

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO**

JAQUELINE MACHADO

TUBERCULOSE NAS PRISÕES:

As características organizacionais do Presídio Central de Porto Alegre e a adesão ao tratamento da tuberculose

**PORTO ALEGRE
2017**

JAQUELINE MACHADO

TUBERCULOSE NAS PRISÕES:

As características organizacionais do Presídio Central de Porto Alegre e a adesão ao tratamento da tuberculose

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Administração.

Área de concentração: Estudos Organizacionais
Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Bordin

PORTO ALEGRE
2017

CIP - Catalogação na Publicação

Machado, Jaqueline

TUBERCULOSE NAS PRISÕES: As características organizacionais do Presídio Central de Porto Alegre e a adesão ao tratamento da tuberculose / Jaqueline Machado. -- 2017.

95 f.

Orientador: Ronaldo Bordin.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Administração, Programa de Pós-Graduação em Administração, Porto Alegre, BR-RS, 2017.

1. Tuberculose. 2. Sistema Prisional . 3. Políticas Públicas . 4. Administração . 5. Planejamento em Saúde. I. Bordin, Ronaldo, orient.
II. Título.

Apesar de ser 6 ou 7 anos mais velho do que eu, Rafael era, dos amigos de infância do meu irmão, o que eu mais gostava. Tinha as brincadeiras mais divertidas e um olhar adolescente atencioso com uma criança em sua fase mais inquietante. Abandonou a escola ainda no ensino fundamental e, assim, o contato foi ficando cada vez menos frequente, até cessar. Os anos se passaram e as poucas notícias que tive sobre Rafael apontavam que ele circulava entre o sistema prisional e uma das vilas mais vulneráveis do município de Viamão, local onde sempre morou. Nestes intervalos de não prisão, chegou a buscar fôlego na religião ou em fazendas de reabilitação. Mas a roda girava e lá estava ele novamente privado de liberdade. Poucas semanas antes da entrega deste trabalho, depois de mais de 10 anos sem vê-lo, recebi a notícia de que Rafael havia morrido, em casa, em decorrência de abandono de tratamento de Tuberculose. Homem, negro, na faixa dos trinta e cinco anos, com baixa escolaridade, morador de periferia e egresso do sistema prisional: era a materialização de todos os dados estatísticos deste estudo. Saber da morte de Rafael me deixou absolutamente desconfortável. Dedico este trabalho ao Rafael e a todas as outras pessoas com Tuberculose, que circulam no sistema prisional e que são visíveis apenas nos dados estatísticos.

RESUMO

O sistema prisional brasileiro é mundialmente conhecido por condições estruturantes que violam a dignidade das pessoas privadas de liberdade. Em meio dos inúmeros desafios diários vivenciados pela comunidade prisional, uma demanda especial atenção: os altos indicadores de tuberculose. Este trabalho teve como objetivo identificar os fatores vinculados às características organizacionais do Presídio Central de Porto Alegre (PCPA) que interferem na adesão e seguimento do tratamento da Tuberculose. Por meio grupos focais com agentes de saúde, agentes de segurança e presos líderes de galeria; entrevistas com presos em tratamento e observações da rotina do PCPA foi possível identificar que as questões que interferem na adesão e no seguimento do tratamento encontram-se, principalmente, em quatro planos: (i) individual, no que tange as particularidades do cotidiano de vida nas prisões e as características da população privada de liberdade; (ii) estrutural e hierárquico estatal – ao que se refere à dependência dos profissionais de segurança para o acesso dos presos aos serviços de saúde; (iii) estrutural e hierárquicos paralelos, no que diz respeito à autoridade das lideranças das galerias na regulação do acesso aos serviços e a manutenção do tratamento; (iv) fatores externos que correspondem à dificuldade de manutenção do tratamento em casos de transferência de casa prisional e à falta de vinculação com as unidades de saúde quando os indivíduos saem em liberdade.

Palavras-chave: Tuberculose. Sistema Prisional. Políticas Públicas. Administração e Planejamento em Saúde.

ABSTRACT

O sistema prisional brasileiro é mundialmente conhecido por condições estruturantes que violam a dignidade das pessoas privadas de liberdade. Em meio dos inúmeros desafios diários vivenciados pela comunidade prisional, uma demanda especial atenção: os altos indicadores de tuberculose. Este trabalho teve como objetivo identificar os fatores vinculados às características organizacionais do Presídio Central de Porto Alegre (PCPA) que interferem na adesão e seguimento do tratamento da Tuberculose. Por meio grupos focais com agentes de saúde, agentes de segurança e presos líderes de galeria; entrevistas com presos em tratamento e observações da rotina do PCPA foi possível identificar que as questões que interferem na adesão e no seguimento do tratamento encontram-se, principalmente, em quatro planos: (i) individual, no que tange as particularidades do cotidiano de vida nas prisões e as características da população privada de liberdade; (ii) estrutural e hierárquico estatal – ao que se refere à dependência dos profissionais de segurança para o acesso dos presos aos serviços de saúde; (iii) estrutural e hierárquicos paralelos, no que diz respeito à autoridade das lideranças das galerias na regulação do acesso aos serviços e a manutenção do tratamento; (iv) fatores externos que correspondem à dificuldade de manutenção do tratamento em casos de transferência de casa prisional e à falta de vinculação com as unidades de saúde quando os indivíduos saem em liberdade.

Key words: Tuberculosis. Prison System. Public policy. Health Management.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Coeficiente de incidência de tuberculose, por cem mil habitantes. Brasil, 1990 a 2015	14
Figura 2 – Coeficiente de incidência de tuberculose por sexo, por cem mil habitantes. Brasil, 1990 a 2015	14
Figura 3 – Percentual de casos novos de tuberculose por raça. Brasil, 2001 a 2014	15
Figura 4 – Coeficiente de incidência de tuberculose por capitais, por cem mil habitantes.....	16
Figura 5 – Percentual de abandono de casos novos de tuberculose por capital	19
Figura 6 – Taxa de Incidência de TB na População Privada de Liberdade.....	21
Figura 7 – Comparação entre o encerramento dos casos novos de TB	23
Figura 8 – Faixa etária das pessoas privadas de liberdade	36
Figura 9 – Raça, cor e etnia – Sistema prisional Brasileiro.....	36
Figura 10 – Escolaridade da população prisional.....	36

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – A Evolução das formas de punição	25
Quadro 2 – Pessoas Privadas de Liberdade no Brasil em 2014.....	37
Quadro 3 – Informações Prisionais dos 20 países com maior população prisional do Mundo	38
Quadro 4 – Grupos Focais realizados no Presídio Central de Porto Alegre (PCPA), novembro de 2015 a abril de 2016	44
Quadro 5 – Categorização de dados da pesquisa.....	48

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ASA	Agente de Saúde
ASE	Agentes de Segurança
ASEA	Agentes de segurança que trabalham no serviço de saúde
DOTS	Directly Observed Therapy, Short-course
F	Familiares
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCPA	Presídio Central de Porto Alegre
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
PP	Presos Prefeitos
PPL	População privada de liberdade
PSR	População em situação de rua
PT	Preso em Tratamento
RS	Rio Grande do Sul
SINAI	Sistema Nacional de Informação para Controle de Infecções
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TDO	Tratamento Diretamente Observado
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNODC	Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	CONTEXTO DO ESTUDO	13
2.1	TUBERCULOSE COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA E DOENÇA REEMERGENTE.....	13
2.2	OS DETERMINANTES SOCIAIS E A INCIDÊNCIA DE TUBERCULOSE EM PORTO ALEGRE	15
2.3	A PROBLEMÁTICA DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE	17
2.4	TUBERCULOSE NA POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE.....	20
3	PRISÃO - DA ORIGEM DA PENA AO MODELO DE PRIVAÇÃO DE LIBERDADE	24
3.1	A PUNIÇÃO COMO DISPOSITIVO DE DISCIPLINA DE MICHAEL FOUCAULT	26
3.2	A PRISÃO NA PERSPECTIVA DO CONCEITO DE INSTITUIÇÃO TOTAL	29
3.3	A PRISÃO ALÉM DO PARADIGMA CRIME E CASTIGO	31
3.4	PANORAMAS DO SISTEMA CARCERÁRIO BRASILEIRO.....	35
4	OBJETIVOS	41
4.1	OBJETIVO GERAL.....	41
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	41
5	MÉTODOS	42
5.1	BUSCA DE REFERÊNCIAS SOBRE O TEMA	42
5.2	COLETA DE DADOS NO PRESÍDIO CENTRAL DE PORTO ALEGRE (PCPA)	42
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	48
6.1	A ESTRUTURA E A ROTINA DO PRESÍDIO CENTRAL DE PORTO ALEGRE.....	49
6.1.1	A fila de espera para visitas – uma introdução ao PCPA.....	49
6.1.2	PCPA – A Masmorra do Século XXI.....	51
6.1.3	A Organização do Presídio Central de Porto Alegre	53
6.2	ACESSO À SAÚDE NO PRESÍDIO CENTRAL DE PORTO ALEGRE	55
6.2.1	Fluxo de acesso à saúde e a movimentação de apenados	57
6.2.2	Classificação de risco para acesso aos serviços de saúde no PCPA	60
6.2.3	Estrutura Hierárquica das Galerias e o Acesso à Saúde	62
6.2.4	Acesso ao Diagnóstico de Tuberculose	64
6.3	O DESAFIO DA MANUTENÇÃO DO TRATAMENTO.....	67
6.3.1	Descrença na autonomia dos pacientes.....	68
6.3.2	Agentes de Segurança e o cuidado em saúde	70

6.3.3	O tratamento para TB na perspectiva da vinculação com os profissionais de saúde	72
6.3.4	As relações sociais e o tratamento para Tuberculose.....	74
6.3.5	Uma Resposta Possível: o trabalho em rede e sua importância para a cura da TB	77
7	CONCLUSÃO	80
	REFERÊNCIAS	83
	APÊNDICE I.....	88
	APÊNDICE II.....	89
	APÊNDICE III.....	92
	APÊNDICE IV.....	93

1 INTRODUÇÃO

O sentido do que refletimos e produzimos está diretamente ligado ao lugar que ocupamos. É deste lugar que olhamos e interpretamos o mundo. Em 2011, logo após me graduar em Relações Públicas pela Universidade Federal do Rio do Sul (UFRGS), a empresa da qual sou sócia venceu uma licitação para planejar e executar ações de comunicação dirigida para a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMS) e, desde então, venho trabalhando diretamente com populações em situação de vulnerabilidade social. Este trabalho é, sobretudo, uma reflexão do lugar onde trabalho. Lugar este que me permite conhecer realidades muito diferentes e conviver com populações que me desafiam a reestruturar as minhas concepções estabelecidas, no sentido de que, para poder exercitar a postura investigativa, que permite refletir e suspeitar permanentemente de nossas próprias práticas, é fundamental articular a atuação profissional e a pesquisa (DALÍGNA, 2012).

No período 2010 - 2016, venho tendo grande envolvimento com questões relacionadas ao diagnóstico e tratamento da Tuberculose (TB). Esta doença continua sendo um importante problema de saúde mundial, exigindo o desenvolvimento de estratégias para o seu controle, considerando aspectos humanitários, econômicos e de saúde pública. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam que 22 países concentram 80% da carga mundial de TB (BRASIL, 2011). O Brasil, 18º neste ranking, apresentou cerca de 64 mil novos casos notificados em 2015 (BRASIL, 2016).

Esta doença está diretamente ligada à vulnerabilidade social, de forma que existem populações com maior risco de adoecer devido às condições de vida e saúde as quais estão expostas. São elas: pessoas vivendo com HIV, população indígena, população privada de liberdade (PPL) e população em situação de rua (PSR). Dentre populações-especiais citadas, tive oportunidade de trabalhar com duas:

- a) População em situação de rua: junto à SMS, no biênio 2014-2015, trabalhei em um projeto voltado a desenvolver estratégias para o estabelecimento de vínculo da PSR com os serviços de saúde visando a melhorar os indicadores de adesão ao tratamento de TB. Esta população tem alta taxa de abandono ao tratamento, o que está relacionado às questões de baixa autoestima, alimentação inadequada, uso de álcool e outras drogas e, principalmente, à dinâmica desregrada da rua, que não contribui para que os medicamentos sejam tomados com regularidade;
- b) População Privada de Liberdade: em 2015, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose do Ministério da Saúde (PNCT), em parceria com o Escritório das

Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) e com as Secretarias de Saúde, de Segurança Pública do Rio Grande do Sul e da Administração Penitenciária do Rio de Janeiro, iniciou o projeto *TB Reach*¹ no Brasil, com foco na detecção de casos por meio da testagem e ações de educação em saúde envolvendo toda a comunidade carcerária. Neste projeto, conduzi entrevistas e grupos focais sobre TB com os diferentes públicos que circulam no sistema prisional: apenados em tratamento, líderes de galerias, profissionais de saúde, agentes de segurança e familiares dos presos. Parte dos dados coletados para tal projeto foram utilizados para a construção deste trabalho.

Se a população em situação de rua (PSR) tem dificuldade de adesão ao tratamento devido ao desregramento da sua rotina de vida, a população privada de liberdade (PPL) vive, teoricamente, em um regime de regramento extremo e, mesmo assim, também apresenta dificuldade de diagnóstico e manutenção do tratamento da TB. Esta dicotomia me chamou a atenção logo ao iniciar o desenvolvimento do trabalho dentro do sistema prisional. Nas primeiras visitas aos presídios que frequentei, apesar do misto de confusão e excitação por estar acessando um submundo inacessível para a maior parte das pessoas, pude perceber, de imediato, que diversas características estruturais e hierárquicas deste tipo de organização interferem nas questões relacionadas à saúde. A cadeia tem regras e códigos de conduta próprios. Ao passar pelo portão de ferro de entrada de cada unidade, se entra num contexto com princípios estranhos à comunidade que vive extramuros. Neste lugar, a vida humana parece ser moeda de pouco valor.

Neste sentido, este trabalho objetiva problematizar a epidemia de Tuberculose no Sistema Prisional, procurando identificar a relação entre as características organizacionais do PCPA e a adesão e manutenção do tratamento da TB. Este trabalho tem sua dimensão política no que tange a relacionar a produção científica com questões latentes de saúde pública e, assim, contribuir com o controle da TB nos ambientes intramuros.

¹ STOP TB PARTNERSHIP. **TB Reach**: finding and treating people with TB in the world's poorest communities. Geneva: 2016, Disponível em: <<http://www.stoptb.org/global/awards/tbreach/>>. Acesso em; 16 ago. 2017.

2 CONTEXTO DO ESTUDO

2.1 TUBERCULOSE COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA E DOENÇA REEMERGENTE

A tuberculose é considerada um problema global de saúde pública. É uma doença infecciosa e transmissível por vias aéreas, que é causada pelo Bacilo de Koch, uma bactéria que tem rápida reprodução em áreas do corpo com muito oxigênio e, por isso, o pulmão é o principal órgão atingido. A enfermidade tem cura por meio de um tratamento que dura, no mínimo, seis meses. Entretanto, quando não tratada, pode levar à morte. É importante apontar que a TB está diretamente relacionada às condições de vulnerabilidade social as quais os sujeitos estão expostos, como desnutrição, superpopulação, moradia insalubre e cuidado inadequado da saúde (MENDES; FENSTERSEIFER, 2004).

Diversas organizações internacionais vêm desenvolvendo pesquisas e estratégias para o controle da epidemia no mundo. O diagnóstico eficaz e o tratamento da doença salvaram 43 milhões de vidas no período de 2000 a 2014 (WHO, 2015). Ainda assim, estima-se que, em 2014, no mundo, 9,6 milhões de pessoas tenham desenvolvido TB. Deste total, apenas 63% chegaram ao diagnóstico. A doença é considerada uma epidemia concentrada, pois 80% dos novos casos ocorreram em 22 países, sendo o Brasil o 18º colocado neste ranking. Apesar de ter cura, esta enfermidade foi a causa de 1,5 milhões de mortes no ano de 2014 (WHO, 2015). Os fatores que dificultam o seu efetivo controle no mundo estão associados a problemas que envolvem prevenção, diagnóstico, tratamento, qualidade dos serviços de saúde e peculiaridades do paciente com TB (CHIRINOS; MEIRELLES, 2011).

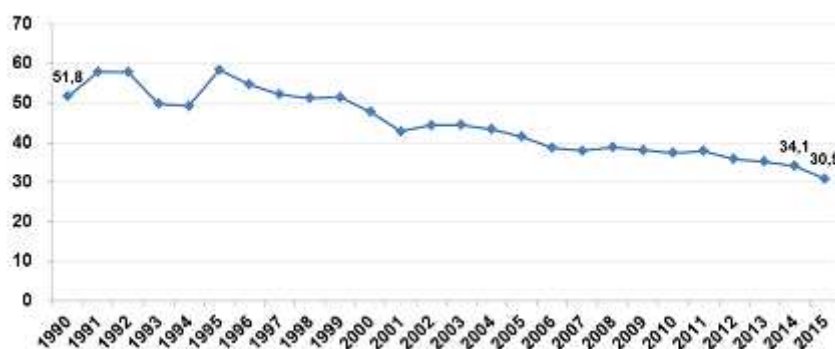
Desde 2003, o controle da TB foi destacado como prioridade dentre as políticas públicas de saúde brasileiras, sendo que diversos esforços vêm sendo desenvolvidos para o controle da doença (MS, 2006). De 1990 até 2014, os coeficientes de mortalidade² e de incidência³ foram reduzidos em 38,9% (3,6 para 2,2/100 mil hab.) e 34,1% (51,8 para 34,1/100 mil hab.), respectivamente (MS, 2016). Apesar das reduções de mortalidade e de casos novos, ainda são registrados anualmente cerca de 70 mil novos casos de TB e aproximadamente 4,5 mil óbitos. A doença é a terceira causa de mortes por doenças infecciosas e a primeira causa de mortes dentre as doenças infecciosas definidas dos pacientes com a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS).

² Número de óbitos por tuberculose, por 100 mil hab., na população residente.

³ Número de casos novos, por 100 mil hab., na população residente.

Em 2015, se atingiu a menor taxa de incidência registrada no Brasil desde 1990, com um total de 30,9 novos casos por 100.000 habitantes (SINAN, 2015). Esta tendência de queda no surgimento de novos casos representa o esforço nacional para controle da doença, com foco principal nas populações mais vulneráveis à infecção (Figura 1).

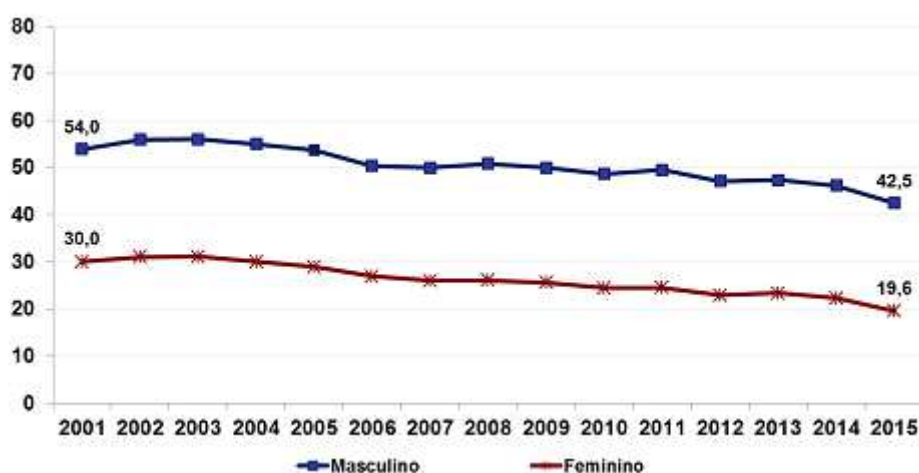
Figura 1 – Coeficiente de incidência de tuberculose, por cem mil habitantes. Brasil, 1990 a 2015



Fonte: MS/SINAN (2016).

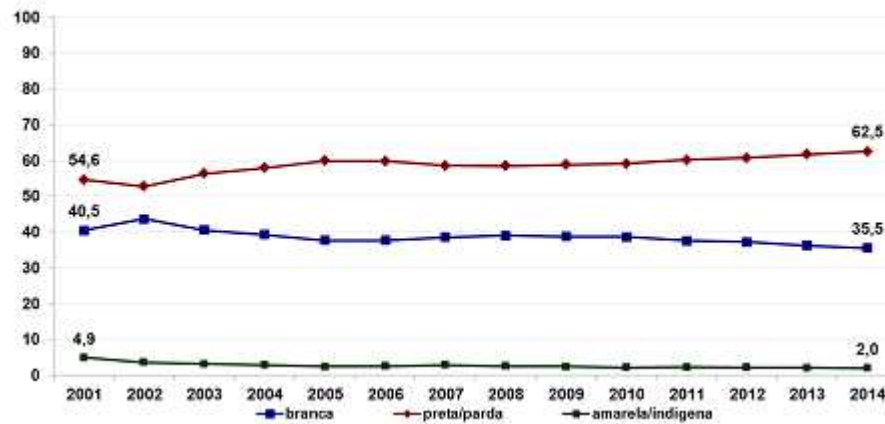
Seguindo a tendência dos indicadores mundiais, no Brasil a doença afeta também pessoas em situação de vulnerabilidade, sendo os homens negros os principais atingidos (Figuras 2 e 3). A faixa etária mais acometida está entre os 25 a 34 anos de idade para homens e mulheres, ou seja, pessoas em idade produtiva, situação que contribui para o atraso no desenvolvimento econômico e elevação da pobreza e vulnerabilidades sociais (CHIRINOS; MEIRELLES, 2011).

Figura 2 – Coeficiente de incidência de tuberculose por sexo, por cem mil habitantes. Brasil, 1990 a 2015



Fonte: SES/MS/SINAN (2016).

Figura 3 – Percentual de casos novos de tuberculose por raça. Brasil, 2001 a 2014.



Fonte: SES/MS/SINAN (2016).

Nos estados brasileiros, os coeficientes de incidência não são homogêneos, o que demanda o desenvolvimento de ações específicas, que levem em conta as características de cada local (BRASIL, 2014). Nas capitais do país, em 2015, foram notificados 23.161 casos novos de tuberculose, o que corresponde a 36,6% do total de casos no Brasil.

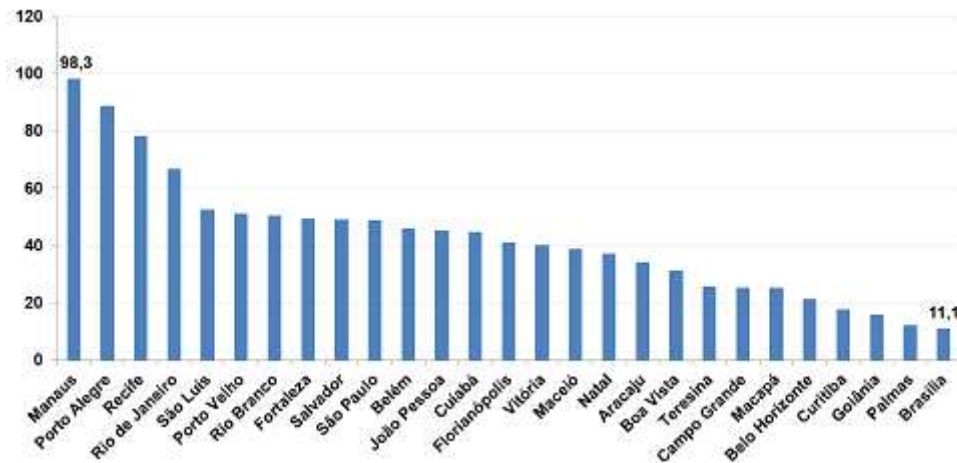
Em 2014, foi aprovada, na Assembleia Mundial de Saúde, a Estratégia Global e as Metas para a prevenção, atenção e controle da tuberculose pós-2015. A Estratégia pelo Fim da Tuberculose tem como visão “Um mundo livre da tuberculose: zero morte, adoecimento e sofrimento devido à tuberculose”, e como objetivo o “fim da epidemia global da doença”. As metas, para cumprimento nas próximas duas décadas (2015-2035), são: reduzir o coeficiente de incidência para menos de 10 casos por 100 mil habitantes; e reduzir o número de óbitos por tuberculose em 95%. O alcance destas metas representa o fim da TB como problema de saúde pública. Para isso, a estratégia prevê o estabelecimento de três pilares: prevenção e cuidado integrado e centrado no paciente; políticas arrojadas e sistemas de apoio; e intensificação da pesquisa e inovação (BRASIL, 2016).

2.2 OS DETERMINANTES SOCIAIS E A INCIDÊNCIA DE TUBERCULOSE EM PORTO ALEGRE

A cidade de Porto Alegre (capital do estado do Rio Grande do Sul), local onde foi realizado este estudo, ocupa um lugar de destaque entre as capitais brasileiras em termos de incidência (88,8/100 mil hab.), ultrapassando a taxa nacional (30,9/100 mil hab.) em quase 100% (Figura 4). Outro dado preocupante é que Porto Alegre apresenta a maior taxa de

abandono de tratamento entre as capitais brasileiras (27,9 %), fator que colabora diretamente para a ocorrência de novos casos (BRASIL, 2016).

Figura 4 – Coeficiente de incidência de tuberculose por capitais, por cem mil habitantes.



Fonte: SES/MS/SINAN (2016).

Estudo realizado por Acosta e Bassanesi (2014) mostra que, em Porto Alegre, a incidência de TB está fortemente ligada aos determinantes sociais. Há uma contradição entre os níveis de desenvolvimento socioeconômico e os altos indicadores de TB, já que os casos não estão distribuídos uniformemente pela cidade. As principais conclusões deste estudo são:

- os locais de maior incidência de TB eram também os locais das vilas populares ou favelas da cidade. Por outro lado, as regiões com as menores incidências eram os bairros com as melhores condições socioeconômicas;
- o risco dos moradores dos bairros que compõem as regiões do estrato 4⁴ de contrair TB foi seis vezes maior que o risco dos moradores das regiões do estrato 1⁵. Se a população de toda a cidade apresentasse o mesmo risco de adoecer da população do estrato 1, a taxa da incidência da tuberculose da cidade diminuiria em 71%;
- o Índice Relativo de Desigualdades foi 7,9, isto é, a taxa de incidência de TB estimada para o bairro em pior posição socioeconômica de Porto Alegre é cerca de oito vezes maior que a taxa estimada para o bairro em melhor posição;
- se toda a população tivesse tido as mesmas oportunidades e condições de vida da população que reside no estrato 1 da cidade, a taxa de incidência de TB cairia para

⁴ Estrato 4: regiões com os piores indicadores socioeconômicos.

⁵ Estrato 1: regiões com os melhores indicadores socioeconômicos.

14,71 casos por 100 mil habitantes, chegando a níveis compatíveis com a incidência em países do leste europeu, como Croácia, Hungria e Bulgária;

- e) os apenados do Presídio Central de Porto Alegre, situado em meio a bairros pobres da cidade, em sua imensa maioria, são oriundos de comunidades pobres e retornam para estes locais, sendo fonte de disseminação da doença.

Este conjunto de dados demonstra que Porto Alegre é uma cidade com intensas desigualdades socioeconômicas e de distribuição da incidência da TB. Mostra, também, que essas desigualdades têm uma expressão espacial que indica o quanto a cidade é social e espacialmente segregada (ACOSTA; BASSANESI, 2014).

2.3 A PROBLEMÁTICA DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE

A tuberculose é uma doença curável em praticamente 100% dos casos novos, desde que o tratamento seja feito de forma adequada. O tratamento dos bacilíferos⁶ dura, no mínimo, seis meses e consiste na ingestão diária de medicação. Uma vez iniciada a terapia, ela não deve ser interrompida até que se confirme a cura por meio de exames clínicos e laboratoriais (LOPES, 2006). Esta atividade é prioritária para o controle da TB, pois contribui para o estancamento da cadeia de transmissão. Estima-se que, após 15 dias do início da tomada da medicação, a pessoa infectada não transmita mais a doença (BRASIL, 2011).

No Brasil, a medicação é fornecida gratuita e exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e a pessoa com diagnóstico positivo deve iniciar a terapia imediatamente. O Ministério da Saúde aponta que o fator primordial para o sucesso do tratamento é a adesão do paciente à terapia, sendo que os requisitos básicos para esta adesão são (BRASIL, 2011):

- a) acolhimento: relação entre serviço e usuário com objetivo de estabelecer vínculo com o paciente, permitindo a identificação das necessidades individuais e condições de vida as quais o sujeito está submetido para que, a partir disso, seja possível desenvolver uma estratégia adequada de adesão considerando as particularidades do paciente;
- b) informação: é fundamental que o paciente tenha conhecimento da doença que possui, da forma de tratamento, da importância de manter a regularidade no uso dos medicamentos e dos riscos relacionados ao abandono.

⁶ Pacientes com diagnóstico positivo de tuberculose.

Objetivando controlar a TB, o MS tem adotado o *Directly Observed Therapy, Short-course* (DOTS), estratégia recomendada internacionalmente, que é baseada em cinco pilares:

1. esquemas de tratamento padronizados e diretamente supervisionado, pelo menos uma vez por semana, durante o primeiro mês de tratamento;
2. aquisição e distribuição regular de medicamentos;
3. criação de um eficiente sistema de informação;
4. ações de busca de sintomático respiratório, com retaguarda laboratorial; e,
5. compromisso político.

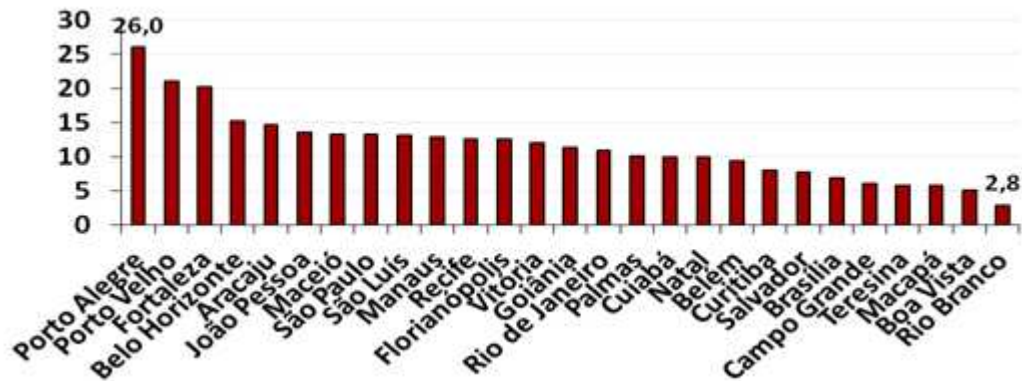
Mesmo com a implantação e execução do DOTS, o problema do abandono do tratamento persiste, embora se reconheça que o Tratamento Diretamente Observado⁷ (TDO) reduz os índices de abandono (AMARAL *et al.*, 2010). A prática do TDO aproxima os profissionais de saúde do contexto social dos pacientes com TB, além de ser um método de baixo custo que estabelece vínculos entre serviço de saúde-doente- família (RUFFINO-NETTO, 2000).

A maior parte das mortes por TB se dá por causa da não conclusão do tratamento. O abandono, caracterizado pelo não comparecimento do doente ao serviço de saúde por mais de trinta dias consecutivos após a data agendada para o retorno, se constitui em um dos principais desafios para o sistema de saúde brasileiro (SÁ *et al.*, 2007). No Brasil, em cada 100 usuários do sistema de saúde que iniciam o tratamento da TB, nove não o levam até o final – ou seja, 9% (SINAN, 2016). O máximo tolerável, conforme orientações da OMS, é de cinco em cada 100 – 5% (BRASIL, 2016).

A Figura 5 apresenta o percentual de abandono ao tratamento nas capitais brasileiras que, na média, fica acima da taxa geral do país. A cidade de Porto Alegre se destaca no gráfico com taxa de abandono de 26%, o que consiste em cinco vezes mais do que o admitido como aceitável pela OMS.

⁷ O TDO consiste na observação da ingestão dos medicamentos, preferencialmente todos os dias, ou seja, de segunda a sexta-feira, na fase de ataque e no mínimo três vezes por semana na fase de manutenção do tratamento, administrado por profissionais de saúde ou eventualmente por outra pessoa, desde que devidamente capacitada e sob monitoramento do enfermeiro. Nos finais de semana e feriados os medicamentos são autoadministrados (BRASIL, 2011, p. 76).

Figura 5 – Percentual de abandono de casos novos de tuberculose por capital.



Fonte: SES/MS/SINAN (2016).

O fracasso do tratamento, tendo como causa o abandono, pode levar a um prolongamento do estado infeccioso, elevando a possibilidade de transmissão e de desenvolvimento de bacilos multirresistentes que são aqueles que apresentam resistência as drogas utilizadas no tratamento da TB (MARQUES *et al.*, 2010). Sendo a regularidade da tomada dos medicamentos uma das principais estratégias para controle da TB, o abandono e suas causas já foram temas de vários estudos. Os principais fatores apontados para o não seguimento do tratamento são:

- a) uso de álcool e de drogas, principalmente o crack. Em estudo com pessoas em situação de abandono, 55% dos pacientes entrevistados afirmaram o consumo de tais substâncias antes e/ou durante o tratamento. A associação entre os medicamentos da TB e o consumo de drogas eleva a possibilidade de intolerância à medicação. Outro fator importante de ser apontado é que pacientes alcoolistas e dependentes químicos enfrentam forte exclusão social e conflitos emocionais, situações que se agravam devido à falta de apoio familiar (COUTO *et al.*, 2014);
- b) pouca valorização do contexto sociocultural dos pacientes para o desenvolvimento de projetos terapêuticos singularizados. O desconhecimento de sua singularidade faz com as que necessidades não atendidas no campo pessoal, como alimentação e falta de moradia, impactem aquelas ofertadas pelo serviço de saúde, voltadas apenas ao tratamento medicamentoso (ALVES *et al.*, 2012);
- c) fatores sociodemográficos, como o usuário morar longe do centro de saúde e não ter o tempo ou dinheiro necessário para buscar o tratamento (CULQUI *et al.*, 2005);

- d) fé na cura divina: muitas pessoas acreditam que o poder divino promoverá a cura. A busca por instituições religiosas pode estar relacionada à falta de apoio emocional aos doentes pelo sistema de saúde (COUTO *et al.*, 2014);
- e) a regressão dos sintomas: com a melhoria do estado geral do paciente devido à medicação utilizada, o risco de abandono do tratamento da tuberculose torna-se elevado no final do primeiro mês e início do segundo. Os indivíduos acreditam que estão livres da doença e que podem interromper o uso da medicação (SÁ *et al.*, 2007);
- f) condições de moradia: estudo realizado em 2011, em Porto Alegre, evidenciou que pacientes registrados como moradores de rua, albergados ou apenados foram relacionados com o desfecho de desistência, definindo essa variável como um fator de contribuição para o abandono (CAMPANI *et al.*, 2011).

Observa-se que a problemática do controle da TB no Brasil está diretamente relacionada à alta taxa de abandono, evidenciando a relevância do estudo deste tema. Os diversos fatores que influenciam a não conclusão do tratamento são complexos e multifacetados, dependendo muito do contexto em que os indivíduos estão inseridos. Neste sentido, este trabalho pretende apresentar as possíveis barreiras para a não adesão ao tratamento dentro do contexto prisional uma vez que a população privada de liberdade é um dos grupos com maior incidência de TB.

2.4 TUBERCULOSE NA POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE

O relatório da Organização Mundial de Saúde sobre a Tuberculose nas prisões aponta cinco fatores que demonstram a necessidade de um olhar mais atento sobre as políticas públicas de TB direcionadas ao sistema prisional (WHO/Europe, 2007, p. 9):

- a) as prisões recebem TB;
- b) as prisões concentram TB;
- c) as prisões disseminam TB;
- d) as prisões tornam a TB pior;
- e) as prisões exportam TB.

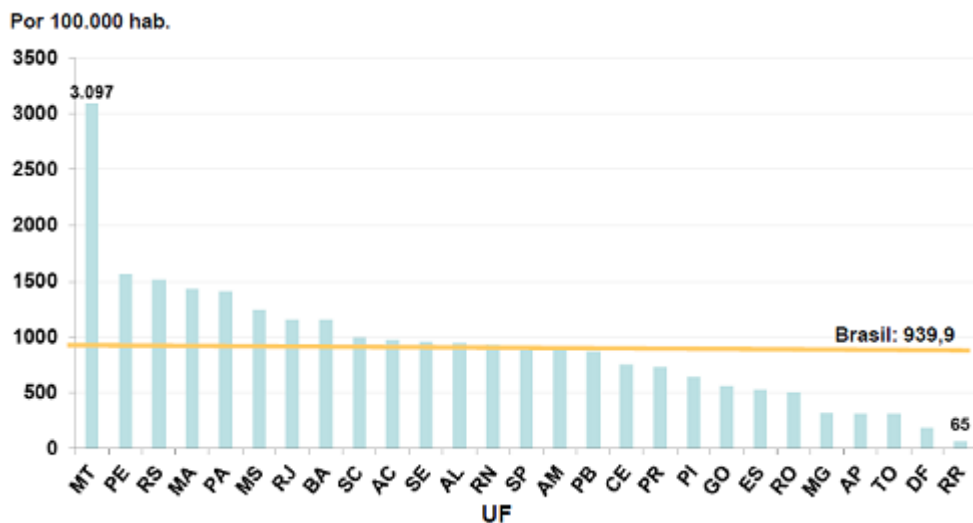
O relatório afirma, ainda, que é urgente tomar medidas eficazes contra a tuberculose nas prisões porque (WHO/Europe, 2007):

- a transmissão da TB não está contida atrás das paredes da prisão;

- níveis elevados de TB nas prisões têm um impacto significativo nos níveis de TB na Comunidade;
- as condições das unidades prisionais facilitam a propagação da doença;
- o risco de TB resistente aos medicamentos nas prisões é elevado, assim como a coinfeção entre tuberculose e HIV;
- os governos têm o dever de proteger os presos contra danos com padrão de cuidados de saúde equivalente ao da comunidade.

No Brasil, observa-se uma crescente taxa de ocupação prisional, sem a concomitante adequação de estrutura física e de recursos humanos das unidades prisionais. A população privada de liberdade (PPL) representa 0,3% da população do país. No entanto, contribui com cerca de 7,7% dos casos notificados (SINAN, 2016). Enquanto na população geral a taxa de incidência é de cerca de 30,9, na PPL, este indicador é de 939 casos por 100.000 habitantes (Figura 6). Este grupo tem risco 28 vezes maior de adoecer por TB do que a população em geral (BRASIL, 2011).

Figura 6 – Taxa de Incidência de TB na População Privada de Liberdade.



Fonte: SES/MS/SINAN (2015).

Dentre os fatores que contribuem para a alta incidência de TB no contexto prisional estão:

- a) condições insalubres de estadia como umidade, superlotação e falta de luz solar (BRASIL, 2011);
- b) falta de reconhecimento dos sinais e sintomas por parte dos presos uma vez que estão inseridos em um contexto violento em que a sobrevivência é a principal

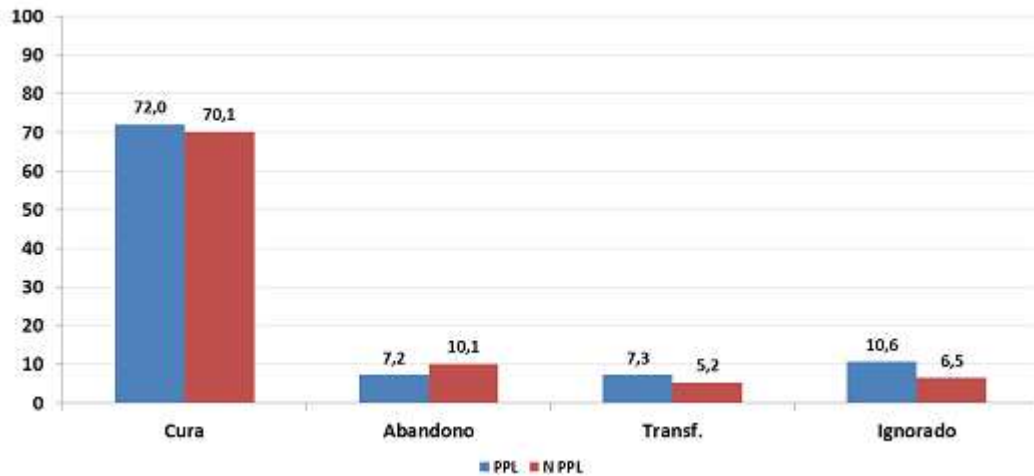
preocupação (DIUANA *et al.*, 2008). É comum que o principal sintoma da TB, a tosse, seja confundida com gripe, tosse de cigarro ou originada pela umidade predominante nas celas;

- c) dificuldade de acesso dos apenados aos serviços de saúde prisionais (BRASIL, 2011);
- d) diagnóstico tardio e realização de tratamento realizado de forma irregular (BRASIL, 2011);
- e) maior frequência de formas resistentes e multirresistentes de TB (STUCKLER *et al.*, 2008);
- f) medo, por parte dos apenados, de serem estigmatizados e discriminados em caso de diagnóstico positivo. As pessoas com tuberculose em prisões, normalmente, sofrem abandono e exclusão das relações sociais devido à ausência de familiares e pelo afastamento dos colegas de galeria, que, ao se sentirem ameaçados pela doença, distanciam-se pelo risco de serem infectados (SANTOS; SÁ, 2014).

É fundamental reconhecer que os indivíduos privados de liberdade, em sua maioria, não representam um mero corte transversal da sociedade em geral. São homens oriundos de comunidades desfavorecidas, onde a infecção e a transmissão são maiores, e de baixa escolaridade. Em alguns casos, fazem uso abusivo de drogas ilícitas, têm maior prevalência de infecção por HIV, além de não terem qualquer tipo de informação sobre a doença (COUTO *et al.*, 2014).

Tendo em vista que esta população está aparentemente sob controle, imagina-se que, no sistema prisional, a busca ativa de novos casos contribua para as taxas de incidência. Em Porto Alegre, por exemplo, todos os apenados que ingressam no Presídio Central de Porto Alegre (PCPA) passam por investigação para diagnóstico de TB. No ambiente intramuros, a taxa de abandono, normalmente, é menor e o percentual de cura maior do que na população em geral (Figura 7). Ainda assim, estes indicadores estão abaixo das metas estabelecidas pela OMS: 5% de taxa de abandono e 75% de cura. No Rio Grande do Sul, a taxa de abandono registrada em 2014 foi de 16% na PPL (SINAN, 2016).

Figura 7 – Comparação entre o encerramento dos casos novos de TB institucionalizados (presídio) ou não.



Fonte: SES/MS/SINAN (2015).

O tratamento recomendado para as PPL deve ser diretamente observado (TDO). A supervisão deve ser feita exclusivamente por profissional de saúde com objetivo de (BRASIL, 2011):

- a) garantir o acesso dos apenados em tratamento ao serviço de saúde em caso de ocorrência de efeitos adversos decorrentes do tratamento, diminuindo a possibilidade de interromperem a ingestão de medicamentos;
- b) favorecer o reconhecimento da PPL como doente, cujo cuidado é responsabilidade direta do profissional de saúde, e estabelecer a independência da saúde em relação à segurança;
- c) evitar que a medicação seja utilizada como elemento de troca ou de pressão dentro da galeria.

É importante apontar que a saúde da população privada de liberdade é um direito estabelecido por leis internacionais e nacionais. Neste sentido, é de responsabilidade do Estado garantir a essas pessoas o acesso às ações e aos serviços de saúde, inclusive na detecção e no tratamento da TB devido ao elevado risco de contraírem outra morbidade pela doença (COUTO *et al.*, 2014). Sem uma compreensão clara da doença e do que deve ser feito, nem a provisão consistente de pessoal devidamente treinado, as prisões podem continuar a ser o pior de todos os ambientes no que tange ao controle desta enfermidade. A tuberculose descontrolada nas prisões tornará a situação pior para todos, permitindo a exportação da doença para a comunidade geral. Portanto, a saúde nas prisões não diz respeito somente aos apenados. É uma questão de saúde pública. As prisões são pequenas comunidades, pessoas entram e saem todos os dias. Os problemas de saúde deste local, inevitavelmente, afetarão a comunidade geral.

3 PRISÃO - DA ORIGEM DA PENA AO MODELO DE PRIVAÇÃO DE LIBERDADE

Embora se reconheça que o sistema penitenciário brasileiro enfrente um momento de constatação de esgotamento do atual modelo de penalização dos indivíduos, a pena de privação de liberdade, ainda assim, parece ser a solução mais aceita para a criminalidade e para a manutenção da ordem social. Para uma compreensão mais aprofundada deste cenário atual, é importante entender a trajetória do sistema de punição como um todo, desde o surgimento da pena até a formatação do atual modelo de encarceramento.

É sabido que os conflitos individuais e coletivos sempre se fizeram presentes na convivência humana. Há séculos, impunha-se como indispensável à manutenção de um determinado sistema que defendesse os direitos privados e públicos. Ao longo do tempo, várias formas de punição, para os diferentes crimes cometidos, foram sendo criadas. Avaliando os estudos sobre a história da pena, é possível observar, sumariamente, que a trajetória da penalidade é dividida em seis períodos, conforme Quadro 1. Essa divisão tem apenas caráter didático, uma vez que a transição de um estágio para o outro não se deu de maneira linear e, em alguns momentos, houve, inclusive, retrocesso.

Com base no Quadro 1, é possível observar que o sistema carcerário, medida de punição crescente no século XIX, é resultado da evolução histórica da pena como mecanismo de manutenção da ordem social. Nesta trajetória, algumas abordagens foram fundamentais para a compreensão e a construção do cenário de punição vigente.

Considerando a permanência temporal das instituições prisionais, Evering Goffman (1961) e Michael Foucault (2014) são dois referenciais estratégicos para estudo e compreensão adequados dessas instituições. Trazem-se, ainda, as abordagens de Loic Wacquant (2001) e Zygmunt Bauman (2000, 2007) a respeito das prisões, na perspectiva de um mecanismo de estratificação social, reflexão importante para entender, também, o contexto da Tuberculose nestas instituições.

Quadro 1 – A Evolução das formas de punição.

Período	Característica
Vingança Privada	A forma de punição e sua intensidade ficavam critério da pessoa lesada. O infrator poderia ser morto, escravizado ou expulso do local.
Vingança divina	Acreditava-se que os deuses eram guardiões da paz e os delitos cometidos eram considerados uma afronta às divindades. A punição passa a existir para abrandar a fúria divina e regenerar a alma do transgressor.
Vingança pública	A autonomia da punição deixa de ter caráter privado e teocrático e passa a ser centralizada nas mãos dos soberanos, reflexo do desenvolvimento das sociedades. A pena atribuída ao infrator é a resposta do Estado na busca da proteção da coletividade. Este período se caracteriza pelo suplício, onde os transgressores eram torturados em praça pública para que o espetáculo servisse de exemplo aos demais.
Período Humanitário	Período marcado pelo lançamento da obra <i>Dos Delitos e das Penas</i> , de Marquês de Beccaria, que apresenta uma crítica, principalmente, às formas vigentes de execução das penas, a utilização indiscriminada da pena de morte e o uso da tortura para obtenção de prova. O autor criticava ainda a prisão, afirmando que se atiravam na mesma cela, o inocente suspeito e o criminoso convicto. Surge também neste período o paradigma da possibilidade de reeducação dos infratores. Para tanto, defende-se um tratamento mais digno ao preso e a construção de estabelecimentos penais mais adequados aos objetivos da prisão. Jeremias Bentham, também neste período, discutiu a questão penitenciária com o objetivo de tornar as prisões mais humanas.
Período Criminológico ou Científico	No fervor tecnológico dos séculos XIX e XX, a pena deixou de ser uma simples proteção jurídica. Sua medida passa a focar no tipo de delito e variando de acordo com a intensidade deste. Uma das principais contribuições desta fase é a discussão mais aprofundada sobre a individualização da pena. Com a primeira guerra mundial surge recrudescimento da pena e o desaparecimento da União Internacional do Direito Penal. Os regimes autoritários do fascismo, nazismo e comunismo se transformaram em ameaça concreta aos direitos humanos.
Nova defesa Social (Período Atual)	A pena passa a ser entendida como tendo caráter expiatório, voltado para a proteção da sociedade. Além de ser exemplar, ela tem um intuito de reeducação do delinquente. A discussão desse período consiste na preocupação de defender o sistema carcerário em vigência como um todo, uma vez que a prisão por si só não regenera, nem ressocializa. Ela estimula a reincidência e onera substancialmente o Estado. Logo, a cadeia deveria ser reservada somente aos delinquentes perigosos, que não oferecem a mínima possibilidade de recuperação imediata. Aos demais transgressores, cuja infração seja de pequena potencialidade criminal, deveriam impor medidas alternativas, substitutivos da pena privativa da liberdade.

Fonte: elaborado pela autora a partir de Garutti e Oliveira (2012).

3.1 A PUNIÇÃO COMO DISPOSITIVO DE DISCIPLINA DE MICHAEL FOUCAULT

Foucault (2014) atrela a história da prisão à história do poder de punir, registrando a transição dos processos de punição desde a violência física aberta ao público, no período medieval, até a instituição das penitenciárias da modernidade. Na idade média, quando era utilizado o *suplício do corpo* como forma oficial de punição, a dominação era exercida através do horror, da violência, da tortura física. Qualquer pena um pouco séria deveria incluir um suplício ostentoso. A tortura já começava antes da punição, como forma de se obter a verdade do suspeito. O foco do castigo era o corpo do condenado, tendo como objetivo mostrar aos que assistiam às punições, como seria o castigo de quem ousasse cometer crimes.

Nas cerimônias do suplício, o personagem principal é o povo, cuja presença real e imediata é requerida para a sua realização. Um suplício que tivesse sido conhecido, mas cujo desenrolar tivesse sido secreto, não teria sentido. Procurava-se dar o exemplo, não só suscitando a consciência de que a menor infração corria sério risco de punição; mas provocando um efeito de terror pelo espetáculo do poder tripudiando sobre o culpado (FOUCAULT, 2014, p. 58).

Tratava-se, então, de um ritual de violência como forma de demonstração enfática do poder e de sua superioridade no controle social através do medo. Era mais uma demonstração de força do que uma obra da justiça. Nesse sentido, “A cerimônia do suplício coloca em plena luz a relação de força que dá poder à lei” (FOUCAULT, 2014, p. 52).

A mudança do suplício não foi algo contínuo e teve diversos retrocessos ao longo da história. Os protestos contra esta forma de punição são encontrados em toda a parte na segunda metade do século XVIII:

É preciso punir de outro modo: eliminar esta confrontação física entre soberanos e condenados; esse conflito frontal entre a vingança do princípio e a cólera contida no povo, por intermédio do suplicado e do carrasco. O suplício se tornou rapidamente algo intolerável (FOUCAULT, 2014, p. 73).

Assim, emerge um discurso mais humanizado a respeito da aplicação das penas, bem como uma reflexão sobre a necessidade de uma individualização das penas em relação às características singulares de cada criminoso. Ainda neste sentido, Beccaria afirma que: “Entre as penas e na maneira de aplicá-las em proporção com os delitos, devemos escolher os meios que causarão no espírito do povo a impressão mais eficaz e mais durável, e ao mesmo tempo a menos cruel sobre o corpo do culpado.” (BECCARIA, 2006, p. 91).

É importante apontar que, na segunda metade do século XVIII, observa-se uma diminuição dos crimes de sangue e um aumento dos crimes de fraude, estes relacionados ao desenvolvimento dos mecanismos de produção, aumento da riqueza, métodos mais rigorosos de policiamento, entre outros fatores. Isso contribuiu para reivindicações de uma pena com mais humanidade. O direito de punir se desloca da vingança do soberano à defesa da sociedade. O objetivo não era mais castigar o infrator, e sim prevenir desordens futuras. A sociedade não vê, nas punições, o gozo de fazer sofrer, mas sim uma alternativa para afastar os males futuros (BARNAVE, 1971). A perspectiva passa a ser as consequências do crime, e não o crime propriamente dito. Neste sentido, a punição deve ter a medida necessária para impedir recorrência.

Os castigos públicos, onde o corpo era amputado, esquartejado, marcado e exposto publicamente como espetáculo, pouco a pouco, deram lugar à privação de liberdade, que passou a ser a forma de punição contra aqueles que cometiam crimes contra a sociedade. Dessa forma, as penas deixam as praças públicas e se tornam privadas, ou seja, limitadas ao interior das masmorras e prisões. Foucault coloca que, no processo de transição, passa a haver uma “[...] descrição na arte de fazer sofrer, um arranjo de sofrimentos mais sutis, mais velados e despojados de ostentação” (FOUCAULT, 2014, p. 13). A prisão é a nova forma de punição: uma estrutura de grande arquitetura, fechada, complexa e hierarquizada, que se integra no próprio corpo do aparelho do Estado.

Com objetivo de tornar os indivíduos dóceis e úteis, por meio de um trabalho direcionado ao corpo dos indivíduos, foi criada a instituição prisão – a pena das sociedades civilizadas. A punição é exercida da mesma maneira sobre todos. Ao fazer da prisão o tipo específico de punição, são introduzidos processos de dominação característicos de um tipo particular de poder. No conceito de sociedade disciplinar, os espetáculos públicos são praticamente eliminados em favor da vigilância.

A eficácia da prisão como instrumento de punição é atribuída à sua fatalidade, e não à sua intensidade visível. Ou seja, “A punição não precisa mais utilizar o corpo e sim a representação.” (FOUCAULT, 2014, p. 99). A certeza de ser punido é que deve desviar o homem do crime, e não mais o abominável teatro (FOUCAULT, 2014, p. 14). A prisão, aos poucos, foi sendo construída para segregar os corpos dos indivíduos da sociedade, sendo o corpo um dos temas centrais das discussões deste autor. Ademais, um corpo técnico vem para substituir a figura do carrasco. São psiquiatras, médicos, educadores, entre outros profissionais que estão ao lado dos condenados para garantirem que a dor não será objeto da

ação punitiva. Por outro lado, estes profissionais representam, também, um fracionamento do poder de punir.

A prisão, enquanto instrumento de punição e reconstrução da conduta dos criminosos, busca produzir sujeitos obedientes a hábitos e regras. Forma-se uma política de coerção para manipular o corpo e seus elementos. O sucesso do poder disciplinar se deve, sem dúvida, ao uso de dois instrumentos simples: olhar hierárquico e sanção normalizadora. A disciplina fabrica o indivíduo, ela é a técnica específica de um poder que toma os sujeitos, ao mesmo tempo, ora como objetos, ora como instrumento e exercício de poder (FOUCAULT, 2014).

Na busca pelo disciplinamento dos sujeitos, um dos princípios fundamentais do encarceramento é a distribuição espacial dos corpos no ambiente. É preciso evitar distribuições por grupos. O espaço disciplinar tende a se dividir em tantas parcelas ou corpos quanto é necessário repartir (FOUCAULT, 2014, p. 140). Os sujeitos não devem ter contato entre si e devem estar conscientes sobre o seu estado de constante vigilância, ainda de acordo com o autor.

Esse espaço fechado, recortado, vigiado em todos os seus pontos, onde os indivíduos estão inseridos num lugar fixo, onde os menores movimentos são controlados, onde todos os acontecimentos são registrados, onde um trabalho ininterrupto de escrita liga o centro e a periferia, onde o poder é exercido sem divisão, segundo uma figura hierárquica contínua, onde cada indivíduo é constantemente localizado, examinado e distribuído entre os vivos, os doentes e os mortos – isso tudo constitui um modelo compacto do dispositivo disciplinar (FOUCAULT, 2014, p. 192).

A prisão deve ser um aparelho disciplinar exaustivo. Ela pode exercer controle quase que total sobre os detentos e tem seus meios de repressão e de castigo. Nesta perspectiva, o poder sobre o corpo nunca deixou de existir totalmente: trabalho forçado, redução alimentar e privação sexual ainda caracterizam um teor suplicante aos novos mecanismos da justiça criminal.

A obra de Michel Foucault diz muito mais sobre a evolução das formas de controle social e às tecnologias de poder e dominação que configurariam uma sociedade disciplinar, do que, propriamente, a respeito das prisões (CUNHA, 2008). O projeto penitenciário seria apenas um revelador dessa disciplinarização dos corpos, onde os sujeitos ficam anônimos e maquinificados pela disciplina como um instrumento de poder generalizado. O espaço prisional é, para Foucault (2014), uma grande arquitetura fechada, hierarquizada e complexa e, principalmente, um instrumento de disciplina e conformidade social.

3.2 A PRISÃO NA PERSPECTIVA DO CONCEITO DE INSTITUIÇÃO TOTAL

Para Goffman (1961), todas as instituições têm certa tendência de fechamentos, pois conquistam parte do tempo e do interesse de seus participantes e lhes dão parte de um mundo. Entretanto, algumas instituições são muito mais fechadas, com barreiras às relações sociais do mundo externo e impedimentos para livre saída através de portas fechadas, grades e muros. Estes locais são chamados de Instituições Totais: “Instituição Total pode ser definida como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, leva uma vida fechada e formalmente administrada” (GOFFMAN, 1961, p. 11).

Goffman (1961) dedicou-se a estudar os lugares em que os indivíduos são isolados da sociedade: casas para cuidar de incapazes, hospitais e sanatórios, quartéis, mosteiros e conventos e as prisões. Nestas instituições, todas as atividades dos indivíduos ficam concentradas e normatizadas. A atuação individual dos sujeitos dentro destes espaços, onde se desenvolvem as ideias de práticas de isolamento, disciplina e encarceramento e como eles constroem modos de vida na interação com grupos existentes são o foco dos estudos deste autor.

É interessante notar que, avaliando as chamadas Instituições Totais e atentando aos efeitos que podem gerar sobre o eu, é possível agrupar como semelhantes, instituições que seriam, essencialmente, diferentes, como uma prisão, um hospital psiquiátrico e um mosteiro. Para Goffman (1961), entre as principais características das Instituições Totais estão:

- a) todos os aspectos da vida do sujeito são realizados no mesmo local e sob uma única autoridade;
- b) as atividades diárias dos indivíduos são realizadas na companhia de um grupo de pessoas e todas são tratadas da mesma forma;
- c) todas as atividades são impostas pela gestão e obedecem a um rigoroso sistema regras e horários;
- d) as atividades obrigatórias fazem parte de um plano único para atender os objetivos da instituição. No caso das prisões, é o de recuperar o criminoso.

Toda a rotina das instituições totais é supervisionada por um corpo de vigilância que visa a garantir que todos hajam de acordo com o que foi estabelecido. Nas Instituições Totais, existe uma divisão clara entre um grande grupo que é controlado e uma pequena equipe de supervisão. A respeito disso, o autor coloca que:

Cada grupamento tende a conceber o outro através de estereótipos limitados e hostis – a equipe dirigente vê os internados como amargos e não merecedores de confiança; os internados veem os dirigentes como arbitrários e mesquinhos. Os participantes da equipe dirigente tendem a sentirem-se superiores e corretos; os internados tendem, pelo menos sob alguns aspectos, a sentir-se inferiores, fracos, censuráveis e culpados (GOFFMAN, 1961, p. 19).

Podem-se identificar opressores e oprimidos, caracterizados pela equipe dirigente e pelo grupo dos internados, os primeiros modelam e os segundos são objetos de procedimentos modeladores. A compreensão da ideia geral desta divisão permite que se compreenda como se estabelecem as relações sociais e as medidas de controle dentro das Instituições Totais. Todavia, é claro que, dentro destes grandes grupos, as pessoas podem vir a desempenhar papéis diferentes.

A prisão, que faz parte da complexidade das Instituições Totais, desenvolve um sistema no qual as pessoas são segregadas do mundo social, sofrem processos de alteração em suas aparências usuais e vestimentas, cumprem rigorosamente horários de refeição, banho, trabalho e descanso sob forte disciplina. As Instituições Totais utilizam-se de estratégias diretas de mortificação do eu, justificadas pelo objetivo da instituição. São mecanismos eficientes para desvencilhar o indivíduo de todos os seus valores de referência existentes fora da Instituição Total:

- a) **barreira para o mundo externo:** as grades e muros da prisão têm a função de levar o indivíduo a romper com a sua rotina do mundo externo. As pessoas do seu convívio familiar e social ficam indisponíveis, exceto em dias e horários de visita estabelecidos pela direção da instituição;
- b) **despojamento dos papéis:** ao se tornar um internado, a pessoa é inserida em um novo universo social. O resgate dos papéis sociais que exercia antes da internação só se dará quando da saída da Instituição Total, se ainda for possível. O período que o indivíduo passa no interior destas instituições pode lhe trazer perdas irreparáveis, não possibilitando o restabelecimento de todos os papéis anteriores, notadamente no que diz respeito aos relacionamentos afetivos do internado antes da sua internação;
- c) **programação:** uma fonte direta e rígida de mortificação do eu é a programação, admissão utilizada por algumas Instituições Totais. Esta consiste em fazer o indivíduo entender que será tratado como mais um objeto dentro da instituição, despojado de qualquer peculiaridade, igualando-se na baixa importância aos demais internados;

- d) indignidades físicas:** não raramente, a simples postura física exigida é fonte de humilhação, o que acarreta prejuízos à imagem de si mesmo. No presídio Central de Porto Alegre, por exemplo, os presos são impedidos de olhar para qualquer visitante. No momento em que alguém passa no corredor, eles devem virar para a parede e olhar para baixo;
- e) exposição contaminadora:** convivência indesejável com um grupo de pessoas que independe de sua vontade. O preso, por exemplo, nunca está sozinho, sendo objeto de vigilância e observação. Não lhe é dada privacidade e, em algumas instituições, até mesmo a execução de necessidades fisiológicas se dá sob olhares de outros internos ou mesmo do pessoal da administração.

Se, por um lado, o interno sofre mortificações do eu, por outro, constrói diversas práticas sociais e culturais. Goffman (1961) percebeu que os internados desenvolvem sistemas de transporte de bens, mercadorias e dinheiro de forma clandestina, bem como os contrabandos de jogos de azar, que contribuem para a formação de um mercado clandestino intramuros. A ideia da totalidade para definir essas instituições com caráter de encarceramento não exclui, então, certa autonomia dos indivíduos internados. A totalidade talvez procure explicar as formas de fechamento, controle, disciplina diária e os muitos processos de desaculturação do sujeito. Nesta perspectiva, a prisão não seria verdadeiramente “totalizante”. Não o seria, também, porque a reclusão representaria um intervalo na vida dos indivíduos e seria vivida como tal, como uma suspensão ou um parêntese no seu percurso, como um tempo de outra natureza (CUNHA, 2008).

No que tange aos objetivos, as Instituições Totais, sobretudo as penitenciárias, têm por finalidade a ressocialização do indivíduo. Entretanto, com o isolamento, o internado estará destreinado para a vida social, havendo incorporado valores que só têm aceitação no mundo recolhido da Instituição da qual é egresso. Além do mais, percebe-se uma contradição de ordem lógica na proposta de algumas Instituições Totais de preparar o indivíduo para a vida em sociedade (MACEDO, 2004).

3.3 A PRISÃO ALÉM DO PARADIGMA CRIME E CASTIGO

Goffman (1961) e Foucault (2014) estudaram a prisão, fundamentalmente, na perspectiva intramuros. Todavia, o espaço prisional não é definido apenas pela arquitetura, finalidade e relações hierárquicas que lá se estabelecem. Emergem, deste lugar, uma série de interações sociais não restritas a este ambiente. Neste sentido, para compreender o cenário

atual do sistema prisional de forma abrangente, é essencial transcender o paradigma funcional de crime e castigo e pensar a respeito das funções extrapenais da prisão, sobretudo no que diz respeito à sociologia da estratificação social, revelada no exame dos estudos prisionais. O castigo deve ser compreendido, também, como um fenômeno social, independente tanto do seu conceito jurídico como do seu fim social (RUSCHE; KIRCHHEIMER, 2004). Para Wacquant, “[...] a penitenciária é exaustivamente utilizada como um aspirador de pó para os detritos sociais de uma sociedade assolada pela desregulação econômica.” (WACQUANT, 2001a, p. 277). Para o autor, a prisão contemporânea é parte integrante do sistema mais amplo de estratégias de regulação da pobreza. Nesta perspectiva, é importante compreender que a formatação do sistema prisional, como instrumento de controle social, nem sempre foi um esforço contra a prática de atos ilícitos em geral. Há anos, a clientela das prisões é composta basicamente por praticantes de determinadas categorias de crimes, cometidos em um setor bem definido dos espaços físico e social: as periferias. Por outro lado, a política de encarceramento massivo dificilmente abarcou ações do sistema penal no âmbito dos crimes de má administração do dinheiro público, sonegação de impostos, lavagem de dinheiro, entre outros delitos característicos às classes sociais não vulneráveis e que abalam verdadeiramente toda a estrutura do Estado, o que gera cada vez mais distanciamento entre as classes (WACQUANT, 2001a). Há uma estratificação penal excludente em que uma camada inferior sofre com os problemas que a camada privilegiada ajudou a construir.

Neste cenário de estratificação social, a penalidade enfrenta o paradoxo de remediar com um “mais Estado” policial e penitenciário o “menos Estado” econômico e social, que é a própria causa da generalizada insegurança da maior parte dos países. A respeito disso, Wacquant afirma:

O desequilíbrio do social para o penal é evidente nas inflexões recentes do discurso público sobre o crime, nas desordens urbanas e nas incivilidades, que se multiplicam à medida que a ordem estabelecida perde sua legitimidade para quem é condenado à marginalidade pelas mutações econômicas e políticas vigentes (WACQUANT, 2001b, p. 8).

Se a desigualdade e a insegurança econômica aumentaram nas últimas décadas, o Estado, pouco a pouco, diminuiu suas intervenções sociais e, assim, a guerra contra a pobreza é substituída por uma guerra contra os pobres. Nesta mesma lógica, Bauman (2000) denuncia que a pobreza se tornou uma “pobreza sem destino”, precisando ser isolada, neutralizada e destituída de poder:

Um dos aspectos mais decisivos da mudança no tratamento dispensado aos “internamente excluídos” (agora rebatizados de “subclasse”) se revelou relativamente cedo e tem sido desde então amplamente documentado: a passagem do modelo de um “Estado social” de uma comunidade inclusiva para um Estado “excludente”, da “justiça criminal”, “penal” ou do “controle do crime” (BAUMANN, 2007, p. 55).

Partindo destes pressupostos, tem-se que se as prisões do século XVIII e XIX, como posto por Foucault (2014), foram projetadas como fábricas de disciplina. Atualmente, são planejadas como fábricas de exclusão, sobretudo num cenário em que as políticas de repressão e aprisionamento são mais bem aceitas pela opinião pública do que quaisquer políticas sociais de inclusão e emancipação que, hoje, carregam o estigma de estímulo à inatividade e alimentam uma cultura de dependência para com o Estado. Na prática, segue-se acreditando que segurança pública é aquilo que as polícias fazem, sem que a opinião pública se dê conta de que uma política de segurança deve envolver a educação, a saúde, os esportes, entre outras áreas (ROLIM, 2009). Nesta perspectiva, para a sociedade, o importante é que os indivíduos sejam punidos por meio do encarceramento. Já o que acontece dos portões para dentro das casas prisionais é, na maior parte das vezes, ignorado:

A sociedade faz questão de ignorar o que existe no interior dos presídios. Tem lógica: se todos concordam que a finalidade da pena é apenas castigar os que cometem os delitos, por que haveria interesse em assegurar condições mais dignas de aprisionamento? Nossas cadeias são construídas com o objetivo de punir os marginais e retirá-los das ruas, não com o intuito de recuperá-los. Preocupações de caráter humanitário só ganharão força no dia em que os criminosos das famílias mais influentes forem para as mesmas celas que os filhos dos mais pobres. (VARELLA, 2012, p. 193).

Os argumentos expostos acima reforçam o pressuposto de que a ideologia disciplinadora e reabilitadora do cárcere está sendo substituída por um paradigma explícito de contenção e neutralização da juventude pobre. Para Bauman (2000), a combinação da estratégia bifurcada da incriminação da pobreza e da brutalização dos pobres impede a criação de um sentimento de injustiça capaz de rebelar-se contra o sistema. Com diz Wacquant (2001a), o encarceramento reelabora sua missão histórica dirigindo-a para a regulação da miséria e, talvez, sua perpetuação. Ao se pensar na clientela das prisões, este autor observa que o fenômeno da marginalidade avançada surge e se desenvolve exatamente nos territórios onde as classes excluídas estão concentradas, como consequência da desigualdade social. Bauman (2000) avança na questão da desagregação social e apresenta o termo “guetos voluntários” para definir o isolamento forçado imposto pelas classes com maior poder aquisitivo, com seus diversos mecanismos de segurança. Este conceito pode ser observado no

movimento crescente de construção de condomínios que permitem que os sujeitos se sintam isolados da violência urbana. É um local onde a minoria se refugia da maioria. São voluntários, pois a segregação se dá pela vontade desta minoria. Em contraposição, têm-se os guetos de exclusão – no Brasil, as favelas – em que grande parte da população é isolada para que fique confinada longe do território das elites:

A cerca que separa o “gueto voluntário” dos ricos e poderosos dos muitos guetos forçados dos pobres e excluídos. Para os integrantes do gueto voluntário, os outros guetos são espaços aos quais “nós não vamos”. Para integrantes dos guetos involuntários, a área na qual estão confinados (por serem excluídos de outras) é o espaço do qual não temos permissão de sair (BAUMANN, 2007, p. 82).

A prisão seria, então, uma instituição especial, talvez um gueto de exclusão, capaz de confinar os membros mais visíveis das multidões perigosas:

Não menos tênue é a linha que separa os “excedentes” dos criminosos: a “subclasse” e os “criminosos” são apenas duas subcategorias de excluídos, “socialmente desajustados” (...) Tal como as pessoas sem emprego, os criminosos (...) não são mais vistos como temporariamente expulsos da vida social normal e destinados a serem “reeducados”, “reabilitados” e “reenviados à comunidade” na primeira oportunidade – mas como permanentemente marginalizados, inadequados para a “reciclagem social” e designados a serem mantidos permanentemente fora, longe da comunidade dos cidadãos cumpridores da lei” (BAUMANN, 2007, p. 55).

Nesta lógica, é por isto que, para Wacquant (2001), o gueto viu-se ligado ao sistema carcerário, “[...] transformando-se gueto e prisão numa espécie de *continuum* como destino da população negra e jovem.” (Wacquant, 2001a, p. 99). As figuras do gueto e da prisão, entre as quais se constata, hoje, uma circulação maciça de pessoas, conjugam-se através da presença de vastas redes de parentesco e vizinhança, que transformam, em boa parte, a natureza da reclusão e o modo como é vivido o cotidiano prisional. A análise de Cunha (2008) a respeito da relação da prisão com a sociedade traz uma reflexão importante a este respeito:

É comum que a pena de prisão seja cumprida na companhia de parentes e vizinhos; além disso, o círculo de parentesco e da vizinhança que permanece lá fora encontra-se entrelaçado com os círculos da parentela e da vizinhança de co-reclusos. Desta forma, não só a prisão não é mais um intervalo social, como pensava Goffman – já que ao ser presa uma pessoa não é cortada das suas relações exteriores, ou anteriores à prisão –, como a trama social da prisão se tornou verdadeiramente translocal por via das redes que a atravessam e a ligam permanentemente ao exterior. Qualquer episódio interno tem, quase de imediato, repercussões externas e vice-versa (CUNHA, 2008).

Portanto, na nova ordem pós-industrial do capital financeiro, as estratégias de

contenção social das classes perigosas se deslocam dos guetos para as prisões ou transitam entre estes locais. Estes dois espaços têm sido, historicamente, instituições de confinamento forçado: o gueto como prisão social e a prisão como gueto judiciário. Esta relação é fundamental para entendermos o contexto da Tuberculose no sistema prisional uma vez que a incidência desta doença, assim como a população privada de liberdade, não é um apenas corte transversal da sociedade em geral, e sim um recorte das periferias das cidades, onde as condições de vida são, rotineiramente, degradantes.

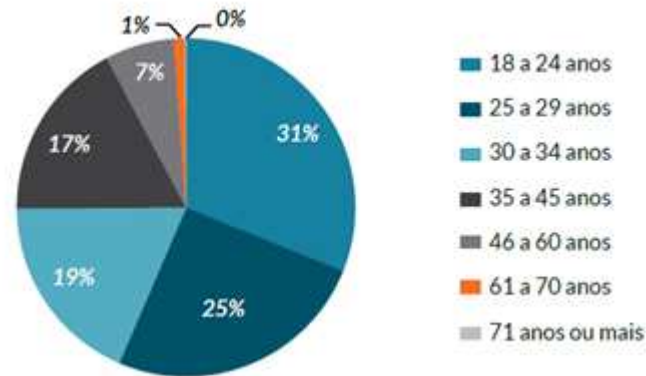
3.4 PANORAMAS DO SISTEMA CARCERÁRIO BRASILEIRO

Assim como a análise feita por Wacquant (2001) e Bauman (2007) a respeito da realidade do encarceramento nos Estados Unidos, que revelaram um sistema carcerário seletivo às questões da pobreza, o Brasil segue caracterizado pela marcante desigualdade social que impulsiona o crescimento vertiginoso da violência criminal, transformada em um dos principais problemas das grandes cidades. No prefácio da obra “Punir os Pobres” (WACQUANT, 2001), Vera Malagutti Batista, ao comparar as informações referentes aos Estados Unidos da América com a realidade brasileira, coloca que:

Lá como cá, a clientela do sistema penal é recrutada no exército de jovens negros e/ou pobres (ou quase negros de tão pobres), lançados à própria sorte nos ajustes econômicos que as colônias sofreram naquela que ficou conhecida como a ‘década perdida’. A continuidade do fracasso retumbante das políticas criminais contra drogas só se explica na funcionalidade velada do gigantesco processo de criminalização gerado por ela. As prisões do mundo estão cheias de jovens ‘mulas’, ‘aviões’, ‘olheiros’ (BATISTA, 2001, p. 11).

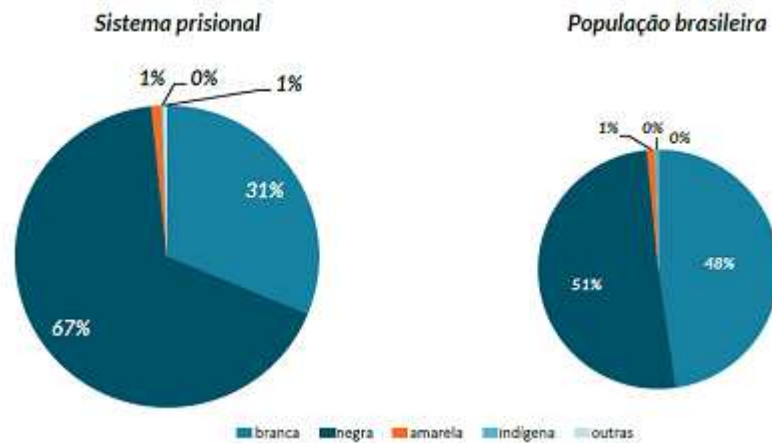
A elevação dos índices da criminalidade violenta a partir da década de 1980, no Brasil, e, principalmente, o envolvimento de jovens em atividades ilícitas (ADORNO; CARDIA, 1999) contribuíram para o surgimento de questões penitenciárias exacerbadas como a superlotação carcerária. As colocações feitas por Batista no ano de 2000 vão ao encontro dos dados apresentados no Relatório do Infopen de 2014, que mostram que os problemas no sistema penitenciário que se concretizam no Brasil devem conduzir a profundas reflexões, sobretudo em uma conjuntura em que o perfil das pessoas presas é, majoritariamente, de jovens negros de baixa escolaridade (Figuras 8, 9 e 10).

Figura 8 – Faixa etária das pessoas privadas de liberdade.



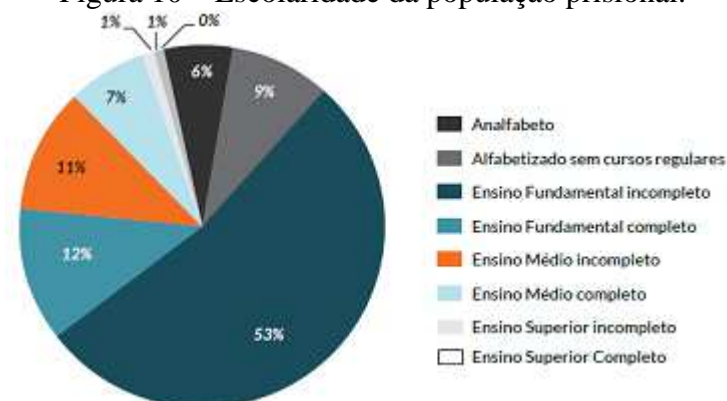
Fonte: Relatório Infopen (2014).

Figura 9 – Raça, cor e etnia – Sistema prisional Brasileiro.



Fonte: Relatório Infopen (2014).

Figura 10 – Escolaridade da população prisional.



Fonte: Relatório Infopen (2014).

Na falta de políticas sociais que concorram com os aspectos sedutores da criminalidade, é provável que os jovens que vivem nas periferias sejam muito mais sensíveis a

serem abocanhados pela economia do crime, como forma de superar a miséria do cotidiano. Isto está refletido ao observar que 56% da população carcerária brasileira são compostos por jovens de 18 a 29 anos (Figura 8) e 68% dos encarcerados sequer completaram o ensino fundamental (Figura 10). O crescimento da repressão policial, nesses últimos anos, não teve efeito algum na diminuição dos indicadores de criminalidade. A prova disso é o crescimento vertiginoso da população carcerária brasileira, que torna o déficit de vagas ofertadas pelo sistema cada vez maior e apresenta um alto índice de encarceramento, com um indicador de quase 300 presos por 100.000 habitantes (Quadro 2).

Quadro 2 – Pessoas Privadas de Liberdade no Brasil em 2014.

Brasil - 2014	
População prisional	607.731
Sistema Penitenciário	579.423
Secretarias de Segurança/ Carceragens de delegacias	27.950
Sistema Penitenciário Federal	358
Vagas	376.669
Déficit de vagas	231.062
Taxa de ocupação	161%
Taxa de aprisionamento	299,7

Fonte: Relatório Infopen (2014).

Os dados acima demonstram a gravidade do cenário atual, sobretudo no que diz respeito ao déficit de vagas. Isto indica que estamos longe de uma situação razoável, já que a superlotação é, talvez, o principal problema do sistema carcerário atual. Ademais, ao comparar estes indicadores com os de outros países, tem-se que o Brasil possui a quarta maior população carcerária do mundo (Quadro 3).

Quadro 3 – Informações Prisionais dos 20 países com maior população prisional do Mundo.

País	População prisional	Taxa da população prisional para cada 100.000 habitantes	Taxa de ocupação	Taxa de presos sem condenação
Estados Unidos	2.228.424	698	102,70%	20,40%
China	1.657.812	119	-	-
Rússia	673.818	468	94,20%	17,90%
Brasil	607.731	300	151,00%	41,00%
Índia	411.992	33	118,40%	67,60%
Tailândia	308.093	457	133,90%	20,60%
México	255.638	214	125,80%	42,00%
Irã	225.624	290	151,20%	25,10%
Indonésia	167.163	66	153,00%	31,90%
Turquia	165.033	212	101,20%	13,90%
África do Sul	157.824	290	127,70%	26,00%
Vietnã	142.636	154	-	12,80%
Colômbia	116.760	237	149,90%	35,20%
Filipinas	110.925	113	116,00%	63,10%
Etiópia	93.044	111	-	14,00%
Reino Unido	85.704	149	111,60%	14,40%
Polónia	78.139	203	90,20%	7,70%
Paquistão	74.944	41	177,40%	66,20%
Marrocos	72.816	221	157,80%	46,20%
Peru	71.913	232	200,00%	49,80%

Fonte: Relatório Infopen (2014).

Estes dados apontam que o Brasil segue a equivocada política de conter a escalada da pobreza e dos distúrbios urbanos por meio do recurso do aprisionamento, causando uma superlotação no sistema prisional e comprometendo, absolutamente, o cumprimento da pena. Rolim (2003) disserta sobre a crise que, há décadas, vive o sistema carcerário do país:

O Brasil como a maioria dos países latino-americanos, assiste imobilizado ao desenvolvimento de uma crise crônica em seu sistema penitenciário. Especialmente nesta última década, os indicadores disponíveis a respeito da vida nas prisões brasileiras demonstram de maneira incontestável um agravamento extraordinário de problemas já muito antigos como a superlotação carcerária, a escalada de violência entre os internos, as práticas de abusos, maus-tratos e torturas sobre eles, a inexistência de garantias mínimas aos condenados e o desrespeito sistemático e

institucional à legislação ordinária e aos princípios dos direitos humanos (ROLIM, 2003, p. 121).

Nesta mesma lógica, Wacquant (2001) alerta para o estado apavorante das prisões do país, que se parece com campos de concentração para pobres, ou com empresas públicas de depósito industrial dos dejetos sociais, e não com instituições judiciárias:

O sistema penitenciário brasileiro acumula, com efeito, as taras das piores jaulas do Terceiro Mundo, mas levadas a uma escala digna do Primeiro Mundo, por sua dimensão e pela indiferença estudada dos políticos e do público: entupimento estarrecedor dos estabelecimentos, o que se traduz por condições de vida e de higiene abomináveis, caracterizadas pela falta de espaço, ar, luz e alimentação (...); negação de acesso à assistência jurídica e aos cuidados elementares de saúde, cujo resultado são a aceleração dramática da difusão da tuberculose e do vírus HIV entre as classes populares; violência pandêmica entre detentos, sob forma de maus-tratos, extorsões, sovas, estupros e assassinatos, em razão da superlotação superacentuada, da ausência de separação entre as diversas categorias de criminosos, da inatividade forçada (embora a lei estipule que todos os prisioneiros devam participar de programas de educação ou de formação) e das carências da supervisão” (WACQUANT, 2001a, p. 11).

Não tem sido possível o controle e a diminuição da violência em um sistema que alimenta a cultura da violência e do descumprimento das normas legais e sociais. Fica evidenciada a total incapacidade da prisão de exercer qualquer efeito sobre a criminalidade. O indivíduo descumpra a lei que protege a sociedade e, em contrapartida, com a pena de privação de liberdade, o Estado descumpra a lei que protege o indivíduo, pois não provê as condições mínimas para a manutenção da dignidade física e moral dos encarcerados. É nesse vai e vem que, cada vez mais, a pena de privação de liberdade deixa de cumprir o seu papel de ressocialização dos indivíduos:

Tendo supostamente a função social de preparar os presos para a vida em sociedade, o presídio tem nesta (a ressocialização do indivíduo) a sua atividade-fim, tratando-se a manutenção da ordem apenas de uma atividade meio que possibilite o alcance de sua finalidade. Ocorre, porém, que há uma inversão de valores na qual a manutenção da ordem (mínima que seja) no presídio acaba por se transformar na prática na sua atividade-fim. O ideal de ressocialização do preso torna-se uma falácia e o conceito de um bom diretor de presídio passa a ser o daquele que consegue evitar rebeliões no seu interior (MACEDO, 2004, p. 266).

Soma-se a isso uma sociedade civil que convive de forma pacífica com trágica situação carcerária. Os debates públicos sobre o tema do encarceramento giram em torno da redução da maioria penal, da privatização das prisões e da implementação da pena de morte. Trata-se da criminologia do outro, que considera o criminoso um ser humano diferente, ameaçador, que deve ser excluído do convívio social (BATISTA, 2013). O que se pretende ao

garantir que sejam asseguradas aos presos as garantias previstas em lei não é o de tornar a prisão um ambiente agradável e confortável ao seu convívio, e sim estancar o processo em que Estado e a própria sociedade continuem negligenciando a situação do preso e tratando as prisões como um depósito de seres não aptos para o convívio em sociedade. Isso não é apenas uma questão da situação carcerária ou de direitos humanos, mas sim de segurança pública e da criminalidade como um todo, que tende apenas a agravar-se. Há de se lembrar de que o preso, que hoje sofre essas privações dentro do ambiente prisional, será o cidadão que logo estará de volta ao convívio social.

Pode-se dizer que a prisão, sobretudo no Brasil, talvez nunca tenha existido de fato como Foucault (2014) a descreveu, como um instrumento de fabricação de corpos dóceis. Em suma, a adoção das medidas norte-americanas de limpeza policial das ruas e de aprisionamento maciço dos pobres, dos inúteis e dos insubmissos à ditadura do mercado desregulamentado só irá agravar os males de que já sofre a sociedade brasileira em seu difícil caminho rumo ao estabelecimento de uma democracia plena (WACQUANT, 2001b, p. 8).

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Identificar os fatores vinculados às características organizacionais do Presídio Central de Porto Alegre (PCPA) que interferem na adesão e no seguimento do tratamento da Tuberculose.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Descrever as características da relação de cuidado em saúde dos agentes de saúde e de segurança para com os apenados;
- b) Descrever como se dá o acesso aos serviços de saúde no Presídio Central de Porto Alegre (PCPA);
- c) Identificar fatores que contribuem para a manutenção e abandono do tratamento, na percepção dos agentes de segurança, profissionais de saúde e apenados em tratamento.

5 MÉTODOS

5.1 BUSCA DE REFERÊNCIAS SOBRE O TEMA

O primeiro passo para a elaboração deste estudo foi a realização de uma pesquisa documental sobre TB como problema de saúde pública, principalmente, no que se refere às problemáticas do tratamento e TB na população privada de liberdade. A pesquisa inicial foi feita na base de dados *SciELO*, focando, especialmente, na realidade do sistema prisional brasileiro, utilizando os seguintes descritores: *tuberculose*, *tuberculose no sistema prisional*, *tratamento da tuberculose e abandono do tratamento da tuberculose*. É importante apontar que a bibliografia relacionada à TB no sistema prisional é escassa, sendo encontrados poucos artigos sobre a temática na base de dados, sobretudo no âmbito do tratamento.

Em um segundo momento, a busca de referências se expandiu, quando foram particularmente importantes os relatórios da Organização Mundial de Saúde (OMS), base para a coleta de dados para a construção do cenário do estudo. Além disso, para entendimento do contexto da TB, foram utilizados dados disponíveis no boletim epidemiológico de 2015, publicado pelo Ministério da Saúde (MS), e outros dados oriundos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), encontrados no sítio eletrônico do MS e no Blog do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT)⁸.

5.2 COLETA DE DADOS NO PRESÍDIO CENTRAL DE PORTO ALEGRE (PCPA)

O local escolhido para a coleta de dados foi o Presídio Central de Porto Alegre (PCPA), situado no município que é capital do estado do Rio Grande do Sul (RS) e, dentre as capitais brasileiras, a com maior número de casos de TB (Boletim Epidemiológico, 2016). Além disso, este presídio é referência no Brasil no que tange ao rastreamento de casos de TB, resultado de constantes investimentos técnicos e financeiros de organizações nacionais e internacionais como, por exemplo, a *Stop TB Partnership*⁹, da Suíça.

Durante a execução do projeto *TB Reach*, em Porto Alegre, foram realizados diversos grupos focais e entrevistas com os diferentes públicos do sistema prisional: profissionais de saúde, agentes de segurança, presos líderes de galerias e presos com

⁸ Disponível no link: <http://blogdatuberculose.blogspot.com.br/p/acervo.html>.

⁹ Organização criada em 1998, formada por organizações governamentais e não governamentais, com objetivo de eliminar a TB como problema de saúde. Disponível em: <http://www.stoptb.org/>.

Tuberculose. O objetivo destas atividades era entender o contexto da TB dentro desta casa prisional para que, a partir destas informações, fosse possível desenvolver estratégias de gestão e de comunicação para controle da TB no ambiente intramuros.

Para a realização dos grupos, foi elaborada uma proposta de execução (Apêndice II), dividindo esta etapa da pesquisa em cinco encontros. Neste plano, estavam contidos os objetivos de cada grupo, número e perfil de participantes, bem como as perguntas norteadoras. Após aprovação de roteiro pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), este documento foi enviado para a coordenação de saúde do PCPA para agendamento das atividades.

A autora deste trabalho participou dos encontros, ora como observadora, ora como mediadora. Nestas visitas, foi possível desenvolver amplo debate sobre o tema da TB no sistema prisional, além de possibilitar a reflexão sob a perspectiva dos diferentes públicos.

O Quadro 4 apresenta o descritivo dos grupos realizados:

Quadro 4 – Grupos Focais realizados no Presídio Central de Porto Alegre (PCPA), novembro de 2015 a abril de 2016

Grupo	Informações	Observações
Profissionais de segurança	<p>Duração: 1h10</p> <p>Participantes: 10 profissionais de segurança:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 agentes que dão suporte ao serviço de saúde; • 2 agentes da escolta e movimentação; • 2 agentes da administração do PCPA; • 4 agentes que fazem a segurança das Galerias. <p>1 mediador 2 observadores</p>	<p>O grupo foi realizado no auditório do PCPA, em uma quinta-feira, dia de revista no presídio, quando não há trânsito de presos e atendimento nos serviços de saúde e visitantes;</p> <p>Foi solicitado que os agentes selecionados fossem de diferentes áreas para que fosse possível coletar informações de diferentes perspectivas;</p>
Profissionais de Saúde	<p>Duração: 1h50 minutos</p> <p>Participantes: 12 profissionais de saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 técnicas de enfermagem do serviço de TB; • 1 profissional da área de farmácia; • 1 profissional da área de odontologia; • 1 profissional da área de nutrição; • 2 profissionais da área de psicologia e assistência social; <p>2 mediadores 4 observadores</p>	<p>O grupo foi realizado no auditório do PCPA, em uma quinta-feira, dia de revista nos presídios, quando não há trânsito de presos e atendimento nos serviços de saúde e visitantes;</p> <p>Foi solicitado que os agentes selecionados fossem de diferentes áreas para que fosse possível coletar informações das diferentes de diferentes perspectivas;</p>
Presos Prefeitos	<p>Duração: 1h50 minutos</p> <p>Participantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 18 presos líderes de galerias sem acompanhantes; • 5 presos líderes de galerias com um assistente acompanhante; <p>1 mediador 2 observadores</p>	<p>O grupo foi realizado na capela do PCPA e teve acompanhamento de escolta armada durante todo o período. Foi solicitado que a escolta ficasse em um espaço recuado, não visível aos presos, para minimizar a interferência da presença dos agentes de segurança na fala dos participantes;</p> <p>Alguns prefeitos, por escolha própria, foram acompanhados de seus assistentes. Entretanto, nenhum dos acompanhantes se manifestou durante o grupo e alguns deles sequer se apresentaram no início da atividade.</p> <p>O grupo foi realizado em uma sexta-feira, dia em que não há visitação do presídio, fator que poderia ser um impeditivo para a participa�o de alguns apenados.</p> <p>Um dos observadores do grupo se apresentou aos participantes como sendo servidor do Ministério da Saúde. Em diversos momentos os presos traziam demandas internas não relacionadas � TB, com a expectativa que este observador pudesse suprir estas reivindica�es. Este processo dificultou o cumprimento do roteiro e manuten�o do foco na temática. Foi combinado com os participantes que, ao final do grupo, eles poderiam expor todas as demandas.</p>

<p>Presos em tratamento para TB</p>	<p>Duração: 50 minutos Participantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5 presos em tratamento para tuberculose • 2 presos em tratamento para TB com situação anterior de abandono <p>1 mediador 1 observador</p>	<p>O grupo foi realizado na capela do PCPA e teve acompanhamento de escolta armada durante todo o período. Foi solicitado que a escolta ficasse em um espaço recuado, não visível aos presos, para minimizar a interferência da presença dos agentes de segurança na fala dos participantes; O grupo foi realizado em uma sexta-feira, dia em que não há visita do presídio, fator que poderia ser um impeditivo para a participação de alguns apenados.</p>
<p>Profissionais de Saúde e Segurança (Metodologia de Teatro-Fórum)</p>	<p>Duração: 2h30 Participantes:</p> <p>11 profissionais de segurança:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 agente que dá suporte ao serviço de saúde; • 2 agentes da escolta e movimentação • 3 agentes da administração do PCPA • 5 agentes que fazem a segurança das Galerias <p>10 profissionais de saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 técnicas de enfermagem do serviço de TB; • 2 enfermeiras da Unidade de Saúde do Presídio Central; • 1 profissional da área de farmácia; • 1 profissional da área de odontologia; • 1 profissional da área de nutrição; • 1 profissional da área de psicologia e assistência social; • 1 profissional do Sanatório Partenon <p>1 mediador; 2 observadores; 2 atores</p>	<p>Neste grupo foi utilizada a metodologia de Teatro-fórum¹⁰ como estratégia disparadora de debate. A partir das informações coletadas nos 4 primeiros grupos, foram criadas 5 cenas (anexo II) com abordagem dos principais fatores que dificultam o controle da TB dentro da Unidade Prisional. A partir das cenas, o mediador conduzia a discussão estimulando os participantes do grupo a refletir sobre o contexto problemático e possibilidades de transformação das situações. O fato de estarem juntos, profissionais de saúde e segurança, contribuiu para que o debate fosse mais aprofundado que nos demais grupos a ponto de extrapolar o tempo estabelecido inicialmente.</p>
<p>Obs.: Em todos os grupos foi realizada uma apresentação inicial dos objetivos e roteiro da atividade. Todos os participantes autorizaram a gravação das falas para posterior transcrição e utilização neste estudo.</p>		

Fonte: elaborado pela autora (2017).

¹⁰ Método teatral que reúne exercícios, jogos e técnicas teatrais, elaboradas pelo teatrólogo brasileiro Augusto Boal. Um dos principais objetivos desta técnica é promover mudança social por meio do teatro e do diálogo.

Os encontros grupais possibilitaram aos participantes explorarem seus pontos de vista sobre a problemática da TB em seu próprio vocabulário, gerando suas próprias perguntas. Tem-se que o grupo focal pode atingir um nível reflexivo que outras técnicas não conseguem alcançar, revelando dimensões de entendimento que, frequentemente, permanecem inexploradas pelas técnicas convencionais de coleta de dados (KITZINGER, 1994, p. 94). Já para o pesquisador, o processo permite o entendimento do contexto no qual ocorrem os significados e a importância a eles atribuída pelos seus agentes (GILBERT, 1990, p. 91).

Para preservar o anonimato, os discursos foram identificados, ao longo do texto, com as letras ASA (Agente de Saúde), ASE (Agentes de Segurança), F (familiares), PP (Presos Prefeitos) e ASEA (Agentes de segurança que trabalham no serviço de saúde), seguidas de algarismos arábicos que representam a ordem das entrevistas.

Em um segundo momento, foi realizada uma intervenção de Teatro Fórum¹¹ em que dois atores encenaram as principais barreiras para diagnóstico e tratamento de TB dentro do PCPA. A partir da encenação, profissionais de saúde e segurança podiam fazer intervenções e propor soluções para as temáticas apresentadas. As situações para encenação (Apêndice IV) foram criadas a partir das informações coletadas nos grupos focais. É importante ressaltar que, neste encontro, diversas informações contraditórias encontradas nos grupos focais foram expostas aos participantes, o que possibilitou um aprofundamento nos debates a respeito das temáticas, o que não havia sido possível nos grupos focais. Para identificação das informações captadas nesta metodologia será utilizada a sigla TF antes da fala dos entrevistados.

Posteriormente, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com apenados em tratamento para TB no PCPA, com objetivo de conhecer a rotina de um indivíduo com TB em uma casa prisional, identificando barreiras e facilidades para a adesão ao tratamento. Foram realizadas três entrevistas: uma com um apenado em tratamento em regime de Tratamento Diretamente Observado (TDO); uma com apenado em tratamento que leva a medicação para a galeria; e, uma última, com um apenado em tratamento, em regime de TDO, com histórico de abandono. Optou-se pela utilização de entrevistas individuais semiestruturadas, pois, no grupo focal realizado, observou-se que estas pessoas, na presença de seus pares, evitam fazer colocações que possam sair da esfera da pesquisa e gerar qualquer tipo de conflito com os

¹¹ Teatro Fórum é um dos ramos do Teatro do Oprimido, desenvolvido pelo diretor de teatro e dramaturgo Augusto Boal, que influenciado pela Pedagogia do Oprimido de Paulo Freire, quis desenvolver um teatro que fizesse da plateia os próprios protagonistas da peça.

demais grupos: profissionais de saúde, segurança e presos preferidos. Para identificação dos entrevistados, utilizou-se a sigla PT (Preso em Tratamento).

As entrevistas foram categorizadas pela técnica da saturação e compatibilizadas aos objetivos do estudo. Ademais, as observações feitas pela autora, nas diversas visitas em casas prisionais, também serviram de fonte de dados para esta pesquisa, sobretudo para contextualizar e melhor compreender as falas dos apenados e agentes de segurança.

Por fim, por se configurar em subprojeto de projeto de pesquisa devidamente aprovado quanto aos processos éticos da mesma, este não demandou novo encaminhamento para Comitê de Ética.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante o processo de pesquisa, foram realizadas 16 visitas ao PCPA. As caminhadas pelos corredores, as conversas informais com os diferentes atores que circulam neste ambiente, o acompanhamento das vistorias nas galerias e as observações diversas permitiram o reconhecimento de uma série de características sociais e estruturais, que são de fundamental importância para o entendimento das questões de saúde em uma instituição de privação de liberdade. Estas serão abordadas no primeiro item deste capítulo. Em um segundo momento, para responder os objetivos desta pesquisa, os dados obtidos por meio da transcrição e análise dos grupos focais e entrevistas foram distribuídos em duas categorias:

- a) Acesso aos serviços de saúde no PCPA;
- b) Desafios para a manutenção do tratamento da TB.

Uma análise mais apurada permitiu que estas duas grandes categorias fossem contempladas em subcategorias, que representam os principais apontamentos dos quatro grupos envolvidos neste processo de pesquisa: profissionais de saúde, profissionais de segurança, presos líderes de galerias e presos em tratamento para TB. O Quadro 5 apresenta a organização dos dados conforme serão descritos e analisados abaixo.

Quadro 5 – Categorização de dados da pesquisa

Acesso aos serviços de saúde	Desafios para a manutenção do tratamento
Fluxo de acesso à saúde e movimentação de apenados	Descrença na autonomia dos pacientes na realização do tratamento para TB
Classificação de risco para acesso aos serviços de saúde no PCPA	O tratamento para TB na perspectiva da vinculação com os profissionais de saúde
Estrutura hierárquica das galerias e o acesso à saúde	Agentes de Segurança e o cuidado em saúde
Acesso ao diagnóstico de Tuberculose	As Relações sociais e o tratamento para TB
	Uma resposta possível: o trabalho em Rede e a sua importância para a cura da TB

Fonte: elaborado pela autora (2017).

Foi possível perceber, nas subcategorias supracitadas, que o acesso aos serviços de saúde e os desafios para a manutenção do tratamento se entrelaçam a todo o momento. Uma primeira suposição seria que tal entrelaçamento se deve, sobretudo, à estrutura hierárquica existente no PCPA tanto na relação entre corpo técnico e apenado, quanto na relação lideranças de galeria *versus* demais presos. Ainda que o direito à saúde seja garantido à

população privada de liberdade, pode-se perceber, nos grupos, que fatores internos e externos, já postos para comunidade prisional, influenciam diretamente nestas questões.

Ao passo em que o Estado custodia para si estes indivíduos, sub-roga a eles obrigatoriedade como saúde, educação e trabalho, conforme disposto na Lei de Execução Penal. Ainda que o indivíduo punido tenha realizado um ato infracional ilícito, ao passar pelo devido processo legal e ser devidamente julgado, este tem como pena a privação de liberdade, devendo a ele serem garantidas todas as prerrogativas (que não retiradas pela sua nova condição) que a Constituição Federal garante a todos os cidadãos brasileiros. A seguir, os dados são apresentados e discutidos de forma a comparar as visões dos diferentes grupos em relação ao problema da Tuberculose no PCPA.

6.1 A ESTRUTURA E A ROTINA DO PRESÍDIO CENTRAL DE PORTO ALEGRE

6.1.1 A fila de espera para visitas¹² – uma introdução ao PCPA

O primeiro contato que tive com o PCPA ocorreu em uma observação de fila de espera em dia de visitas. Às 5h30, a fila já era longa e composta, majoritariamente, por jovens mulheres carregando enormes sacolas abarrotadas com alimentos, roupas e outros itens de uso cotidiano dos presos^{13,14}. Chama atenção a unidade nas vestimentas: calças *leggings* coloridas, meia, chinelos de dedo e blusa. Apesar de ser um dia frio de julho, poucas usam casaco. As

¹² A fila de espera de unidades prisionais, em Porto Alegre e outros locais, se apresenta como uma oportunidade não só de conhecer o contexto do sistema carcerário, mas também de compreender de forma mais aprofundada a problemática da Tuberculose e do tratamento desta doença. Nas interações com os sujeitos que por ali transitavam, foi possível dialogar com algumas pessoas que estão ou já passaram por tratamento. No Apêndice 1, está relatada uma das conversas que evidenciam a complexidade do tratamento para pessoas em situação de vulnerabilidade social, conversa com esta que impulsionou alguns dos norteamentos desta pesquisa.

¹³ Os familiares devem suprir todos os itens de necessários para a sobrevivência do preso na unidade prisional. Desde roupas, cobertores, copos, toalhas até materiais de higiene pessoal. Em uma das visitas, a mãe de um apenado mostrou que estava levando diversas caixas de algodão para que o filho pudesse filtrar a água que iria beber, pois estava vindo com muitos resíduos do encanamento.

¹⁴ Além dos mantimentos, cada familiar pode levar até R\$ 75,00 por visita para o apenado comprar mantimentos na cantina existente dentro do PCPA. Este comércio opera com preços acima do mercado externo. No documentário lançado em 2017 sobre o PCPA, a situação deste comércio interno é explicitada de forma mais abrangente. Os prefeitos compram os mantimentos nesta cantina para revender por preços ainda mais altos para os seus colegas de galeria. Foi apresentado que, semanalmente, esta negociação movimenta cerca de R\$ 38.000,00 por galeria e cerca de R\$ 400.000,00 em todo o PCPA. Este fator é posto como um dos motivos para que os prefeitos não queiram ser transferidos de unidade, cumprindo sua pena num presídio que, teoricamente, é para presos sem condenação. É relatado, também, que o valor levado pelos familiares também é utilizado para o consumo de drogas dentro da unidade.

visitantes relatam que há uma série de regras¹⁵ quanto às roupas que podem ser usadas: não é permitida a utilização de calça jeans, sapato com qualquer tipo de salto; roupa preta, laranja e verde escuro; e casacos. A unidade nas vestimentas foi a primeira constatação, de uma série de outros costumes e regras característicos de uma instituição prisional que fui descobrindo a cada visita a este presídio.

Em frente ao PCPA, há pequenos bares que atendem a demanda das cerca de 3.000 visitas semanais desta casa prisional. Além do serviço normal que estes estabelecimentos costumeiramente oferecem em outras regiões da cidade, ali, estes locais também ofertam serviço de guarda-volumes para os pertences que não podem entrar na unidade prisional, pequenos vestiários para as mulheres trocarem de roupa, espelhos nas paredes para que estas possam se maquiar e arrumar o cabelo; venda de embalagens específicas¹⁶ para entrada de mantimentos e material de higiene e limpeza, além de aluguel de roupas apropriadas para as visitantes obterem permissão de entrada na unidade.

Observa-se, na fila, um vai e vêm de mulheres em direção a estes bares, entre conversas e risadas. Uma das mulheres explica como funciona a organização da fila e começa dizendo: “*em porta de cadeia, todo mundo vira amiga*”. Ela conta que muitas mulheres guardam lugares para as amigas que não conseguem chegar tão cedo, emprestam maquiagem, fazem chapinha umas nas outras, dividem os mantimentos para poder atender a demanda dos apenados¹⁷. Percebe-se que emergem, deste espaço, uma série de relações sociais e de vinculação entre as pessoas que ali circulam, além de uma naturalização do ambiente carcerário na rotina destas visitantes.

Em conversa com outra visitante na fila, ela conta que está visitando o marido e que o conheceu quando ele já estava preso. Ela frequentava o presídio para visitar o irmão e acabou começando a namorar o seu colega de cela. Ela conta ainda que o marido está prefeito¹⁸ e, ao perguntarmos o que ela acha do Central, comparado com outras unidades

¹⁵ A portaria da SUSEPE Nº. 160/2014 – GAB/SUP aprovou o Regulamento Geral para Ingresso de Visitas e Materiais em Estabelecimentos Prisionais da Superintendência dos Serviços Penitenciários. O anexo I de tal portaria descreve todas as condições e regras para visitação.

¹⁶ Para entrar no presídio, todos os produtos comprados devem ser retirados de suas embalagens originais e colocados em pacotes completamente transparentes. Os bares, além de venderem os produtos, vendem também sacos e frascos para a alocação destes itens.

¹⁷ Na visita semanal, cada visitante pode entrar com até 5 itens para o seu familiar preso. Considerando que os sujeitos lá reclusos, normalmente, precisam mais do que isso para a sua sobrevivência cotidiana, é comum a divisão de itens entre os familiares para que os presos possam ter acesso ampliado a estes bens. Exemplo: o familiar de preso A leva desodorante, sabonete, biscoito, carne e desinfetante, enquanto o familiar do preso B leva arroz, xampu, creme dental, sabão em pó e feijão.

¹⁸ Preso que lidera a galeria em que está alocado. É este apenado, com apoio de uma equipe escolhida por ele, que gerencia toda a organização da galeria. Seu compromisso com a Brigada Militar é manter a ordem do espaço e mediar/evitar conflitos.

prisionais, ela diz: *“isso aqui é um lixo, mas se perguntar pra eles se querem sair daqui e ir pra outro presídio, ninguém quer. É podre. Mas aqui o preso faz o que quer”*. A fala da esposa deste apenado traz à luz as duas principais características do PCPA e que são de relevância para este trabalho: as condições precárias da estrutura e o poder compartilhado entre as facções e a Brigada Militar.

6.1.2 PCPA – A Masmorra do Século XXI

Fundado em 1959, com o nome de Casa de Prisão Provisória, o Presídio Central de Porto Alegre¹⁹ é o maior estabelecimento penal do Rio Grande do Sul. É tido como a porta de entrada do sistema penitenciário do Estado, pois seu objetivo é receber homens presos em flagrante, em situação provisória; finalidade que não se realiza uma vez que lá permanecem diversos apenados já com condenação. O gerenciamento do Presídio Central é de responsabilidade da Brigada Militar desde 1995, período marcado pelas recorrentes conturbações no presídio, as quais foram consideradas resultantes da falta de comando e das más estratégias de gerenciamento por parte da Superintendência de Serviços Penitenciários - SUSEPE (ELMIR, 2005).

Desde a sua inauguração, o Presídio sempre operou acima da sua capacidade oficial, chegando a atingir o percentual de 200% de taxa de ocupação (população carcerária para o número de vagas existentes). Neste contexto, a sua estrutura de moderna, passou a arcaica, com a rede hidráulica, sanitária e elétrica não conseguindo suportar a superpopulação lá encarcerada. A partir disso, o Presídio Central de Porto Alegre (PCPA) ganhou destaque diante do título concedido pela primeira Comissão Parlamentar de Inquérito do Sistema Carcerário (2009)²⁰ de pior presídio do país, “a Masmorra do Século XXI” (CAPELLARI, 2013).

Muito diferente do modelo disciplinar posto por Foucault (2014), em que um dos princípios fundamentais do encarceramento é a distribuição espacial dos corpos, e a não

¹⁹ Em janeiro de 2017, o Presídio Central passou a ser chamado de Cadeia Pública de Porto Alegre. Tal alteração se deu para adequar a instituição aos padrões da Lei de Execuções Penais, que separa os estabelecimentos prisionais conforme sua finalidade: penitenciária – para presos condenados a regime fechado; cadeia pública – para presos provisórios; colônias agrícolas, industriais e outras – para presos do regime semi-aberto e a casa do albergado – destinada ao regime aberto.

²⁰ CPI instalada em 22/08/2007, com “[...] a finalidade de investigar a realidade do Sistema Carcerário Brasileiro, com destaque para a superlotação dos presídios, custos sociais e econômicos desses estabelecimentos, a permanência de encarcerados que já cumpriram a pena, a violência dentro das instituições do sistema carcerário, corrupção, crime organizado e suas ramificações nos presídios e buscar soluções para o efetivo cumprimento da Lei de Execução Penal – LEP”. Uma segunda CPI, no mesmo tema, foi instalada em março de 2015.

distribuição por grupos, a superpopulação no PCPA, atrelada a uma estrutura inadequada, obrigou a abertura das grades das celas, passando essas de individuais a coletivas, ficando os presos soltos nas galerias. Assim, evidentemente, um banheiro coletivo não era suficiente, razão pela qual se constroem as chamadas turcas²¹. Todavia, a estrutura datada da década de 1950 não comportou tal intervenção e, sem impermeabilização dos pisos, as infiltrações acabaram por atingir as galerias de baixo. O esgoto é escoado pelos próprios presos através de plásticos e garrafas pet, com canalização final junto ao pátio da Casa Prisional, local onde as visitas e os familiares são recebidos.

Outro fator que contribui para a degradação da estrutura são as revistas semanais feitas pelos profissionais de segurança nas galerias em busca de armas, celulares e drogas²². Em uma das visitas ao PCPA, foi possível acompanhar este procedimento e observar a equipe de segurança quebrando o reboco, revirando todos os pertences dos presos, abrindo travesseiros e colchões. Além disso, nesta visita à galeria, é possível notar a real degradação do espaço de convivência com restos de comida nas panelas, lixo no chão, baratas pelos cantos, além de um cheiro de umidade e sujeira impregnante – que não sai da memória. Como já posto por Foucault (2014), o atual modelo de privação de liberdade é caracterizado, também, por arranjos de sofrimentos mais sutis e velados: a estrutura precária desta unidade prisional parece ser uma destas sutilezas. Pinheiro (1985) expõe o quão necessário é que o contexto da prisão seja muito pior que a situação dos simples desfavorecidos: é preciso que a prisão seja terrível para que ninguém queira ir para lá. Varella (2012) coloca a sensação desconfortável de estar em uma casa prisional, que corrobora com o contexto encontrado no PCPA:

O cheiro, a presença ostensiva das grades, das trancas e o som de ferro das portas quando fecham oprimem o espírito de forma tão contundente que, em mais de 20 anos jamais encontrei alguém que disse sentir prazer quando entra num presídio. Ao contrário, a sensação de alívio ao cruzar o portão que dá acesso à rua é universal (VARELLA, 2012, p. 115).

A superlotação carcerária caminha de mãos dadas com a ausência de uma estrutura digna e higiênica que possa comportar o alojamento de pessoas, ainda que essas se encontrem a cumprir pena. Ademais, a precariedade da assistência à saúde, a sonegação completa por parte do Estado da assistência material e, com ela, da ausência de condições de trabalho,

²¹ Modelo de vaso sanitário instalado diretamente no chão e sem assento.

²² Mesmo existindo todo um aparato para evitar a entrada destes itens no presídio, em todas as revistas presenciadas, foram encontrados diversos celulares, armas brancas e drogas. Quando armas de fogo são encontradas, o prefeito perde seu cargo de liderança na galeria.

estudo e demais instrumentos de reabilitação; as condições de alimentação, no que tange a sua carência e má conservação higiênica; tudo isso faz do PCPA uma instituição que rompe com os preceitos de não violação dos direitos humanos na execução penal (CAPELLARI, 2013).

6.1.3 A Organização do Presídio Central de Porto Alegre

Transitar pelos corredores do PCPA é uma experiência inquietante e entristecedora. Os presos que chegam, diariamente, são, em sua maioria, jovens e, quase na totalidade, oriundos das periferias mais vulneráveis da cidade. Este presídio opera acima do dobro da sua capacidade, com mais de 4.600 presos, que estão distribuídos em cinco pavilhões e dezoito galerias. A distribuição interna destes presos não se dá ao acaso: eles são alocados de acordo com seu pertencimento declarado a grupos (facções criminosas)²³ que atuam nas comunidades onde vivem. Dessa forma, a distribuição dos indivíduos no PCPA acaba por seguir a padrões geográficos e sociais da cidade de Porto Alegre, reproduzindo, ali, a sociologia das comunidades extramuros. No PCPA, existem alguns poucos grupos que não estão associados a facções e que são alocados em galerias específicas, normalmente, com vagas ociosas. São eles:

- a) Dependentes Químicos - presos que aderiram a tratamento para dependência química;
- b) Primários - presos sem histórico de encarceramento;
- c) Evangélicos - apenados unidos pela prática religiosa;
- d) Duques 13²⁴ - presos que praticaram crimes sexuais e não são aceitos em nenhum outro grupo;
- e) Grupo Misto - abriga indivíduos com nível de escolaridade superior, policiais civis, militares, crimes de trânsito e funcionários penitenciários;
- f) LGBT.

Os demais agrupamentos organizados, *as facções*, se diferem dos outros por serem formados por presos com laços de pertencimento, fidelidade ou submissão aos líderes. Estes grupos se caracterizam pela rivalidade entre eles, alguns baseando suas ações no tráfico de

²³ Há 15 anos, três grupos ocupavam quatro galerias de um total de 10: 40% da área. Sete anos depois, já eram quatro grupos em seis das 11 galerias: 54% do espaço. A mudança mais recente foi a destinação da segunda galeria do pavilhão F, que abrigava presos sem vínculos com grupos criminosos, a integrantes de uma facção. Agora são seis organizações criminosas — cinco facções e uma aliança de quadrilhas — em 10 espaços, atingindo 91% do local”. Disponível em: <http://zh.clicrbs.com.br/rs/noticias/policia/noticia/2017/02/faccoes-avancam-e-dominam-o-presidio-central-de-porto-alegre-9713182.html>.

²⁴ Apelido faz referência ao artigo 213, tipificado no Código Penal Brasileiro como crime de estupro.

drogas ou crimes externos aos muros da prisão (ROLIM, 1999). As facções constituem identidade por crenças, valores, formas de organização e participação nos jogos de poder da instituição, além das regras de conduta. Assim, as rivalidades entre esses grupos, se explicam por questões relativas a esses pontos (SALLIN, 2008). As facções estão organizadas em galerias, onde há, em média, mais de trezentos presos. Em cada um destes espaços, existe um pequeno grupo ligado, diretamente, ao comando das facções e administração da galeria. O líder é chamado de “plantão”, “prefeito” ou “representante da galeria” e é “escolhido” pelo grupo de presos que está comprometido com a facção, levando em consideração sua capacidade de liderança, manutenção da ordem, negociação e autoridade. Este representante é responsável pelo controle dos conflitos entre os presos, pela imposição das regras aos comandados e representa os presos nas reivindicações e demandas dirigidas à equipe de segurança.

Nos anos 1980 e 1990, foram recorrentes os motins e tentativas de fuga no PCPA. Com o objetivo de inibir essas ações, que eram resultado das reivindicações não atendidas dos presos, a administração do presídio instaurou uma linha estratégica de negociação, que se sustenta no reconhecimento institucional das facções (GUINDANI, 2002). Essa estratégia aceita a participação dos presos nas decisões administrativas a partir de reuniões compostas pelos Representantes de Galeria e a direção do PCPA. A partir desta conjuntura, os profissionais de segurança sustentam que há, entre as facções e a equipe da segurança, uma relação de cooperação. Em uma das visitas realizadas no PCPA, um profissional de segurança fez a seguinte colocação para explicar esta forma de organização: *“Essa relação não é oficial, mas é legitimada e aceita. Somos mais ou menos 100 policiais por turno para quase 5.000 homens. Só a gente não tem como dar conta de manter a ordem”*. O importante, para as autoridades, é admitir a existência dessas normas não escritas e tentar reduzir os atritos que possam levar às perturbações na rotina das casas prisionais (ESPERANÇA, 2004).

Dentro desta forma de organização, o contato da equipe de segurança fica, praticamente, restrito a estes representantes, que apresentam à segurança as reivindicações da galeria. Estas, por sua vez, podem ter caráter individual, como providenciar atendimento médico, psicológico, social e jurídico, autorizar a entrada de materiais e equipamentos eletrônicos e informar o nome da pessoa que o preso quer que seja seu visitante, além dos pedidos de transferência para outras unidades prisionais. As demandas de caráter coletivo podem ser desde a instalação de lâmpada, chuveiro ou tomada na galeria para uso comum, até o pedido de providências para falta de água ou de energia elétrica (SALLIN, 2008). A organização dos indivíduos e dos grupos está baseada no bom relacionamento e nas trocas

entre os representantes, presos e facções com a administração/agentes e direção. O relacionamento construído a partir de acordos, trocas e parcerias estrutura o sistema de forma a superar desacordos maiores e a diminuir as rivalidades e violências, amenizando os conflitos e equilibrando as relações. Por outro lado, a administração compartilhada acaba por vitimar os presos na obtenção dos seus mais simples direitos (assistência médica, jurídica, acesso à escola), uma vez que tudo depende da autorização e intermediação do prefeito junto à equipe de segurança. Muito diferente do que foi posto por Goffman (1961), em que, nas instituições totais, os aspectos da vida do sujeito são realizados sob uma única autoridade, no PCPA, esta autoridade é compartilhada entre segurança e presos prefeitos. A respeito disso, um sargento coloca: *“Nós temos gerência do portão da galeria pra fora. Do portão pra dentro é tudo com o prefeito, as regras dele e a forma de ele organizar. Nós não temos como saber o que acontece com o preso lá dentro a não ser que o prefeito nos traga as situações”* (ASE4 -TF).

Além do mais, a administração compartilhada com as facções acaba por fomentar, dentro das galerias, um comércio paralelo a preços extorsivos, não apenas de bens permitidos, mas, principalmente, de armas e de drogas (CAPELLARI, 2013). A respeito disso, o Juiz Sidnei Bruzuska afirmou em uma entrevista concedida ao jornal Zero Hora em fevereiro de 2017: *“Nós paramos de fornecer coisas básicas para os presos, como uma barra de sabão para se lavar, uma escova de dente. Isso tudo nós paramos de dar. E isso as facções passaram a dar. E transformaram esse vácuo do Estado em um local altamente lucrativo”*. É importante apontar que a facção garante a integridade física dos presos, já que muitos têm desavenças dentro da prisão. Aderir a uma facção é, também, um mecanismo de proteção para os apenados.

Entender a organização prisional por meio do compartilhamento de poder entre Brigada Militar e facções é fundamental para compreender o contexto do acesso à saúde e da Tuberculose dentro desta casa prisional. Este é um dos cenários que demonstra que a epidemia neste local vai muito além do que o senso comum tem a respeito da doença, colocando-a como simples resultado de um processo de encarceramento, superlotação e más condições de higiene. Os demais fatores serão abordados nos tópicos a seguir.

6.2 ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE²⁵ NO PCPA

Quando se pensa em sistema prisional, de forma linear e simplista, o entenderíamos

²⁵ Existem diversas abordagens teóricas a respeito do conceito de acesso à saúde. Este trabalho considera a dimensão da disponibilidade, (existência e a qualidade do serviço); e a dimensão da aceitabilidade, levando em conta como os serviços são percebidos pelos usuários e a interação paciente e profissional de saúde. (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

como um espaço onde o Estado conseguiria aplicar a todos os seus custodiados, plenamente, o conceito de cidadania e assistencialismo²⁶ ao qual se propõe na Lei de Execução Penal (LEP). Até quando se pensa semanticamente no significado do termo custodiado, o verbo guardar nos vem à mente. Todavia, a realidade apresentada acima permite inferir que o acesso às condições de cidadania ainda está muito distante do sistema.

Apesar de o aprisionamento não tirar do apenado, integralmente, a condição de cidadão, conforme previsto na constituição, por muitos anos, o próprio SUS negligenciou esta população, não os elencando como população prioritária em suas políticas. Ainda que a Constituição Federal date de 1988, apenas em 2003, com a implementação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, a população carcerária foi inclusa nas políticas públicas de Atenção Básica do MS, buscando a garantia do atendimento *in loco*. Ainda assim, o acesso à saúde no ambiente intramuros requer profunda atenção.

Ao se analisarem as condições das unidades prisionais brasileiras, especialmente o PCPA, é importante destacar a falta de acesso às condições básicas de saúde a que os indivíduos privados de liberdade estão sujeitos. Durante todo o processo de pesquisa, quando se introduzia qualquer diálogo sobre saúde com os grupos que estão dentro do PCPA, as questões da superlotação e da infraestrutura precária eram queixas unânimes de toda a comunidade prisional, sempre as norteadoras da abordagem por parte destes públicos. A fala de um preso prefeito representa bem esta questão:

Na minha galeria tem mais de 450 presos, muito mais que 100% do limite, tem vazamento pra tudo que é lado, barata, rato. O pátio tá cheio de lixo, as visitas vêm e ficam no meio disso tudo, dessa sujeira. A questão é que o Estado coloca a gente aqui e não oferece condição mínima pra gente ficar aqui dentro (PP - 3).

As condições insalubres das casas são um cenário muito comum no contexto prisional brasileiro. Por outro lado, diferente da maior parte dos presídios que possuem apenas um ambulatório, o PCPA tem uma unidade de saúde dentro do complexo, o que facilita o acesso dos apenados ao serviço. Destaca-se que esta unidade conta com uma equipe de saúde completa e extremamente sensibilizada com a questão da tuberculose. Ainda assim, o acesso a este serviço depende de uma série de questões complexas, relacionadas à estrutura hierárquica

²⁶ Lei de Execução Penal (7.210/84) garante que assistência ao preso e ao internado é dever do Estado, objetivando prevenir o crime e orientar o retorno à convivência em sociedade. Art. 11. A assistência será: I – material; II – à saúde; III – jurídica; IV – educacional; V – social; VI – religiosa. Ainda o art. 38 do Código Penal Brasileiro aponta que “o preso conserva todos os direitos não atingidos pela perda da liberdade, impondo-se a todas as autoridades o respeito a sua integridade física e moral”.

e às relações sociais que se estabelecem dentro do PCPA. A seguir, serão apresentados e discutidos os fatores determinantes para o acesso à saúde nesta unidade prisional que, muitas vezes, acabam por influenciar, também, diretamente no diagnóstico e na adesão ao tratamento da TB.

6.2.1 Fluxo de acesso à saúde e a movimentação de apenados

É sabido que a Tuberculose demanda um fluxo específico para atenção e cuidado ao paciente. A verdade é que fluxos na área de saúde são rotinas comuns a todos os equipamentos e serviços postos. No entanto, em uma unidade prisional, tais fluxos não fluem como nos demais espaços extramuros. Isto porque unidades prisionais, em especial o PCPA – objeto deste trabalho –, possuem externalidades e padrões individuais que influenciam diretamente na atenção e cuidado ao paciente.

Nesta prisão, o fluxo estabelecido para acesso aos serviços de saúde se dá por demanda espontânea dos apenados. Existe uma lista de solicitações de atendimento de cada galeria que, diariamente, é encaminhada à unidade de saúde. A este respeito, um profissional de segurança aponta que não é o paciente que faz a solicitação. A inclusão do nome depende de terceiros:

Ele tá passando mal na galeria, a família coloca o nome do preso na planilha da galeria. Ai o serviço de saúde avalia. Às vezes ele tá com uma coceira, que toma um banho e passa. O médico avalia se precisa de exame ou não. Todos os dias tem enfermaria. Às vezes o plantão coloca o nome. Os profissionais de saúde chamam. Se colocam o nome, eles vão ser atendidos, sim (SEA4).

A planilha com solicitações parece ser a forma oficial para demanda de atendimento. A partir dela, os profissionais de saúde avaliam a necessidade de consulta e a especificidade do atendimento para que o agendamento seja feito. Os diversos atores apontam que, se o nome é posto na lista, eles serão chamados em algum momento e que a limitação está no número de profissionais para atendimento. Vale salientar que, no Brasil, o quantitativo de servidores penitenciários para a prestação de serviços de saúde é de 6.170, assim distribuídos: 4.152 profissionais para atendimento geral (médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, chegando a razão de 1 profissional para cada 129 custodiados, e 1.658 profissionais para atendimento em saúde mental (psiquiatras, psicólogos e terapeutas ocupacionais) razão de 1 profissional para cada 352 apenados (BRASIL, 2014). O Brasil tem a quarta maior população

prisonal do mundo e, se comparada com a quantidade dos servidores descritos, percebe-se o hiato existente nesta relação.

Tem bastante gente aqui, né? Nem que eles quisessem atender todo mundo, conseguiriam. Mas assim... demora uma semana, 15 dias, mas eles chamam (PT 03).

Demora pra chamar, eu já fiquei dois meses esperando médico. Mas se vem a requisição lá de baixo tu consegue descer. A questão é que tem gente que pede médico por dor na unha. Aí atrasa a vida de todo mundo. Se todo mundo se ajudasse, não demoraria tanto (PT02).

Este fluxo estabelecido, à primeira vista, não parece diferir muito do processo pelo qual passam as pessoas não privadas de liberdade na espera por atendimento. Inclusive, alguns dos profissionais de saúde consideram que, dentro do PCPA, o atendimento é melhor do que na rua:

A percepção que o trabalho é muito bom porque a gente começa a dar uma resposta muito mais rápida que um posto de saúde lá na rua! (ASA2).

Eles têm um acesso até meio privilegiado porque é o atendimento é relativamente rápido. Isso é o que eu enxergo como possibilidade e a dificuldade é o próprio conhecimento do paciente de querer acessar (ASA7).

O grande problema deles é educação. Eles não se importam com a saúde deles e por isso não acessam (ASE9).

Os profissionais de saúde e segurança, inicialmente, colocam o acesso como algo facilitado aos presos, como se bastasse fazer a solicitação e o agendamento estaria garantido. Além disso, é interessante observar que os possíveis entraves para acesso ao serviço de saúde são sempre atribuídos aos presos, reafirmando a cultura de culpabilização dos indivíduos privados de liberdade. Ademais, esta afirmação a respeito da facilidade de acesso, ao longo do processo de pesquisa, foi facilmente desconstruída por estes mesmos profissionais, que reconhecem e apontam diversas barreiras para tal acesso.

Considerando que os indivíduos encarcerados não possuem autonomia de ir e vir dentro do presídio, a questão da movimentação dos apenados aparece como obstáculo comum para o acesso à saúde na maior parte das unidades prisionais. No PCPA, a situação é mais atenuada, pois os presos, tendo requisição prévia para consulta, podem se movimentar em corredores cercados dentro do presídio sem acompanhamento de escolta. Eles saem em grupos das galerias e vão se movimentando, de corredor em corredor, para chegar até a unidade de saúde. Este processo, às vezes, pode demorar horas. Para cada visitante que passa, eles devem parar e virar para a parede. Para avançar ao próximo corredor, o grupo deve

esperar a liberação e a conferência da requisição. Apesar da demora, o grupo responsável pela movimentação aponta esta forma como única alternativa para ampliar o acesso:

Aqui o atendimento é um pouco melhor porque o preso pode circular dentro do presídio, dentro dos cercados. Isso facilita o acesso. Imagina se precisasse de uma escolta individual pra cada preso? Não teria como a gente movimentar, individualmente, cerca de trezentos e poucos presos por dia só pró ambulatório. Fora as movimentações sociais, jurídicas, capelas. Diariamente são 800 movimentações (ASE5- TF).

Por outro lado, o processo de estabelecido para a movimentação de presos dentro do PCPA é posto como uma grande barreira. O preso não tem autonomia para buscar o serviço quando julgar necessário, como acontece extramuros, pois depende de agendamento e uma requisição para movimentação. Em casos emergenciais, onde não há tal requisição, o apenado fica na dependência da disponibilidade da escolta e do acompanhamento do líder da galeria: "O Grupo operacional só vai movimentar o apenado se ele tiver morrendo. Nós não temos o que fazer. Imagina que tem uma equipe aqui só pra ficar levando preso pra lá e pra cá" (ASE1). Ademais, para além da necessidade de escolta, os atendimentos não agendados nem sempre terão acolhimento na unidade de saúde, sobretudo aos finais de semana, em que a equipe de saúde é consideravelmente reduzida:

(...) sábado eu desci com o cara, mandaram voltar, não tinha médico e ele quase morreu dentro da galeria, aí a gente começou a bater grade e levaram ele pro Vila Nova (hospital). O cara teve que descer duas vezes, na primeira só deram um remédio e chegou na galeria e começou a se babar e tive que tirar ele de novo (PP 13).

Esta necessidade de acompanhamento pelo prefeito em casos de emergência é posta também como limitação para o acesso, pois um chefe de galeria tem uma série de afazeres diários para a manutenção da organização do espaço em que vive. Sair da galeria é considerado, por eles, uma perda de tempo. Em uma galeria com cerca de 400 apenados, esta demanda de acompanhamento passa a ser frequente. O grupo de prefeitos aponta a formação de um preso agente de saúde como alternativa para evitar as descidas constantes: "*(...) a gente quer que os agentes de saúde (preso) possam fazer o filtro. Se o cara tá com dor de cabeça, a gente não precisa descer só por causa da dor de cabeça*" (PP7).

O grupo de prefeitos coloca, ainda, que o processo de movimentação faz com que os apenados, às vezes, não queiram descer. Como eles saem em grupo das galerias, não é possível fazer agendamento de horário individual, o que gera um aumento no tempo de espera

para o atendimento: "*Às vezes o cara desce e tem 50 antes dele, fica o dia todo esperando. Aí o cara começa a não querer descer, só se for grave*" (PP7).

No que se refere ao tratamento da Tuberculose, o trânsito na unidade prisional também se configura como uma barreira:

Mas meu pai já morou aqui e passou por isso. Os outros casos, o grande problema é que a medicação não é completa, é só para uns dias e depois tem que pedir. Isso aí dificulta. Toda hora o cara tem que descer. Às vezes não dá pra descer e fica uns dias sem medicação (PP12).

Eu prefiro tomar na galeria. Mas elas não tão deixando porque eu já desisti uma vez. É foda descer todo dia, doutora. Tu perde aqui 2 ou 3 horas só pra tomar um remédio (PT 05).

Finalmente, existe, ainda, o temor, por parte de alguns apenados, quanto à circulação no ambiente prisional no que se refere aos seus pares. Muitas vezes, na circulação, o apenado se intimida com a possibilidade de encontrar inimigos ou membros de outra facção, o que o distancia ainda mais do serviço de saúde: "*(...) tem uns que não querem descer porque tem problema de circulação dentro da cadeia, não quer encontrar um e outro, quando vê, chega lá e dá de cara*" (PP 11).

Diante dos entraves e dificuldades expostos acima, fica claro que não se pode falar em amplo e ilimitado acesso. Nem poderia ser, já que estamos falando de uma instituição total. Retira-se a autonomia dos sujeitos de transitar dentro do próprio espaço – já limitado – em que estão inseridos. Tem-se quase uma re-penalização, quando o indivíduo – que já teve constricta sua liberdade de ir e vir extramuros – tem, também, tal constrição intramuros. As sistemáticas de segurança extrapolam suas fronteiras e invadem o campo da saúde, limitando os indivíduos a buscarem um serviço que lhes é garantido por lei.

6.2.2 Classificação de risco para acesso aos serviços de saúde no PCPA

Dentro de um ambiente tenso como é o sistema prisional, Goffman (1961) já apontava a tendência dos profissionais de segurança em perceberem os presos a partir do estigma de sujeitos não confiáveis. Nesta perspectiva, na prisão, o acesso à saúde está atravessado por representações sociais, que se refletem nas atuações práticas. A imagem que os agentes de segurança penitenciária mantêm acerca das pessoas presas fundamenta uma desvalorização das queixas que os presos manifestam. A fala de um dos agentes de segurança

reafirma esta questão: "Às vezes nem é nada. Eles solicitam enfermagem aqui só pra poder se movimentar, sair da galeria superlotada, dar uma volta." (ASE5).

Este filtro estabelecido pelos profissionais de segurança pode, também, ser visível em uma das visitas que a autora fez no PCPA. Na recepção, enquanto aguardava escolta para seguir até o encontro com a equipe de enfermagem, foi possível presenciar uma situação em que uma advogada solicitava, ao agente de segurança da recepção, uma agenda com o diretor na Unidade prisional. Ela alegava que seu cliente estava com a saúde muito debilitada e que precisava encaminhar a possível transferência dele para o hospital. O agente argumentava que o diretor estava recebendo a equipe da Secretaria Nacional de Segurança e não teria como atendê-la. Neste momento, outro profissional de segurança, que estava de passagem, interveio na conversa com a seguinte fala: "*Isso aqui é SUS, minha senhora. Ele tem que esperar, tem fila. Se fosse urgente assim, já teria descido pra atendimento*". Chamou a atenção que nenhum dos agentes perguntou o nome do preso, ou mesmo a galeria em que estava morando, para que pudesse ser feito algum encaminhamento junto à unidade de saúde. Essa constatação reforça o senso de que a prisão tem como função o cumprimento da pena de privação de liberdade e que as questões de saúde extrapolam esta esfera, não sendo uma preocupação da segurança.

Nesse ambiente, onde a circulação de detentos é restrita e os profissionais de saúde evitam circular, os agentes de segurança penitenciária terminam por exercer um papel diferenciado no que se refere à regulação do acesso à saúde. Muitas vezes, são os agentes de segurança penitenciária que julgam a necessidade de atendimento a partir do pedido do preso e atuam facilitando ou dificultando este acesso (DIUANA *et al.*, 2008). Sendo assim, os profissionais de saúde apontam a importância da equipe de segurança contribuir para o acesso à saúde:

É importante os agentes de segurança serem sensibilizados para eles entenderem a importância do apenado ir até o ambulatório, é eles que têm contato com o preso. Fora que tem muito rodízio de profissional e uns nem sabem sobre os fluxos pra chegar na saúde (ASA 2).

Como já relatado neste trabalho, o acesso ao serviço de saúde no PCPA se dá pela solicitação feita ao agente de segurança pelos familiares ou pelo plantão da galeria. Infelizmente, devido ao alto contingente populacional, a equipe de saúde trabalha de forma reativa. Tal equipe não se desloca às galerias, aguardando, assim, as requisições demandadas pelos apenados. Dessa forma, a decisão sobre quem será encaminhado à unidade de saúde

competem, na maior parte das vezes, ao prefeito da galeria. Considerando que esta organização demanda tempo, o grupo de presos prefeitos, novamente, sugere a implantação do cargo de “preso agente de saúde” para dar conta desta demanda: *"A gente tá numa luta pra ter preso agente de saúde na galeria, pra ficar com os remédios, pra não ter que descer toda hora por causa de uma dor de dente. Hoje até tem reunião. É um preso que vai ter informação pra passar pros outros também"* (PP 9).

Para além de administrar a medicação, os prefeitos demandam que o apenado agente de saúde possa ser capacitado para fazer classificação de risco dos membros da galeria que precisam ou não descer para atendimento e, ainda, colocam que esta é a alternativa para ampliar o acesso:

A gente quer que os agentes de saúde tenham uma capacitação mínima pra avaliar. Por exemplo, o cara tá tomando uma aspirina e quando vê tá com uma infecção no dente que é mais grave e a aspirina não serve (PP 3).

Com o agente de saúde o acesso vai melhorar pois o agente pode descer na enfermaria e tirar dúvida. Hoje, se tu pede dez atendimentos, vai descer um por dia. O agente desce, explica a situação de cada um e pega a medicação de todo mundo, por exemplo (PP 7).

A implantação de um preso agente de saúde fortalece a afirmação feita por Souza et al. (2012) de que, no universo prisional, considerando a posição social que ocupa, o dizer do detento é interdito. As relações de cuidado são mobilizadas envolvendo outros atores e estes, frequentemente, não são os profissionais de saúde: são presos e agentes de segurança que possuem uma série de critérios para estabelecer necessidades e prioridades para o acesso aos serviços. Critérios estes que, normalmente, são avessos às questões de saúde propriamente ditas. Diante deste contexto, parece ser emergente, no PCPA, o desenvolvimento de estratégias que fortaleçam o reconhecimento da PPL como doente, cuja avaliação de demanda e cuidado são de responsabilidade direta do profissional de saúde, e não dos apenados ou profissionais de segurança.

6.2.3 Estrutura Hierárquica das Galerias e o Acesso à Saúde

Embora exista uma hierarquia formal, a disposição de papéis e a organização interna das prisões fogem a esta ordem oficial (THOMPSON, 1976). A relação hierárquica que se estabelece nas galerias entre prefeitos, seus assessores e demais presos apareceu de forma frequente nos grupos focais como entrave para acesso aos serviços de saúde. Este tema é

abordado pelos agentes de segurança com bastante cautela, pois admitir esta autonomia por parte dos plantões parece fundamentar o reconhecimento da divisão do controle da unidade prisional entre as facções e os agentes de segurança. Ao serem questionados sobre possíveis entraves por parte dos prefeitos, um dos profissionais de segurança coloca com cautela: "*Tem pessoas na galeria que cuidam desse acesso. Colocam pressão, desce só se tiver que descer, às vezes, até vendem a consulta médica. É muito complicado aqui dentro.*" (ASEA 4).

Considerando que os atendimentos não agendados dependem de acompanhamento de escolta e dos próprios prefeitos, a busca pelo serviço de saúde acaba se dando somente quando a situação já tem maior gravidade. Nestes casos, os plantões direcionam esforços para o atendimento em saúde uma vez que este é um dos seus compromissos junto à direção geral do presídio para manter a função de liderança. A respeito disso, um profissional de segurança coloca: "[...] *se o cara tá mal eles liberam. Inclusive, se a gente demorar para ir buscar, eles começam a bater grade e dá tumulto*" (ASE 5).

Por mais que a divisão de controle das unidades prisionais entre facções e segurança seja reconhecida por todos os grupos que circulam nesta unidade prisional, a fala dos atores não ligados à segurança deixa esta relação mais exposta. Uma professora que participou do grupo focal realizado com os profissionais de segurança explicita bem esta estruturação:

Você sabe o que é a organização de uma prefeitura de galeria, né? Tem todo um staff. Eles se organizam com muita perfeição. Estamos dentro desses poderes que existem aqui dentro. Se tu não respeitar, você não se aproxima deles. É natural. É uma questão de organização social (ASE3- TF).

Conforme posto por Foucault (2004, p. 137): "[...] em qualquer sociedade, o corpo está preso no interior de poderes muito apertados, que lhe impõem limitações, proibições ou obrigações". Neste sentido, contemplar tal hierarquização e organização nas assistências garantidas dentro das unidades prisionais já é um enorme passo. Porém, tal organização vem seguida de uma forte verticalização de poderes, que é imposta aos seus membros. A falta de autonomia dos presos e a dependência da autorização dos prefeitos para acesso à saúde ficam explícitas na fala de um profissional de saúde:

(...) eles - presos- comentam: bah faz um tempão que queria vir aqui, mas sabe como que é, né?, deu problema na galeria, plantão não deixa...tudo depende muito do comprometimento dele na galeria... aí entra o medo também (ASA 3-TF).

Tem que pensar quando ele não conseguia acessar, os próprios colegas não permitiam o acesso. Da forma como as coisas hoje estão organizadas, sai fora da responsabilidade do profissional de saúde, mas talvez aí que seja nosso ganho. De que forma vamos garantir (o acesso) como profissional de saúde? Mas talvez seja

por aí que temos que começar a pensar. Talvez nosso acesso tem que ser com essas pessoas que determinam quem vem e quem não vem (ASA5 -TF).

O reconhecimento da ingerência sobre o acesso dos presos por parte dos profissionais de saúde, segurança e demais profissionais do sistema prisional, bem como da influência dos prefeitos na determinação deste acesso traz à tona a necessidade de se repensar estratégias para garantir o acesso às políticas assistenciais dentro do PCPA – especialmente, no que tange o acesso e ingresso à saúde. Demonstra, ainda, o importante papel do profissional de saúde em se apropriar de um papel ativo na articulação junto às lideranças das galerias, visando a encurtar o caminho dos presos, submetidos a esta hierarquia, ao serviço de saúde.

6.2.4 Acesso ao Diagnóstico de Tuberculose

Ainda que o foco deste trabalho seja tratamento para TB, entender como se dá o processo de diagnóstico é importante para compreender a relação do sistema prisional com este agravo à saúde. Ademais, é sabido que o diagnóstico tardio interfere diretamente nas questões de tratamento, pois torna o bacilo mais resistente, potencializando a transmissão e aumentando o tempo de tratamento.

O PCPA possui um laboratório de diagnóstico de tuberculose, implantado no interior do presídio em 2010, o que permite que exames para a detecção da doença sejam feitos dentro da própria unidade prisional. Esta estrutura, somada a uma equipe focada em rastreamento de casos e manutenção do tratamento, coloca esta unidade prisional em destaque quanto ao controle da epidemia em unidades prisionais no país. Além disso, o PCPA tem estabelecido um fluxo de rastreamento de porta de entrada em que todos os presos passam por verificação de sinais e sintomas da doença e, se necessário, exames de verificação são solicitados. Contudo, mesmo havendo uma sistemática estruturada para rastreamento da doença, os casos que surgem nas galerias podem ser de difícil acesso:

Todos presos passam por uma triagem. Caso surja na galeria, por uma questão deles, eles vão resolver na galeria se vão descer ou não. Às vezes eles pedem, não são atendidos e pedem para gente para trocaram de galeria. Tem coisas que não temos como acompanhar, como saber se o preso tá suando à noite lá no fundo da galeria? Às vezes a informação vem pelo familiar (ASE7).

Apesar dos entraves relacionados ao acesso dependente da liberação dos prefeitos, ficou claro que estes, quando percebem que os sinais podem estar relacionados à TB,

demandam maior esforço para facilitar o acesso a unidade de saúde prisional. Pode-se inferir que tal esforço se dá, sobretudo, por medo de infecção dos demais moradores da galeria e dos familiares visitantes:

Sempre que tem caso de TB, na medida do possível a gente encaminha pra enfermaria e, na medida do possível, eles chamam para fazer o teste (PP10).

Quando a gente desconfia, a gente pede já pra descer, mas até descobrir ele tá passando (transmitindo a doença) (PP8).

Apesar desta tendência para facilitar o atendimento em casos de TB, a dificuldade de reconhecimento dos sinais e sintomas, também muito comum na população em geral, aparece como um entrave para esta iniciativa. Na descrição do cenário deste estudo, foi apresentada algumas das características da PPL, sendo a baixíssima escolaridade dos presos, a mais prevalente. Este fator que pode contribuir para tal dificuldade de reconhecimento dos sintomas:

Às vezes, o cara que tá lá nem sabe dos sintomas, acha que é do frio. A gente que sabe um pouco mais, se ele começa a tossir muito, a gente já encaminha. Tem outros ali que já tiveram esta doença e ajudam a identificar (PP 1).

Eles têm muitas dúvidas, embora a gente sempre faça campanha explicando. Eles têm muitas dúvidas porque tosse dentro do Presídio é uma coisa normal porque todos fumam, então para eles é considerando uma coisa normal, então a gente tem que investigar muito bem (ASA1).

Soma-se a esta falta de reconhecimento dos sinais e sintomas, todas as limitações de acesso já relatadas, o que gera uma busca pelos serviços de saúde apenas quando a situação já está exacerbada. Este fator também contribui para disseminação da doença na unidade prisional uma vez que, não estando em tratamento, o indivíduo transmite a doença com maior facilidade:

A sintomatologia, ele só vai dar bola na hora que começar a ser grave. Então, se ele sentir falta de ar, ele irá dar importância. Se ele perceber sangue ou raios de sangue no catarro ele irá dar importância. Então, ele dá importância só quando os sintomas se exacerbam (ASA 4).

Diuana *et al.* (2008) já haviam apontado o não reconhecimento dos sintomas como entrave para o diagnóstico. Por outro lado, levando em conta as várias indisposições que uma solicitação de atendimento pode gerar ao preso, esta busca por atendimento somente a partir da exacerbção dos sintomas deve ser vista para além da falta de informação. Como já apontado por Sanches (2006), os obstáculos para a detecção de casos da doença no sistema prisional são múltiplos e pode-se destacar, principalmente, a subvalorização de

sinais/sintomas da TB num ambiente violento em que a preocupação com a sobrevivência é prioritária.

Ainda nesta perspectiva, o trabalho de colocar o dito em relação ao não dito dos apenados portadores de TB é bastante revelador para uma compreensão profunda desta problemática. A respeito disso, um dos prefeitos coloca: "[...] às vezes o cara não tem catarro na hora, aí sobe de volta e começa a tossir e pede pra descer. Aí o guarda fala: ah, não! Recém desceu e não tinha nada. Ai o cara só volta quanto tiver sangue" (PP7).

Souza *et al.* (2012) colocam que as causas de atraso no diagnóstico da TB em sistema prisional são diversas, mas todas contextualizadas na experiência do adoecimento em uma instituição disciplinar, redutora de autonomias, bem como em formações discursivas que definem papéis (por construção social) e motivam visões acerca dos sujeitos no interior da rede penitenciária. Diante da falta de reconhecimento dos sinais e sintomas, o trabalho intersetorial e ativo aparece como uma alternativa para superar esta barreira:

É importante o grupo que trabalha no ambulatório ter um treinamento. Eu sou nutricionista e atendo todas as demandas, e às vezes, eu chego pra enfermeira e digo: estou com um cara que está emagrecendo, suando muito, quem sabe vamos fazer um exame para ver se ele está com tuberculose. Já aconteceu deles estarem com tuberculose mesmo (ASA 6 - TF).

O esforço intersetorial deve ultrapassar o grupo de profissionais da saúde uma vez que estes só têm contato com o preso quando ele consegue acesso à unidade. É preciso, também, envolver a equipe de segurança, que possui maior contato com os apenados: “*Se a equipe técnica do segundo andar (segurança) souber identificar os sintomas e sinais, ela irá saber indicar, pois lá é o primeiro lugar que ele vai quando chega no Presídio.*” (ASA 1 - TF-).

Esta proposta de trabalho integrado demanda a criação de estratégias de informação e sensibilização para os profissionais de segurança, pois estes, assim como os presos, têm dificuldade de identificação dos sinais e sintomas, além de estarem expostos à contaminação: “*O grupo operacional não tem como identificar, não sabemos sobre a doença. Apenas o grupo daqueles que estão dentro do ambulatório que conhecem o que é a tuberculose*” (ASE 1 - TF).

Diante do que foi exposto, pode-se perceber que a ideia comum de que o diagnóstico da TB em presídios é mais fácil por todos os presos estarem ao alcance das intervenções de saúde não se confirma na prática. A partir desta análise, percebe-se que é um contrassenso falar em facilidade e melhor acesso à saúde dos presos. Ainda que, desde 1946, a OMS

declare que saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade, tal ideia representa um ideal impossível, pois é inimaginável uma pessoa em “completo bem-estar físico, mental e social”. Tal concepção, para a pessoa presa, seria ainda mais inviável. Mesmo que se resolvessem questões relativas à superpopulação carcerária e às condições insalubres das instituições, restaria o estresse devido ao encarceramento.

Estas informações reforçam a percepção de que a privação de liberdade não se limita à reclusão do indivíduo ao cárcere. Verifica-se que o trânsito dos presos é um limitador importante para o acesso aos serviços de saúde. Pelo alto contingente prisional, o trabalho das equipes de saúde é reativo. Ainda que exista uma análise inicial de todos os indivíduos que ingressam no ambiente prisional, uma vez, na cela, tal preso só acessará novamente o serviço de saúde de acordo com sua demanda. Ou seja, no caso de um preso ingressar hoje em uma cela com um paciente que está com tuberculose, este só procurará o serviço de saúde, se procurar, quando perceber os sintomas exacerbados. Por sua vez, esta procura esbarra em todas as barreiras supra-apresentadas. Percebe-se, então, rapidamente, o desafio que é conter tal doença no ambiente prisional. Isto porque:

- a) muitas vezes, o preso não tem informação suficiente quanto à doença;
- b) ainda que tenha as informações, o acesso ao serviço de saúde depende da autorização do chefe de galeria e da comunicação do problema (via bilhete) ao serviço de saúde;
- c) do aguardo do atendimento, existindo fila de espera; e,
- d) a dependência da segurança e da escolta.

Algumas das barreiras estruturais e hierárquicas de acesso foram abordadas, porém se tem a consciência de que as barreiras individuais são inesgotáveis. Como qualquer outro tratamento, o indivíduo possui, também, seus medos e experiências que podem o afastar do serviço de saúde.

6.3 O DESAFIO DA MANUTENÇÃO DO TRATAMENTO

O tratamento da tuberculose precisa ser compreendido em sua complexidade para alcançar seu êxito. Apesar das drogas serem efetivas contra o bacilo, o que vai determinar sua realização é o comportamento dos indivíduos, também influenciado pelo contexto em que estão inseridos. Tendo em vista que, sobretudo na prisão, o tratamento não se dá em uma cotidianidade qualquer, mas em uma singularidade e uma especificidade própria, é

fundamental conhecer e compreender os modos de existir das pessoas privadas de liberdade e dos demais grupos que convivem nestes espaços com a doença e seu tratamento (SANTOS; SÁ, 2014). Nas seções a seguir, serão apresentadas as questões da dinâmica de vida e das relações que se estabelecem no ambiente intramuros e que estão relacionadas ao tratamento da TB.

6.3.1 Descrença na autonomia dos pacientes

No contexto da hierarquia social do PCPA, o preso em tratamento para TB é, na maior parte das vezes, culpabilizado pela não adesão ao tratamento e visto como alguém que não tem preocupação com a saúde: "*Eles usam crack e não tomam banho. Se o cara não tem consciência que precisa tomar banho, fazer a higiene pessoal, imagina se ele terá noção que precisa se tratar*" (ASE8). Pode-se entender que a culpabilização do preso já está internalizada nestes servidores, que estão inseridos em uma sociedade extremamente punitivista, que vê as pessoas presas como a escória social. Ainda que conheçam as realidades dos presídios, os servidores são, antes de tudo, pessoas que possuem crenças e valores próprios. Muitas vezes, tais valores esbarram e deságuam na culpabilização do preso como alguém não merecedor de qualquer autonomia e desprovido de qualquer cuidado, até mesmo com sua saúde. Em uma instituição na qual o controle é a característica que norteia as práticas diárias, percebe-se que as questões de segurança invadem a área da saúde. Isso fica evidenciado quando o preso é posto como sujeito que precisa de vigilância para manter o tratamento:

Toda vez que tu tens um tratamento que é controlado pelas técnicas, tu pode ter certeza que o tratamento anda bem. Agora quando entra no controle do paciente e daí tu vai depender dele para aderir ao tratamento porque quando tem baixa escolaridade, ele percebe o desaparecimento dos sintomas, ele acha que está bom e ele se sente em condições de parar o tratamento (ASA 3 -TF).

[...] porta de entrada é mais fácil que porta de saída. Veio de abandono, não tem choro: direto TDO. Agora a porta de saída, ele que tem que procurar a unidade. Hoje a gente fala que se a gente pudesse escolher, não deixava o paciente sair. Aqui a gente garante a cura (ASA2 - TF).

É interessante observar que a mesma prática da revista nas galerias, em que o preso é altamente inspecionado, também é sugerida para as questões do tratamento:

Apenado tem que tomar remédio todos os dias, e eles não tomam, e a gente tem que descer com eles, e os profissionais tem que dar o remédio na boca. É assim para

outras doenças como HIV, eles não fazem o tratamento. E tem que olhar pra ver se engoliu (ASEA3- TF).

Às vezes, o preso desce e ele nem chega na enfermaria e já volta. A enfermeira nos aciona, pergunta cadê ele e ele nem se apresenta. Fica no meio dos outros e não toma, tem que ficar em cima o tempo todo (ASE5).

A descrença na autonomia do apenado na manutenção do tratamento também é compartilhada pelos prefeitos, que colocam a necessidade destes pacientes serem controlados nas galerias pelo preso agente de saúde:

Tem uns que não tomas de birra, acham que não vai dar nada. É ignorância mesmo, dona (PP12).

O preso não gosta de descer pra tomar o remédio. Então tem que dar pro agente de saúde (preso) e ele faz o outro tomar todo dia, controla, entende? Se ele não tomar, vai embora (PP11).

É interessante observar que, quando questionados sobre o tratamento que realizam para combater a tuberculose, os doentes o reconhecem como único caminho para alcançar a cura a qual, para eles, mostra-se como um desafio pessoal, pois assumem o tratamento como um compromisso necessário para a vida, uma obrigação para com a sua própria saúde:

Tu tem que querer. Se tu não quer, não vai ser plantão, nem ninguém que vai te ajudar (PT4).

Eu escolhi me tratar. Ela perguntou se eu tinha certeza que conseguiria me tratar na galeria, sem ter que descer todo dia. Eu quero morrer de outro jeito, não de TB. Sei que se não tomar, ligeirinho, dou vaga (morro). Minha mãe não se tratou e morreu de TB. O negócio é eu me tratar (PT1).

Os presos, habitualmente, são considerados como indivíduos submetidos à ordem carcerária, a quem é negada a condição de doente. É possível perceber a descrença na autonomia dos pacientes para o controle do tratamento. Vale lembrar que os apenados, antes da reclusão, não viviam em um cotidiano regrado e já está posto o quanto o tratamento de TB exige disciplina. O desenvolvimento de tal disciplina parece ser imposto dentro do PCPA, quando se sugere uma série de aparatos da área segurança para monitorar o tratamento. É preciso avançar nesta questão no sentido de fortalecer processos de *empowerment* do doente de TB apenado com a finalidade de desenvolver seu protagonismo no desenvolvimento do projeto terapêutico (SOUZA *et al.*, 2012).

6.3.2 Agentes de Segurança e o cuidado em saúde

Thompson (1976) apresenta o sistema social da prisão destacando os agentes de segurança como detentores de uma cultura de comportamentos adotados pela vivência dentro da instituição. São eles que vão lidar, diariamente, com os internos e manter a segurança e a ordem, o que os põem numa situação de tensão ao mediar dois conjuntos de regras: formal e informal. A relação entre presos e agentes de segurança é permeada pela eminência do conflito e pela necessidade da manutenção do controle. Varella (2012) pontua que cumprir expediente em contato direto com homens enjaulados não é uma profissão qualquer. Exige equilíbrio psicológico e atenção permanente. A tensão é constante. Viver em estado de alerta cria um clima de estresse generalizado, que é inerente a esta atividade profissional. A fala de um profissional de segurança representa a tensão desta relação: "[...] *se a gente não for repressivo, vamos ser vítima. Eles não aceitam o brigadiano. O sistema deles - do portão da galeria pra dentro é outra coisa. Mas a gente tem que se fazer respeitar.*" (ASE5-TF).

É inegável que as condições não são propícias para o bom desenvolver das atividades. Soma-se ao contexto prisional brasileiro a baixa mão de obra, servidores, que, em muitos casos, não são qualificados para a dinâmica prisional, tampouco sensibilizados quanto à pluralidade do contexto de violências aos quais muitas das pessoas levadas ao sistema estão submetidas. Ao que tange o PCPA, tem-se uma realidade distinta da maioria das unidades prisionais do país. Usualmente, os presídios possuem agentes prisionais em suas estruturas, que são responsáveis pela segurança e deslocamentos dos custodiados. Tal categoria é distinta da carreira policial, não havendo poder de polícia. Isso é diferente do ocorre no PCPA, onde “quem prende, cuida”, já que a Brigada Militar é a responsável, também, pelo presídio. Não existe uma preparação específica para o policial militar atuar como agente de segurança. Estes profissionais são, institucionalmente, treinados para atuar na repressão ao crime, e não na custódia permanente de indivíduos infratores.

Castro (1991) coloca que o sistema social das prisões se encarrega de incluir o apenado, desde a sua chegada, na mais baixa posição social. Nesta perspectiva, a tradição de distanciamento e tentativa de separação de papéis é, também, assimilada por parte dos apenados, que assumem esta a concepção da necessidade de se manter distanciamento nas relações: “*Aqui é cadeia. Não é lugar de carinho. Estamos aqui pra pagar pelo que fizemos e a segurança tem que fazer os lances deles pra manter a ordem*” (PT04).

No que tange aos processos relacionados à saúde, o ponto chave é que a equipe de segurança se estabelece como elo entre os apenados e este serviço, uma vez que tem papel

fundamental da regulação do encaminhamento dos pacientes. Tal dependência é um dos grandes entraves para o cuidado em saúde. No âmbito do relacionamento entre agente de segurança e detento, uma possível relação de cuidado é tida como sinal de rebaixamento e submissão, características inaceitáveis para a manutenção da imagem de “força” e “poder” reivindicada pelos dois polos desta interação (DIUANA *et al.*, 2008).

Ainda nesta perspectiva, esta separação entre agentes de segurança e presos insere-se na lógica das estratégias defensivas das identidades. Isso é explicitado quando, por exemplo, os agentes de segurança penitenciária não tomam a iniciativa de ajudar a monitorar os pacientes em tratamento, uma vez que isto poderia acarretar em problemas para ambas as partes: “[...] *todos temos que trabalhar juntos, mas não é nossa função. Imagina eu chamar o cara na alegria e perguntar: e aí meu, tomou o remédio? Vou ficar mal entre meus colegas*” (ASE3-TF).

Esta relação tem ainda outro ponto de tensão que pode causar prejuízos ao apenado. É sabido que, na unidade prisional, existem os *presos informantes* e, por isso, uma relação mais próxima entre apenado e agente de segurança pode vir a gerar desconfiança por parte do grupo: “*É muito complicado pra gente se aproximar do preso. Fica ruim pra ele que vai passar por cagueta e pra nós, que vamos ter que explicar pros nossos colegas. Aqui é tudo muito complexo*” (ASE -TF5).

Por outro lado, Varella (2012) aponta que a convivência diária dos profissionais de segurança com a realidade tensa e violenta do sistema prisional não seria possível se trouxessem para o ambiente intramuros o que serve de base para as relações humanas. Entretanto, o fato de manterem certa frieza diante do contexto, não significa que não reconheçam a complexidade da vida do apenado: “*A vida deles aqui não é fácil. Se tu conhece bem o fundo da cadeia, tu vai ver que viver aqui é muito difícil*” (ASE 7 - TF).

Ainda que seja inegável a responsabilidade direta do profissional de saúde com o doente, se faz primordial a participação de outros atores neste cuidado interdisciplinar. Como apresentado, percebe-se que uma das estratégias possíveis dentro os desafios diários do sistema prisional é a sensibilização do profissional de segurança em temas afeitos à atenção e cuidado da pessoa privada de liberdade. Uma vez que este servidor tem imbuído em si um importante papel do Estado, cabe a ele também resguardar os direitos da PPL. Não diferente o direito à saúde. Neste contexto, deve ser destacado o papel destes servidores como agentes de socialização de toda população privada de liberdade, cabendo a eles, também, melhorias que impactarão o acesso à saúde.

6.3.3 O tratamento para TB na perspectiva da vinculação com os profissionais de saúde

Dentro e fora das prisões, considerando o tempo de tratamento e todas as limitações impostas pelo contexto dos pacientes, a adesão tende a ser menor se a comunicação e a interação entre o doente e o profissional de saúde são deficientes (SOUZA, 2010). Ao mesmo tempo em que os indivíduos privados de liberdade são usuários do sistema de saúde, são, também, pessoas cumprindo pena por delitos, que estão sujeitos a julgamento moral e que podem desequilibrar a relação entre o profissional e o apenado. No PCPA, é possível perceber um esforço por parte dos profissionais de saúde em separar a esfera da saúde e da condenação: *“Quando eles chegam aqui pra iniciar o tratamento, eu faço o maior esforço para não tomar conhecimento do que ele fez pra estar preso. Eu não quero saber disso, pois aqui o meu interesse é a saúde do preso e não a conduta dele lá fora.”* (ASA11).

Goffman (1961) aponta que, na prisão, há uma tendência de mortificação do eu. Uma das estratégias para isso consiste em fazer o indivíduo entender que será tratado como mais um objeto dentro da instituição, despojado de qualquer peculiaridade, igualando-se, na baixa importância, aos demais internados. Entretanto, a equipe de saúde consegue romper com esta característica, tão prevalente nas demais áreas, como pode ser observado na fala de um apenado em tratamento:

Depois que tu consegue chegar pra tratar, as gurias te tratam bem e até nos chamam pelo nome, elas sabem quem eu sou. No início, eu tava revoltado, não queria descer pra tratar de jeito nenhum. Mas aí elas diziam: fulano, a gente quer te tratar, cuidar da tua saúde. Não importa a pena. Importa a tua saúde (PT02).

Destaca-se como fator positivo o acolhimento e vinculação entre serviço e usuário, permitindo a identificação das necessidades individuais e as condições de vida as quais o sujeito está submetido. A partir disso, torna-se possível desenvolver um processo terapêutico adequado para cada indivíduo, avaliando-se, inclusive, a condição que este tem de fazer uso da medicação na galeria, se TDO.

Diferente dos agentes de segurança e prefeitos, que simplificam a não adesão ao tratamento na falta de vontade do preso, os profissionais de saúde reconhecem que o contexto impõe limitações que precisam ser superadas, dentre elas, a garantia de acesso ao tratamento:

Eles têm medo de estar com tuberculose e não chegar ao atendimento de saúde. A casa é muito grande. É uma doença que eles sabem que se não tratarem, eles

morrem. Única coisa que apenado tem medo mesmo é de morrer. Então, a gente busca garantir para eles que serão tratados e que chegarão até aqui (ASEA4).

Quando ela disse que eu tava com TB, eu falei: eu sei que eu já fui ruim pra muita gente, mas não me deixa morrer. Aqui no ambulatório a gente vê que apesar de tudo tem gente que faz algo de bom pra gente nesse mundo (PT02).

Outra pontuação interessante é que os profissionais de saúde se permitem não massificar a população carcerária, reconhecendo que o comportamento de um apenado não representa o comportamento do grupo:

[...] tem gente consciente que se preocupa com sua saúde e de seus familiares. Mas, tem gente que não. Um preso disse que se ele pudesse passar pro maior número de pessoas, melhor. É uma coisa particular dele, mas na grande maioria conseguimos conscientizar do tratamento e de tomar os remédios do jeito certo (ASA1 -TF).

Ainda que tenham singularidades e que seja importante não massificar esta população, é fundamental considerar que o grupo de pessoas privadas de liberdade, em sua maioria, possui baixíssima escolaridade. Albuquerque *et. al* (2007) aponta que a o analfabetismo e escolaridade inferior ao ensino médio se relacionam com maior probabilidade de abandono de tratamento. O grupo de profissionais de saúde coloca esta questão com um dos grandes limitadores para a adesão ao tratamento:

No início, é explicado que o tratamento dura seis meses e que os primeiros dois meses é um tipo de tratamento. A gente corta a cartela em dois para os primeiros quinze dias e quatro comprimidos soltos. A gente explica como toma, 4 comprimidos juntos, toma no mesmo horário, mas parece que não entra na cabeça deles. A gente não enxerga como algo difícil. Mas eles, sim (ASA -TF).

O cuidado em saúde nos ambientes prisionais é expresso por ações, em sua maioria, prescritivas e condicionadas ao mérito da pessoa privada de liberdade e ao direito a ela concedido, seja por seus pares ou pelos profissionais de saúde. É necessário promover uma reflexão para reduzir a realidade de desigualdade e exclusão a que estão submetidos aqueles que vivem em prisões (SANTOS; SÁ, 2014).

Fica evidenciado que, durante o processo de tratamento para TB, na maior parte das vezes, os profissionais de saúde conseguem manter um contato frequente com os pacientes, fator bastante positivo para adesão. Por outro lado, é importante que estes profissionais vejam o processo terapêutico a partir da perspectiva do paciente para que seja possível o desenvolvimento de estratégias que superem a falta de compreensão por parte dos presos, reconhecendo o usuário como sujeito do seu tratamento.

A simples responsabilização do paciente, uma vez que tais profissionais sabem dos desafios e a realidade que os afligem nas dinâmicas do sistema prisional, é uma incumbência que pode ser minimamente compartilhada com todos os agentes da comunidade prisional. Ademais, para Couto *et al.* (2011), a compreensão ampliada de saúde é fundamental, pois a doença em si, sobretudo nas prisões, não se constitui como o único fator para a fragilidade dos pacientes.

6.3.4 As relações sociais e o tratamento para Tuberculose

Na prisão, o corpo não é mais um corpo individual, apesar de o ser. O corpo agora tem uma aproximação grande com outros corpos. É a experiência de viver em grupo dia e noite (PINTO, 2008). Entre os detentos, a convivência diária por longos períodos promove trocas e estabelece vínculos, propiciando a organização de grupos que funcionam com regras próprias, o que torna ainda mais complexa a vida nesses estabelecimentos (DIUANA *et al.*, 2008). Vale ressaltar, também, que o pertencimento grupal é fundamental para a garantia de segurança em um ambiente de constante tensão, onde várias facções rivais dividem o mesmo espaço.

Goffman (1961) aponta que uma das principais características das instituições totais é a exposição contaminadora a que os indivíduos são submetidos. O preso, por exemplo, nunca está sozinho, sendo sempre objeto de vigilância e observação. Não lhes é dada privacidade e, assim, é muito difícil para o apenado manter sigilo em relação ao seu diagnóstico. Nesta perspectiva, estar com TB é também estar em risco de exclusão:

Me sinto muito oprimida²⁷ aqui dentro. Já me mudaram de cela porque tinha tuberculose. Fiquei 3 dias usando máscara, depois me disseram que era obrigado porque a tuberculose pega no ar, só que várias pessoas se afastaram de mim por causa disso. Já sofri agressão verbal por causa da tuberculose. Deito longe porque ninguém quer dormir e conversar comigo (PT1).

É difícil, para o preso com tuberculose, conviver com a enfermidade no cotidiano complexo da prisão. Por isso, para controlar a doença, nestes espaços, é necessário lidar com as singularidades que envolvem, não apenas o processo saúde-doença, mas a dinâmica de vida no ambiente intramuros, caracterizada, na maioria das vezes, pela violência em suas diversas

²⁷ Paciente em tratamento moradora da galeria das travestis. Manteve-se a fala no gênero feminino, conforme exposição da entrevistada.

formas (SANTOS; SÁ, 2014). Ao se descobrir com TB, o apenado também se depara com o medo da exclusão, uma vez que este passa a ser visto como alguém que apresenta risco para a manutenção da ordem da galeria e, neste sentido, os plantões apontam o isolamento como necessário: *“A gente acha que o preso que tá com tuberculose tem que ser isolado por um tempo. Não dá pra ficar todo mundo respirando o mesmo ar que ele”* (PP2). A falta de informação, por parte dos presos, em relação às formas de transmissão da TB gera uma série de práticas preconceituosas e que estigmatizam²⁸ o doente, colocando-o como pessoa menos digna diante do grupo, o pode ser observado nas falas abaixo:

[...] aí eles querem usar o mesmo material dos outros caras e não pode. Aí tem que tirar da galeria (PP 4).

Só do cara falar que tá com tuberculose, os caras já nem conversam mais com a pessoa. Aí complica, vem criança, vem visita. É difícil de manter o cara (PP 11).

Não ser conhecido como um portador de tuberculose parece ser um recurso de proteção contra a exclusão. Alguns apenados mantêm sigilo sobre a doença, contando que têm outra patologia que possa ser melhor aceita:

Quando eles estão com TB, nós damos alimentação extra para ajudar na adaptação dos remédios. Tem uns que não querem levar a caixa de leite para a galeria, pois todos sabem que quem ganha este leite tá em tratamento pra TB. Eles dizem que é diabetes, cardiopatia, mas não dizem que é TB (ASA7- TF).

No que tange às estratégias para o fortalecimento do tratamento, a coerção aparece como um recurso fortemente utilizado pelos prefeitos para que os apenados com TB mantenham o tratamento. Santos e Sá (2014) apontam que, em situações de confinamento e restrição de liberdade, segundo um processo de adaptação à realidade carcerária, os conflitos e tensões entre os diversos atores impõem aos sujeitos uma tendência a dar a prioridade aos problemas ligados à segurança e à sobrevivência imediata:

[...] a gente não tem o controle total dos nossos presos. Eles podem descer, botar o remédio na boca e jogar fora. Aí a guarda chama nós pra ver o que ta acontecendo e se ele não tiver tomando remédio, a gente manda isolar. Se ele não quer se tratar, não deixamos entrar na galeria (PP 11).

[...] a família tem que ajudar, incentivar, o que importa pra gente é a família. A família tem que dizer, toma ou a gente não vem mais (PP7).

²⁸ Nos estudos da sociologia, o conceito de estigma social está relacionado com as características particulares de um grupo ou indivíduo que seguem o oposto das normas culturais tradicionais de uma sociedade. Este conceito será abordado com maior profundidade no próximo tópico deste trabalho.

Outro importante ator tem papel fundamental na adesão ao tratamento do preso: a família. Pode-se dizer que a influência positiva destes atores nos doentes privados de liberdade ocorre de duas formas. Primeiramente, ao passo em que temem e se preocupam com o bem-estar de seus familiares, preocupados em não se tornarem transmissores da doença para seus entes queridos, os pacientes aderem ao tratamento. Outra forma é a sensibilização reversa, sendo realizada pelos próprios familiares ao solicitarem que a pessoa em tratamento se cuide, demonstrando a importância e o afeto com aquele indivíduo. O estudo demonstrou que o acolhimento familiar aparece como o principal instrumento de sensibilização dos presos em tratamento:

Os presos que não tem visita não tem nada a perder. Não tem ninguém por mim. Então eles não se importam. Eles não têm estrutura familiar na rua. E estes são os mais difíceis de aderir. Quem pressiona é os que tem visita, pois eles se preocupam com a família (ASEA3).

Um apenado em tratamento, que não tem visita constante, coloca que a ausência de familiares os deixa ainda mais sensíveis dentro do presídio: *“É horrível não ter uma família do lado. Se tivesse, me sentiria menos oprimido do que me sinto. Eu não tenho ninguém pra me trazer um sabonete, uma pasta de dente”* (PT01). Ainda que a família não tenha convivência diária com o apenado, uma vez que o contato é limitado a, no máximo, duas visitas na semana, o desenvolvimento de estratégias para informação e sensibilização dos familiares em relação à doença se consolida como uma importante estratégia para o fortalecimento da adesão ao tratamento; não no sentido de coagir, mas de apoiar na superação dos desafios impostos por esta longa jornada terapêutica a ser cumprida em um ambiente de extrema tensão.

É estranho, mas aqui eu vejo mais a minha família do que quando tava lá fora. A minha irmã vem e sempre pergunta se tô tomando direitinho, se tô sentindo isso ou aquilo. A minha mãe não vem, mas quer saber também. Acho que é por isso que lá fora eu larguei e aqui dentro eu comecei de novo e terminei. Aqui a minha irmã apoia, as gurias da Tuberculose também (PT03).

Num ambiente de reclusão, ao mesmo tempo em que os encarcerados perdem contato com alguns valores humanos, acabam fortalecendo outros. Se, por um lado, o ambiente violento da cadeia os torna mais frios e duros; por outro, a privação de liberdade faz despertar uma necessidade de aproximação maior com a família e valorização dos laços familiares. Ainda, tornam-se presentes um compadecimento e uma solidariedade vital entre pessoas que

estão em situações-limite. Forma-se, assim, um paradoxo interessante: o algoz embrutece-se e enfurece-se com o Estado, mas humaniza-se e compadece com seus familiares e pares.

6.3.5 O trabalho em rede e sua importância para a cura da TB

A tuberculose é uma doença notoriamente conhecida pela facilidade de transmissão. Diz-se, comumente, que é uma doença que circula, e não diferente devem ser as estratégias para seu combate. Especialmente ao que se refere ao PCPA, limitar o êxito nas ações de combate a TB para o serviço de saúde parece não ser suficiente. O trabalho em rede, interno e interdisciplinar, com os demais agentes de socialização das unidades prisionais aparece como fator importante para a manutenção do tratamento. A despeito dessa realidade, o trabalho no PCPA vem sendo exitoso quando se comparam os índices de cura dentro do presídio com os índices externos. Assim sendo, quais ainda são os desafios identificados nesta produção?

Percebeu-se, nas análises realizadas, que as barreiras e as dificuldades apresentadas para o tratamento do apenado não se encerram e se limitam aos muros das unidades prisionais. Foi possível identificar três questões externas limitadoras ao acesso e ao tratamento do apenado: (i) a comunicação entre as unidades prisionais nas transferências dos presos-pacientes; (ii) o trabalho em rede com os serviços extramuros; o (iii) estigma e a discriminação social.

Ao que tange o item (i), verificou-se que, embora alguns apenados já estejam morando²⁹ no PCPA há mais de uma década, esta casa prisional tem como principal função custodiar presos provisórios, ou seja, sem condenação ou em trânsito para julgamento. Esta característica aparece como uma barreira para cura. Os presos em trânsito, por exemplo, acabam interrompendo o tratamento por falta de medicação: *"Os nossos presos, a gente controla a medicação pra não faltar, mas aí vem da rua e não tem. Por que as outras cadeias não mandam a medicação pra cá? O cara fica 15 dias aqui e fica sem medicação."* (SEA3). Da mesma forma, os presos que são transferidos do PCPA, embora saiam com medicação suficiente para 15 dias, não são monitorados a respeito da continuidade do tratamento em outra unidade prisional ou na rua:

²⁹ Os presos, sobretudo os que já estão há bastante tempo privados de liberdade, utilizam o vocábulo morando para identificar a situação de reclusão. "moro na primeira do F (galeria)"; "To morando aqui há 3 anos"; "Moro com mais de 300 na galeria".

Quando o nosso preso vai em transferência ou liberdade, a gente manda medicação por alguns dias. Elas explicam bem direitinho como eles tem que fazer. Mas não temos como saber o que aconteceu depois que ele sai (SEA4).

Eles são orientados quando saem daqui a procurar os serviços de saúde. Um problema é que a maioria não tem endereço. A gente libera um e-mail para vigilância. Eu tenho uma lista de vários em abandono que nunca mais apareceram aqui e nem em lugar nenhum. Isso ainda é um ponto de interrogação (ASA1).

Diante deste cenário, os profissionais apontam a emergência de um sistema de prontuário eletrônico interligado entre as casas prisionais e, também, com as unidades de saúde para que os apenados possam ser monitorados em relação ao tratamento e vinculação em casos de transferência ou liberdade.

No que concerne o item (ii), vale ressaltar que o próprio manual de recomendação para tratamento da tuberculose do Ministério da Saúde resalta a importância do referenciamento externo:

A vigilância de tuberculose em instituições como presídios, albergues, asilos e outras instituições de longa permanência precisa ser organizada de forma que haja a busca periódica de casos, investigação diagnóstica, exame de contatos quando da ocorrência do caso bacilífero e TDO. *Cabe aos responsáveis pela vigilância epidemiológica estadual e municipal organizar as ações junto a essas instituições e estabelecer fluxo de informações integrado aos serviços de saúde* (BRASIL, 2011, p. 189, grifo nosso).

O tratamento em liberdade aparece como uma das principais barreiras para a cura da TB. Sem a vinculação já estabelecida com os profissionais de saúde do PCPA, a manutenção do tratamento fica mais difícil:

Eu saí, voltei a usar droga e larguei tudo. Voltei pra cá e tive que começar do zero e agora é um ano e meio. Antes era seis meses. Acho que isso foi pra eu aprender a dar valor à liberdade (PT04).

Lá fora, ninguém que tá aqui vai se tratar. Lá é correria. Aqui é mais difícil de largar. Elas são rígidas. Se ela vê que eu não tô fazendo direitinho na galeria, nem tem conversa, vou ter que descer todo dia e tomar na frente dela (PT03).

Somado a todos os males que a prisão causa no indivíduo, existe uma comum a todos os que ali passam: o estigma, a discriminação e a desvalorização pessoal. Se o acesso a uma unidade de saúde, para o indivíduo de uma comunidade vulnerável, já se faz árduo, a do egresso do sistema prisional é acrescida pela marca que este possui em seu passado:

"[...] teve um paciente nosso que disse que falou para esposa procurar o posto de saúde e ela foi discriminada e não atendida. Se ela não foi atendida, imagina ele que é ex-presidiário? A discriminação ainda é muito grande." (ASA 6).

A experiência do cárcere deixa marcas não apenas no indivíduo que cometeu o ilícito, mas que se alastram para seus familiares, amigos, empregadores e demais membros da comunidade. A maior marca é o estigma social, apresentados no item (iii), que a pessoa privada de liberdade carrega ao sair do sistema e retornar à sociedade. Goffman (1975) define o estigma como uma marca, visível ou não, que torna a pessoa diferente do que a coletividade espera dela. O autor aponta, ainda, que, na sociedade moderna, os estigmas não são, necessariamente, marcas corporais visíveis, podendo ser marcas construídas socialmente. Nesta perspectiva, o indivíduo, ao sair em liberdade, além de carregar o estigma de ex-presidiário, tem sua condição acrescida quando a ele se soma a tuberculose, tornando-o ainda mais vulnerável.

Historicamente, a representação desta doença é de extremo temor. O medo de informar familiares e pares a respeito da doença e de acabarem isolados dos laços familiares faz com que muitos dos pacientes não iniciem o tratamento ou, uma vez iniciado, não continuem corretamente. Se o receio de não ser aceito do âmbito familiar já é crucial para o indivíduo da comunidade, quando pensamos no egresso do sistema, isso se mostra ainda mais importante. Depois de um período de institucionalização e distanciamento da família, ao retornar, tal indivíduo temerá ser distanciado, novamente, de seus laços. Muito comum é, então, a descontinuidade de tratamento quando em liberdade.

Ademais, o cárcere descaracteriza em muitos níveis as características e a valorização pessoal do indivíduo. Desta forma, estes sujeitos receiam, também, buscar os serviços de saúde e serem constrangidos, ou não acolhidos, pelos servidores devido ao seu prévio *status quo*. Não são raras as queixas de egressos que não são atendidos em unidades básicas de saúde, visto sua condição prévia de privado de liberdade.

Diante do que foi exposto, o trabalho em rede se apresenta como condição fundamental para a cura da TB em PPL. A intersetorialidade deve envolver tanto os profissionais de segurança, no sentido de dar atenção a esta questão, sobretudo nos processos de transferência dos presos entre as unidades; quanto à vigilância em saúde do município e do Estado para os casos em que o preso sai em liberdade. Finalmente, promover a saúde e, especialmente, a luta contra a TB nas prisões implica uma reflexão conjunta dos atores da comunidade carcerária de detentos, familiares, agentes de segurança, profissionais de saúde, todos eles expostos a TB, levando em conta as especificidades epidemiológicas, sociais e psicológicas desse meio altamente hierarquizado.

7 CONCLUSÃO

Neste trabalho, objetivou-se identificar os possíveis fatores que influenciam na adesão e seguimento do tratamento de Tuberculose no sistema prisional. Após esta trajetória de pesquisa, pode-se perceber que os desafios para as referidas questões se encontram, principalmente, em quatro planos: (i) individual, (ii) estrutural e hierárquico estatal - PCPA, (iii) estrutural e hierárquicos paralelos; (iv) fatores externos.

No plano individual (i), tem-se que o acesso aos serviços de saúde e à adesão ao tratamento possuem barreiras estabelecidas nos próprios desafios pessoais dos indivíduos privados de liberdade, que são somados àqueles impostos ao paciente com tuberculose em um ambiente prisional. Inicialmente, entram nessa esfera as referências de autocuidado destas pessoas, que, muitas vezes, não colocam a saúde como prioridade. Percebe-se, ainda, que a desvalorização da pessoa ultrapassa a figura do preso e esbarra na figura do paciente e, nesta perspectiva, existe uma descrença quase absoluta quanto à sua autonomia, o que impacta, diretamente, as relações de cuidado que são estabelecidas entre o servidor de saúde, de segurança e do apenado.

Verificou-se que, no PCPA, embora numa proporção menor se comparada a outras unidades prisionais, a autonomia individual para acesso aos serviços de saúde é bastante limitada. Mesmo que vencidos os desafios individuais do seu cotidiano, o paciente não poderá buscar o serviço quando melhor lhe convier, seja pela demanda da equipe de saúde e fluxos estabelecidos (plano ii), seja pela organização hierárquica presente em sua galeria (plano iii). Ficou evidente o quão dispendioso é tal acesso. A autonomia da pessoa dá espaço à burocratização e à hierarquização do acesso. Essa condição, fatalmente, implica na adesão ao tratamento.

Nas vivências no PCPA, foi possível verificar que a maior parte dos atores desenvolve suas atividades de maneira isolada. Diante deste contexto, ainda que o serviço de saúde demande melhorias, percebe-se que a maior parte dos entraves independe do serviço oferecido e dos profissionais que ali atuam. Nesta linha, ao que se refere à (ii) estrutura e hierarquia do PCPA, diferentemente de inúmeras unidades prisionais, pode-se notar que esta casa tem uma equipe de saúde estruturada e atuante, sensibilizada e dedicada à questão da Tuberculose. Este fator contribui para que os indicadores de cura neste presídio sejam superiores aos da cidade como um todo e, também, quando comparados a outras unidades prisionais. Por outro lado, saúde e segurança, no contexto prisional, comumente, se entrelaçam. Neste sentido, a tensão que permeia a relação dos presos com os agentes de

segurança aparece como um entrave para adesão ao tratamento. Soma-se a isso o fato de que tais agentes são também reguladores do acesso à saúde. Percebeu-se, através desta pesquisa, a urgência de sensibilização destes atores quanto à tuberculose e à criação de fluxos onde tais servidores estejam inseridos de forma ativa, auxiliando os serviços de saúde, e não apenas escoltando os apenados.

O plano (iii) trata da estrutura hierárquica paralela, no que tange às facções criminosas, com seus prefeitos e assessores. Os presos, que estão posicionados em nível inferior na hierarquia paralela da prisão, sofrem mais no que tange às questões de saúde. Um dos grandes ganhos deste trabalho foi a possibilidade de reconhecimento de tais arranjos. Ficou evidente a hierarquia imposta, não apenas pelo Estado, mas também pelas facções que lideram as unidades prisionais. Ainda que tal hierarquia seja velada, é ela que retira o mínimo grau de autonomia da pessoa presa, a atemoriza quanto à circulação e a leva a considerar a busca ao serviço de saúde uma atitude a ser levada em conta apenas em condições de saúde exacerbadas, seja por não intentarem a aproximação com os servidores de segurança, seja pelo receio de circularem nas galerias em busca do serviço de saúde. A falta de robustez e as limitações do Estado empoderam estas organizações paralelas, que distanciam ainda mais o preso da saúde. Ainda que as conversas com tais lideranças tenham demonstrado que a tuberculose seja uma enorme preocupação nas galerias, considerada a facilidade de transmissão, isso não faz que as tratativas entre lideranças e pacientes sejam horizontalizadas e facilitadas.

Por fim, foi possível verificar que os fatores que estão ligados com o acesso ao tratamento e à adesão do paciente ultrapassam os muros da prisão. A realidade extramuros é o quarto plano que influencia, diretamente, na adesão. O trabalho com a rede de atenção básica fica aquém do desejado quando se pensa na pessoa egressa do sistema. Todo o esforço realizado pelas equipes do PCPA para adesão e manutenção do tratamento cai por terra quando este preso é posto em liberdade. Verificou-se um enorme hiato e distanciamento da rede de atenção básica com o presídio. Para a melhoria dos indicadores de cura, os egressos do sistema prisional devem ser vistos como peças-chaves na contenção de tuberculose intra e extramuros. Estes pacientes retornam para suas comunidades, para seus familiares ou, em muitos casos, para as próprias unidades prisionais. A circulação destas pessoas, quando somada à descontinuidade do tratamento, se torna um grave problema de saúde pública. Não temos prisões perpétuas. A condição de privação de liberdade é sempre transitória, sobretudo no PCPA, que é um presídio de passagem. Neste sentido, a triagem e a garantia de tratamento intramuros devem estar constantemente relacionadas com estratégias extramuros como

acolhimento, referenciamento e relação familiar, que fazem toda a diferença na retenção do indivíduo e na continuidade do tratamento externo.

É importante apontar que este processo de pesquisa encontra limitações a partir do processo de seleção de todos os participantes das entrevistas e grupos focais. Tais sujeitos não foram selecionados de forma aleatória e sim por escolha da direção do PCPA ou da coordenação do serviço de saúde, fator que pode ter influenciado nas informações coletadas. Ainda assim, espera-se que este trabalho possa, de alguma forma, contribuir para a formulação de políticas públicas para o controle da Tuberculose que deem conta fielmente da complexidade do sistema prisional, levando em consideração os poderes paralelos que estão postos e a urgência de um trabalho interdisciplinar entre saúde e segurança. Por fim, indispensável também não esperar a mudança não apenas do judiciário, mas principalmente da população quanto ao cárcere. O estigma e o preconceito com estas pessoas de nada contribuem para a ressocialização esperada. Se a privação de liberdade é a primeira pena, o preconceito social é a segunda. Pena que, por sua vez, é longa e duradoura. Acolher tais indivíduos, seja nos serviços de saúde, seja na comunidade é um papel de todos aqueles preocupados com uma sociedade mais equânime e segura.

REFERÊNCIAS

- ACOSTA, L. M. W.; BASSANESI, Sérgio Luiz. O paradoxo de Porto Alegre: os determinantes sociais e a incidência da tuberculose. **Rev. Bras. Epidem. Suppl D.S.S.**, v. 17, suppl. 2, p. 88-101, 2014.
- ADORNO, S. Insegurança versus direitos humanos: entre a lei e a ordem. **Tempo Social Rev. Sociol. USP**, S. Paulo, v. 11, n. 2, p. 129-153, out. 1999.
- ALBUQUERQUE, M. F. M. *et. al.* Fatores prognósticos para o desfecho do tratamento da tuberculose pulmonar em Recife, Pernambuco, Brasil. **Rev Panam Salud Pública**, v. 9, n. 6, p. 368-74, jul. 2001.
- ALVES, R. S. *et al.* Abandono do tratamento da tuberculose e integralidade da atenção na estratégia saúde da família. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 650-657, 2012.
- AMARAL, A. S. *et al.* Avaliação da descentralização do programa de controle da tuberculose do nível secundário para o nível primário do sistema de saúde de Dourados- MS. **Saúde Soc.**, v. 19, n. 4, p. 794-802, 2010.
- BATISTA, N. **Mídia e sistema penal no Capitalismo Tardio**. [S.l.], [s.d.]. Disponível em: <<http://www.bocc.ubi.pt/pag/batista-nilo-midia-sistema-penal.pdf>>. Acesso em: 19 de ago. 2017.
- BAUMAN, Z. **Em busca da política**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2000.
- BAUMAN, Z. **Tempos Líquidos**. 1. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.
- BECCARIA, C. **Dos delitos e das penas**. São Paulo: Martin Claret, 2006.
- BRASIL. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias. INFOPEN**. Brasília: Ministério da Justiça, 2014. Disponível em: <http://www.justica.gov.br/seus-direitos/politica-penal/documentos/infopen_dez14.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Vigilância em saúde. Perspectivas brasileiras para o fim da tuberculose como problema de saúde pública. **Boletim Epidemiológico**, v. 47, n. 13, p. 1-15, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais, Pactos pela vida em defesa do SUS e de gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Doenças transmissíveis no Brasil em 2014. In: Ministério da Saúde (BR). **Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. p. 151-157.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Recomendações para Controle da Tuberculose**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose - 2016**. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/0B0CE2wqdEaRWGIPMHVnZUZHNjQ/view>>. Acesso em abr. 2016>. Acesso em: 17 ago. 2017.

CAMPANI, S. *et al.* Fatores preditores para o abandono do tratamento da tuberculose pulmonar preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil na cidade de Porto Alegre (RS). **J. Bras. Pneumol.**, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 776-782, 2011.

CARDIA, N. **Atitudes, normas culturais e valores em relação à violência em dez capitais brasileiras**. Relatório de pesquisa. Brasília, DF: Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Direitos Humanos, 1999.

CAPPELARI, M. **Do Passado ao presente do PCPA: As Violações de Direitos Humanos na Execução Penal e o Papel Da OEA**. 2013. 299f. Dissertação (Mestrado em Ciências Criminais) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Criminais da Faculdade de Direito da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2013.

CASTRO, M. M. P. Ciranda do Medo. **Revista USP**, São Paulo, n. 9, p. 57-64, 1991.

CHIRINOS, N. E. A.; MEIRELLES, B. H. S. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose: uma revisão integrativa. **Texto Contexto Enferm.**, v. 20, n. 3, p. 399-406, 2011.

COUTO, D. S. *et al.* Fatores determinantes para o abandono do tratamento da tuberculose: representações dos usuários de um hospital público. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 572-581, 2014.

CULQUI, D. R. *et al.* Factores pronósticos del abandono del tratamiento antituberculoso em una región endêmica del Peru. **Rev Panam Salud Pública**, v. 18, n. 1, p. 14-20, 2005.

CUNHA, M. I. P., org. **Aquém e além da prisão**. Cruzamentos e perspectivas. Lisboa: 90º Editora, 2008.

DAL ÍGNA, M.C. Grupo Focal na Pesquisa em Educação: passo a passo teórico-metodológico. In: MEYER, D. E; PARAISO, M.A. (Org). **Metodologia de Pesquisa pós-Crítica em Educação**. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2012.

DIUANA, V. *et al.* Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 24, p. 1887-1897, 2008.

ELMIR, C. P. Uma aventura com o *Última Hora*: O jornal e a pesquisa histórica. **Anos 90**, Porto Alegre, v. 19, n. 36, p. 67-90, dez. 2012.

ESPERANÇA, C. Presos Obedecem à lei do cárcere. **Jornal ZERO HORA**, Polícia, Porto Alegre, 26/09/2004.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**: nascimento da prisão. Tradução de Raquel Ramallete. 42. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

- GARUTTI, S.; OLIVEIRA, R. C. S. A Prisão e o Sistema Penitenciário – Uma visão Histórica. In: SEMINÁRIO DE PESQUISA DO PPE, 2012, Maringá. **Anais...** Maringá: Universidade Estadual de Maringá, 2012. Disponível em: <http://www.ppe.uem.br/publicacoes/seminario_ppe_2012/trabalhos/co_02/036.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2017.
- GILBERT, M.J. The anthropologist as alcoholist: qualitative perspectives and methods in alcohol research. **Int J Addict**, v. 25, n.2A, p.127-48, 1990-91.
- GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Tradução de Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes. Rio de Janeiro: LTC, 1975.
- GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1961.
- GUINDANI, M. K. **Violência e prisão**: Uma Viagem na Busca de Olhar Complexo. 2002. 377f. Tese (Doutorado em Serviço Social), Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.
- KITZINGER, J. The methodology of focus group: the importance of interaction between research participants. **Sociol Health Illn.**, v. 16, n. 1, p. 103-20, 1994.
- LOPES, A. C. **Tratado de clínica médica**. 2. ed. São Paulo: Roca, 2006.
- MARQUES, M. *et al.* Perfil de resistência de *Mycobacterium Tuberculosis* no Estado de Mato Grosso do Sul, 2000-2006. **J Bras Pneumol.**, v. 36, n. 2, p. 224-31, 2010.
- MACEDO, P. A pena de prisão no Brasil. Uma análise à luz da sociologia do direito de Erving Goffman. **Revista da Esmese**, Aracaju, n. 7, p. 257-268, 2004.
- MENDES, A. M.; FENSTERSEIFER, L. M. Tuberculose: porque os pacientes abandonam o tratamento. **Bol Pneumol Sanit.**, v. 12, n. 1, p. 25-36, 2004.
- OLIVEIRA, Luisa Gonçalves Dutra de; NATAL, Sonia; CAMACHO, Luiz Antonio Bastos. Análise da implantação do Programa de Controle da Tuberculose em unidades prisionais no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 543-554, mar. 2015.
- PINHEIRO, P. S. Algumas Considerações Sociopolíticas Sobre Presos e Prisões. In Queiroz, J. J. (org.). *As Prisões, os Jovens e o Povo*. São Paulo: Paulinas, 1985.
- PINTO, S. O. **Espaços de morte, escritos de vida: visões literária e jornalística do cárcere brasileiro**. 2007. 134 f. Dissertação (Mestrado em Letras) - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/11427/11427_1.PDF>. Acesso em: 10 abr. 2017.
- ROLIM, M. **O RS não possui política de segurança pública**. [18 de maio de 2009]. São Leopoldo: IHU-online: Revista do Instituto Humanitas Unisinos, edição 293. Entrevista concedida a Márcia Junges.

ROLIM, M. Prisão e Ideologia: limites e possibilidade para a reforma prisional no Brasil. **Revista de Estudos Criminais**, Rio Grande do Sul, nº12, 2003.

RUFFINO-NETTO, A.; VILLA, T. C. S. (Org.). **Tuberculose: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil: histórico e peculiaridades regionais**. Ribeirão Preto: REDE-TB, 2000. 210 p

RUSCHE, G.; KIRCHHEIMER, O. **Punição e estrutura social**. Trad. Gizlene Neder. 2. ed., Rio de Janeiro: Revan, 2004.

SÁ, L. D. *et al.* Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. **Texto Contexto Enferm.**, v. 16, n. 4, p;712-8, 2007.

SALLIN, V. R. **As facções e o grupo da segurança no Presídio central de porto Alegre: relações em um sistema social complexo**. 2008. 85f. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Programa de Pós-graduação em Psicologia. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

SÁNCHEZ, A.R.; CAMACHO, L. A. B.; DIUANA, V.; LAROUZÉ, B. A tuberculose nas prisões: uma fatalidade? **Cad Saúde Pública.**, v. 22, n. 12, p. 2510, dez. 2006.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Rev Panam Salud Pública.**, v. 31, n. 3, p. 260-268, 2012.

SANTOS, M.; SA, A. O ser-portador de tuberculose em prisões: um estudo de enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 350-355, 2014.

SOUSA, S. S.; SILVA, M. G. V. Passando pela experiência do tratamento para tuberculose. **Texto Contexto Enferm.**, v. 19, n. 4, p. 636-43, out./dez. 2010.

SOUZA, K. M. J. *et al.* A. Abandono do tratamento da tuberculose e relações de vínculo com a equipe de saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, Ribeirão Preto, v. 44, n. 4. p. 904-911, 2010.

SOUZA, K. M. J. *et al.* Atraso no diagnóstico da tuberculose em sistema prisional: a experiência do doente apenado. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 17-25, 2012.

STOP TB PARTNERSHIP. **The Paradigm Shift 2016-2020**. Geneva: Stop TB Partnership; 2016. Disponível em: <http://www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/GlobalPlanToEndTB_TheParadigmShift_2016-2020_StopTBPartnership.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2017.

STUCKLER, D. *et al.* Mass incarceration can explain population increases. In: TB and multidrug-resistant TB in European and central Asian countries. **Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America**, Washington, DC, v. 105, n. 36, p. 1320 – 1328, 2008.

THOMPSON, A. F. G. **A Questão Penitenciária**. Petrópolis: Vozes, 1976.

VARELLA, D. **Carcereiros**. 1ª Ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

WACQUANT, L. **Punir os pobres**: a nova gestão da miséria nos Estados Unidos. Rio de Janeiro: Instituto Carioca de Criminologia F. Bastos, 2001.

WACQUANT, L. **As Prisões da Miséria**. Tradução de André Telles. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis report 2015**. Geneva: World Health Organization, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Millennium Development Goals (MDGs)**. Geneva: World Health Organization, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Regional Office for Europe. **Status Paper on Prisons and Tuberculosis**. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe, 2007.

APÊNDICE I

DEPOIMENTO – VISITANTE EM TRATAMENTO

Eu trabalho aqui na frente do presídio e aqui é muita poeira. Comecei a tossir, tossir e foi se agravando que eu chegava a chorar de dor no pulmão. Já tava há mais de 3 semanas. Fui no médico e ele disse que eu tava com Tuberculose. Agora eu to na recaída. Me tratei 4 meses e parei. (...) Eu parei porque achei que tava melhor, tava gordinha, e também porque tem que ir lá no posto e tem que pagar passagem. Às vezes eu ia à pé, mas é uma caminhada muito longo. Aí eu parei!

A minha médica vinha aqui atrás de mim de carro, às vezes me encontrava, deixava o remédio e eu não tomava. Eu não queria mais tomar por que é muito ruim. Eu colocava na boca, parecia que saia o corante dele e o gosto era muito ruim. Aí me senti bem, comecei a ir por baile, pra noitada. Eu nem era de baile, aí fiz uma amizade que até pro baile eu tava indo. Aí voltou de novo muito forte. (...)

Eu to na recaída, todo mundo falada que a recaída era pior aí eu pensei: to na recaída e agora eu vou morrer(...). Cheguei no posto e deu que tava com Tuberculose de novo. Aí cheguei em casa e quebrei tudo. Quebrei televisão, saí derrubando tudo. Pensei que ia ficar 6 meses sem trabalhar e eu dependo disso pra pagar o aluguel. (...)

A assistente social só me deu o endereço pra eu tentar um Bolsa Família e até agora nada. Aqui (fila do presídio) tem dias que dá dinheiro e tem dias que eu saio sem nada. Por que eu parei da primeira vez? Também porque eu passei fome. O remédio dói o estômago, eu abria os armários e nada.(...) Agora eu to aqui comendo poeira do mesmo jeito. Eu tenho que trabalhar.

Agora faz dois meses que to fazendo o tratamento. Eu fui pra lá com 33 quilos, agora to com 45 quilos. Tô me alimentando bem. Trabalho, passo no mercado, compro a mistura e to me alimentando bem. A minha filha teve tuberculose, a médica vinha em casa e dava o remédio. Ela fez certinho e não teve mais. Então eu tenho que terminar também. (...)

O meu marido, a gente tem uma relação mais próxima, a gente beija e tudo. Ele queria separar o copo. Se eu to braba, mando tosse pra cima dele. Esse dia ele tava tossindo e parou (...) Falo pra ele que ele é novinho e que ele que não venha me dar trabalho depois de velha.

Agora eu tenho que ir no posto todo dia, porque da outra vez ela me dava cartela pra eu tomar em casa e eu não tomei. Aí ontem, não ganhei 1 real aqui. Não ia gastar passagem pra ir no posto. Agora ela disse que vai me dar uma semana, que vai confiar em mim. Tô gastando dinheiro com passagem, pra mim aprender. Eu vou pegar a cartela e meu marido vai gravar no telefone eu tomando pra mostrar pra ela. Eu vou tomar, eu quero a minha saúde. Tenho 46 anos, mas Deus ainda tem uma obra muito grande na minha vida.”

APÊNDICE II

ROTEIRO DOS GRUPOS FOCAIS REALIZADOS NO PCPA

1.1 GRUPOS FOCAIS COM OS PRESOS PREFEITOS

Objetivos:

- Conhecer a rotina e cultura organizacional dentro das galerias;
- Familiarizar-se com a linguagem do grupo;
- Identificar oportunidades de estabelecimento de estratégias de comunicação;
- Identificar linhas estéticas de criação com as quais os presos mais se identificam;
- Identificar aspectos facilitadores e barreiras para a execução das atividades educativas.

Roteiro temático

1. O que vocês sabem sobre tuberculose?
2. Se você entrar em contato com alguém com tuberculose dentro do Presídio, o que você faria?
3. Você acha que pessoas com o diagnóstico de Tuberculose sofrem preconceito?
4. O que você acha que os presos precisam saber para iniciarem/manterem o tratamento para a Tuberculose?
5. Vocês acham que os familiares podem contribuir para a prevenção ou manutenção do tratamento? De que forma?

1.2 GRUPO COM OS PRESOS EM TRATAMENTO PARA TUBERCULOSE

Objetivos:

- Avaliar a percepção deles em relação à importância do tratamento;
- Identificar barreiras que contribuam para o abandono do tratamento;
- Identificar estratégias e instrumentos que possa estimular a manutenção do tratamento;
- Avaliar a relação entre o tratamento e a convivência com os outros presos.

Roteiro temático

1. O que vocês sabem sobre tuberculose?
2. Como você ficou sabendo que estava com Tuberculose?
3. Alguém no grupo já abandonou o tratamento? Qual o motivo?
4. . Sofreram algum tipo de preconceito por ter tuberculose?
5. Vocês acham que os familiares podem contribuir para adesão ao tratamento de tuberculose?

6. Vocês conhecem os serviços para tratamento de tuberculose fora do Presídio?
7. Quais estratégias de prevenção para tuberculose que vocês acham interessante realizar dentro do Presídio?
8. Que tipo de atividade ou materiais vocês acham que pode contribuir para a manutenção do tratamento dentro e fora do presídio?

1.3 GRUPO FOCAL COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Objetivos

- Identificar quais instrumentos de comunicação permanente podem contribuir para o trabalho deste grupo junto aos presos;
- Conhecer a rotina de atendimento para a Tuberculose bem como a opinião deste grupo em relação a possíveis barreiras para realização de diagnóstico e manutenção do tratamento;
- Ouvir sugestões e orientações destes profissionais em relação ao trabalho a ser desenvolvido pelo projeto junto aos presos.

Roteiro temático

1. Vocês realizam ações de prevenção com os apenados? Quais?
2. Quais as dificuldades e potencialidades encontradas no tratamento de Tuberculose com os apenados?
3. Existe alguma abordagem com a família e/ ou amigos sobre o tratamento de tuberculose do apenado?
4. Os apenados sofrem preconceito por estarem com tuberculose?
5. Os apenados conhecem os serviços ofertados para tratamento de tuberculose fora do Presídio?
6. Quais estratégias de prevenção para tuberculose que vocês acham interessante realizar dentro do Presídio?
7. Que tipo de atividade ou materiais vocês acham que pode contribuir para a manutenção do tratamento dentro e fora do presídio?

1.4 GRUPO FOCAL COM PROFISSIONAIS DE SEGURANCA

Objetivos

- Identificar aspectos facilitadores e barreiras para a execução das atividades educativas.
- Ouvir sugestões e orientações destes profissionais em relação ao trabalho a ser desenvolvido pelo projeto junto aos presos.
- Identificar de que forma este grupo pode facilitar ou dificultar as atividades a serem desenvolvidas no projeto.

Roteiro temático

1. O que vocês sabem sobre tuberculose?

2. Quais as dificuldades e potencialidades na adesão ao tratamento do apenado com tuberculose?
3. Vocês acham que familiares e/ ou amigos são componentes importantes na adesão ao tratamento?
4. Vocês acham que os apenados sofrem algum tipo de preconceito por estar com tuberculose?
5. De que forma você acha que pode contribuir para a prevenção e tratamento da Tuberculose dentro do presídio?
6. Você tem alguma sugestão de atividade que possamos realizar para promover ações de prevenção?
7. Conhecendo a rotina dos presos, que tipo de brinde ou material poderíamos fazer que seja útil para eles e que possamos utilizar como instrumento de prevenção.

APÊNDICE III

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM APENADOS EM TRATAMENTO

1. Como se dá o acesso ao serviço de saúde quando você ou algum colega de galeria precisa de atendimento?
2. Como você descobriu que estava com TB?
3. Quais são as principais dificuldades para a manutenção do tratamento. Estar dentro do presídio ajuda ou atrapalha?
4. De que forma os profissionais da segurança poderia ajudar na manutenção do tratamento? E os de saúde? E os prefeitos?
5. Você já sofreu preconceito por ter tuberculose?

APÊNDICE IV

ROTEIRO TEMÁTICO TEATRO FÓRUM

A estratégia de Teatro Fórum foi uma das estratégias de comunicação desenvolvidas para a campanha de comunicação do Projeto TB *Reach*, com objetivo de discutir com os profissionais de saúde e segurança, alternativas e estratégias para o controle da Tuberculose no sistema prisional. A metodologia do teatro fórum foi utilizada como um dispositivo gerador de debate e reflexão entre os profissionais de saúde e segurança das casas prisionais. A partir de pequenas cenas, de no máximo 2 minutos, pretendeu-se retratar as barreiras que os apenados enfrentam para acesso aos serviços de saúde, diagnóstico e tratamento da Tuberculose dentro do sistema prisional e discutir a respeito das responsabilidades dos profissionais que atuam em casas prisionais na alteração dos contextos relatados. A partir das discussões dos grupos, os participantes podiam se inserir nas cenas e alterar os desfechos, se colocando como sujeitos ativos no processo de diagnóstico e tratamento de Tb.

Cena 1: Percepção dos sintomas (informação)

Conversa entre dois apenados em que um está tossindo e com febre. Ao ser alertado pelo colega, alega que estes sintomas são por causa do cigarro, da umidade e por estar dormindo no chão.

Objetivo: desenvolver estratégias para que profissionais de saúde e segurança possam atuar de forma ativa no diagnóstico de TB

Cena 2: Acesso ao serviço de saúde

Apenado 1 insiste que a tosse pode ser algo sério e que seu colega deve procurar a unidade de saúde. Apenado 2 diz que não quer se indispor e relaciona os entraves para o acesso (liberação do prefeito, necessidade de escolta, desavenças nos corredores, tempo de espera, moedas de troca)

Objetivo: Refletir sobre as potencialidades e barreiras ao acesso do apenado dentro do universo carcerário para o diagnóstico e tratamento.

Cena 3: Vinculação

Um apenado recebendo o diagnóstico de Tuberculose de um profissional de saúde que usa uma linguagem técnica para explicar o tratamento ao apenado. Cena deve demonstrar a dificuldade deste de entender a seriedade da doença e o processo de tratamento.

Objetivo: Promover discussão sobre a importância do estabelecimento de vínculo e do acolhimento para a manutenção do tratamento.

Cena 4: Preconceito/ estigma

Apenado na galeria sendo discriminado pelo fato de estar com Tuberculose.

Objetivo: levantar a questão do preconceito dentro do sistema carcerário pela falta de informação. Pretende-se que os profissionais reflitam se também agem de forma preconceituosa e em que medida o preconceito se impõem como uma barreira para diagnóstico e tratamento da TB

Cena 5: Tratamento

Atores reproduzem algumas falas dos apenados para abandono do tratamento:

- Já me sinto melhor;
- Perdi meus remédios na revista;
- Fui transferido e parei o tratamento;
- O comprimido é muito grande, me sinto enjoado.

Objetivo: Repensar o conceito do cuidado e da co-responsabilização no processo de cura.