

Acesso e longitudinalidade do cuidado em saúde prisional: Perspectivas da medicina de família na abordagem de populações e doenças negligenciadas

Access and longitudinality of prison health care: Perspectives of family medicine in addressing neglected populations and diseases

Acceso y longitudinalidad de la atención de salud penitenciaria: Perspectivas desde la medicina familiar en el abordaje de poblaciones y enfermedades desatendidas

Recebido: 09/12/2024 | Revisado: 15/12/2024 | Aceitado: 15/12/2024 | Publicado: 17/12/2024

Cely Carolyne Pontes Morcerf¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8443-1806>

Universidade de São Paulo, Brasil

E-mail: celymorcerf@usp.br

Guilherme Moreira de Queiroz Coutinho¹

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-0390-0712>

Universidade de São Paulo, Brasil

E-mail: guilhermemqc@usp.br

Emilly Barboza Rasmussen¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2237-1780>

Universidade de São Paulo, Brasil

E-mail: emillyrasmussen@usp.br

João Mazzoncini de Azevedo Marques¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3100-3883>

Universidade de São Paulo, Brasil

E-mail: jmaq@usp.br

Resumo

Construído em um processo histórico de necessidade da exclusão e enclausuramento do socialmente e legalmente determinando como conduta criminosa, o caráter biopsicossocial da criminalidade continua potencializando o número de populações que superlotam o sistema prisional, porém em uma proporção que diverge das reais necessidades em investimento na reeducação, nas possibilidades de reinserção psicossocial e da garantia de direitos humanos dentro do regime de privação de liberdade, principalmente do acesso à saúde. Dentro das lacunas e fragilidades existentes para a plena garantia da saúde em toda a visão de bem estar físico e mental, é uma problemática crescente a existência de doenças negligenciadas que mesmo estando em processo de redução na população geral, ainda são uma realidade presente e de difícil manejo no seguimento das populações negligenciadas, necessitando de uma organização em saúde que possibilite o direcionamento de estudos e abordagens que empoderem e auxiliem na educação, prevenção e promoção dessas populações marginalizadas. A partir desse cenário, a medicina de família e comunidade se apresenta como formação médica estratégica para o trabalho em áreas e zonas negligenciadas. O presente trabalho tem como objetivo realizar uma revisão narrativa de literatura sobre a questão do acesso e do cuidado integral necessários no âmbito da saúde prisional, tendo a medicina de família e comunidade como responsável pela coordenação do cuidado e o entendimento geral de crescimento e identificação de doenças negligenciadas nesses seguimentos invisibilizados da sociedade.

Palavras-chave: Minorias Desiguais em Saúde e Populações Vulneráveis; Populações Vulneráveis; População Privada de Liberdade; Doenças Negligenciadas; Saúde Pública; Direitos Humanos.

Abstract

Built on a historical process of exclusion and confinement of what is socially and legally determined as criminal behavior, the biopsychosocial nature of criminality continues to increase the number of populations that overcrowd the prison system, but in a proportion that diverges from the real needs for investment in reeducation, in the possibilities of psychosocial reintegration and the guarantee of human rights within the regime of deprivation of liberty, especially access to health. Within the gaps and weaknesses that exist in the full guarantee of health in the entire vision of physical and mental well-being, the existence of neglected diseases is a growing problem. Even though they are in the process of reduction in the general population, they are still a present reality and difficult to

¹ Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Brasil.

manage in the follow-up of neglected populations, requiring a health organization that allows the direction of studies and approaches that empower and assist in health education, prevention and promotion of these marginalized populations. Based on this scenario, family and community medicine is strategic medical training for work in neglected areas and zones. This study aims to conduct a narrative review of the literature on the issue of access and comprehensive care required in prison health, with family and community medicine responsible for coordinating care and the general understanding of the growth and identification of neglected diseases in these invisible segments of society.

Keywords: Health Unequal Minorities and Vulnerable Populations; Vulnerable Populations; Population Deprived of Liberty; Neglected Diseases; Public Health; Human Rights.

Resumen

Construido sobre un proceso histórico de necesidad de exclusión y encerramiento de conductas criminales social y legalmente determinadas, el carácter biopsicosocial del crimen continúa aumentando el número de poblaciones que saturan el sistema penitenciario, pero en una proporción que diverge de las necesidades reales de inversión en la reeducación, en las posibilidades de reinserción psicosocial y la garantía de los derechos humanos dentro del régimen de privación de libertad, especialmente el acceso a la salud. Dentro de las brechas y debilidades que existen para la plena garantía de la salud en toda la visión del bienestar físico y mental, es un problema creciente la existencia de enfermedades desatendidas, que, a pesar de estar en proceso de reducción en la población general, son sigue siendo una realidad presente y creciente. Es difícil gestionar las poblaciones desatendidas, requiriendo una organización de salud que permita la dirección de estudios y enfoques que empoderen y ayuden en la educación, prevención y promoción de la salud de estas poblaciones marginadas. Desde este escenario, la medicina familiar y comunitaria se presenta como una formación médica estratégica para el trabajo en áreas y zonas postergadas. El presente trabajo tiene como objetivo realizar una revisión narrativa de la literatura sobre el tema del acceso y atención integral necesaria en el contexto de la salud penitenciaria, con la medicina familiar y comunitaria como responsable de coordinar la atención y la comprensión general del crecimiento e identificación de enfermedades desatendidas. en estos segmentos invisibles de la sociedad.

Palabras clave: Minorías Desiguales y Poblaciones Vulnerables; Poblaciones Vulnerables; Población Privada de Libertad; Enfermedades Desatendidas; Salud Pública; Derechos Humanos.

1. Introdução

A construção do imaginário social é feita por meio das representações, que veiculam noções de um grupo acerca deste elemento a ser representado. A concepção da identidade dos grupos sociais é, portanto, desenvolvida a partir de valores que são socialmente difundidos, de modo a produzir e compartilhar significados que regem a construção social do entendimento da realidade. Nesse processo, os instrumentos midiáticos, diante da sua incontestável capacidade de propagar representações elaboradas a respeito de um grupo, têm um forte papel em formular, reforçar ou modificar as compreensões conferidas ao imaginário social (Oliveira & Sento-Sé, 2022).

No que tange à população carcerária, a sociedade fora dos muros – essencialmente idealizada como mais civilizada – constrói uma dualidade de representações sob uma lógica maniqueísta. De um lado, existe a tradicional figura negativa deste grupo enraizada no repertório social, em que se propaga a visão do preso como um “outro” perigoso e marginal, de natureza imutavelmente atrelada à violência e à barbaridade e que, portanto, deve ser ao máximo segregado do convívio social. De outro lado, há a representação menos comum do detento como o “nós”, vinculado a valores de civilização e educação, passíveis de empatia. Quando episódios de conflitos internos nos presídios são levantados pela mídia, esse binarismo representacional dos apenados é destacado. A imprensa, ao abordar esses eventos violentos, constrói narrativas a partir da perspectiva de um grupo de presos intrinsecamente bárbaros e um outro de presos vítimas, assolados pelas atitudes violentas do primeiro grupo e, muitas vezes, mortos nesses conflitos. A esse “preso-vítima”, conferem-se aspectos que evocam empatia e, frequentemente, é associado a imagem deles a figura da família, especialmente mães e esposas, que enfatizam seus laços afetivos e enaltecem uma imagem de vulnerabilidade e inocência, distinguindo-os do retrato do preso bárbaro (Oliveira & Sento-Sé, 2022).

Essa polarização instiga o imaginário social, uma vez que é criado uma sensação de ordem e clareza na distinção entre o “cidadão” e o “criminoso”, de modo a oferecer uma justificativa para a exclusão e a violência institucional contra os encarcerados, pois estes são vistos como incorrigíveis e distantes dos valores de civilidade. Assim, ao passo em que alguns

indivíduos são humanizados, é reforçada a imagem da população carcerária no geral como “selvagem”, reverberando os estigmas em torno dessas pessoas. Junto a isso, as complexidades do sistema prisional são negligenciadas no processo, não explorando raízes sociais e políticas subjacentes à formação de redes de violência nas prisões, muito menos as alternativas de ressocialização e reintegração dos apenados (Oliveira & Sento-Sé, 2022). Assim, essas populações são incluídas no grupo de populações marginalizadas, possuindo em sua construção de figuras de sujeito e de percepção coletiva junto ao processo de inferiorização e exclusão de seguimentos vulnerabilizados, tendo em vista o crime como um fenômeno biopsicossocial. Marginaliza-se, assim populações que cometem crimes, diretamente associados à falta de oportunidades e condições de miséria, violências e violações de direitos humanos enfrentadas por essas pessoas em seus ciclos de vida e em suas dinâmicas familiares desestruturadas, sem o amparo de equipamentos sociais e de políticas de visibilidade e auxílio a tais populações. Nessa perspectiva, expande-se o incentivo de trabalho de uma nova especialidade médica, que obteve surgimento e ascensão a partir de um movimento contrário à forma fragmentada, mecânica, biologicista e elitista de formação médica tradicional: a Medicina de Família e Comunidade (MFC), tendo um dos focos de atuação, o cuidado integrado e longitudinal, com uma visão de equidade, a populações historicamente invisibilizadas, assim como doenças negligenciadas a elas associadas. O presente trabalho tem como objetivo realizar uma discussão reflexiva, através de uma revisão de literatura, sobre o processo de marginalização da população privada de liberdade à luz de necessidades e oportunidades de acesso e acompanhamento longitudinal de qualidade com a proposta de atuação da MFC no campo da saúde prisional.

2. Metodologia

Este trabalho consiste em uma revisão de literatura, narrativa e de caráter reflexivo (Rother, 2007; Mattos, 2015; Pereira *et al.*, 2018; Casarin *et al.*, 2020), com utilização para pesquisa de estudos nas bases Scielo e Google Acadêmico usando as palavras de busca: “Minorias Desiguais em Saúde e Populações Vulneráveis; Populações Vulneráveis; População Privada de Liberdade; Doenças Negligenciadas; Saúde Pública; Direitos Humanos” e que abordassem as temáticas da saúde prisional em uma visão de dificuldades e desafios existentes no sistema penitenciário para a proteção e garantia de cuidados em saúde como um direito humano, sob a perspectiva da visão integral em regime de encarceramento e de oportunidades de melhorias na visão da reinserção psicossocial do reeducando. Para isso, a reflexão ocorre à luz de uma visão de gestão da clínica, das redes e dos serviços de saúde, alinhada ao debate da medicina de família e comunidade e seu trabalho no âmbito da saúde prisional, destacando-se a importância da expansão da especialidade e sua priorização para populações negligenciadas, estando a população privada de liberdade como um dos eixos prioritários de investimento de trabalho e formação de recursos humanos para a assistência integral dessas populações. O método utilizado de busca foi não sistemático, pela necessidade de uma análise ampliada e de pouca restrição em filtros focais, permitindo assim uma maior identificação de artigos de diversas temáticas e áreas, com novas perspectivas que após uma leitura minuciosa, conseguem servir de intersecção para reflexões e ideias de propostas futuras para uma melhor organização da forma como os problemas em saúde no sistema penitenciário são vistos e enfrentados.

3. Resultados e Discussão

Sistema Penitenciário e Saúde Prisional sob a ótica de Direitos Humanos

Falar sobre o crime como um problema inserido no contexto da saúde pública é falar da origem biopsicossocial do processo de formação até o ato legal. Desta forma, o aprisionamento de pessoas condenadas pela realização de um crime, para atingir o objetivo de reeducação, deveria ser direcionado a ações de reinserção psicossociais, priorizando a garantia de direitos humanos e necessidades básicas de vida, entre elas o acesso e o acompanhamento de qualidade em saúde. Porém, a visão histórica de estigma voltado para o imaginário social da população privada de liberdade como periculosa, agressiva e violenta,

leva ao imaginário e ato do aprisionamento como um processo atrelado à ideia de afastamento social, para uma exclusão propriamente dita dessas populações de um meio social no qual elas são indesejadas (Chies, 2013; Freixo, 2016). Dessa forma, na construção de um afastamento do objeto alvo de repulsa por divergir do padrão e das oportunidades da maioria dos seguimentos sociais, esquece-se da visão de pessoa humana e do trabalho da cidadania com dignidade, respeito e garantia dos direitos humanos dessas populações. Pela noção de segurança exclusiva como resolução do problema da criminalidade, a sociedade cria a doença social, para depois trancá-la e puni-la, privando-a dos mesmos direitos e acesso que o estado de liberdade em condição de normalidade, à vida em sociedade respeitando regulamentos e normas. Nessa visão, a função punitiva da privação de liberdade surge como a resolução de necessidades desconectadas da raiz do problema, com a entrada no sistema penitenciário sendo sinônimo de punição e segregação, prejudicando assim o objetivo de resgate da pessoa inserida na vida da criminalidade e da reeducação visando uma reinserção social atrelada a um plano de vida dentro e fora do regime prisional (Gois *et al.*, 2012; Monteiro & Cardoso, 2013; Uziel *et al.*, 2018; Bueno, 2021).

A literatura aponta exemplos e estudos que evidenciam as falhas da forma como o sistema prisional é configurado e da ausência de proteção ao direito humano da pessoa em situação privada de liberdade, contribuindo para a perpetuação de determinantes sociais que levaram à origem da criminalidade e que potencializam o poder de retorno ao mundo do crime após o processo de volta para casa (Uziel *et al.*, 2018). Um estudo analisou a população carcerária em penitenciárias do Brasil em 5 anos, considerando variáveis sociodemográficas para visão ampla e comparativa do perfil social e epidemiológico dessa população, assim como um entendimento desses dados associados ao tipo de delito cometido. Tal estudo obteve como resultado um reforço da perpetuação na realidade do sistema prisional brasileiro da cultura do aprisionamento, isolamento e punição, como imaginário de resolutividade e resposta efetiva de combate à criminalidade e de garantia de não repetição de novas formas de crimes. Porém, tal prática é divergente da realidade no qual a repressão e o enclausuramento, afastando o presidiário do meio social e familiar, contribuem para a perpetuação e piora de motivos e revoltas com condições de vida que levaram às origens da criminalidade e que serão uma motivação para a continuação da busca do crime como meio de conquista de interesses e objetivos de melhoria de vida, visto que a reeducação e trabalho de projetos de vida com uma reinserção social bem alinhada a redes de suporte não foi plenamente realizada. Dessa forma, a maneira como o sistema prisional trata a pessoa humana em privação de liberdade apenas perpetua as mesmas condições de vulnerabilidades, miséria, carência, desamparo e violações de direitos humanos que cercavam o ecossistema de desenvolvimento da pessoa em um meio que o motivou à busca do crime como forma de atingir seus fins e objetivos de vida, mesmo que às custas de delitos e contratos com direitos da coletividade (Monteiro & Cardoso, 2013; Guerrero *et al.*, 2022).

A perpetuação de ideias errôneas frente à periculosidade e à marginalização da população privada de liberdade, representando raízes históricas da negligência, reforçam a constante invisibilização de acesso e cuidados de qualidade em perspectivas de direitos humanos dessas populações, destacando-se aqui a assistência em saúde. Assim, o imaginário de melhoria das condições urbanas, de segurança e da boa vida em sociedade, está associada ao enclausuramento de segmentos populacionais alvo da promoção da desordem, da agressividade, da má conduta e da infração ao exposto na legislação, devendo assim serem punindo sob uma forma de enclausuramento em condições sub-humanas, de superlotação e afastamento da rotina de vida em sociedade, sem a preocupação sobre as condições de direitos humanos, de garantia de oportunidades e do trabalho na reeducação destas pessoas no sistema prisional (Rangel & Bicalho, 2016). Nesse cenário, a punição pela criminalidade que foi o motivo da privação de liberdade, muitas vezes é confundida com punições físicas e psicológicas, perpetuando a desconfiguração do real objetivo da privação de liberdade e de nada agregando na volta para casa após o cumprimento da pena estabelecida (Karam, 2011). Assim, pelos métodos errôneos e pelo não investimento em auxílio e reeducação das populações privadas de liberdade, priva-se o acesso e a qualidade de garantia de direitos básicos como o de uma educação de qualidade e eficaz, e principalmente um dos maiores gargalos existentes no sistema prisional brasileiro: o

acesso à saúde de qualidade, de forma integral e em um acompanhamento ao longo do tempo. Na trajetória de vida dessas populações, a exclusão social e as punições verbais e físicas ocorrem historicamente como métodos para o ensino da má conduta após a realização de comportamentos condenáveis em regime carcerário e fora dele, carregando para sempre a marca de preconceito de um dia ter sido direcionado ao sistema prisional, mesmo após o cumprimento da pena, o que reduz drasticamente as possibilidades de construção de novos projetos de vida e limita a reinserção psicossocial (Figueiró & Dimenstein, 2016; Chies & Almeida, 2019). Dessa forma, a saúde física, mental e as condições de relações interpessoais sob o ponto de vista social, possuem problemáticas de estruturação desde as origens do problema que levam à busca pela criminalidade, passando pela dura realidade das condições precárias da privação de liberdade até o enfrentamento de piores condições de estigma e de carência de recursos após o retorno ao convívio social que não deseja possibilitar a reinserção desse indivíduo, em pleno exercício de cidadania (Mameluque, 2006; Figueiró & Dimenstein, 2016; Soares Filho & Bueno, 2016.) E nesse padrão de continuidade, a sociedade potencializa o ambiente da criminalidade, pune os que seguem tal caminho e impede a plena reinserção social com carência de condições de vida pela ampliação do rótulo e da marginalização após a saída do sistema prisional (Santos & Silva, 2017). Dessa forma, as condições de assistência e de vivência no sistema prisional de precariedade refletem o desejo de negligência e de continuidade da marginalização como uma forma de punição que não é refletida na reeducação e no olhar de equidade desse seguimento populacional, garantindo a oportunidade para o ensino e o trabalho de valores e de funções sociais e psíquicas que possibilitem o desenvolvimento da empatia, da compaixão e do trabalho em equipe. Dessa forma, a saúde em uma perspectiva integral é inexistente e os poucos momentos de acesso da população privada de liberdade ao atendimento em saúde consistem em algum acompanhamento em enfermagem e a pontuais consultas médicas de especialistas focais que de nada resolvem questões como prevenção, promoção e melhoria de doenças crônicas associadas ao acompanhamento e tratamento de doenças negligenciadas (Dembogurski; Oliveira & Durães, 2021; Lôbo; Portela; Sanchez, 2022).

Tuberculose como Doença Negligenciada no Contexto da Saúde Prisional

A mortalidade nas prisões é um reflexo direto das condições de vida em que as pessoas privadas de liberdade (PPL) se encontram. Historicamente, esse grupo de indivíduos, que carrega consigo profundos estigmas, tem sido duramente segregado e negligenciado nos presídios, de modo a ter negado o próprio direito de acesso à saúde e a viver num ambiente insalubre, que propicia o adoecimento físico e mental dessa parcela da população. Nessa conjuntura, observa-se, no ambiente prisional, uma taxa de mortalidade global superior à população geral, fato que evidencia a carência de condições dignas de vida e a precariedade no acesso à saúde pela população carcerária (Sánchez *et al.*, 2021). Diante desse cenário, vale ressaltar que as septicemias e as doenças infecciosas – sobretudo HIV/aids e tuberculose – são uma das principais causas de óbitos entre os presos. A alta morbidade e mortalidade pelas septicemias e por doenças infecciosas entre as PPL está relacionada com a insalubridade das unidades prisionais (UPs), muitas vezes marcadas por superlotação, ventilação inadequada e limitações de higiene básica. Além disso, a carência de estratégias preventivas e do acesso ao tratamento agravam esse quadro, de maneira a refletir a alienação de um direito fundamental previsto na Constituição Federal de 1988: o direito à saúde. (Sánchez *et al.*, 2021) Nesse cenário, as falhas no diagnóstico precoce, na continuidade do tratamento e na articulação dos serviços intramuros com a rede pública de saúde impedem o manejo adequado dessas doenças e, por fim, levam a mortes que poderiam ser evitadas. É relevante destacar a baixa resolutividade dos serviços realizados nos presídios e a falta de busca ativa para diagnosticar precocemente as doenças infecciosas, como a tuberculose, que pode ocorrer num contexto de coinfeção pelo HIV. No que tange ao HIV/aids, o impacto deste na saúde prisional poderia ser mitigado ao oferecer testes rápidos, principalmente no momento do ingresso nas UPs, assim como ao estabelecer oportunamente o tratamento antirretroviral e as profilaxias para infecções oportunistas. Ademais, promover condições dignas de higiene para os presos, bem como o

tratamento precoce para as infecções é essencial para atenuar as repercussões dessas enfermidades e para reduzir a morbidade e mortalidade no ambiente prisional (Larouzé *et al.*, 2015; Sánchez *et al.*, 2021).

Outrossim, cabe abordar a evolução desfavorável de doenças crônicas entre os encarcerados, a qual se desenvolve com mortalidade duas vezes maior quando comparada com a população geral. Esse fato se explica pela deficiência na atenção básica à saúde oferecida dentro do sistema prisional, que carece do acompanhamento individualizado, longitudinal e integral e que, por conseguinte, culmina na descompensação de pacientes com comorbidades que dependem de cuidados regulares. Nesse aspecto, não é incomum que os presos com doenças crônicas evoluam para quadros com complicações essencialmente evitáveis, mas que levam a desfechos fatais. Sendo assim, destaca-se a importância em consolidar a atenção primária à saúde no cenário prisional, junto com ações de educação em saúde, para que seja garantida a resolutividade no que se refere aos apenados com doenças crônicas (Sánchez *et al.*, 2021). Diante do exposto, a relevante mortalidade pelas enfermidades supracitadas entre as PPL mostra-se resultado da alarmante desassistência, haja vista a falta de acesso ao diagnóstico e ao tratamento que, apesar de disponíveis na rede pública, não chegam a esse público marginalizado e invisibilizado. Sob essa perspectiva, apesar de políticas voltadas à saúde prisional já existirem, elas permanecem apenas no papel. Faz-se necessário, portanto, implementar efetivamente essas políticas de saúde pública nos presídios e viabilizar a articulação com a rede pública de saúde extramuros, a fim de integrar verdadeiramente os encarcerados ao SUS e, dessa forma, garantir a atenção básica e a assistência à saúde nesse ambiente. Assim, será possível assegurar, enfim, a dignidade e o direito à saúde das PPL (Sánchez *et al.*, 2021).

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) estão profundamente associadas a fatores de risco como sedentarismo, tabagismo, consumo abusivo de álcool e alimentação inadequada. No entanto, além disso, o panorama dessas doenças entre populações vulneráveis, como as pessoas privadas de liberdade (PPL), reflete uma complexa interseção entre determinantes sociais de saúde, negligência estrutural, desigualdades históricas e serviços de cuidado fragmentados. Nesse sentido, a prevalência de DCNT entre as PPL revela um processo de marginalização com início antes mesmo do encarceramento (Larouzé *et al.*, 2015; Serra *et al.*, 2022).

O perfil sociodemográfico dominante, composto por indivíduos de baixa escolaridade, pertencentes a minorias étnicas e de baixa renda, é um reflexo de uma opressão estrutural que marginaliza determinados grupos. Essa opressão se manifesta na incapacidade de acessar direitos básicos como saúde e educação, de modo a contribuir para a perpetuação de ciclos de exclusão, pobreza e encarceramento. Diante desse cenário, no contexto do sistema prisional brasileiro, somam-se às condições e aos hábitos prévios de vida dos indivíduos, as condições dos presídios, como a superlotação, insalubridade, má qualidade dos alimentos ofertados e carência de acesso a um atendimento de saúde resolutivo. Assim, esses aspectos reverberam-se na prevalência de DCNT, sobretudo entre esse grupo, que estão, inclusive, frequentemente não diagnosticadas até intervenções específicas (Larouzé *et al.*, 2015; Serra *et al.*, 2022).

Em um país como o Brasil, com uma importante endemicidade de tuberculose, o confinamento de indivíduos nas unidades prisionais, ambientes marcados pela superlotação, insalubridade e má ventilação, transforma-se num fator agravador da transmissão e as prisões, então, tornam-se epicentros de disseminação da doença. Como exemplo dessa situação, a taxa de tuberculose entre as PPL, no estado do Rio de Janeiro, é cerca de 30 vezes superior à da população geral, evidenciando o ambiente propício à transmissão, bem como as lacunas nos cuidados da saúde prisional. Nesse cenário, é colocado em risco, além da saúde dos detentos, a daqueles que venham a ter contato com eles durante ou após a reclusão (Larouzé *et al.*, 2015; Sánchez & Larouzé, 2016; Serra *et al.*, 2022).

Diante desse panorama, os estudos realizados para entender a dinâmica da tuberculose nas prisões do Rio de Janeiro passaram a abordar a questão sob diversas perspectivas, incluindo a epidemiologia, biologia molecular, psicossociologia e a modelagem matemática, além de examinar a infraestrutura penitenciária e as condições jurídicas que influenciam a

implementação de estratégias de controle da doença. Nesse contexto, em um dos estudos realizado entre 2002 e 2013, identificou-se uma taxa de prevalência de TB ativa de 2,7% em novos ingressantes ao sistema penitenciário, enquanto entre a população já encarcerada foram observadas taxas de até 8,6%, com 14% desses casos apresentando coinfeção por HIV. Além disso, a taxa de infecção latente de tuberculose (ILTB) chegou a atingir 63,7% em uma das prisões investigadas. Esses índices apontam para a elevada circulação da *Mycobacterium tuberculosis* dentro do sistema prisional, de forma a contribuir para a hiperendemicidade nesses ambientes. Ademais, em estudos realizados em outros estados, como Bahia e São Paulo, também foram observadas altas taxas de prevalência de ILTB na população carcerária, equivalentes a 64% e 73%, respectivamente (Sánchez & Larouzé, 2016).

A detecção precoce de TB tem sido uma prioridade no controle da doença, e estudos realizados em prisões do Brasil demonstraram a importância desse rastreamento sistemático. Nessa perspectiva, cabe ressaltar o estudo realizado em uma das prisões do Rio de Janeiro, em que foi encontrado que apenas 14% dos casos identificados por meio do rastreamento radiológico apresentavam tosse persistente, um sintoma clássico da TB, de modo a demonstrar a insuficiência do rastreamento baseado apenas em sintomas. Foi demonstrado também, por meio de um modelo matemático que comparou cinco diferentes estratégias de controle da TB no sistema prisional, que a combinação de rastreamento radiológico sistemático de todos os ingressantes e de exames anuais para a população já encarcerada, associados ao tratamento supervisionado nas unidades prisionais, seria a estratégia mais eficaz para reduzir a prevalência de TB. Com efeito, uma prisão do Rio de Janeiro que aplicou essa intervenção mostrou uma queda na prevalência de TB ativa de 6% para 2,8% ao final do primeiro ano, de maneira a evidenciar o impacto positivo do rastreamento sistemático e da detecção ativa (Sánchez & Larouzé, 2016).

No entanto, apesar de avanços na identificação e no tratamento de TB, a implementação de estratégias de controle tem sido severamente prejudicada devido à falta de continuidade dos programas, à desorganização administrativa e à falta de recursos. Como exemplo, o programa de controle de tuberculose implantado em 2002 nas prisões do Rio de Janeiro enfrentou graves retrocessos por causa da falta de sustentabilidade e da descontinuidade de ações. O programa, que por meio da busca ativa e do tratamento supervisionado contribuiu para um aumento expressivo na detecção de casos e nas taxas de cura, passou a apresentar declínio em seus indicadores a partir de 2011. Nesse panorama, a falta de manutenção de equipamentos e a indisponibilidade de insumos causaram a interrupção de práticas essenciais para a identificação e tratamento de TB. Além disso, a descontinuação de atividades educativas e de grupos de apoio impactaram a adesão dos detentos ao tratamento. Como resultado, essa precarização das esferas da saúde e da administração penitenciária comprometeu a efetividade das ações, levando ao regresso para taxas de detecção e de cura similares aos níveis observados antes da implementação do programa (Sánchez & Larouzé, 2016).

Diante do exposto, a análise do controle da tuberculose nas prisões revela uma problemática complexa, em que fatores estruturais, sociais e institucionais se entrelaçam para perpetuar a alta endemicidade da doença. A prevalência da TB no sistema prisional é mais do que uma questão sanitária – é um marcador de injustiça social e de um sistema que falha em garantir condições dignas a quem está sob sua custódia. Embora evidências científicas apontem estratégias eficazes, a incoordenação administrativa, a escassez de recursos e a falta de continuidade das ações comprometem a resolução do problema. Essa realidade reflete não apenas a negligência no cumprimento do direito constitucional à saúde das PPL, mas também o impacto de uma mentalidade que prioriza a punição em detrimento da reabilitação do preso. Portanto, a abordagem para enfrentar a TB no sistema prisional deve ir além de ações pontuais, exigindo reformas estruturais e o fortalecimento do compromisso político com a saúde pública (Larouzé *et al.*, 2015; Sánchez & Larouzé, 2016; Serra *et al.*, 2022).

A tuberculose é uma grave questão de saúde pública no sistema prisional brasileiro, com uma incidência desproporcionalmente alta entre os detentos. Estima-se que 5 a 10% dos detentos apresentam TB ativa, sendo a TB nas prisões brasileiras cerca de 20 vezes mais prevalente do que na população geral. Isso está ligado, essencialmente, a fatores atrelados à

insalubridade no confinamento, como a superlotação, má ventilação e os serviços de saúde penitenciária precários. (Larouzé *et al.*, 2015) O perfil dos detentos é, muitas vezes, apontado como a raiz da hiperendemicidade da TB nas prisões, por serem, na maioria dos casos, provindos de comunidades com alta endemicidade de TB, pela maior probabilidade de coinfeção pelo HIV, pelo histórico de uso de drogas e por fatores que antecedem o encarceramento. No entanto, mostra-se equivocada essa perspectiva que tenta responsabilizar os próprios presos pela alta prevalência de TB nas unidades prisionais, uma vez que, conforme apontado por diversos estudos, a transmissão da TB é predominantemente intrainstitucional. Sob esse viés, uma pesquisa realizada em uma prisão do Rio de Janeiro indicou que a maioria dos casos de TB estavam ligados a infecções ocorridas dentro dos presídios, em sua maioria por cepas que circulavam intensamente na prisão onde foi feito o estudo (Larouzé *et al.*, 2015).

Em resposta à situação da TB nos presídios, o Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), recomenda detecção com base na demanda espontânea dos detentos, busca ativa sistemática entre ingressos, screening de massa periódico, supervisão do tratamento e educação em saúde das PPL e dos funcionários das unidades prisionais, bem como a melhoria nas condições dos presídios. Entretanto, essas e outras normas voltadas para a saúde da população prisional sofrem com a falta de compromisso do Estado com os direitos humanos e com a saúde da população carcerária. A aplicação das medidas preconizadas é irregular e insuficiente, ao passo em que as políticas criminais continuam levando a uma crescente superpopulação nos presídios, de modo a sobrecarregar ainda mais o sistema carcerário (Larouzé *et al.*, 2015).

Ademais, observa-se um cenário preocupante em que o Poder Judiciário minimiza a responsabilidade do Estado perante a integridade dos detentos, como visto em decisões judiciais que frequentemente rejeitam demandas de indenização pelas graves violações de direitos. Nesse âmbito, argumentos contrários à indenização ressaltam que essas ações desviaram recursos necessários para melhorias estruturais no sistema, porém deixam de reconhecer que a Constituição Federal de 1988 e leis internacionais de direitos humanos não eximem o Estado pelos danos e riscos advindos de sua atuação deficiente, nem excluem o dever estatal por motivos de ausência de recursos orçamentários, além de garantirem o direito à indenização individual. Apesar da culpabilização estatal num viés exclusivamente individualista ser insuficiente para solucionar a gravidade das violações de direitos no ambiente carcerário, é importante combater a minimização da responsabilidade jurídica do Estado no que tange à integridade física, psicológica e moral dos detentos (Larouzé *et al.*, 2015).

Desse modo, analisa-se que a crise da TB no sistema prisional é, portanto, um reflexo de desigualdades sociais e da falta de comprometimento estatal com os direitos das PPL. Nessa conjuntura, soluções exigem reformas estruturais, incluindo melhorias nas condições de encarceramento, políticas para mitigar a superlotação e a implementação de programas abrangentes e resolutivos de saúde. Além disso, é importante que seja enxergada a responsabilidade jurídica do Estado sobre o apenado, a fim de combater a desumanização e a violação de direitos (Larouzé *et al.*, 2015).

Necessidades e Oportunidades do Trabalho da Medicina de Família e Comunidade em Saúde Prisional

Definida como uma especialidade voltada ao olhar integral e não fragmentado do ser humano, ampliando a visão de equidade no acesso em saúde coletiva de seguimentos populacionais mais vulneráveis e que mais precisem de suporte em saúde, a medicina de família emerge de um movimento social interno da área médica contra a visão hiperespecializada da medicina, estritamente biológica e que desconsidera questões sociais e as correlações do adoecimento físico com o mental, entendendo a importância do trabalho com determinantes sociais da saúde para a visão ampla do problema em saúde. Dentro da visão e priorização de trabalho da especialidade com seguimentos populacionais negligenciados, assim como a inserção do trabalho no território, a medicina de família possui como um dos eixos de destaque o trabalho com populações negligenciadas, em uma abordagem holística da saúde mental, diretamente relacionada a origens e potencializações do sofrimento psíquico

ocasionado por interferências do meio ambiente e das dinâmicas relacionais entre sujeito, famílias e suporte social. (Gois *et al.*, 2012) Nessa continuidade de análise, o trabalho com os marginais, característico da especialidade, busca o cuidado em saúde de qualidade e ao longo do tempo, permitindo um estudo de processos gerenciais e de correlação do sujeito com o ambiente no qual ele está inserido, estudando relações de poder e de etiologias da doença social alinhada a questões psíquicas e a contribuições para a piora do quadro clínico. Muitas vezes, tais condições sociais e ambientais de negligência e ao convívio diário em um ambiente de miséria, precariedade e privações, é crescente e associada ao aumento do número de doenças negligenciadas característica desse seguimento populacional, que se elevam e se desenvolvem em ambientes de superlotação e carência de acesso ao atendimento em saúde com dignidade e qualidade, com destaque para a tuberculose, a hanseníase e doenças sexualmente transmissíveis, principalmente relacionadas à infecção pelo HIV. Porém, com a mudança da pirâmide etária populacional do Brasil, entende-se o novo desafio do trabalho com a multimorbidade psíquica, social e clínica, estando a medicina de família e comunidade capacitada para o manejo dessas necessidades em contextos de marginalização extrema, como o voltado ao cuidado humanizado e integrado a populações em situação de rua, migrantes, refugiados, privados de liberdade, entre outras minorias populacionais. Porém, ainda é necessário a ampliação e o amadurecimento dessa especialidade auxiliando em seguimentos da gestão, possibilitando a mudança da cultura do atendimento pontual e assistência médico-centrada, apenas resumida a breves consultas prescritivas e que negligenciam a visão da complexa rede de necessidades de saúde amplificadas pelo estigma e pelo processo de marginalização e negligência aos quais vivem tais populações.

4. Considerações Finais

O modelo de atenção à saúde prisional ainda se mostra ineficaz em prover um cuidado integral, alinhado às diretrizes nacionais, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). A falta de recursos humanos, o manejo pontual de demandas e a dificuldade de articulação com a rede de atenção à saúde agravam o quadro, resultando em um serviço que falha em oferecer uma atenção integral e longitudinal e não atende às necessidades da população carcerária. Dessa forma, é gerada uma lacuna que, além de aumentar a morbimortalidade nas prisões, também gera um impacto sobre o sistema de saúde como um todo, uma vez potencializados os fatores de risco e a prevalência de DCNT em uma população que retorna à sociedade após o cumprimento da pena (Serra *et al.*, 2022). Sob essa perspectiva, cabe criticar a ausência de iniciativas preventivas e de promoção à saúde no ambiente prisional. A promoção de acesso regular a consultas médicas, de programas de cessação do tabagismo, de incentivo à prática de atividades físicas e de dietas equilibradas, apesar de serem medidas eficazes na prevenção de doenças crônicas, são estratégias subutilizadas ou inexistentes. (Serra *et al.*, 2022) Desse modo, o encarceramento, longe de cumprir o seu papel ressocializador, é transformado num ciclo de sofrimento ampliado que, além da privação de liberdade, os detentos são alienados do próprio direito à saúde. Logo, a transformação desse cenário exige estratégias abrangentes em saúde, além de esforços por medidas estruturais para melhorias na infraestrutura e condições de vida nos presídios. Nesse sentido, o fortalecimento da atenção básica à saúde nos presídios, trazendo o cuidado longitudinal e integral, junto com estratégias de intervenção para prevenção de doenças e para promoção da saúde e de hábitos saudáveis entre os presos, é essencial para que seja possível quebrar o ciclo de marginalização das PPL e mitigar a prevalência de doenças crônicas entre esse grupo.

Agradecimentos

À CAPES – o presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001

Referências

- Bueno, C. D. da C. (2021). O Estado penal, o sistema prisional e a crise do humanismo. *Revista Katálysis*, 24(1), 177–187. <https://doi.org/10.1590/1982-0259.2021.e75254>
- Casarin, S. T. *et al.* (2020). Tipos de revisão de literatura: considerações das editoras do Journal of Nursing and Health. *Journal of Nursing and Health*. 10 (5). <https://periodicos.ufpel.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/19924>.
- Chies, L. A. B.. (2013). A questão penitenciária. *Tempo Social*, 25(1), 15–36. <https://doi.org/10.1590/S0103-20702013000100002>
- Chies, L. A. B. & Almeida, B.R. (2019). Mortes sob custódia prisional no Brasil. Prisões que matam; mortes que pouco importam. *Revista de Ciências Sociais*, 32(45), 67-90. Epub 01 de diciembre de 2019. <https://doi.org/10.26489/rvs.v32i45.3>
- Dembogurski, L. S. S., Oliveira, D. D. & Durães, T. F. N. (2021). Análise do processo de ressocialização. O método da Associação de Proteção e Assistência a Condenados. *Revista de Ciências Sociais*, 34(48), 131-154. Epub 01 de junio de 2021. <https://doi.org/10.26489/rvs.v34i48.6>
- Freixo, M.. (2016). Desintegração do sistema prisional, segurança pública e exclusão social. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(7), 2171–2178. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015217.11752016>
- Figueiró, R. de A., & Dimenstein, M. (2016). Castigo, gestão do risco e da miséria: Novos discursos da prisão na contemporaneidade. *Estudos De Psicologia (natal)*, 21(2), 192–203. <https://doi.org/10.5935/1678-4669.20160019>
- Gois, S. M. *et al.* (2012). Para além das grades e punições: uma revisão sistemática sobre a saúde penitenciária. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(5), 1235–1246. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000500017>
- Guerrero, A. V. P. *et al.* (2022). Estado, políticas públicas e saúde no sistema penitenciário. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(12), 4338–4338. <https://doi.org/10.1590/1413-812320272712.14862022>
- Karam, M. L. (2011). Psicologia e sistema prisional. *Revista EPOS*, 2(2) http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-700X2011000200006&lng=pt&tlng=pt.
- Larouze, B., Ventura, M., Sánchez, A. R., & Diuana, V. (2015). Tuberculose nos presídios brasileiros: entre a responsabilização estatal e a dupla penalização dos detentos. *Cadernos De Saúde Pública*, 31(6), 1127–1130. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPE010615>
- Lôbo, N. M. N., Portela, M. C. & Sanchez, A. A. M. M. R. (2022). Análise do cuidado em saúde no sistema prisional do Pará, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* 27(12): 4423-4434. <https://doi.org/10.1590/1413-812320222712.10212022>
- Mameluque, M. da G. C.. (2006). A subjetividade do encarcerado, um desafio para a psicologia. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 26(4), 620–631. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932006000400009>
- Mattos, P. C. (2015). Tipos de revisão de literatura. Unesp, 1-9. <https://www.fca.unesp.br/Home/Biblioteca/tipos-de-evisao-de-literatura.pdf>.
- Monteiro, F. M., & Cardoso, G. R.. (2013). A seletividade do sistema prisional brasileiro e o perfil da população carcerária: Um debate oportuno. *Civitas - Revista De Ciências Sociais*, 13(1), 93–117. <https://doi.org/10.15448/1984-7289.2013.1.12592>
- Oliveira, F., & Sento-Sé, J. T.. (2022). Empatia direcionada: A representação do preso enquanto vítima na cobertura da crise penitenciária de 2017. *Dilemas: Revista de Estudos de Conflito E Controle Social*, 15(1), 103–128. <https://doi.org/10.4322/dilemas.v15n1.40897>
- Pereira A. S. *et al.* (2018). Metodologia da pesquisa científica. [free e-book]. Editora UAB/NTE/UFSM.
- Rangel, F. M., & Bicalho, P. P. G. de .(2016). Superlotação das prisões brasileiras: Operador político da racionalidade contemporânea. *Estudos De Psicologia (natal)*, 21(4), 415–423. <https://doi.org/10.5935/1678-4669.20160040>
- Rother, E. T. (2007). Revisão sistemática x revisão narrativa. *Acta Paul. Enferm.* 20(2). <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>.
- Sánchez, A., & Larouze, B. (2016). Controle da tuberculose nas prisões, da pesquisa à ação: a experiência do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(7), 2071–2080. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015217.08182016>
- Sánchez, A. *et al.* (2021). Mortalidade e causas de óbitos nas prisões do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos De Saúde Pública*, 37(9), e00224920. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00224920>
- Santos, T. M. dos & Silva, L. C. A. da. (2017). Os sujeitos egressos prisionais e o processo de (re)inserção social. *Psicologia em Revista*, 23(3), 975-993. <https://doi.org/10.5752/P.1678-9563.2017v23n3p975-993>
- Serra, R. M. *et al.* (2022). Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis no sistema prisional: um desafio para a saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(12), 4475–4484. <https://doi.org/10.1590/1413-812320222712.10072022>
- Soares Filho, M. M., & Bueno, P. M. M. G. (2016). Direito à saúde mental no sistema prisional: reflexões sobre o processo de desinstitucionalização dos HCTP. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(7), 2101–2110. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015217.08802016>
- Uziel, A. P., *et al.* (2018). Sistema Prisional e Segurança Pública: Inquietações e Contribuições da Psicologia. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 38(spe2), 3–9. <https://doi.org/10.1590/1982-3703000122018>