio sistema, como: situações de superpopulação, violência, iluminação e ventilação naturais insuficientes, além disso falta de proteção contra condições climáticas extremas são comuns em unidades prisionais em todo o mundo. Quando essas condições se associam a inadequações nos meios de higiene pessoal e de nutrição, falta de acesso a água potável e a serviços de saúde, cresce a vulnerabilidade da população privada de liberdade a um conjunto de agravos à saúde, destacando-se HIV/Aids, tuberculose, hepatites virais, hanseníase, entre outras, aumentando as taxas de morbi-mortalidade associadas. Fatores relacionados ao ambiente de cárcere, como o estresse, o abandono e o isolamento, também conduzem a processos de adoecimentos, sobretudo relacionados à saúde mental.

A oferta de serviços de prevenção, diagnóstico e atenção representa uma tarefa fundamental, que demanda uma atuação integrada das equipes de saúde junto com os demais profissionais que atuam no Sistema Prisional para o desenvolvimento de competências específicas, a revisão de conceitos e a construção de novos conhecimentos, considerando as particularidades desse cenário.

Um grande desafio para o cuidado da população carcerária é a garantia da continuidade da atenção, seja para aquelas pessoas em situação de confinamento transferidas a outras unidades, seja para a inserção dos egressos no SUS.

VULNERABILIDADES¹

- **Vulnerabilidade pessoal ou individual:**

No plano pessoal, a vulnerabilidade está associada a comportamentos que expõem à infecção por HIV/Aids, TB, hepatites virais e outras doenças. O grau e a qualidade da informação de que os indivíduos dispõem, a sua capacidade de elaboração e de apropriação dessas informações impactam nas possibilidades efetivas de transformar suas práticas. A mudança de comportamentos não pode ser compreendida como decorrência imediata da vontade dos indivíduos. Conhecimentos e comportamentos têm significados e repercussões muito diversificados na vida das pessoas, dependendo de uma combinação, sempre singular, de características individuais, contextos de vida e relações interpessoais que se estabelecem no dia a dia. Por isso, não é possível dizer que uma pessoa “é vulnerável!”. Só é possível dizer que uma pessoa está vulnerável a um determinado problema, em um determinado momento de sua vida.

- **Vulnerabilidade institucional ou programática:**

No plano institucional, a vulnerabilidade está associada à existência de políticas e ações organizadas – envolve compromisso das autoridades; ações implantadas; articulação intersetorial das pastas de saúde, educação, bem-estar social, trabalho e outros; financiamento adequado e estável dos programas; continuidade dos programas; sintonia entre programas institucionalizados e aspirações da sociedade; vínculos entre as instituições e a sociedade civil organizada; etc.

1. Texto adaptado a partir do material elaborado por Marina Valadão (consultora do PN DST/Aids) a partir de consulta às seguintes publicações: Ayres JRCM. Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. Interface – Comunicação, saúde, educação 2002; 6 (11): 11-24. •Ayres JRCM, França-Júnior I, Calazans GJ, Saletti-Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2003. p. 117-39. Feliciano KVO, Ayres CMJ. Prevenção da Aids entre jovens: significados das práticas e os desafios à técnica. Revista Brasileira de Epidemiologia 2002; (suppl. especial / pôster 668): 297.

- **Vulnerabilidade social:**

A vulnerabilidade social pode ser entendida como um espelho das condições de bem-estar social, que envolve moradia, acesso a bens de consumo e graus de liberdade de pensamento e expressão, sendo tanto maior a vulnerabilidade quanto menor a possibilidade de interferir nas instâncias de tomada de decisão. Para avaliar o grau de vulnerabilidade social é necessário conhecer a situação de vida das coletividades, por meio de aspectos como: a) legislação em vigor e sua aplicação; b) situação de acesso aos serviços de saúde por parte das pessoas de diferentes extratos sociais; e c) qualidade dos serviços de saúde aos quais se tem acesso.

É preciso considerar que as condições de confinamento afetam não apenas a saúde das pessoas em cumprimento de pena, mas, também, que o processo de trabalho dos profissionais que atuam no sistema gera possibilidades de adoecimento e tensões no ambiente institucional.

As condições de trabalho e a formação dos profissionais são fundamentais para a efetivação de planos e políticas. Os profissionais que atuam em presídios necessitam de estratégias de educação continuada, visando a atualização e o aperfeiçoamento de suas habilidades e competências.

Falar da atenção à saúde no Sistema Prisional significa reconhecer que unidades prisionais são comunidades e demandam um olhar que incorpore os detentos e seus cuidadores.



**GÊNERO E
SAÚDE
SEXUAL E
REPRODUTIVA**



GÊNERO E SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

O conceito de gênero foi formulado na década de 1970, a partir da influência do movimento feminista. Ele busca distinguir a dimensão biológica da dimensão social. A maneira de ser homem e de ser mulher é construída no âmbito da cultura. Assim, gênero significa que homens e mulheres são produtos da realidade social e não decorrência da anatomia de seus corpos.

Nessa perspectiva, os elementos relacionados aos papéis masculinos e femininos, os da vivência da sexualidade e os dos direitos sexuais e reprodutivos são relevantes para reconhecer que não há “verdades absolutas”; que é necessário olhar o mundo com suas diferenças.

A defesa dos Direitos Humanos refere que todos/as devem ser respeitados/as e tratados/as com dignidade, sejam homens, mulheres, negros/as, brancos/as, indígenas, homossexuais, heterossexuais, bissexuais, travestis, transexuais. Portanto, a questão de classe social, de gênero, raça, etnia ou orientação sexual, deve ser direcionada por uma postura política e ética, na qual todos têm o seu pertencimento.

No entanto, percebemos que as diferenciações e as posições que as pessoas ocupam na sociedade não são só definidas pelas relações de gênero, mas por uma combinação de outras categorias sociais, que podem instituir situações de preconceito e discriminação. Nesse caso, incluímos as questões de raça/etnia, escolaridade, condições sociais, moradia e etc. A este processo se denomina interseccionalidade, onde se conjugam um conjunto de identidades e cruzamento de categorias, que tornam o sujeito mais ou menos vulnerável a determinados agravos à saúde¹. Desta forma, esse conceito é muito oportuno para evidenciar a articulação necessária com outras dimensões sociais, como justiça, saúde, direito e ética, que outorgam uma especificidade para essa população.

1. WID. Derechos de las mujeres y cambio económico. Agosto, 2004.

GÊNERO

São consideradas características principais do conceito de gênero²:

- **Socialmente construído:**
É configurado no âmbito dos sistemas e culturas nos quais vivemos. Os símbolos, atribuições, atitudes e condutas que compõem esta construção são adquiridos e assimilados por intermédio do processo de socialização e se mantêm e são reforçados pelo controle social exercido pela tradição e pelas instituições.
- **Relacional:**
Refere-se à organização das relações sociais e econômicas entre os sexos e, especificamente, a divisão do trabalho e do poder marcada por essa organização.
- **Hierárquico:**
Longe de serem neutras, em grande parte das sociedades, as relações de gênero tendem a dotar de maior valor, peso e poder as atribuições e características associadas ao masculino.
- **Dinâmico:**
As construções gênero se modificam com o tempo, como resultado de mudanças nas condições econômicas, legais, políticas ou ambientais e são, portanto, suscetíveis a alterações mediante intervenções.
- **Contextualmente específico:**
As construções de gênero variam segundo o grupo sociocultural que as sustenta. Fatores como classe social, raça, religião, capacidade funcional (física e mental) e orientação sexual afetam a atribuição diferenciada de papéis e responsabilidades segundo o sexo, assim como a forma de os sexos se relacionarem entre si.
- **Onipresente:**
As construções de gênero permeiam os níveis interpessoais, organizacionais e das políticas. Tais construções são reproduzidas e reforçadas pelas instituições na esfera privada (família) e na esfera pública (religião, educação, trabalho, entretenimento, política, saúde etc.). Dessa forma, os esforços para mudar essas relações a curto prazo são percebidos como ameaças à tradição e à cultura.

2. Elsa Gómez Gómez. OPAS/OMS. Oficina de Género, Diversidad y Derechos Humanos. Curso Virtual Género y Salud: Marco Conceptual. 2011. Pág 05.

INIQUIDADE DE GÊNERO EM SAÚDE

A equidade de gênero, conforme definido pela OPAS, é um conceito que se baseia na justiça social e nos Direitos Humanos, a partir de uma dimensão ética. Envolve justiça na distribuição por sexo de responsabilidades, recursos, poder e diz respeito aos benefícios do desenvolvimento em grupos sociais específicos. Todavia, esse termo implica diferenças entre homens e mulheres, relacionadas a necessidades, responsabilidades, acesso a recursos e poder de decisão. Em termos gerais, consideram-se como iniquidades aquelas diferenças injustas, desnecessárias, preveníveis e evitáveis e, em última instância, aquelas que infringem o cumprimento dos Direitos Humanos. Por outro lado, a promoção da equidade de gênero tem uma relação direta com o desenvolvimento das pessoas, com a garantia de oportunidades, que favoreçam em igualdade de condições a justiça distributiva e os direitos de homens e mulheres, de acordo com suas respectivas especificidades³.

Para o campo da saúde, as iniquidades implicam desvantagens sociais que afetam de forma sistemática a saúde de determinados grupos em situação de desvantagem em relação a outros e, portanto, violam o exercício pleno da cidadania de dos direitos. Dessa forma, ações de proteção a determinados setores da população no enfrentamento dessas diferenças envolvem a promoção da participação em processos decisórios no desenvolvimento sanitário e a possibilidade de beneficiar-se deste.

3. Elsa Gómez Gómez. OPAS. Género y Salud: Marco Conceptual. Washington, 2011.

AS INIQUIDADES DE GÊNERO NO SISTEMA PRISIONAL

AS INIQUIDADES DE GÊNERO NO SISTEMA PRISIONAL

Mulheres

As desigualdades de gênero se agravam no contexto prisional. Os desafios enfrentados pelas mulheres em muitos países, em relação ao acesso à justiça, ocorrem de forma desigual em relação aos homens. A vitimação também é desproporcional relacionada ao abuso físico e sexual antes do encarceramento.

Por conta do número relativamente pequeno de mulheres presas, há usualmente poucos serviços e estruturas destinados a elas, porque prevalece uma lógica masculina quando se pensa nos espaços prisionais. A oferta de vagas para mulheres no Sistema Prisional é pequena em todo o país. Segundo dados do INFOPEN (2011)¹, há aproximadamente 20.231 vagas para mulheres e 286.266 vagas para homens. Outro dado que aponta a falta de estruturas prisionais para as mulheres é que enquanto, entre elas, 13,8% estão presas no sistema de polícia, o que representa uma situação de maior precariedade em termos de encarceramento, entre os homens essa taxa é de 8%.

Como consequência disso, elas, muitas vezes, são presas em lugares longes de suas casas, o que pode limitar a possibilidade de visitas de suas famílias e de redes de apoio. Ressalta-se ainda que as mulheres são mais abandonadas que os homens quando vão para a prisão, poucas recebem visitas dos seus companheiros, ao contrário dos homens que, em sua maioria, são regularmente visitados, o que evidencia o papel da mulher na sociedade tida como cuidadora. O direito à visita íntima, ao contrário do que acontece com os presos homens, não é garantido na maioria das unidades prisionais femininas. Tal situação as fragiliza muito mais do que em relação aos homens, pois eles dificilmente deixam de receber a visita de suas companheiras e de seus filhos.

1. Sistema Integrado de Informações Penitenciárias. Departamento Penitenciário Nacional. Ministério da Justiça do Brasil.

Muitas vezes, por falta de alternativa, as mulheres são colocadas em anexos de prisões masculinas, o que pode acarretar riscos para a sua segurança. Nas prisões denominadas mistas, usualmente as mulheres ocupam os espaços mais inadequados. As atividades de lazer, educação, formação profissional e os serviços de saúde, quando existentes nessas prisões, são, geralmente, desenvolvidos para atender as necessidades da maioria masculina. As mulheres gestantes ou com filhos em idade de amamentação usualmente não encontram serviços de saúde especializados ou espaço adequado para a prática do aleitamento materno, como preconizado pelas políticas de saúde.

Os dispositivos de controle encontrados num Sistema Prisional são capazes também de interferir na afetividade e na sexualidade das pessoas apenadas, sobretudo das mulheres. A visita íntima, especificamente, é um fator de grande influência na consolidação dos arranjos afetivos das mulheres em situação de cárcere. E, em se tratando de mulheres de orientação homossexual, essa situação pode ser ainda mais complicada, pois, na maioria dos presídios, não há garantia de direitos no que se refere ao exercício da sexualidade dessas mulheres.

A estrutura organizacional que compõe as visitas íntimas nos presídios, em diferentes territórios, é diferenciada para homens e mulheres. Em alguns presídios femininos, as visitas íntimas são estruturadas para acontecer uma vez por mês, com duas horas de permanência, em condições inadequadas, com comprovação de conjugalidade e sem permissão para o encontro homoafetivo. Já a sexualidade vivenciada pelos homens presos parece ser estruturada, em alguns presídios, de forma a propiciar o encontro sexual, com maior garantia à diversidade das relações e de condições institucionais melhor elaboradas pelo conjunto de profissionais e pelos próprios presos (LIMA, 2006).

É necessário estarmos ainda muito atentos às relações de dominação e violência encontradas nos presídios masculinos, que vulnerabilizam os presos com identidade ou performance relacionada ao feminino, sejam eles homossexuais, travestis ou transgêneros. Muitas vezes, eles/as são obrigados/as a realizar trabalhos forçados na prisão ou são explorados sexualmente para garantir sua sobrevivência nas celas.

INSTRUMENTOS INTERNACIONAIS DE PROTEÇÃO

As regras mínimas para o tratamento do preso foram adotadas pelo Primeiro Congresso das Nações Unidas sobre a Prevenção do Crime e o Tratamento dos Delinquentes, realizado em Genebra em 1955, e aprovadas pelo Conselho Econômico e Social das Nações Unidas em 1957.

Considerando que:

- as Regras Mínimas das Nações Unidas Para o Tratamento da População Encarcerada, adotadas há mais de 50 anos, não atendem às questões específicas do encarceramento feminino;
- a tendência de aumento do número de mulheres encarceradas;
- a estrutura de encarceramento em geral não desenvolvida para atendimento de especificidades da mulher presa; e
- o impacto social associado ao encarceramento de mulheres.

Em outubro de 2010, foram adotadas as Regras das Nações Unidas Para o Tratamento da Mulher Presa, conhecidas como Regras de Bangkok.

População LGBT

A luta pelos Direitos Humanos e cidadania de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais vem se fortalecendo em todo o país, especialmente por meio da atuação de movimentos sociais organizados e de setores do Estado empenhados na superação da homofobia e na promoção do direito à livre expressão sexual e de identidade de gênero, no âmbito do Executivo, do Legislativo e do Judiciário e nas esferas federal, estadual e municipal.

HOMOFOBIA

A homofobia está presente em insultos, ofensas e “brincadeiras,” por meio de caricaturas sobre os papéis sociais de gênero (homens afeminados e mulheres masculinizadas), produzindo várias situações de violência, como a sexual, a física, o constrangimento moral, a marginalização, chegando, muitas vezes, à letalidade, sobretudo entre grupos de gays, lésbicas e travestis. As violências produzem nos indivíduos afetados sentimentos de inferioridade em relação às outras pessoas, promovendo baixa autoestima, cerceando a defesa de seus direitos, podendo vulnerabilizá-los na vida e nas relações humanas. Nesse sentido, a homofobia refere-se aos sentimentos e às percepções negativas a respeito da expressão da sexualidade das pessoas para além do moralmente vigente, gerando o estigma e o preconceito (LIMA, 2012).

A atuação dos movimentos sociais organizados está pautada principalmente na denúncia e no enfrentamento das discriminações e violência por orientação sexual e identidade de gênero, buscando garantir os Direitos Humanos de LGBT, especialmente nas áreas da saúde, da educação, da segurança pública, do trabalho, da cultura e do desenvolvimento social.

No contexto do confinamento, identificar a violação de alguns direitos também é considerar aspectos da saúde sexual e reprodutiva como direitos sociais, civis e políticos destas pessoas. Assim, a discussão que se coloca é a de ampliar esses direitos nos presídios, para além do acesso ao atendimento médico e de outros profissionais, ou aos exames, tratamentos, cirurgias, insumos de prevenção, e assegurar a autonomia dos indivíduos no tocante a vivência da sexualidade, sem discriminação ou violência.

Assim, os direitos sexuais e reprodutivos são considerados aqueles em que os indivíduos têm a garantia de suas escolhas e de exercê-las, sejam elas de orientação sexual ou ligadas à reprodução. É, portanto, o direito de ter o controle do próprio corpo.

Podemos dizer que as discussões e as mudanças relativas aos papéis sociais masculinos e femininos e à afirmação da diversidade sexual decorrem, em grande parte, das lutas e das conquistas de direitos políticos dos movimentos feministas e de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros (LGBT), que se somam aos interesses de ações voltadas à saúde sexual e reprodutiva, como também ao controle do HIV/Aids, à conquista dos direitos sociais e civis e ao combate à homofobia, promovidos nos setores governamentais.

A incorporação desses direitos segue importantes avanços na sociedade em geral e devem igualmente se expandir aos contextos sociais mais sensíveis, como é o caso do Sistema Prisional.

A Política Nacional de Saúde no Sistema Prisional incluiu em suas diretrizes o respeito ao que determina a Política Nacional de Saúde Integral de LGBT e o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT.

Diante do exposto, em maio de 2009, o Governo Federal, por intermédio da Secretaria Especial de Direitos Humanos, da Presidência da República, lançou o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT, resultado da I Conferência Nacional de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), realizada em junho de 2008. O plano é composto por 51 diretrizes, que devem ser transformadas em políticas de Estado. Entre elas estão a “Implementação de uma política de enfrentamento à homofobia em todas as unidades de custódia (casas de custódia e penitenciárias), assegurando aos custodiados o direito de optarem por celas distintas ou serem encaminhados para unidades condizentes com seu gênero social”, assim como “Promoção da humanização da atenção à saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais em situação carcerária, conforme diretrizes do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário”. Nos Eixos Estratégicos, especificamente na ação n.º 1.2.14., da Estratégia 2, Eixo Estratégico I, consta a seguinte ação “Encaminhar para o presídio feminino mulheres transexuais, readequadas ou não, e travestis que estejam em regime de reclusão”².

2. BRASIL. Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT. Secretaria Especial de Direitos Humanos, Presidência da República. 2009.

Iniciativas vêm sendo estruturadas no âmbito das Administrações Penitenciárias dos estados com a criação de alas específicas para gays e travestis. Três estados no Brasil já possuem esse modelo, a exemplo de Minas Gerais, Mato Grosso e Rio Grande do Sul.

O que chamamos de normatização da sexualidade (a heteronormatividade¹) é quando se considera que há apenas uma orientação sexual (no caso a heterossexual) e esta passa a ser considerada como a “correta”, promovendo várias formas de discriminação, além de ambientes de hostilidade, devido à reprovação de condutas não aceitáveis pela sociedade.

O estigma impõe à pessoa uma “marca”, ele subjugua como uma identidade deteriorada. Ele pode ser potencializado quando associado a outras questões sociais, como ser pobre, ser negro, ter determinadas doenças (Aids, por exemplo), ser homossexual ou estar em privação de liberdade. Tais fatores contribuem para a promoção de vários tipos de violências.

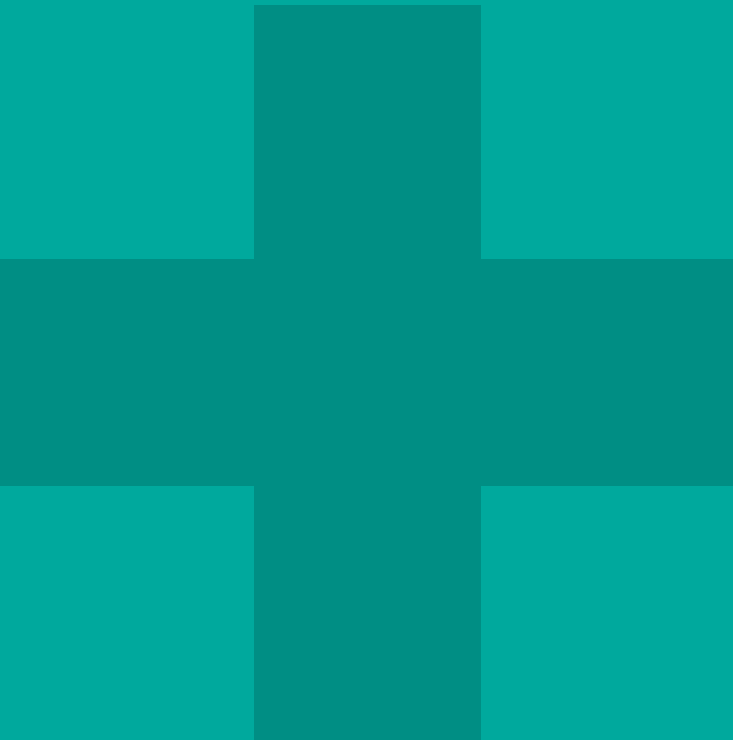
Art. 1.º - A visita íntima é entendida como a recepção pela pessoa presa, nacional ou estrangeira, homem ou mulher, de cônjuge ou outro parceiro ou parceira, no estabelecimento prisional em que estiver recolhido, em ambiente reservado, cuja privacidade e inviolabilidade sejam asseguradas às relações heteroafetivas e homoafetivas.

Art. 2.º - O direito de visita íntima é, também, assegurado às pessoas presas casadas entre si, em união estável ou em relação homoafetiva².

1. Heteronormatividade: é considerada como a base da ordem social em que meninas e meninos são criadas/os e educadas/os; está no controle a que todas as pessoas são sujeitas no que diz respeito à sua identificação como homem ou como mulher. Assim, esta “ordem” produz violência aos que expressam condutas divergentes das esperadas.

2. BRASIL. Ato Resolução n.º 04. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, Ministério da Justiça. Junho, 2011.

PREVENÇÃO E PROMOÇÃO À SAÚDE



PREVENÇÃO E PROMOÇÃO À SAÚDE

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

O trabalho em saúde, no tocante a prevenção e promoção, sugere processos educativos. O autocuidado é uma perspectiva da saúde coletiva, que, ao promover informação e orientação, possibilita aos cidadãos hábitos saudáveis, gerando autonomia. Nesse sentido, a responsabilidade de promover a educação em saúde para o autocuidado, portanto para a prevenção de doenças, cabe ao conjunto de pessoas que compõe a instituição prisional. Dentre elas, destacamos os profissionais das áreas de gestão, os administrativos, a população confinada, os profissionais de saúde dos diversos setores, os agentes penitenciários, entre outros, que devem fazer parte do processo educativo/pedagógico, estruturais para garantir a integralidade do processo de ressocialização.

INTEGRALIDADE DO CUIDADO

A integralidade do cuidado também exige a articulação dos profissionais, constituindo como um desafio ao sistema de saúde, sobretudo nos diferentes espaços em que a saúde atua.

O cuidado em saúde exige alguns apontamentos, tais como:

- **Pertinência:**
“fazer a coisa certa” – Utilizar protocolos de acolhimento, de classificação de risco e de prioridades.
- **Conformidade:**
“fazer certo a coisa certa” – Valer-se dos aspectos organizacionais da saúde para dar efetividade aos seguimento e ao acompanhamento do paciente. Exemplo: preenchimento do prontuário, anotações, adequações nos atendimentos.
- **Segurança:**
Cuidado que não causa danos ao paciente na realização de procedimentos, exames e consultas (LIMA, 2012).

SAÚDE MENTAL

Devido aos múltiplos condicionantes da população em situação de confinamento e de seus cuidadores, é importante incorporar estratégias e ações de prevenção e assistência à saúde mental. Os agravos decorrentes do confinamento podem potencializar doenças psicossociais, exigindo dos profissionais um olhar específico para os transtornos mentais, além dos decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Entre as mulheres, observa-se: uma alta demanda por cuidados em saúde mental, associada à violência doméstica e ao abuso sexual; o impacto que a situação de encarceramento tem sobre as mulheres levando ao surgimento de transtornos mentais ou potencializando quadros de transtornos já presentes; e a situação de dependência do álcool e de outras drogas¹.

O uso de álcool e outras drogas entre essa população se associa e pode levar a práticas sexuais sem proteção, assim como o compartilhamento de equipamentos de injeção, quando se trata de usuários de drogas injetáveis. Para o desenho de uma abordagem mais adequada, voltada à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento para o HIV e a Aids entre usuários de cocaína/crack, dentro e fora das prisões, estudos e organismos internacionais atuando na área recomendam que seja observada a forma de administração da droga, incluindo aqui informações sobre a frequência e se o uso ocorre de forma concomitante com outras drogas, inclusive com o álcool².

Igualmente relevantes são as informações sobre o contexto no qual o uso acontece, uma vez que fatores sociais, culturais, econômicos, políticos e outros podem contribuir em diferentes níveis para o desenvolvimento de barreiras no acesso das pessoas que fazem uso de drogas, em especial do crack, ao cuidado em saúde.

1. UNODC. Handbook for Prison Managers and Policy Makers on Women and Imprisonment. Criminal Justice Handbook Series. 2008.

2. SHOPTAW, S. The Overlap of HIV, Key Populations and Psycho-Stimulants Drugs. Speech at the Satellite Meeting, International AIDS Conference. Washington, USA. July, 2010.

Desta forma, cabe ressaltar que as condições de encarceramento vão ter impacto na forma de administração da droga e possivelmente se associará a agravos mentais potencializados por essas condições. Além disso, é preciso considerar que entre as razões para o consumo de drogas ser comum entre a população encarcerada estão o enfrentamento da monotonia, da alienação e da tensão, buscando uma forma de relaxamento. Isso sugere que, para além de se pensar estratégias de tratamento para o uso problemático de drogas, é preciso considerar que a melhoria das condições de encarceramento também pode contribuir para a redução dos problemas associados ao seu uso³.

As ações do trabalho em saúde mental devem compreender, também, os profissionais que atuam no Sistema Prisional, pois o espaço de confinamento configura-se em tencionamentos diários, elementos importantes, que pode desencadear processos de adoecimento, sobretudo o estresse.

3. UNODC. A Toolkit for policymakers, programme managers, prison officers and health care providers in prison settings. 2008.

HIV/AIDS E COINFECCÇÕES



HIV/AIDS E COINFEÇÕES

Apesar dos avanços na resposta nacional, a epidemia de Aids no Brasil e no mundo ainda é uma importante questão de saúde pública e, a partir do momento em que as pessoas vivendo com HIV/Aids adquiriram uma condição de vida similar a das com doenças crônicas, novos desafios surgiram em relação à promoção da qualidade de vida.

Estimativa do Programa Conjunto das Nações Unidas Sobre HIV e Aids (UNAIDS) informa que a prevalência da Aids entre pessoas privadas de liberdade no mundo é mais alta que entre a população geral.

Situações precárias de confinamento (estruturais, de higiene, de alimentação e de atenção à saúde) contribuem para a ampliação das vulnerabilidades da população carcerária a inúmeros agravos, aumentando assim as taxas de morbidade e mortalidade.

É preciso ainda considerar o isolamento das unidades prisionais em relação à comunidade em geral e que no cárcere os grupos vulneráveis não recebem tratamento diferenciado, havendo ainda pouco monitoramento e inspeção independente.

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

Nesse contexto, a oferta de serviços de prevenção, diagnóstico e atenção ao HIV e à Aids representa uma tarefa fundamental, que demanda mobilização de recursos diversos, com ênfase nas competências das equipes de saúde trabalhando com essas questões nas unidades prisionais.

Pensar estratégias, programas e ações de saúde para essa população demanda um duplo esforço: rever conceitos; construir novos conhecimentos e, concomitantemente, implementar e consolidar um plano de ação interinstitucional, envolvendo os vários atores e setores afins.

O que HIV tem a ver com tuberculose?

Mundialmente, a expansão da epidemia de Aids levantou grandes preocupações em relação ao controle da tuberculose (TB). O HIV enfraquece a resposta imune e aumenta de forma considerável o risco de se desenvolver a TB ativa. Quando um indivíduo é infectado com HIV e é infectado com a tuberculose (TB) latente, o risco de a pessoa desenvolver a tuberculose ativa é estimado entre 5 e 15% ao ano, diferentemente dos 10% de risco à vida daqueles que têm a infecção da TB e que não estão infectadas com HIV. Isso significa que num estabelecimento prisional, onde a infecção da TB e do HIV são mais comuns, as pessoas que vivem com HIV terão um risco maior de contrair e desenvolver a tuberculose (TB). A tuberculose ataca principalmente os pulmões, mas pode invadir outros órgãos. Somente as formas laríngea e pulmonar são contagiosas. Depois de iniciado o tratamento, em geral depois dos primeiros 15 dias, a tuberculose não é mais contagiosa.

A associação da tuberculose com o HIV, conhecida como coinfeção TB/HIV, é a principal causa de morte entre as pessoas vivendo com HIV/Aids e pode ser evitada. Toda pessoa vivendo com HIV/Aids deve fazer a prova tuberculínica anualmente. É um exame simples e disponível nos serviços de saúde do SUS.

O tratamento da infecção latente (profilaxia) evita que ela se transforme em tuberculose ativa. Por isso, é importante ficar atento aos sintomas da tuberculose e, no Sistema Prisional, realizar o diagnóstico precoce na porta de entrada.

A coinfeção TB/HIV está aumentando em todo o mundo. Quando a pessoa com HIV/Aids tem tuberculose, deve iniciar os antirretrovirais independentemente da contagem do CD4. Fazer os dois tratamentos ao mesmo tempo exige disciplina, boa vontade e deve contar com o envolvimento direto dos profissionais de saúde do Sistema Prisional.

Internacionalmente a OMS e o UNODC recomendam, como parte de uma estratégia abrangente para a prevenção do HIV, o tratamento, o cuidado e o apoio para as pessoas vivendo com HIV/Aids no Sistema Prisional¹:

- **Ações de informação, educação e comunicação para população prisional e profissionais:**

A educação é uma pre-condição essencial para a implementação das medidas de prevenção de HIV nas prisões. É recomendado que reclusos e equipes de profissionais prisionais sejam informados sobre as formas de prevenir a transmissão do HIV. Os materiais escritos devem ser acessíveis à população reclusa. Para além disso, os reclusos e os profissionais devem participar no desenvolvimento dos materiais educativos, bem como se deve estimular a educação de pares.

- **Disponibilização de preservativos e lubrificantes:**

Relações sexuais ocorrem nas prisões não somente nas visitas íntimas, mas, também, no cotidiano da vida prisional, aumentando o risco da transmissão do HIV e de outras DST, sendo indispensável a distribuição sistemática de preservativos como forma de prevenção. Destaca-se que não existem notificações de problemas de segurança ou quaisquer consequências negativas associadas à distribuição de preservativos nas prisões.

- **Medidas voltadas ao enfrentamento da violência sexual, do estupro e da coerção e redução dos riscos de transmissão do HIV e coinfeções nos casos de violência:**

Há evidências de que as práticas de violência, incluindo o abuso sexual, são comuns no Sistema Prisional. É preciso considerar que a prevenção do HIV e de outros agravos também depende de mudanças estruturais no Sistema Prisional e penal, visando a superação de barreiras, tais como a superpopulação prisional, condições precárias de trabalho para os profissionais dessa área, que ampliam as vulnerabilidades dessa população frente à violência e coerção sexual.

1. UNODC. A Toolkit for policymakers, programme managers, prison officers and health care providers in prison settings, 2008.

- **Profilaxia pós-exposição:**

Para o Brasil a profilaxia pós-exposição é recomendada em situações de acidente ocupacional ou violência sexual e representa uma estratégia importante a ser implementada no Sistema Prisional. A Profilaxia consiste em tomar medicamentos antirretrovirais que diminuem as chances de infecção pelo HIV, se administrada nas primeiras 72 horas após a exposição.

- **Prevenção e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis (DST):**

As Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) são transmitidas, principalmente, por contato sexual, sem o uso de camisinha, com uma pessoa que esteja infectada e geralmente se manifestam por meio de feridas, corrimentos, bolhas ou verrugas. As mais conhecidas são gonorreia e sífilis. Essas doenças, quando não diagnosticadas e tratadas a tempo, podem evoluir para complicações graves, como infertilidades, câncer e até a morte. Usar preservativos em todas as relações sexuais (oral, anal e vaginal) é o método mais eficaz para a redução do risco de transmissão das DST, em especial do vírus da Aids, o HIV.

- **Tratamento para a dependência química:**

No Brasil, é mais comum o uso de cocaína e seus derivados, como o crack. A cocaína é um estimulante do sistema nervoso central, com grande poder de adição e pode ser inalada, injetada ou fumada. O perfil dos usuários de drogas sofreu mudanças importantes no país nos últimos anos, passando de um padrão de uso injetável para inalado e fumado. Tratar do usuário de drogas no Sistema Prisional é uma tarefa desafiadora, pois é preciso considerar aspectos como a marginalização social do usuário, o que também pode gerar conflitos internos.

É preciso considerar que a abordagem do usuário de crack para realizar tratamento deve ser diferente da abordagem do usuário de cocaína inalada, pois entre os usuários de crack é mais forte o rompimento dos vínculos e das relações sociais.

Atualmente, as abordagens mais promissoras no tratamento de usuários são o aconselhamento e a terapia psicossocial.

Os tratamentos farmacológicos mostram algum resultado, mas ainda deixam a desejar.

- **Ações de redução de danos:**

As principais drogas fumadas são a maconha, o crack e o tabaco, além disso, existem as composições, como o “mesclado” (mistura de crack com maconha) e o “freebase” (mistura de cocaína com maconha). Para todas essas drogas fumadas valem os princípios gerais de redução de danos, segundo os quais se deve considerar a realidade específica do usuário e não o ideal preconizado como a abstinência do uso de drogas. Em termos de insumos, experiências vêm demonstrado a efetividade da distribuição de cachimbos, ou mesmo de bocais, para usuários de crack, como forma de evitar o compartilhamento e as queimaduras para a prevenção de intoxicações por uso de metais e também das lesões na região da boca, aumentando o risco de infecções².

- **Testagem e aconselhamento para o HIV:**

A testagem para o HIV em prisões deve seguir os princípios preconizados para a testagem na população em geral, que inclui a voluntariedade e a confidencialidade, e deve ser ofertada juntamente com aconselhamento pré e pós-teste. O teste voluntário somente deverá ser realizado com consentimento informado do recluso. Os resultados do teste devem ser comunicados aos reclusos pela equipe de saúde, que deverá garantir o apoio e o encaminhamento necessários.

TESTE RÁPIDO

Possui esse nome, pois permite a detecção de anticorpos anti-HIV na amostra de sangue do paciente em até 30 minutos. Por isso, pode ser realizado no momento da consulta. Os testes rápidos permitem que o paciente, no mesmo momento em que faz o teste, tenha conhecimento do resultado e receba o aconselhamento pré e pós-teste. O teste rápido é preferencialmente adotado em populações que moram em locais de difícil acesso, em gestantes que não fizeram o acompanhamento no pré-natal e em situações de acidentes no trabalho³.

2. SILVEIRA, D. e NIEL, M. (Org.). Drogas e Redução de Danos: Uma Cartilha para Profissionais de Saúde. PROAD, UNIFESP. São Paulo, 2008.

3. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids Aids e Hepatites Virais.

- **Tratamento, cuidado e apoio para as pessoas vivendo com HIV/Aids no Sistema Prisional, incluindo acesso à Terapia Antirretroviral (TARV):**

Providenciar o acesso à TARV para a população prisional constitui um desafio, mas é necessário e viável, devendo seguir o preconizado pelo consenso terapêutico brasileiro para HIV/Aids. Estudos demonstram que os reclusos, quando providos de cuidados e acesso aos medicamentos, respondem bem ao tratamento antirretroviral. O direito de gozar do padrão mais elevado atingível de saúde física e mental, de acordo com o princípio da equivalência, determina que os reclusos devem ter acesso aos mesmos padrões de cuidados disponíveis para as pessoas fora das prisões.

- **Intervenções voltadas à prevenção da transmissão vertical (da mãe para o filho) entre mulheres grávidas e lactantes no Sistema Prisional:**

A estratégia de controle da transmissão vertical do HIV tem mantido no Brasil os indicadores em níveis relativamente baixos, tendo em vista o padrão de epidemia concentrada do país e, portanto, deve estar disponível também para as mulheres grávidas e lactantes no Sistema Prisional.

A estratégia consiste em:

1 – ampliar o acesso oportuno do diagnóstico do HIV e da sífilis a todas as mulheres gestantes durante o pré-natal, por meio de ações integradas com a atenção básica. As mulheres que estão no Sistema Prisional devem ser incluídas no Programa Nacional da Rede Cegonha, cujo principal foco consiste na atenção integral e de qualidade à mulher gestante de todo o país;

2 – assegurar de forma universal o acesso ao tratamento a todas as mulheres gestantes diagnosticadas com HIV, por intermédio da profilaxia e assegurar a profilaxia das crianças expostas, mediante o acesso universal ao tratamento;

3 – promover a supressão da amamentação e assegurar a todas as crianças expostas o acesso à fórmula infantil, ao mesmo tempo em que é assegurada às mulheres gestantes todo o apoio e suporte psicossocial.

- **Prevenção, diagnóstico e tratamento para a tuberculose (TB):**

Estima-se que a tuberculose é 100 vezes mais comum nas prisões que nas comunidades. Embora a tuberculose seja evidente nas prisões, é um grave problema de saúde pública. Os fatores de risco para a TB, relacionados ao encarceramento, são celas superpopulosas, mal ventiladas e com pouca iluminação natural, exposição frequente à microbactéria da TB em ambiente fechado, falta de informação e dificuldade de acesso aos serviços de saúde na prisão. A tuberculose representa um risco substancial à saúde de todas as pessoas privadas de liberdade, dos trabalhadores do Sistema Prisional e da comunidade fora da cadeia. Os reclusos que vivem com o HIV são mais vulneráveis, pois a infecção pelo HIV é um fator de risco importante para o desenvolvimento da tuberculose.

No Brasil, são detectados, em média, 72 mil casos novos de tuberculose todos os anos, com quase 4.600 mortes registradas. A taxa de incidência (número de casos novos de TB diagnosticados em um ano) é de aproximadamente 37 casos por 100 mil habitantes. Estima-se que no Sistema Prisional essa taxa é, em média, 27 vezes maior. Os casos de tuberculose entre a população privada de liberdade representam 6,8% dos casos notificados no Brasil, embora o Sistema Prisional corresponda a somente 0,2% da população do país.

Recomenda-se que a busca ativa deva ser realizada no momento do ingresso e periodicamente, de acordo com a Resolução 6/2006 do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCCP) e com o *Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil, do Ministério da Saúde*.

- **Imunização, diagnóstico e tratamento para as hepatites virais:**

No Brasil, está disponibilizada a imunização para a hepatite B, facilmente disseminada nas prisões. Ao contrário do HIV, o risco de infecção pode ser reduzido pela administração da vacina, que deve ocorrer para reclusos e profissionais. As ações de prevenção da hepatite C contribuem igualmente para a redução da transmissão do HIV nas

prisões. Contudo, o vírus da hepatite C dissemina-se muito mais facilmente que o HIV, por meio do compartilhamento de lâminas de barbear, escovas de dente e da aplicação de tatuagem e *piercing* no corpo.

O conjunto de estratégias proposto deve ser disponibilizado para a população em situação de confinamento, seus familiares e profissionais atuando nas unidades prisionais, garantindo a continuidade do cuidado em saúde mesmo fora do Sistema Prisional.

OS PROFISSIONAIS DO SISTEMA PRISIONAL SÃO PESSOAS-CHAVE!

Os profissionais do Sistema Prisional são responsáveis pelo cuidado e pelo bem-estar da população prisional. Não é possível criar um ambiente saudável nas prisões sem contar com a contribuição de cada um dos seus trabalhadores. Considerando os problemas de saúde nas prisões, os profissionais precisam saber que agravos acometem essa população para poder apoiar a implementação de respostas efetivas⁴.

TUBERCULOSE

Informação Básica Sobre Tuberculose

É uma das doenças mais antigas da humanidade e é causada por uma bactéria, o *Mycobacterium tuberculosis*.

A tuberculose é uma doença infectocontagiosa e sua transmissão se dá pelo ar. Uma pessoa com tuberculose pulmonar pode transmitir a doença para outra pessoa. Ao tossir, falar e espirrar, pessoas com TB bacilífera (pulmonar ou laríngea) eliminam partículas que infectam outras pessoas. Os aerossóis podem permanecer em suspensão no ar por até 8 horas em locais mal ventilados.

A tuberculose é muito frequente entre pessoas que têm o sistema imunológico comprometido, como pessoas vivendo com HIV/Aids ou que tenham outra doença que afeta as defesas do corpo. Outros grupos também são mais vulneráveis à tuberculose, como a população em situação de rua, as pessoas privadas de liberdade e populações indígenas.

4. Promoting health in prisons – the essentials. A WHO guide. WHO Europe, 2006.

Os principais sintomas da tuberculose são:

- **tosse com ou sem catarro, por mais de duas semanas;**
- **febre baixa, geralmente à tarde;**
- **suor noturno;**
- **fraqueza;**
- **emagrecimento;**
- **Falta de apetite.**

A tuberculose tem cura, desde que tratada adequadamente. Para isso, o diagnóstico deve ser realizado precocemente e o tratamento não deve ser interrompido.

Os exames mais comuns são o exame de escarro (baciloscopia), a cultura e a radiografia de tórax. Uma vez diagnosticada, a tuberculose deve ser tratada o mais rápido possível para aumentar as chances de cura da doença e evitar que seja transmitida a outras pessoas.

O tratamento dura no mínimo seis meses. Os comprimidos devem ser tomados diariamente, sem intervalos. A modalidade recomendada nacionalmente é o TDO (tratamento diretamente observado) apoiado pelos profissionais de saúde.

A má adesão ao tratamento predispõe ao desenvolvimento de cepas resistentes. Em alguns casos, a tuberculose resistente aos medicamentos disponíveis pode se tornar “virtualmente” impossível de ser tratada. Além disso, a duração do tratamento da TB resistente é superior.

HEPATITE C

Essa hepatite é causada pelo vírus C (VHC), já tendo sido chamada de “hepatite não A não B”. O vírus C, assim como o vírus causador da hepatite B, está presente no sangue. Entre as causas de transmissão estão:

- **transusão de sangue;**
- **compartilhamento de material para uso de drogas (seringas, agulhas, cachimbos, entre outros), higiene pessoal (lâminas de barbear e depilar, escovas de dente, alicates de unha ou outros objetos que furam ou cortam) ou para confecção de tatuagem e colocação de piercings;**
- **da mãe infectada para o filho durante a gravidez;**
- **sexo sem camisinha com uma pessoa infectada (forma mais rara de infecção).**

O surgimento de sintomas em pessoas com hepatite C aguda é muito raro. Entretanto, os que mais aparecem são cansaço, tontura, enjoo e/ou vômitos, febre, dor abdominal, pele e olhos amarelados, urina escura e fezes claras. Por se tratar de uma doença silenciosa, é importante consultar-se com um médico regularmente e fazer os exames de rotina que detectam todas as formas de hepatite.

O diagnóstico precoce da hepatite amplia a eficácia do tratamento.

Quando a reação inflamatória persiste sem melhora por mais de seis meses, comum em 80% dos casos, os profissionais de saúde consideram que a infecção evoluiu para a forma crônica. Quando necessário, o tratamento é complexo e dependerá da realização de exames específicos, como biópsia hepática e exames de biologia molecular. As chances de cura variam de 50 a 80% dos casos.

PREVINA-SE

Não existe vacina contra a hepatite C, mas evitar a doença é muito fácil. Basta não compartilhar seringa, agulha e objetos cortantes com outras pessoas e usar camisinha em todas as relações sexuais. O preservativo está disponível na rede pública de saúde. Caso você não saiba onde retirar a camisinha, ligue para o Disque Saúde (136).

Além disso, toda mulher grávida precisa fazer o pré-natal e os exames para detectar as hepatites, a Aids e a sífilis. Esse cuidado é fundamental para evitar a transmissão de mãe para filho. Em caso de resultado positivo, é necessário seguir todas as recomendações médicas, inclusive sobre o tipo de parto e amamentação (fissuras no seio da mãe podem permitir a passagem de sangue)⁵.

5. BRASIL. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, Ministério da Saúde.



Apoio



Ministério da
Saúde

