

Saúde pública, racismo e odontologia: Análise do tratamento da população carcerária negra no Sistema Único de Saúde

Public health, racism and dentistry: Analysis of the treatment of the black prison population in the Unified Health System

Salud pública, racismo y odontología: análisis del tratamiento de la población penitenciaria negra en el Sistema Único de Salud

Recebido: 27/08/2021 | Revisado: 02/09/2021 | Aceito: 02/09/2021 | Publicado: 05/09/2021

Nayne Soares de Lima

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4317-509X>
Universidade Tiradentes, Brasil
E-mail: nayne@outlook.com.br

Luana Ferreira Gomes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5060-3334>
Universidade Tiradentes, Brasil
E-mail: luanafgms@gmail.com

Beatriz Reis de Oliveira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4040-5195>
Universidade Tiradentes, Brasil
E-mail: beatrizreisoliveiraa@gmail.com

Victória Rocha de Oliveira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2210-4789>
Universidade Tiradentes, Brasil
E-mail: vivi221098@gmail.com

Ilzver de Matos Oliveira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3710-7237>
Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Brasil
E-mail: ilzver.oliveira@pucpr.br

Resumo

Há uma problemática sobre o aumento da população encarcerada e as consequências relacionadas com a desigualdade social para as instituições que criam políticas sociais com o intuito de melhorar as condições de vida na prisão. Em relação às condições de saúde, o Estado nos últimos trinta anos, criou três políticas específicas para a população prisional: a Lei de Execução Penal (LEP), o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). Assim, o objetivo do projeto em questão é a realização da análise dessas políticas de saúde, correlacionando com a qualidade de vida que a população carcerária negra possui a partir de estudos sobre a saúde sistêmica e bucal dessa população. Concluímos que, de acordo com o contexto social em que a população negra está inserida, tais fatores podem influenciar na saúde bucal e sistêmica dos mesmos. É importante que exista para a população negra um atendimento de saúde específico, por ser uma população mais fragilizada, estando suscetíveis a diversos acometimentos como diabetes mellitus, tuberculose, anemia falciforme, entre outras. Também, podemos observar que no cárcere, a população negra é a maioria, possuindo condições insalubres de saúde fragilizando mais ainda essa população. É urgente a necessidade de implementação da atenção de saúde à população negra, a partir dos profissionais da área da saúde, para que a saúde bucal, sistêmica e mental dessa população seja adquirida, assegurando os direitos desses indivíduos.

Palavras-chave: Atenção à saúde; Política de saúde; Racismo.

Abstract

There is a problem or an increase in the incarcerated population and the consequences related to social inequality for institutions that develop social policies as a way to improve living conditions in prison. In relation to health conditions, or the State, in the last thirty years, it created three specific policies for the prison population: the Penal Enforcement Law (LEP), or National Health Plan in the Penitentiary System (PNSSP) and the National Policy for Comprehensive Care to the Health of Persons Deprived of Liberty in the Prison System (PNAISP). Thus, the objective of the project in question is to carry out the analysis of health policies, correlating them with the quality of life that the black prison population has from studies on the population's systemic and oral health. We conclude that, according to the social context in which the black population is inserted, these factors can influence oral and systemic

health in the same way. It is important that there is specific health care for the black population, as it is a more fragile population, being subject to various crises such as diabetes mellitus, tuberculosis, sickle cell anemia, among others. In addition, we can observe that it does not imprison the black population and the majority in unhealthy health conditions, weakening a large part of this population. There is an urgent need to implement health care for the black population, based on two health professionals, so that the population's oral, systemic and mental health can be acquired, ensuring direct attention to the health of individuals.

Keywords: Delivery of health care; Health policy; Racism.

Resumen

Existe un problema o un aumento de la población encarcelada y las consecuencias relacionadas con la desigualdad social para las instituciones que desarrollan políticas sociales como una forma de mejorar las condiciones de vida en prisión. En relación a las condiciones de salud, o del Estado, en los últimos treinta años, creó tres políticas específicas para la población penitenciaria: la Ley de Ejecución Penal (LEP) o Plan Nacional de Salud en el Sistema Penitenciario (PNSSP) y la Política Nacional de Atención Integral a la Salud de las Personas Privadas de Libertad en el Sistema Penitenciario (PNAISP). Así, el objetivo del proyecto en cuestión es realizar el análisis de las políticas de salud, correlacionándolas con la calidad de vida que tiene la población penitenciaria negra a partir de estudios sobre salud sistémica y bucal de la población. Concluimos que, según el contexto social en el que se inserta la población negra, estos factores pueden influir de igual forma en la salud oral y sistémica. Es importante que exista una atención de salud específica para la población negra, ya que es una población más frágil, sujeta a diversas crisis como diabetes mellitus, tuberculosis, anemia falciforme, entre otras. Además, podemos observar que no encarcela a la población negra y a la mayoría en condiciones de salud insalubres, debilitando a gran parte de esta población. Existe una necesidad urgente de implementar una atención de salud para la población negra, basada en dos profesionales de la salud, para que se pueda adquirir la salud oral, sistémica y mental de la población, asegurando una atención directa a la salud de las personas.

Palabras clave: Atención a la salud; Política de salud; Racismo.

1. Introdução

Existe uma exigência proveniente do crescimento da população encarcerada e as circunstâncias interligadas com a desigualdade social para que as instituições encarregadas de criarem políticas sociais com o intuito de melhor desenvolvimento das condições de vida na prisão. No que concerne à saúde, foram elaboradas pelo Estado nos últimos trinta anos, três políticas específicas para a população prisional, sendo elas: a Lei de Execução Penal (LEP), o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP).

Contudo, mesmo com o desenvolvimento de todas essas políticas para a atenção básica da saúde da população prisional, existem ainda diversas falhas nesse sistema que leva aos encarcerados a adoecerem por vários motivos. De acordo com dados da Infopen, podemos observar algumas dessas problemáticas.

Sabemos também que o perfil predominante da população carcerária no Brasil é de faixa etária jovem, possuindo Ensino Fundamental Incompleto e de cor parda e preta, somando 63,6% da população carcerária nacional.

Diante disso, questiona-se como é realizado o tratamento da população carcerária negra, que é a maioria dessa população, a partir do Sistema Único de Saúde e o quão impactante é a influência da raça/cor nas condições de vida desses indivíduos, que já são submetidos a diversas condições insalubres como desnutrição, superlotação e acometimento de doenças transmissíveis. Além disso, também é questionado o quanto o racismo existente em nossa sociedade pode afetar no acesso aos serviços de saúde para os indivíduos negros.

Outro ponto fundamental a ser questionado é a qualidade de saúde bucal desses indivíduos e consequentemente do serviço de saúde oferecido pelo cirurgião-dentista, juntamente com a equipe multiprofissional para os encarcerados, pois a existência de uma saúde bucal bem acompanhada por um cirurgião-dentista no sistema prisional é fundamental para a saúde sistémica do paciente, a partir de ações de promoção e prevenção de saúde.

Além disso, questionamos se existe alguma relação com a saúde bucal da população negra e a população branca e o que os resultados podem representar no contexto social para a sociedade.

A hipótese que se visa confirmar, ao fim dessa pesquisa é que, apesar da existência das políticas específicas para a população prisional, ainda não existe qualidade de vida no sistema carcerário, que se torna ainda mais insalubre quando se adiciona o fator da raça, devido ao fato da população negra necessitar de um atendimento mais especializado devido às suas necessidades e às doenças que são mais facilmente submetidos -diabetes mellitus, hipertensão arterial, anemia falciforme, entre outros- por alguns motivos que serão abordados nesse estudo. Além disso, visamos confirmar a hipótese de que o racismo institucional afeta diretamente a população negra, fazendo com que exista um afastamento da mesma e uma dificuldade maior ao acesso à saúde.

Também visamos confirmar o prognóstico de que os contextos sociais em que a população negra está inserida podem tornar a sua saúde bucal mais vulneráveis, expondo o quão imprescindível é um atendimento humanizado voltado para a população negra.

Para isso investigam-se, inicialmente as políticas sociais de saúde para a população carcerária, citando a Lei de Execução Penal (LEP), o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) e demonstrando a sua importância e atuação com o intuito da garantia de direitos de saúde para a população encarcerada.

Após, para compreender como ocorre o racismo institucional no Sistema Único de Saúde, estuda-se a legislação, documentos e casos relatados para um estudo por meio de questionários para os participantes, além de relatar sobre a Política Nacional de Saúde da População Negra e a necessidade de um atendimento específico para as doenças que mais acometem a população negra, expondo quais são essas doenças e realizando uma interrelação com toda a história dessa população.

Por fim, para chegar ao objetivo geral do artigo, que é a análise do tratamento da população carcerária em questão de saúde bucal, o último tópico foca na qualidade do serviço odontológico para a população carcerária negra, seus problemas e todo o panorama de discriminação, relatando dados de uma pesquisa que busca iniquidades raciais na saúde bucal da população negra e branca, através da análise do índice CPO-D (índice de dentes cariados, perdidos e obturados), demonstrando também que a saúde bucal está diretamente ligada com o contexto social desses indivíduos. Além disto, demonstra também qual o papel do cirurgião-dentista na equipe multiprofissional do sistema prisional e a sua importância no atendimento dessa população.

A pesquisa realizada seguiu método dedutivo e foi bibliográfica e documental, ao passo que, utilizou-se da premissa para o método dedutivo de que a saúde para a população carcerária, no geral, é insuficiente, e quando acrescentamos a presença da população negra nesse ambiente, podemos perceber que a dificuldade para o acesso à saúde é maior ainda devido ao racismo, à falta de atendimento especializado para essa população e para suas necessidades, além de todo o contexto histórico em que os mesmos estão inseridos. Além disso, a pesquisa se demonstra também bibliográfica e documental pois tal estudo é baseado em leis, normatizações e em artigos produzidos pela academia.

Utilizaram-se, como marco teórico: Kalckmann, para a explicação da interligação entre o racismo institucional e a dificuldade de atingir a equidade no Sistema Único de Saúde; Assis para a demonstração da qualidade do serviço odontológico no sistema prisional e Guiotoku para a explicação por meio de análises das diferenças da saúde bucal da população branca e da população negra e a presença, nesses dados, do contexto social dessas populações.

Então, objetiva-se contribuir com as discussões acadêmicas no sentido de conscientizar a influência do contexto social e histórico da população negra em sua saúde sistêmica e bucal, fazendo-se mais necessária ainda quando a mesma está inserida no sistema prisional, devendo-se confirmar a importância da eficácia das políticas públicas de saúde para essa população, além do entendimento de que o combate do racismo deve ser cada vez mais efetivo desde os ambientes de formação de profissionais de saúde, para que o acesso à saúde para a população negra carcerária seja devidamente aprimorado e assegurado.

2. Metodologia

Trata-se de uma Pesquisa de Natureza Social com abordagem correlacional e Objetivo Descritivo. Seus Procedimentos foram: Bibliográfico, Documental, e Estudo de Caso. Foram utilizados conhecimentos previamente adquiridos – através do referencial bibliográfico e documental – a fim de concretizar o objetivo geral e concentrou-se em problemas presentes na sociedade – racismo institucional e a falta de qualidade de saúde quando se trata a população carcerária negra. Trata-se também de uma pesquisa com abordagem correlacional, verificando e comprovando a relação entre duas situações: 1) a qualidade da saúde bucal da população branca sobre a população negra e 2) o fator raça/classe como circunstância primordial a diferenciação desse acontecimento.

3. Resultados e discussão

Políticas sociais de saúde para a população carcerária

Quando nos atentamos aos dados sociodemográficos da população carcerária do Brasil, podemos observar que a sua maior parte é jovem (entre 18 e 29 anos), negra, com ensino fundamental incompleto e provenientes de camadas sociais populares (Brasil, 2012a). Essa descrição demonstra que, a maioria das ações de punição do Estado geralmente estão focadas em uma parte característica da população, que são as pessoas mais pobres. Assim, podemos salientar que esses indivíduos possuem seus direitos negligenciados (Lermen et al., 2014).

Em princípio, no ano de 1984, a LEP foi instituída em época de redemocratização, implantando saúde pela primeira vez aos “presos e condenados”. Já o PNSSP, em 2003, foi inserido no governo Lula, em seu primeiro ano, certificando que a “população privada de liberdade” possuísse acesso à saúde. Por último, no ano de 2014, foi inserido pela PNSSP o acesso integral à saúde para todos os indivíduos que estivessem sob custódia do Estado. Pode-se afirmar que tais políticas públicas foram fundamentais para o desenvolvimento de direitos para a população aprisionada (Lermen et al., 2014).

Podemos enfatizar que não há harmonia ou homogeneidade nos processos de criação e efetuação de políticas sociais. De maneira oposta, são constituídos de discrepâncias e contradições de interesses, o que já é esperado que existe entre os grupos sociais e os indivíduos entre si, fazendo com que sempre exista rivalidade no campo social. Assim, existe um abandono do Estado de algumas possibilidades a partir do momento em que escolhe ações políticas específicas. Isto é, quando existe a efetuação de uma decisão estatal, alguns grupos são beneficiados em momentos específicos da história (Cohn, 2012; Yamamoto; Oliveira, 2010).

Dessa maneira, desde 1984, é determinado por lei a prestação de serviço de saúde para a população aprisionada. Porém, essa assistência ainda era cumprida pelas políticas de segurança pública, e não de saúde. Somente a partir do segundo marco das políticas sociais de saúde para a população carcerária, o PNSSP no ano de 2003 estabeleceu que era necessário que os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) regessem e organizassem o sistema carcerário. Entre esses princípios, possuímos um fundamental que é a universalidade, que fundamenta que todos os indivíduos devem ser atendidos sem nenhum tipo de diferenciação ou discriminação (Brasil, 2003a).

A partir do ano de 2003, foram elaboradas também outras políticas de saúde para grupos minoritários. Algumas dessas políticas são: a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (Brasil, 2007), a Política de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa (Brasil, 2006), a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas (Brasil, 2003c) e a Política Nacional de Saúde para Pessoas com Deficiência (Brasil, 2008), que garantem o desenvolvimento de assistência de serviços e ajuste às diversas necessidades de saúde, fundamentado no princípio de equidade do SUS, que prioriza a realização de todos os níveis de complexidade de atendimento ao paciente. A efetivação das políticas específicas para grupos minoritários confirma que, o direito constitucional, para as ações de saúde, é insuficiente em assegurar o acesso a esses atendimentos (Lermen et al., 2014).

O PNSSP, aborda um atual conceito de saúde no sistema carcerário, além de ser um marco legal nas políticas públicas de saúde. Baseado numa constituição mínima de equipe multiprofissional de médico, cirurgião-dentista, enfermeiro, psicólogo, assistente social, auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório dentário, essa população recebe mais atenção e importância em seus atendimentos de saúde (Brasil, 2003a). A partir desse marco, aparece uma nova concepção de saúde para que os sistemas das unidades penitenciárias a progridam, abrangendo atenção integral -que integra os objetivos de assistência, promoção e prevenção de saúde- e o trabalho em equipes multiprofissionais (Lermen et al., 2014).

De acordo com o PNSSP, é responsabilidade de cada equipe de saúde até 500 pessoas aprisionadas. Nas penitenciárias que possuem até 100 indivíduos, a assistência deve ser realizada na Unidade Básica de Saúde do território, juntamente com a composição mínima de equipe supracitada. Desta maneira, não existe a necessidade de uma Unidade de Saúde com equipe definitiva nos sistemas prisionais com menos pessoas, porém, deve existir a garantia do acesso à saúde do indivíduo aprisionado por meio da rede de serviços de saúde do município (Brasil, 2003a). O envolvimento de profissionais da saúde como psicólogos e assistentes sociais, visa uma perspectiva mais ampla de saúde, não se desenvolvendo apenas por uma linha médico-centrada, como a LEP evidenciava (Lermen et al., 2014).

Isto posto, no ano de 2014, por meio da Portaria nº 482, se normatiza a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), pretendendo três variadas constituições de serviços de saúde, onde há a divisão a partir do número de pessoas em cada complexo penitenciário. Numa unidade até 100 pessoas, considera-se como tipo I, de 101 a 500 pessoas, considera-se tipo II e de 501 a 1200 pessoas considerasse como tipo III. A PNAISP também possui equipe multidisciplinar com enfermeiro, cirurgião-dentista, médico, técnico de higiene bucal, técnico de enfermagem, com a possibilidade de ampliação conforme os tipos de unidades profissionais, podendo incluir profissionais como farmacêutico, psicólogo, médico psiquiatra, assistente social, nutricionista e terapeuta ocupacional. (Brasil, 2014d).

Pode-se afirmar que, uma grande evolução na atenção à saúde da população prisional se desencadeou a partir do PNAISP. Além disso, também se desenvolveu a percepção de garantia de direitos sociais. Assim, ao aprimorar o foco desenvolvido pelo PNSSP, o público-alvo da política é acrescentado, envolvendo essa população, ou seja, todas as pessoas que estão sob custódia do Estado, cumprindo medida de segurança em tratamento ambulatorial ou em regime aberto, semiaberto ou fechado. Outro avanço do PNAISP é o envolvimento de trabalhadores nos serviços prisionais e de familiares dos aprisionados nas ações de prevenção e promoção de saúde (Brasil, 2014c).

Através disso, a garantia ao acesso à saúde começa não apenas para a população encarcerada, mas a todos os indivíduos interligados a esses espaços prisionais, assegurando a expansão do círculo das pessoas que possuem direitos de acesso às políticas de saúde no cárcere (Lermen et al., 2014). Além do mais, houve a elaboração de duas resoluções do CNPCP que incluem outras minorias nos sistemas prisionais, além das mulheres. A Resolução nº 01, do ano de 2014, relata sobre a proteção e os direitos dos indivíduos portadores de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental; e a Resolução conjunta CNPCP e Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (CNCD/LGBT), também do ano de 2014, retrata sobre a recepção da população LGBT em privação de liberdade no nosso país, envolvendo também questão da atenção integral à saúde de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais (Brasil, 2014e; 2014f).

Porém, mesmo com todas as políticas desenvolvidas para a atenção básica da saúde da população prisional, existem ainda diversas falhas nesse sistema que leva aos encarcerados adoecerem por diversos motivos. A partir de dados da Infopen, podemos observar algumas dessas problemáticas.

Em Sergipe, podemos verificar que as condições de confinamento são um dos fatores preocupantes devido a condição de superlotação existente nas celas. No total, o sistema penitenciário sergipano é de 3087 pessoas, contudo, a quantidade de detentos é de 5688 (nos quais 5450 são homens e 238 mulheres). Fundamentando-se nesses dados, observamos o quanto a

superlotação no sistema prisional pode ampliar as condições insalubres de saúde dos encarcerados, acentuando a existência e a disseminação de algumas doenças.

Além da problemática supracitada, no Estado de Sergipe o número de profissionais de saúde que trabalha no sistema prisional é menor do que a quantidade que o PNSSP estabelece, pois a partir desses dados podemos observar que apenas 8 médicos clínicos gerais e 9 psicólogos atuam na assistência de 5688 detentos, podendo acarretar na insuficiência de atendimentos a essa população encarcerada. A falta desses atendimentos, conseqüentemente, pode fazer com que aumente a presença de doenças transmissíveis, não-transmissíveis, além de doenças que acometem saúde mental. Tais condições podem gerar óbitos dos detentos, o que nos leva a confirmar a necessidade desses indivíduos de suporte e atenção à sua saúde.

Hodiernamente, vemos a necessidade de implantação de atenção básica para a população carcerária fundamentada na mais atual política de saúde desenvolvida, que atribui uma equipe profissional com médico, cirurgião-dentista, enfermeiro, assistente social, psicólogo, auxiliar de saúde bucal e auxiliar de enfermagem. Podemos constatar que, mesmo com a necessidade constante de melhora e desenvolvimento dos sistemas prisionais que possuem diversas problemáticas para a população prisional, como superlotação e alta presença de doenças transmissíveis, as políticas de saúde foram imprescindíveis para a existência de atenção básica de saúde para a população encarcerada.

Qualidade do serviço odontológico para a população carcerária negra

Baseado na Declaração Universal dos Direitos Humanos, o princípio da dignidade da pessoa humana é de relevância espiritual e moral própria ao indivíduo. Isto é, os indivíduos privados de liberdade devem ser tratados de modo humanizado e respeitoso, pois essas pessoas estão privadas de sua liberdade, e não dos direitos humanos que remetem à sua cidadania (Guerra et al., 2007, p. 379).

A oferta de atenção à saúde da população encarcerada é dever do Estado. Porém, sabe-se que até o ano de 2003, quando ocorreu a implementação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), normalizando a inclusão da população privada de liberdade no Sistema Único de Saúde (SUS), não havia sido criado um plano que regulamentasse essa obrigação de assistência. No entanto, esses indivíduos possuem particularidades específicas e precisam de recursos humanos especializados em vigor, de acordo com o perfil social existente no sistema prisional (Brasil, 2003).

Vale salientar que, o perfil predominante da população carcerária no Brasil é masculina (95,06%), de faixa etária jovem - onde 24,02% possuem 18 a 24 anos, seguido de 21% entre 25 a 29 anos-, e de cor parda e preta, somando 66,09% da população carcerária nacional, o que demonstra a necessidade de um atendimento especializado em saúde para a população negra, que se apresentam como maioria no sistema prisional (Infopen, 2019).

Sabemos que as prisões são ambientes propícios para a propagação de epidemias e transmissão de doenças como pneumonia, tuberculose, as sexualmente transmissíveis, hepatites, além de traumas e distúrbios mentais devido principalmente à situação precária que esses indivíduos vivem e da superlotação de celas. Fundamentado em um estudo realizado em São Paulo, num presídio feminino, confirmou-se que, entre as mulheres testadas, 14,5% tinham HIV. É fundamental que a equipe multiprofissional seja ativa em sua atuação no sistema multiprofissional, por conta dessas doenças serem tão presentes na população encarcerada (Assis, 2007, p. 74).

Desse modo, para a realização de um atendimento integral para a população encarcerada, é fato que o cirurgião-dentista é fundamental na composição da equipe multiprofissional de atendimento à saúde. Além disso, esse profissional é capaz de promover a saúde bucal por meio da reabilitação oral, a partir do diagnóstico prévio de algumas doenças sistêmicas através de exame das manifestações clínicas orais, além de realizar uma das principais metas do PNSSP, que é a orientação a essa população sobre os autocuidados com a saúde bucal, que é um dos modos mais efetivos de prevenção a doenças (Assis, 2007, p. 74).

De acordo com estudos, as principais doenças que podem acometer os encarcerados são: tuberculose, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), alergias, infecções respiratórias, doenças psiquiátricas entre outros. Pode-se verificar que quando existe descaso no atendimento e no tratamento dessas doenças, a transmissão delas é facilitada não apenas entre os prisioneiros, como também entre a população que entra em contato com esses indivíduos por meio das visitas conjugais, fazendo com que seja um problema de saúde geral da população (Assis, 2007, p. 74).

O relatório da Infopen, no estado de Sergipe, oferece dados que confirmam esses estudos realizados em artigos, expondo a necessidade da atuação de uma equipe multiprofissional na saúde desses indivíduos, pois nos presídios sergipanos existem 32 pessoas infectadas com o vírus HIV, 24 pessoas com Sífilis, 2 pessoas com Hepatite, 116 pessoas com Tuberculose e 2 com outras doenças não identificadas, o que totaliza 176 detentos infectados com doenças transmissíveis.

Podemos salientar que, devido à falta de equipamentos e profissionais adequados, o atendimento médico, odontológico e farmacêutico oferecido ao encarcerado é inadequado. Tal situação é uma incompatibilidade com a Lei de Execução Penal, que garante os direitos de saúde no sistema prisional. Similarmente, quando observamos as condições deletérias de vida dos encarcerados, que convivem com desnutrição, superlotação de celas e dependência de drogas ilícitas, asseguramos que são condições que agravam a alta transmissão de doenças sexualmente transmissíveis, fazendo com que esses indivíduos estejam mais frágeis e, conseqüentemente, mais suscetíveis a essas patologias. Além das insalubres condições de higiene, a baixa qualidade de nutrição e alimentação e o estresse de viver em confinamento também são fatores que aumentam o risco de adoecimento dessa população (Nascimento et al., 2004, p. 51).

Dessa forma, visando a melhoria dessas condições de vida, foi implantado no dia 9 de setembro de 2003 pelo governo, a portaria interministerial nº. 1.777, do Ministério da Justiça e do Ministério da Saúde, com a criação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), que efetiva a inclusão da população encarcerada no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo regido pelos princípios de universalidade, equidade e integralidade, desenvolvendo atenção integral à saúde no sistema prisional. Porém, esse direito ainda é negligenciado em diversas situações já citadas neste estudo (Nascimento et al., 2004, p. 51). Para que sejam obedecidas as diretrizes do PNSSP, na realização do atendimento integral da população encarcerada, deve-se possuir uma equipe técnica mínima que possua cirurgião-dentista, médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, auxiliar de enfermagem e auxiliar de saúde bucal, realizando uma carga horária de 20 horas semanais, com o número máximo de quinhentos presos por equipe (Nascimento et al., 2004, p. 52).

A importância da atuação dessa equipe multiprofissional por meio de atendimentos médicos, odontológicos e psicológicos concomitantemente com as políticas de saúde pública no sistema prisional é confirmada também, por dados do relatório da Infopen no estado de Sergipe. Os dados apresentados demonstram que, das 8 mortes ocorridas em penitenciárias, 50% foram por motivos de saúde, o que é preocupante e ao mesmo tempo demonstra as condições insalubres de saúde dos detentos, seja por transmissão de doenças, desnutrição, superlotação ou por vários outros motivos supracitados que influenciam de forma direta ou indiretamente na morte desses presidiários. Além disto, 1 dessas mortes ocorreu por suicídio, alertando para as mortes que podem ocorrer devido às diversas patologias que podem afetar a saúde mental de um encarcerado, salientando o quão fundamental é uma atuação multiprofissional que preencha todas as necessidades da população encarcerada.

Baseado em um estudo feito em Campinas, São Paulo, sobre a tuberculose no sistema prisional, salientou-se que a falta de ventilação e a superlotação são as principais causas de ocorrência de doenças nas penitenciárias. Além disso, é comum que outras doenças também acometam de modo associado, como a AIDS. Dos presos que foram diagnosticados com tuberculose, 49,9% também possuíam AIDS. A forma mais constante encontrada da tuberculose foi a pulmonar (91,9%), acompanhada por lesões secundárias bucais, como língua, palato e lábios, existindo a possibilidade de formação de nódulos leucoplásicos. Fundamentando-se nesses dados, podemos concluir que o monitoramento de toda a equipe multiprofissional na

rotina de intervenções, incluindo o cirurgião-dentista, é fundamental no achado dessas doenças para a eliminação delas. (Neville et al., 2009; Assis, 2007, p. 74).

O principal objetivo do PNSSP, em relação à saúde bucal, é a redução de agravos da saúde bucal no sistema prisional, por meio de ações de promoção, prevenção e recuperação das funções mastigatórias. Além disso, uma das metas também é envolver a totalidade da população encarcerada com a capacitação do cuidado do próprio indivíduo com a sua saúde bucal, além da prevenção de doenças e do diagnóstico antecipado do câncer de boca, doenças virais e sistêmicas que se manifestem de modo oral. Devemos ressaltar que essa meta é fundamental e que é importante levar em consideração o perfil social da população encarcerada, onde suas principais características são o baixo nível socioeconômico, a marginalização social e a dependência química (Secretaria do estado de saúde do Espírito Santo, 2004).

Foi realizado também, um estudo em Araçatuba e São José do Rio Preto, em São Paulo, sobre a percepção dos encarcerados sobre saúde bucal e a satisfação com o atendimento odontológico nos centros de ressocialização nessas cidades. Esses centros apresentam uma nova concepção sobre privação de liberdade, onde a reeducação do interno é o objetivo principal. Dessa forma, destacou-se sobre o acompanhamento do cirurgião-dentista na última consulta odontológica realizada com esses indivíduos, onde 58,67% dos homens e 25,69% das mulheres compareceram há menos de seis meses. Segundo o Ministério da Saúde, no ano de 2004, 43% dos residentes do Sudeste foram ao cirurgião-dentista em menos de um ano. Foi observado que, existiu uma maior satisfação com a saúde bucal no centro masculino do que no centro feminino, e isso se deve ao fato de que apenas o centro masculino possui um cirurgião-dentista em sua equipe multiprofissional, o que torna o acesso à saúde bucal e ao tratamento mais fácil. Isto é, quando existe um atendimento bem realizado concomitantemente com um acompanhamento constante, a recuperação da saúde bucal desses indivíduos é assegurada (Prieto; Lima; Garbin, 2010).

É fato que o cirurgião-dentista é fundamental para diagnosticar precocemente doenças sistêmicas através do exame das manifestações orais dessas patogenias, evidenciando o quão importante é para a saúde dos encarcerados a existência de uma equipe multiprofissional. Outrossim, é importante salientar que a realização do diagnóstico antecipado e do tratamento reabilitador não são os únicos fatores que fazem um cirurgião-dentista ter um papel importante nessa equipe, pois a educação dos presidiários de modo interdisciplinar na saúde, incentivando os autocuidados com a saúde bucal fazem diferença na saúde sistêmica desses indivíduos.

É importante também, que possamos realizar uma correlação entre as desigualdades entre a saúde bucal da população negra e da população branca, evidenciando a necessidade de um atendimento especializado para a população negra também na área da saúde bucal. É fato que as doenças bucais são uma manifestação da “biologia da desigualdade”, onde por meio da expressão biológica de fatores sociais, há uma hierarquia explicativa em sequência de nível macro (sociedade), para o nível meso (indivíduo) e o nível micro (célula). Há uma interligação fundamental entre a dor e perda dentária -como também outras condições que pioram a saúde bucal de adultos- com fatores como grupo racial, educação e renda (Guiotoku et al., 2012, p. 135).

Isto é, a situação de saúde bucal de um indivíduo, pode demonstrar toda uma história vivida por ele. Existem marcas dentárias que estão interrelacionadas com pessoas mais pobres, com menos oportunidades de inserção no mercado de trabalho e baixa escolaridade. A partir dessa afirmação, deu-se o estudo através do artigo “Iniquidades Raciais em Saúde Bucal no Brasil”, onde o principal objetivo do mesmo é a identificação de iniquidades raciais através da comparação entre os índices de CPO-D (Índice de dentes cariados, perdidos e obturados) da população branca e negra, coletados pela pesquisa nacional SB Brasil 2002-2003 (Guiotoku et al., 2012, p. 135).

Tal estudo observou iniquidades na experiência de dentes cariados, mesmo que existisse uma pequena diferença no índice CPO-D por grupo de raça/cor. No estudo deste artigo, o CPO-D da população branca deu ligeiramente maior comparado com a população negra devido o componente de dentes obturados, que eleva o índice dessa população pelo simples fato de que

peças brancas possuem acesso mais fácil ao cirurgião-dentista, ou seja, possuem mais dentes restaurados (70,7% de dentes restaurados em pessoas brancas contra 46,6% em pretos). Uma pesquisa realizada com a mesma base de dados, em 1998, verificou que o CPO-D de adultos no Estado de São Paulo foi de 22,4, onde a perda dentária foi agente causador de metade do valor deste índice. Isto significa que devemos focar principalmente no índice de dentes perdidos para a observação da real diferença entre a saúde bucal da população negra e a população branca (Guiotoku et al., 2012, p. 138).

Quando estudado o componente P (dentes perdidos), existiu uma média maior de pretos e pardos em comparação com os brancos. Outras pesquisas têm exposto uma significativa perda de dentes em adultos no nosso país. Foram observadas também taxas crescentes de perda dentária para negros e moradores de ambientes sem água fluoretada. Tais situações confirmam que, para o acesso aos serviços de saúde, a cor da pele negra é um fator desfavorável, que aumenta em 22% o risco de perda dentária para esses indivíduos (Guiotoku et al., 2012, p. 138).

Essa pesquisa apresenta, através de seus resultados, que os contextos sociais em que a população negra está inserida podem aumentar a vulnerabilidade de sua saúde bucal, o que confirma o quão imprescindível é um atendimento humanizado voltado para a população negra, que devido a todo seu processo histórico foi vulnerabilizada, apresentando diversas doenças mais prevalentes em seus povos. Além disso, acrescenta-se o fato de que essa população está significativamente submetida ao sistema prisional – pois apresentam a maior parte da população carcerária – fazendo com que fragilidades concomitantes às já existentes sejam adicionadas. Assim, a atenção integral à saúde da população carcerária negra se faz cada vez mais necessária baseada nesses fatores.

4. Considerações Finais

A principal motivação desta pesquisa é na contribuição para a conscientização sobre a saúde sistêmica e bucal da população negra e o quanto a história dessa população e o contexto social em que estão envolvidos os afetam. Devemos observar, ainda, o peso que o sistema prisional acarreta para esses indivíduos, devendo assim existir uma atenção especial para a saúde dessa população, a partir de políticas públicas de saúde para os encarcerados que sejam realmente eficazes, como também a partir da conscientização de um combate contra o racismo que é fundamental para a formação dos futuros profissionais de saúde, para que não pratiquem o racismo de forma alguma, garantindo para a população negra carcerária um acesso à saúde adequado.

Constatou-se, inicialmente, que, é necessário um investimento em atenção básica para os indivíduos encarcerados baseado na política de saúde mais atual implementada, possuindo uma equipe multiprofissional com cirurgião-dentista, médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, auxiliar de saúde bucal e auxiliar de enfermagem. Afirmamos que, as políticas de saúde desenvolvidas para a população carcerária foram fundamentais para a implementação de atenção de saúde básica para a população encarcerada, mesmo que necessite de melhorias constantes para os problemas desse sistema, como superlotação e a alta presença de doenças transmissíveis.

Também devemos observar a presença constante da discriminação racial na nossa sociedade, onde na área da saúde, as vítimas podem ser usuários ou profissionais, e essas ocorrências podem afetar a construção de identidade a saúde dessa população. Desse modo, é primordial que as instituições de formação exponham constantemente as consequências sociais do racismo, por meio de debates, desenvolvendo a conscientização dos futuros profissionais de saúde. Além dessas ações, é importante a promoção da equidade no Sistema Único de Saúde no Brasil, através do investimento no desenvolvimento e efetivação das políticas públicas que possuam esse intuito.

É essencial também que seja realizada uma interligação entre as condições insalubres da população encarcerada e as necessidades sistêmicas da população negra, onde os mesmos enfrentam desnutrição, superlotação e diversas doenças que foram mencionadas ao longo desse estudo. Comprovamos que a inclusão de toda a população carcerária no Sistema Único de

Saúde (SUS) é efetivada pelo Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), onde tal plano é regido pelos princípios de equidade, integralidade e universalidade, e mesmo com a condição de encarceramento, o direito de atenção integral à saúde é assegurado a essa população. Porém, vemos que esse direito ainda é negligenciado.

Concluímos também, que os estudos analisados neste artigo, através do enfoque no índice de dentes perdidos do CPO-D, confirmaram uma real diferença entre a saúde bucal da população negra e da população branca, onde houve uma média maior de dentes perdidos em pretos e pardos em comparação com os brancos. Isto é, a cor da pele negra é um motivo que desfavorece o acesso aos serviços de saúde, e esse fator aumenta em 22% o risco de perda dentária para essas pessoas (Guiotoku et al., 2012, p. 138).

Diante disso, conclui-se pela confirmação da hipótese, visto que, os contextos sociais em que se insere a população negra podem de fato influenciar na saúde bucal dessa população, tornando-a mais vulnerável. Assim, confirmamos que é fundamental, para a população negra, um atendimento humanizado e específico, que por conta do processo histórico em que foi inserida, é mais vulnerável que as demais populações, estando suscetíveis a diversas doenças sistêmicas -hipertensão arterial, diabetes mellitus, anemia falciforme, tuberculose, entre outras- de modo mais prevalente que o resto da sociedade.

Além dessa constatação, agregamos também o fato de que a população negra representa a maioria da população carcerária, o que demonstra que uma parte dessa população está submetido às condições insalubres do sistema prisional, como desnutrição, estresse, possibilidade de contágio com diversas doenças transmissíveis e superlotação, o que debilita ainda mais esses indivíduos, fazendo com que fragilidades sejam acrescentadas às já existentes na história da população negra. A atenção integral à saúde da população carcerária negra é urgente, necessária e deve ser implementada por todos os profissionais de saúde que cuidam do bem-estar dessa população, para que esses indivíduos possuam sua saúde sistêmica, bucal e mental em equilíbrio a partir de seus direitos devidamente garantidos.

Por fim, é de extrema importância continuar analisando esse tema de forma ampla, pois aborda diversos critérios, além de ser atual com grande relevância e persistência na sociedade. É necessário permanecer estudando sobre esse assunto de forma contínua, na busca de novas perspectivas positivas e de uma evolução em relação aos direitos recebidos pela população negra. E na melhoria dos atendimentos realizados pelo profissional de saúde para evitar uma maior disseminação de doenças transmissíveis e ações de prevenção para que não ocorra o surgimento de novas doenças no ambiente carcerário.

Referências

- Assis, R. D. D. (2008). A realidade atual do sistema penitenciário brasileiro. *Revista CEJ*, 74-78.
- Brasil, C. C. (1990). Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 1.
- Carvalho, F. M. T. D. (2017). Condições de saúde bucal de pessoas privadas de liberdade de um complexo prisional do Nordeste brasileiro (Master's thesis, Universidade Federal de Pernambuco).
- Cohn, A. (2006). O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In *Tratado de saúde coletiva* (pp. 231-258).
- Damasceno, S., Cerqueira, R., Silva, J., Soledade, K., & Borges-Paluch, L. (2020). Sistema Penitenciário E Saúde: Avaliação Das Condições Bucais De Detentos Da Região Metropolitana De Salvador, BA. *Enciclopédia Biosfera*, 17(34).
- de Oliveira Sampaio, E. (2003). Racismo institucional: desenvolvimento social e políticas públicas de caráter afirmativo no Brasil. *Interações (Campo Grande)*.
- do Ministro, G., Costa, H., & Bastos, M. T. (2003). Portaria Interministerial nº 1.777, de 9 de setembro de 2003.
- Favilli, F. (2016). Direitos humanos, mulheres e tutela da saúde no cárcere: breve estudo sobre as políticas sociais e saúde voltadas prioritariamente à população carcerária feminina. *Cadernos do Seminário da Pós*, 1(1).
- Gabriel¹, A. C. G., Pinheiro¹, D. H. P., Fernandes¹, L. M. S., Wind¹, M. M., Ferreira¹, V. R., & Silva, C. T. X. (2019). Caos: O atual cenário da saúde prisional no Brasil.
- Guerra, S., & Emerique, L. M. B. (2006). O princípio da dignidade da pessoa humana e o mínimo existencial. *Revista da Faculdade de Direito de Campos*, 9, 379-97.

- Guiotoku, S. K., Moyses, S. T., Moyses, S. J., Franca, B. H., & Bisinelli, J. C. (2012). Racial inequity in oral health in Brazil. *Revista Panamericana de Salud Pública, 31*(2), 135-141.
- Heringer, R. (2002). Desigualdades raciais no Brasil: síntese de indicadores e desafios no campo das políticas públicas. *Cadernos de Saude publica, 18*, S57-S65.
- Höfling, E. D. (2001). Estado e políticas (públicas) sociais. *Cadernos Cedes, 21*, 30-41.
- INFOPEN, (2019). <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiNjNiYjNkYWUtODU2MC00OWMyLWFlYjEtYTc4MTNhYTgzZDBkIiwidCI6I mViMDkwNDIwLTQ0NGMtNDNmNy05MwYyLTRiOGRhNmJmZThMSj9>.
- Kalckmann, S., Santos, C. G. D., Batista, L. E., & Cruz, V. M. D. (2007). Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS? *Saúde e sociedade, 16*, 146-155.
- Lei de Execução Penal. 1984.
- Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- Lermen, H. S., Gil, B. L., Cúnico, S. D., & Jesus, L. O. D. (2015). Saúde no cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira. *Physis: Revista de Saúde Coletiva, 25*, 905-924.
- Lopes, F. (2005). Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. *Cadernos de Saúde Pública, 21*, 1595-1601.
- Martins, L. M. R. (2019). *Um olhar negro sobre o sofrimento psíquico e as vozes silenciosa das mulheres encarceradas: um diagnóstico sobre as políticas de saúde mental no sistema carcerário no Brasil* (Master's thesis).
- Ministério da Justiça. Resolução conjunta CNPCP-CNCD/LGBT, de 15 de abril de 2014. Brasília, 2014f.
- Ministério da Justiça. Resolução nº 01, de 10 de fevereiro de 2014. Brasília, 2014e.
- Ministério da Saúde e Ministério da Justiça. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional. Brasília, 2014c.
- Ministério da Saúde e Ministério da Justiça. Portaria Interministerial n.º 1.777/2003, de 09 de setembro de 2003. Brasília, 2003b.
- Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Brasília, 2003a.
- Ministério da Saúde. Política de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2006.
- Ministério da Saúde. Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas. Brasília, 2003c.
- Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília, 2007.
- Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde para Pessoas com Deficiência. Brasília, 2008.
- Ministério da Saúde. Portaria nº 482, de 1º de abril de 2014. Brasília, 2014d.
- Nascimento, A. M. B., Lemos, J. A., & Sapucaia, J. S. B. (2004). Unidades de programa de saúde penitenciária: humanização e saúde para a população prisional na Bahia. In Congresso Nacional da Associação Brasileira para o Desenvolvimento da Engenharia Hospitalar (pp. 51-56).
- Neville, B. W., Damm, D. D., Allen, C. M., & Bouquot, J. E. (2009). *Patologia oral e maxilofacial*. (3rd ed.), Elsevier.
- Oliveira, F. (2003). Saúde da população negra. *Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 114*.
- Paim, J. S. (2008). *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Editora Fiocruz.
- Penitenciárias, D. D. P., & De Políticas, C. G. Ministério Da Justiça Departamento Penitenciário Nacional.
- Prieto, A. K. C., Lima, D. C., & Garbin, C. A. S. Percepção dos internos sobre saúde bucal e satisfação quanto ao atendimento odontológico nos centros de ressocialização de Araçatuba/SP e São José do Rio Preto/SP.
- Santo, E. (2004). Plano Operativo Estadual de Atenção Integral à Saúde da População Prisional. *Vitória: Secretaria de Estado de Saúde do Espírito Santo*.
- Siqueira, M. R., Boas, M. C. R. V., de Abud, J. I. F., de Araújo, R. J. G., & dos Reis, A. C. A. (2020). Saúde bucal da população carcerária: levantamento epidemiológico. *Journal of Research in Dentistry, 7*(6), 91-106.
- Tetzner, E., Nascimento, S., Carvalho, R., & Tonini, K. (2012). Odontologia no sistema penal. *Revista da Faculdade de Odontologia-UPF, 17*(3).
- Varga, I. V. D., & Cardoso, R. L. S. (2016). Controle da hipertensão arterial sistêmica na população negra no Maranhão: problemas e desafios. *Saúde e Sociedade, 25*, 664-671.
- Vasconcelos, A. C. C. G., de Souza, M., Lima, K. R., da Silva, B. A. K., & Vasconcelos, D. F. P. (2019). Atenção à saúde de indivíduos privados de liberdade no sistema prisional brasileiro: uma revisão integrativa. *Revista Ciências Em Saúde, 9*(4), 28-36.
- Yamamoto, O. H., & Oliveira, I. F. D. (2010). Política Social e Psicologia: uma trajetória de 25 anos. *Psicologia: teoria e pesquisa, 26*, 9-24.