

A SAÚDE MENTAL NAS PRISÕES DE SANTA CATARINA, BRASIL

Mental health in the prisons of Santa Catarina, Brazil

Fernando Balvedi Damas¹

Walter Ferreira de Oliveira²

RESUMO

Este artigo, resultado de um estudo transversal, descritivo-observacional, examina as condições de saúde mental de internos das unidades prisionais do estado de Santa Catarina, na ótica da saúde coletiva, considerando os preceitos da Reforma Psiquiátrica brasileira. Uma amostra representativa das unidades prisionais foi submetida à análise observacional (observação-participante) e foram conduzidas entrevistas semi-estruturadas com os administradores destas unidades, utilizando-se a análise de discurso. **Resultados:** A precariedade das unidades prisionais de Santa Catarina evidencia a má aplicação das políticas de saúde no sistema carcerário. Problemas de saúde relacionam-se à superlotação, infraestrutura precária e déficit em recursos humanos, assim como a falta de atividades ocupacionais, desportivas, educacionais e de lazer. Não se observa a aplicação das leis penais de proteção ao detento, nem ações significativas para o seu retorno à sociedade. O abuso de drogas é uma realidade dentro do sistema prisional e os detentos raramente recebem atenção necessária para ajuda-los a superar este problema. Os transtornos psíquicos são comuns nas prisões, havendo grande dificuldade no manejo dos casos mais severos. É comum a violação dos direitos humanos dos detentos. **Discussão:** A ressocialização dos detentos é indissociável das condições de saúde nas prisões. No modelo atual, as prisões catarinenses funcionam como unidades centralizadoras do crime e os detentos, sem acesso a possibilidades de recuperação, com seus direitos violados, são institucionalizados na vida criminal. As

¹ Médico psiquiatra do Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina (Ipq/SC). Psiquiatra forense. Preceptor do Programa de Residência Médica em Psiquiatria (Secretaria de Estado da Saúde/SC). Email: nandobd@gmail.com

² Professor do Departamento de Saúde Pública e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Coordenador do Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (UFSC). E-mail: walteroliveira.ufsc@gmail.com

principais razões para o aumento da prevalência de transtornos mentais nas cadeias são as condições desfavoráveis destes locais, aliadas à fraca rede comunitária de apoio em saúde mental.

Palavras-chave: Prisões. Saúde Mental. Saúde Pública. Políticas, Planejamento e Administração em Saúde. Direito Penal.

ABSTRACT

This article examines the conditions of prisons in the state of Santa Catarina, Brazil, in the light of public health and considering the principles of the Brazilian Psychiatric Reform. A cross-sectional, descriptive and observational study was conducted, with a representative sample of prisons, where participant observation and semi-structured interviews were conducted with the prison administrators. Discourse analysis was utilized to analyze the material thus collected. **Results:** Prisons in Santa Catarina are precarious and the implementation of health policies in the prison system is poor. Overcrowding, poor infrastructure and a deficit in human resources are related to the health problems in the prisons, as well as the absence of sports, leisure educational and occupational activities. The system fails in applying the laws, regarding the protection of the inmates and also does not act efficiently toward their return to society. Drug abuse is highly prevalent but the inmates rarely get help for this problem. Mental disorders are common, with great difficulty in managing the severe cases. The violation of human rights of detainees is common. **Discussion:** Prisoners' rehabilitation is related to the health conditions in prisons. The Santa Catarina prisons system functions as centralized units of organized crime. The detainees do not have access to the possibilities of recovery. Their rights are usually violated and they are institutionalized in the criminal life. Two main reasons for the mental health problems in the prisons are the unfavorable conditions of these units and the weak mental health services community network.

Keywords: Prisons. Mental Health. Public Health. Health Policy, Planning and Management. Criminal Law

1 INTRODUÇÃO

A pena privativa da liberdade, imposta pelo poder judiciário a pessoas condenadas por determinados tipos de crime, tem por objetivos a inibição da prática criminal, o isolamento de indivíduos socialmente perigosos e sua reabilitação. Este último constitui um grande desafio, inclusive no que concerne às condições de infraestrutura, organização e de serviços necessárias para realizá-lo. Na ótica de um conceito mais amplo de saúde, as unidades prisionais, para buscarem a reabilitação, devem propiciar um ambiente favorável através de acesso à assistência à saúde, atenção psicossocial, apoio pedagógico e laboral, atividades de lazer e desportivas, entre outros direitos previstos em leis.

Entretanto, nos moldes atuais, a prisão é o cenário de constantes violações dos direitos humanos, o que contribui para aniquilar as possibilidades de recuperação dos presos. Acaba ocorrendo a dupla penalização do condenado: a privação da liberdade e o precário estado de saúde que ele adquire durante sua permanência no cárcere. Neste sentido, grande parte das rebeliões e fugas de presos pode ser encarada como uma resposta e um alerta às autoridades para as condições desumanas a que são submetidos. Não é de surpreender que, com a grande precariedade existente, o sistema de ressocialização do egresso prisional seja ineficaz. Não há estatísticas fidedignas, porém, estudiosos estimam que, em média, 90% dos ex-detentos voltam a delinquir (ASSIS, 2007). Ou, visto por outro ângulo, ao mesmo tempo em que se gasta dinheiro com um sistema cruel, forjam-se e aperfeiçoam-se mais criminosos. O mesmo preso que sofre as penúrias do ambiente prisional é o cidadão que logo estará de volta ao convívio social praticando novos delitos (ASSIS, 2007).

As pesquisas atuais sugerem que aproximadamente 95% do contingente carcerário brasileiro são oriundos de classes socialmente excluídas, ou seja, pobres, com baixa qualificação profissional e desempregados e que, muitos deles, foram “empurrados” ao crime por não terem tido outras oportunidades (ASSIS, 2007).

Os meios de comunicação vêm denunciando a precariedade do sistema, ao mesmo tempo em que informam a implementação de melhorias. De acordo com o Departamento Penitenciário Nacional, no ano de 2008 havia 496.251 indivíduos detidos nas unidades prisionais do país, enquanto que, em dezembro de 2012, este número subiu para 548.003 pessoas encarceradas. No estado de Santa Catarina, enquanto em 2008 havia 14.541 reclusos distribuídos nas 6.792 vagas disponíveis, em dezembro de 2012, havia 16.311 detentos para um total de 9.806 vagas disponíveis (BRASIL, 2013). Ou seja, o número de vagas aumentou quase 50% em três anos, enquanto o número de detentos

teve um acréscimo de aproximadamente 15% no mesmo período, o que pode ser visto, dadas as circunstâncias, como potencial melhoria das condições dos detentos.

O ambiente nas prisões é, em geral, altamente precário e insalubre. Celas superlotadas, má-alimentação, sedentarismo, uso de drogas e falta de higiene predominam, condições propícias à proliferação de epidemias e desenvolvimento de patologias. Há uma prevalência considerável de casos de DST/AIDS, tuberculose, pneumonias, dermatoses, transtornos mentais, hepatites, traumas, diarreias infecciosas, hipertensão arterial e *diabetes mellitus* entre a população carcerária brasileira (SANTA CATARINA, S/D-A).

A privação da liberdade é por si fator estressor e este estresse toma características diferentes de acordo com a forma de privação. Assim, além das péssimas condições de salubridade do ambiente prisional, há de se considerar o impacto que os diferentes tipos de prisões causam no psiquismo - se o indivíduo está em condição de preso provisório ou se já condenado, se está ou não aguardando uma decisão judicial, ou ainda, se tem realmente o conhecimento sobre sua condição (SOUZA, 2004).

A precarização do sistema não ocorre por falta de dispositivos legais. A Declaração dos Direitos Humanos buscou assegurar como direitos básicos dos cidadãos a saúde, a segurança pessoal, a presunção da inocência e o direito de justiça, entre outros, além de rejeitar as práticas de tortura ou castigo (ONU, 1948). Em âmbito nacional, a Constituição brasileira de 1988 trouxe em sua redação a saúde como direito de todos e dever do Estado e defende a dignidade, a liberdade e a igualdade para todos os cidadãos. O direito à saúde do detento é amparado pela Lei de Execução Penal (Lei 7.210) que reafirma o direito à saúde como uma obrigação do Estado (BRASIL, 1984). Há outros instrumentos legais como Portarias Interministeriais (ministérios da Saúde e da Justiça) com fins de prover a atenção integral à saúde da população prisional. Da mesma forma, instrumentos legais específicos foram criados em níveis estaduais visando ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças nas unidades prisionais (SANTA CATARINA, S/Da e S/Db).

Um estudo realizado em 2006 no Estado de São Paulo identificou prevalência significativa de transtornos mentais na população prisional: 61,7% dos presos tiveram ao menos uma ocorrência de transtorno mental ao longo da vida e cerca de 25% daqueles que estavam em regime fechado preenchiam critérios diagnósticos para pelo menos um transtorno mental no ano anterior ao estudo. Cerca de 11,2% dos detentos homens e 25,5% das mulheres apresentavam transtornos mentais graves. Os autores fazem uma

projeção desses números para o Brasil, que corresponde a cerca de 60 mil prisioneiros com transtornos mentais graves (ANDREOLI e cols, 2008; 2012).

Em levantamento dos principais estudos internacionais sobre a prevalência de transtornos mentais nas prisões, Souza (2004) mostrou que, com raras exceções, a realidade não é muito distante da brasileira (Tabela 1). O estudo de Hartvig e Osterb (2004) conduzido na Noruega encontrou níveis de prevalência estimados para as psicoses e depressão menores do que nas pesquisas internacionais, atribuindo-se o fato à maior oportunidade dos prisioneiros receberem atenção psiquiátrica naquele país do que em outros do mundo ocidental. Os autores expandiram sua pesquisa a administradores de prisões, guardas, profissionais ligados à atenção primária de saúde e profissionais ligados a serviços psiquiátricos. Os guardas registraram os maiores índices de prevalência seguidos pelos profissionais da atenção primária e logo pelo grupo dos administradores; a menor prevalência foi registrada no grupo de profissionais da psiquiatria (HARTVIG e OSBERG, 2004).

Tabela 1– Estudos internacionais – transtornos mentais nas prisões

Estudo	Local	Achados entre os detentos	Comentários
Minervine, 2001	França	40% - transtornos mentais; 30% - transtornos da personalidade; 10% - psicoses	Sugere investigar as práticas, cuidados e particularidades no meio penal
Brinded e cols, 2001	Nova Zelândia	Elevados índices de transtornos mentais, principalmente decorrentes de abuso de drogas, psicoses, transtornos afetivos, transtorno obsessivo compulsivo e estresse pós-traumático	Todos detentos do país foram examinados. Defendem um aumento nos serviços de saúde para a população carcerária
Reed, 2003	Inglaterra e Escócia	Apenas 1:10 prisioneiros não apresenta transtorno mental. Psicose: 10% dos homens e 14% das mulheres; Neuroses: 59% dos homens e 76% das mulheres; Alcoolismo: 58% dos homens e 36% das mulheres; Tentativa de suicídio: 2% na última semana, e em ¼ das mulheres no último ano. 66% das mulheres usavam drogas até um ano antes da detenção	Morbidade muito maior que na população geral. A comorbidade foi a norma: sete em 10 prisioneiros possuíam mais do que um transtorno, e aqueles com psicoses funcionais possuíam provavelmente mais do que três ou quatro outros transtornos.
Shafer e cols, 2004	Alemanha	45% dependentes de drogas/álcool; 31,3% esquizofrenia.	Os sujeitos tinham acesso a terapia psiquiátrica e 27% respondeu com

			sucesso
Irías-Ortíz e cols, 1999	Honduras	Taxa global de transtornos mentais de 43.7%; 24,3 % com drogadição; 20.1 % com psicoses; 13.4 % por alcoolismo; 4.5 % com epilepsia; 3.5 % com depressão; e 1.8 % com ansiedade.	Amostra de 284 presos submetida ao instrumento "Self Reporting Questionnaire" (SRQ da OMS) modificado. Em 41.9% dos casos havia comorbidades.
Carra e cols., 2004	Itália	N = 990 internos de uma prisão. 89,47% com transtornos de dependência de substância e presença de HIV em 19.1%.	Prevalência mais alta de transtornos mentais nessa população do que nos EUA e demais países europeus.
Hartvig e Ostberg, 2004	Noruega	N=2.850 (95% dos prisioneiros do país). 4% com psicoses, 10% com depressão maior e 65% com transtornos de personalidade	23.5% dos homens prisioneiros recebiam algum tipo de tratamento para seus transtornos.

(Adaptado de Souza, 2004).

Arboleda-Flórez (2003) sustenta que o fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos de alguns países ocidentais, por força do processo de desinstitucionalização, determinou uma progressiva demanda por serviços psiquiátricos forenses e aumento no número de doentes mentais em prisões. É provável que o problema real esteja relacionado com o inadequado acompanhamento pós-alta dos pacientes e à falta de estrutura de apoio social na comunidade ao tempo em que os leitos hospitalares foram fechados.

Analisando estudos internacionais sobre o funcionamento do sistema de saúde no âmbito prisional Souza (2004) descreve, como pontos em comum: a) aumento da criminalidade; b) aumento da demanda por serviços psiquiátrico-forenses; c) isolamento dos serviços psiquiátrico-forenses dos sistemas de saúde; d) maior prevalência de transtornos mentais, principalmente os relacionados ao uso de drogas de abuso, em presídios que na população geral; e) ausência de tratamento médico (clínico e psiquiátrico) adequado na maior parte das unidades prisionais; f) Associação positiva do fechamento de leitos psiquiátricos, por força do processo de desinstitucionalização, à progressiva demanda de serviços psiquiátrico-forenses e ao aumento do número de doentes mentais em prisões. Este autor, em seu estudo no Instituto Psiquiátrico Forense Dr. Maurício Cardoso, de Porto Alegre (IPFMC), encontrou uma prevalência de delitos cometidos por usuários, abusadores ou dependentes de substâncias psicoativas em torno de 80%, destacando-se especialmente a maconha e a cocaína pura ou na forma de *crack*.

Observa ainda que aquela instituição encontrava-se, à época da pesquisa, praticamente “isolada” do sistema público de saúde (SOUZA, 2004)

A ressocialização dos detentos depende das condições de saúde nas prisões. Em uma abordagem mais ampla é indissociável da oferta integrada de assistência médica, pedagógica, psicossocial, jurídica e laboral aos detentos e de ações favorecedoras da inclusão social. Este artigo aborda a íntima relação do entendimento de saúde pública e coletiva, permeada pelo princípio da saúde como Direito, com o funcionamento das ações de saúde no sistema prisional. Partimos da premissa de que a produção social de saúde associa-se com o exercício desta como Direito e que toda a sociedade sofre com a negligência dos direitos dos detentos. O texto procura mostrar, ainda, um panorama, ainda que limitado, do sistema prisional catarinense e, sob o escopo teórico da Saúde Pública e Coletiva, como as políticas de saúde se inserem no contexto da população carcerária.

2 OBJETIVOS E PERCURSO METODOLÓGICO

Este artigo deriva da dissertação de mestrado em Saúde Coletiva do primeiro autor, orientada pelo segundo autor (DAMAS, 2012). Foi realizado um estudo transversal, de base descritivo-observacional, utilizando revisão bibliográfica, análise de documentos, análise observacional e entrevistas.

Com base naquele estudo objetivamos uma análise da implementação das políticas e ações de saúde mental para os detentos do sistema prisional de Santa Catarina a partir da ótica de administradores do sistema prisional e de documentos pertencentes a este sistema ou de outras origens. Buscamos discutir aspectos gerais das condições de saúde das pessoas encarceradas e a disponibilidade de ações e serviços de saúde nas unidades prisionais, inclusive relacionados à ressocialização do detento.

Chamou nossa atenção a discrepância entre as políticas e metas para a atenção à saúde dos detentos, explicitadas nos discursos governamentais, e a situação real dos detentos, que vivem em um cenário de constante violação de seus direitos, inclusive à saúde (direito constitucional). E também o descompasso entre os preceitos e avanços, inclusive legais, da Reforma Psiquiátrica, e as altas taxas de transtornos mentais nas prisões, sem o devido tratamento e sem a adequada oferta de atenção psicossocial.

A coleta de dados empíricos ocorreu através da visitação de uma amostra das unidades prisionais de Santa Catarina, realizando-se observação participante em reuniões

e outros eventos ocorridos nestas unidades. Entrevistas semi-estruturadas foram conduzidas com os administradores destas unidades. Considerando-se que a realidade mais crua do desrespeito aos direitos humanos já tem sido bastante denunciada e não conta mais como novidade no país, preferimos ouvir um ator social de peso fundamental, o administrador, que vivencia por um lado as pressões externas, ilustradas pela mídia, e também as da sociedade que constantemente os responsabiliza pelas condições desumanas das prisões. Sofre ainda, perante o desenvolvimento destas precariedades, pressões do próprio poder público, as internas do serviço, dos dispositivos éticos de suas categorias profissionais, as inerentes a seus cargos, e as condicionadas por suas próprias reflexões existenciais,.

O administrador tem certo grau de autonomia e pode direcionar a aplicação de políticas públicas, recursos e ideias na gestão de sua unidade, e está em contato direto com os detentos e seus familiares, agentes prisionais e demais funcionários. É, portanto, peça chave para um entendimento mais complexo do funcionamento do sistema, para além das denúncias e escândalos aos quais já nos acostumamos.

Foram utilizados roteiros elaborados pelos autores para a observação participante e para as entrevistas. Os dados colhidos na observação participante foram registrados em um diário de campo e as entrevistas semi-estruturadas foram analisadas com base nas técnicas de análise de conteúdo emergentes do trabalho de Bardin (2002). Em conformidade com esta autora, tentamos, à análise, compreender a mensagem do emissor (produtor da mensagem), do ponto de vista do receptor (a quem a mensagem se dirige), e do instrumento em relação ao qual se dá a comunicação. A análise da mensagem compreende dois níveis: do código e da significação. O reconhecimento de que o código é o indicador capaz de revelar realidades subjacentes, permite, através da análise das significações, a extração de mitos, símbolos e valores. A análise do conteúdo de discursos, neste sentido, constitui um bom instrumento de indução para se investigarem as causas (variáveis inferidas) a partir dos efeitos (variáveis de inferência ou indicadores) (BARDIN, 2002).

Recorreu-se a uma amostra não probabilística das unidades prisionais do Estado, contemplando a representatividade de todo o sistema prisional catarinense. De acordo com o grau de complexidade, as unidades prisionais do estado de Santa Catarina podem ser categorizadas em: penitenciárias, presídios, unidades prisionais avançadas, ou ainda outros estabelecimentos especiais, tais como unidades de saúde (Ex, hospital de custódia

e Tratamento Psiquiátrico - HCTP), colônias penais, casas do albergado. A Tabela 2 mostra como estão classificadas e distribuídas as unidades prisionais catarinenses:

Tabela 1 – Classificação das unidades prisionais

Classificação	Estabelecimentos
Penitenciárias (6)	Penitenciária de Florianópolis
	Penitenciária da Região de Curitiba
	Penitenciária Agrícola de Chapecó
	Penitenciária do Sul (Criciúma)
	Penitenciária Industrial de Joinville
	Penitenciária de São Pedro de Alcântara
Presídios (20)	Presídio Masculino de Florianópolis
	Presídio Feminino de Florianópolis
	Presídio de Araranguá
	Presídio de Balneário Camboriú
	Presídio de Biguaçu
	Presídio de Blumenau
	Presídio de Caçador
	Presídio de Chapecó
	Presídio de Concórdia
	Presídio de Criciúma
	Presídio de Itajaí
	Presídio de Jaraguá do Sul
	Presídio de Joaçaba
	Presídio de Joinville

	Presídio de Lages	
	Presídio de Mafra	
	Presídio de Rio do Sul	
	Presídio de Tubarão	
	Presídio de Tijucas	
	Presídio de Xanxerê	
Unidades Prisionais Avançadas (12)	U.P.A. de Imbituba	
	U.P.A. de Ituporanga	
	U.P.A. de Laguna	
	U.P.A. de Porto União	
	U.P.A. de São Miguel do Oeste	
	U.P.A. de Brusque	
	U.P.A. de Videira	
	U.P.A. de Barra Velha	
	U.P.A. de Campos Novos	
	Unidades Prisionais Avançadas (12)	U.P.A. de Capinzal
		U.P.A. Porto União
		U.P.A. de Correia Pinto
Colônias Penais (1)	Colônia Penal da Palhoça	
Hospitais (1)	Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (Situado no complexo penitenciário de Florianópolis)	
Casas do Albergado (2)	Casa do Albergado de Florianópolis	
	Casa do Albergado de Chapecó	

Fonte: DEAP, 2010

De um total de 42 unidades prisionais registradas em Santa Catarina, foi selecionada uma amostragem de 17 unidades, considerando-se critérios de regionalização e tipo de estabelecimento prisional. A Tabela 3 mostra as unidades selecionadas, identificadas simbolicamente, para preservação do anonimato dos participantes.

Doze unidades da amostra permitiram a entrada do pesquisador para observação e/ou entrevista com o diretor e foram incluídas no estudo. Destas, em 11 foi permitido o estudo observacional e obteve-se o consentimento para entrevista de 10 administradores. (Tabela 3). Atribuímos as proibições de entrada ou a recusa à entrevista ao caráter de totalidade institucional das prisões, que pressupõe uma resistência à entrada de estranhos que possam significar algum tipo de ameaça ao seu funcionamento (GOFFMAN, 2001).

Tabela 3– Amostra das unidades pesquisadas

Tipo de estabelecimento	Unidades	Região do estado	Participação	
			Observação	Entrevista
Penitenciárias (4)	PT1	A	+	+
	PT2	B	-	+
	PT3	C	+	+
	PT4	D	-	-
Presídios (6)	PS1	A	+	+
	PS2	B	+	+
	PS3	C	+	+
	PS4	D	-	-
	PS5	E	-	-
	PS6	F	+	+
Unidades Prisionais Avançadas (4)	UPA1	A	+	-
	UPA2	D	+	-
	UPA3	E	+	+
	UPA4	F	+	+
Unidades especiais (3)	UE1	B	+	+
	UE2	B	-	-
	UE3	C	-	-

Na posição de “observador-participante”, a identidade do pesquisador e os objetivos do estudo são revelados ao grupo pesquisado desde o início. O acesso a uma gama variada de informações, inclusive confidenciais, exige do pesquisador uma postura

ética que gere confiança e trabalho de cooperação com os participantes, aos quais foi dado o direito de controlar o que poderia ou não ser tornado público.

Nas visitas às unidades prisionais foi utilizado um roteiro em que se previa o preenchimento de uma grade de registros de observação. Estes registros observacionais constavam de notas descritivas e analíticas a respeito dos fatos e situações observados, organizados para posterior análise.

As entrevistas semi-estruturadas com os administradores também seguiram um roteiro, o qual serviu como facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação. Só foram incluídos como participantes da pesquisa os administradores que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Para registro dos dados foi utilizada a gravação direta em arquivo de áudio.

Paralelamente às entrevistas, realizou-se uma análise crítica de documentos sobre assuntos pertinentes, principalmente no que diz respeito às condições de saúde das prisões e aplicação das políticas públicas de saúde aos detentos.

A revisão de literatura sistematizou-se através da busca em banco de dados nacionais (Bireme, Scielo, Biblioteca Virtual em Saúde), bem como teses e dissertações do banco de teses da CAPES e da biblioteca digital de teses e dissertações, utilizando-se as palavras-chave: saúde, prisões, saúde mental, prisioneiros, sistema prisional, saúde pública e políticas de saúde. Procedeu-se pesquisa de bases de dados estrangeiras em saúde (PubMed) e multidisciplinar (Scopus e Web of Science), buscando-se pelos descritores: mental health, prisons, prisoners, prison systems e public health. Foram ainda analisados outros documentos nacionais, regionais ou locais a respeito do sistema prisional, conforme apareciam estes documentos em citações da base de dados ou através de outras informações cruzadas.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados serão apresentados segundo três temas: 1) Condições gerais do sistema prisional; 2) Saúde e transtornos mentais; 3) Drogas de abuso.

3.1 Condições gerais do sistema prisional

Notamos, em primeiro lugar e de forma marcante uma grande diversidade entre as unidades prisionais catarinenses. Há, entretanto, fatos comuns, como a precariedade,

do ponto de vista infraestrutural, inclusive no que concerne a recursos para a saúde. Na grande maioria das unidades a regra é a superlotação. Dentre os diferentes tipos de unidades prisionais, foram os presídios que apresentaram as piores condições de salubridade.

São reconhecidos pelos entrevistados como os principais problemas de saúde no ambiente prisional as doenças infecciosas e do sistema respiratório (especialmente a tuberculose), os transtornos mentais, a infecção pelo HIV e as dermatoses. Outros problemas estão relacionados a condições crônicas que os detentos já possuíam antes de ingressar no sistema prisional.

Há uma carência por profissionais de saúde de diversas áreas, principalmente médicos, assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos e técnicos de enfermagem (Tabela 4). A grande maioria das unidades não conta com equipe de saúde mínima. Das que contam, em sua maioria, a oferta de serviços não é suficiente para a demanda. A desassistência na saúde compromete a segurança das unidades prisionais.

Tabela 4 – Serviços de saúde nas unidades prisionais

Unidade	Serviços e equipe de saúde disponíveis	Demanda*
UE1	Própria: médicos (psiquiatras e clínico), enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentistas, psicólogos, assistentes sociais, educador físico.	Terapeuta ocupacional
UPA4	Externa: equipe de saúde da família (ESF): dentista, médico e equipe de enfermagem.	Enfermeiro e assistente social
PT1	Própria: médicos (clínico e psiquiatra), enfermeiro, técnicos de enfermagem, dentista, psicólogas, assistentes sociais, terapeuta ocupacional.	Farmacêutico
PS1	Própria: odontólogo. Externo: emergências médicas.	Médico, enfermeiro, farmacêutico, etc.
PS6	Externa: ESF do município (dentista, médico e enfermeiro) e psicólogo de outra unidade	&
PS2	Própria: técnico de enfermagem Externa: médico clínico, dentista e ass. social (voluntários).	Técnico de enfermagem e médico
PT2	Própria: enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentistas, psicólogas, assistentes sociais.	Médicos
UPA3	Externa: psicólogo, médico clínico e enfermeiro.	&
PT3	Própria: médicos (clínico e psiquiatra), técnico de enfermagem, dentista, psicólogo, assistente social.	ESF, dentista, assistente social
PS3	Externa: dentista, médico clínico do município e psiquiatra de outra unidade.	Enfermeiro, assist. social, psicólogo e farmacêutico
UPA1	Externa: médico da família do município.	--

UPA2	Própria: psicólogo. Externa: médico da família e técnico de enfermagem do município.	&
------	--	---

*Maior demanda na percepção do administrador

& Não informado ou não acessado

Poucos detentos têm acesso a opções de lazer, atividades físicas e práticas desportivas. Da mesma forma, o acesso à educação é desigual e restrito a poucas unidades. O acesso a atividades religiosas parece ser mais facilitado, principalmente nas unidades mais precárias. Segundo alguns entrevistados, esta pode ser uma estratégia de justificação dos abusos cometidos contra os detentos bem como uma tentativa de redução de riscos de rebeliões.

O acesso a atividades ocupacionais não é equânime entre os detentos catarinenses, por diversos motivos, entre eles, a diversidade das unidades prisionais e o cumprimento de pena em unidades que não se destinam a esse fim. Este fator implica, ainda, diferenças em tratamento de gênero: como há menos unidades prisionais destinadas ao sexo feminino, elas têm menos acesso a opções de ressocialização do que os do sexo masculino. Comportamentos e práticas transgressoras dos detentos nas unidades podem estar relacionados, segundo os entrevistados, com baixo índice de atividades efetivas visando à recuperação dos detentos.

A atividade laboral tem sido rediscutida, considerando-se sua indicação para outras unidades além das penitenciárias. Os administradores entrevistados têm observado os aspectos positivos de oferecer atividades laborais e educacionais mesmo em unidades de curta permanência, presídios e unidades prisionais avançadas. Alguns declararam que têm envidado esforços para implantá-las em suas unidades.

A disparidade entre as condições oferecidas aos detentos nas unidades e o fluxo de demanda de vagas prisionais levou os entrevistados a introduzir na pesquisa uma discussão sobre os fatores que propiciam a criminalidade. Vários fatores sociais são relacionados, pelos administradores, à expansão constante da criminalidade, entre eles exclusão social, discriminação, baixa escolaridade, desqualificação profissional, desemprego, desestruturação familiar, má gestão dos recursos públicos e corrupção política. As famílias dos detentos, geralmente vistas por estes administradores como desestruturadas e caóticas são, ao mesmo tempo, consideradas como apoios fundamentais para a redução da reincidência criminal, o que requer uma abordagem psicossocial complexa e específica.

Os administradores que participaram do estudo apontaram como suas principais dificuldades questões relacionadas à infraestrutura precária em algumas unidades e o déficit de recursos humanos, em outras. Além disso, apontaram dificuldades em exercer a gestão das unidades devido à ingerência das políticas partidárias, vista como indevida e prejudicial à eficácia das intervenções. Este fator é visto como especialmente prejudicial à busca de inovações nas abordagens de ressocialização e reabilitação.

Com um sistema prisional já bastante precário e deteriorado, e vivenciando uma situação social que favorece a expansão da criminalidade, o Estado não consegue dar respostas efetivas e oferecer soluções eficazes na mesma velocidade em que cresce a demanda por vagas e a quantidade de detentos. Tampouco há recursos humanos e serviços suficientes e adequados para atender ao preso, dando-lhe condições humanas e propícias para a ressocialização. Na realidade brasileira, esbarra-se, ainda e com frequência, na questão econômica e de retorno de investimento. O custo da implementação de serviços de saúde e reinserção social nas unidades prisionais é percebido como alto e o retorno só pode ocorrer a longo-prazo. Em termos político-partidários, investir em recursos para as unidades prisionais não se traduz por retorno direto e imediato em votos, o que leva este investimento, nesta ótica, a ser considerado de baixo retorno político e, conseqüentemente, eliminado do rol de prioridades político-sociais.

Percebe-se a necessidade de ações integradas nas unidades prisionais, visando a ressocialização e a redução da reincidência criminal. Para isso é preciso trazer a questão do sistema prisional a uma discussão mais ampla, no seio da sociedade, buscando-se compreender preconceitos, ampliar o reconhecimento do problema e desenvolver ações eficazes para a redução da criminalidade no próprio contexto dos ambientes de detenção. Por exemplo, há indícios de que unidades menores e próximas do local de origem dos presos tenham menos problemas com conduta dos detentos e entrada de drogas. Especula-se que é mais fácil impedir comportamentos patológicos e inserir novos valores nestas unidades menores, quando o administrador e agentes prisionais têm maior proximidade com os detentos e seus familiares, podendo gerar atitudes positivas dos agentes prisionais perante tais situações.

A precariedade das unidades prisionais de Santa Catarina aponta séria discrepância entre as legislações e a realidade do sistema prisional. Com raras exceções, a prisão, em si, tornou-se uma violência à sombra da lei. O problema se enraíza na estrutura econômica, política e social do país. Desigualdades, preconceitos, desrespeito

aos direitos humanos, exacerbação das punições, corrupção política e institucional, abusos de poder, falta de investimento no sistema público como um todo, despreparo dos corpos técnico e administrativo, desconhecimento ou desinteresse nas propostas viáveis de ressocialização, aliadas a uma sensação de impunidade do crime em todos os níveis sociais e a análises superficiais e centradas no sensacionalismo por parte dos meios de comunicação de massa, constituem a realidade vigente e tradicional no sistema prisional-judiciário e influem fortemente no imaginário social, com consequências nefastas para a sociedade como um todo.

3.2 Saúde e transtorno mental

No que tange aos aspectos de saúde mental, entende-se que reações psicológicas de ajustamento são comuns e esperadas com a detenção e a privação de liberdade. Tensão, ansiedade, dores de cabeça, são algumas manifestações associadas a estar preso e apontadas pelos entrevistados como comuns e “naturais” (PS3). Ressaltam os administradores que esta reação pode ser mais comum em detentas do sexo feminino.

Entendem os administradores entrevistados que a atenção à saúde mental do detento é condição necessária para reduzir a reincidência criminal. Os transtornos mentais mais severos estão, de acordo com os entrevistados e com prontuários consultados, mais relacionados a patologias prévias, embora haja casos em que o ambiente prisional possa desencadear ou descompensar uma psicopatologia. A desassistência aos portadores de transtornos mentais graves pode estar ligada às detenções destes indivíduos. As pressões da condição de detento se aliam muitas vezes a problemas psicossociais já instalados para facilitar uma situação de crise:

Qualquer um que você não der a condição ou você apertar, os caras surtam mesmo, eles saem do giro. E daí pra eles tanto faz, é aquele negócio: pra quem não tem nada a perder ... não está nem aí. Aí quando você dá trabalho pra eles, consegue colocar os valores nas coisas que eles estão tendo ... até mesmo de um alimento. Fica muito mais raro um surto de loucura entre eles, até mesmo nos demais detentos. ... E pela condição de aperto, superlotação, vai encurralando o cara aí, daqui a pouco ele não aguenta a pressão, surta mesmo ... Obviamente ele vai fazer uma besteira ou outra, não vai ser ele que vai estar ali pra raciocinar o correto. (UPA3)

Muitas vezes os detentos tentam superar estas pressões e a desatenção institucional à saúde mental com uma afetividade que se confunde com papéis substitutivos de figuras de referência:

Ali eles estão muito frágeis ... A gente costuma aqui tratar eles como filho. Porque eles acabam vendo você como pai (UPA3).

Muitos indivíduos que já apresentavam transtornos mentais severos acabam sendo detidos e conduzidos às prisões, o que se associa também à falta de acesso aos serviços especializados. A deficiência no acesso reflete as ações político-sociais praticadas nas últimas décadas no Brasil. O modelo de atenção à saúde comunitária, precariamente implantado, passa a voltar-se eminentemente para o combate a uma percebida epidemia de uso do crack, mas este plano de enfrentamento não é capaz de suprir a demanda em atenção psicossocial. Permanece uma tendência à criminalização e judicialização de situações envolvendo indivíduos que deveriam estar sendo acompanhados através de redes de serviços de base territorial voltados para a atenção psicossocial.

Em Santa Catarina os recursos disponíveis nas unidades prisionais para lidar com transtornos mentais são bastante variáveis. Das 12 unidades prisionais acessadas quatro contam com acesso a psiquiatra dentro da unidade (Tabela 3). Nas demais unidades, geralmente são os agentes prisionais que identificam manifestações psicopatológicas nos detentos, encaminhando-os, então, para os serviços de saúde acessíveis. Os casos mais graves são encaminhados para o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Estado e, em alguns casos, ao Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (IPq/SC), hospital psiquiátrico de referência. Detectam-se, nestes itinerários, diversos problemas no estabelecimento de diagnósticos e tratamentos.

A maior parte dos administradores queixou-se de dificuldade de encaminhamento de detentos com transtornos mentais para tratamento em local adequado (que, no sistema prisional, é identificado como o Hospital de Custódia e Tratamento psiquiátrico - HCTP). Reconhecem uma falta de conhecimento dos agentes (e também dos outros detentos) sobre o manejo com indivíduos com transtorno mental. A falta de preparo e recursos frente a um detento acometido de transtorno mental prejudica ainda mais, segundo os participantes, o ambiente prisional:

Um caso só [de transtorno mental] gera muito problema, existe uma ignorância grande, digamos assim, por parte de alguns agentes penitenciários e pela maioria dos detentos ... Na sexta feira passada eu tinha dois detentos na segurança surtando e isso quase causou um desastre aí dentro. Uns presos achavam que nós estávamos batendo nos outros presos. E causou um mal-estar na unidade. ...

Um desses dois na quinta feira à noite já tinha surtado e nós tivemos que chamar a PM para fazer o uso da pistola *taser*³. Só assim para acalmar o cara. O cara se machucou todo, se arranhou, se bateu na grade e o cara tinha suspeita de HIV ... aí tu vai fazer o quê? Bater num detento não adianta, é ilegal. Entrar lá na cela, fazer o uso da força pra tirar o detento da cela, não cabia mais o uso progressivo da força porque ele tava sangrando. Então eu não vou expor um agente penitenciário meu a uma possível doença ... Então ... a PM usou a pistola *Taser*, deu um choque no preso para acalmar. Ai tinha quase 200 presos berrando, chutando porta por causa do maluco ali. (PT3)

Os agentes prisionais e demais funcionários coabitam no mesmo ambiente insalubre dos detentos e também estão sujeitos a risco maior de adoecimento que a população geral. É comum estes profissionais apresentarem problemas psicológicos devido ao trabalho nas prisões e carecem não só de formação específica, mas de apoio por parte do sistema de atenção psicossocial. O resultado é uma situação que combina tensões, insegurança, despreparo e sensação de abandono. Estas acontecem durante a atuação do agente na unidade, mas também fora do ambiente de trabalho:

Tem reflexo na vida do agente prisional com certeza ... A gente já passou por problemas, por rebelião, motim, e a gente fica abalado emocionalmente. E tem colegas que, desde a última rebelião que aconteceu na penitenciária, há 10 anos, que não se recuperou. Que não teve um acompanhamento depois disso. E às vezes a gente percebe ... que muitos fazem uso do álcool ... isso pode ser consequência do estresse ... Querendo ou não, a gente leva uma vida sob pressão. Tanto quando está no sistema, quanto lá fora. Porque a gente tem que estar atento ... A nossa relação com o preso não é amistosa. Como ele vê a gente como opressores, lá fora ... quando eles estiverem libertos, eles podem querer investir contra um agente ... Nós somos agentes prisionais 24 horas por dia todos os dias. Tem essa tensão também. A gente acaba absorvendo tudo isso e não se dá conta ... É a mesma coisa a rotina dentro do sistema. ... Devia ter um acompanhamento de formação e capacitação mais frequente ... Eu nunca tinha trabalhado no presídio, então eu percebo certas coisas aqui que não está de acordo. Mas para eles que estão aqui, eles não percebem, porque é uma rotina. (PS3)

Nas prisões parecem coexistir pelo menos dois sistemas de vida: o oficial, organizado pelas normas legais que disciplinam o cotidiano institucional e o não oficial que regula, na realidade do cotidiano institucional, a vida dos internos e suas relações, estabelecendo os “códigos” de conduta. Segundo estes códigos, por exemplo, não devem cooperar com os funcionários e jamais fornecer informações que possam trazer algum prejuízo a um companheiro. O detento aprende e introjeta essas e outras regras de convivência da cultura institucional passando muitas vezes, por força destes códigos, a compartilhar vivências de risco. Caso não consiga adaptar-se, pode sofrer pressões

³ Dispositivo de eletrochoque cuja descarga elétrica disparada é capaz de imobilizar uma pessoa momentaneamente. Há, entretanto, registros de casos de morte. Desde 1993 a empresa *Taser International* fabrica e vende diversos modelos de armas de eletrochoque, popularizando seu uso pelas polícias de diversos países.

interpessoais, introjetá-las e aumentar seu grau de sofrimento, o que pode levar ao limite do transtorno psíquico. Do mesmo modo agentes, profissionais da saúde ou outros técnicos que trabalham nesses locais, são frequentemente atingidos.

Sem apoio psicossocial adequado e com as condições precárias de infraestrutura a reabilitação e a ressocialização são incompatíveis com o encarceramento. Perde-se, assim, o sentido do trabalho das unidades prisionais, já que a reabilitação e a ressocialização são declaradamente, no âmbito do Estado, seus objetivos maiores. Muitos condenados sofrem um efeito devastador sobre sua personalidade com o aprisionamento, e este efeito é potencializado pelo reforço de valores negativos, o que agrava ainda mais a ocorrência de distúrbios psíquicos entre a população carcerária no país (MAGNABOSCO, 1998).

3.3 Drogas de abuso

O uso de drogas dentro das unidades é uma realidade e está intimamente associado, também, à criminalidade. É comum o indivíduo envolvido com delinquência ser ao mesmo tempo usuário de substâncias. É comum também que estes indivíduos desenvolvam síndrome de abstinência durante o período de detenção. Dos 10 administradores entrevistados seis admitem a entrada e consumo de drogas nas unidades que administram (três penitenciárias, dois presídios e uma UPA) enquanto os outros quatro negam que tal fato ocorra em suas unidades (dois presídios, uma UPA e uma unidade especial). Mas todos referiram problemas relacionados à síndrome de abstinência. As drogas citadas como mais comuns nas unidades foram a maconha (cinco citações), crack (quatro citações), cocaína (duas citações) e álcool (duas citações). O crack, entretanto, foi citado como a droga mais preocupante.

O principal meio de entrada de drogas, segundo os entrevistados, é através das visitas. O álcool entra nas unidades menos comumente e as tentativas são feitas principalmente com a colocação do etílico em garrafas de refrigerante. Outras drogas entram com mais facilidade e os visitantes tentam burlar a revista introduzindo-as no ânus, na vagina, ou dentro de objetos que tentam passar ao detento, como livros, inclusive bíblias.

Devido à forte associação entre consumo de drogas e prática criminal (um administrador acusa uso por até 80% da população prisional) e com a alta rotatividade de detentos, há sempre um grande número de indivíduos em grau intenso de dependência

química nas unidades prisionais. Consequentemente, são constantes as tentativas de passagem de drogas para dentro destas unidades.

Os familiares dos detentos foram mencionados como os principais carreadores de drogas para dentro das unidades prisionais. Ainda como transportadores da droga os administradores citaram a figura do advogado do detento e uma vez foi citado o próprio agente prisional. Um dos administradores acredita haver mais uso à noite, quando os procedimentos de segurança e vigilância são menos ativos. O uso de tabaco não é permitido em uma das unidades (penitenciária) da amostra estudada. Entretanto, o administrador desta unidade revela que tem tido problemas com a tentativa de tráfico de cigarros para dentro da unidade.

É comum a percepção dos administradores de que o uso de drogas e a dependência química, presente na maioria da população carcerária de suas unidades, condicionou, em grande parte, a prática de delitos. Alguns acreditam que muitos destes indivíduos necessitam mais de abordagem médica do que punitiva:

Se fosse fazer um diagnóstico dos detentos que são usuários de drogas, eles estão aqui em virtude do uso da droga, que os levaram à prática do furto, roubo, tentativa de homicídio ... ou o tráfico, com a maior incidência ... Esses detentos precisam de tratamento e não de privação de liberdade. Precisariam ir para uma clínica, ou penas alternativas que fizessem ele refletir um pouco mais ... e tratamento psiquiátrico. (PS1)

O uso de substâncias nas prisões admite uma complexidade que muitas vezes é ignorada, nas discussões corriqueiras. Há uma tendência a se colocar como ponto pacífico que não deve haver qualquer uso de substâncias psicoativas nas unidades prisionais. Por outro lado, há correntes intelectuais que apontam o tratamento do fenômeno do uso de substâncias como parte da existência do ser humano (CARNEIRO, 2010; VENÂNCIO, 2005). Esta discussão é razoavelmente conduzida para as populações não carcerárias, mas não para os encarcerados. Fica a questão, caso esta visão não seja refutada, como aplicá-la à existência durante o tempo de sentença de privação de liberdade, que pode durar, em alguns casos, por muitos anos?

O uso de drogas dentro da unidade prisional tem efeitos para além dos prejuízos clínicos do uso da substância. As unidades prisionais exercem um papel simbólico na representação social da segurança, do sistema judiciário e das instituições sociais em geral. O uso de substâncias ali dentro tem repercussão diferente do uso em liberdade. Trata-se da quebra de uma regra da unidade prisional, que deveria, no imaginário social, assegurar a correção de comportamentos ilícitos. O indivíduo que usa substâncias dentro

da unidade prisional, além de buscar efeitos individuais, como para aliviar seu sofrimento e fugir da realidade, também provoca uma reação negativa por parte da sociedade, por estar desrespeitando suas leis, e denunciando a ineficácia do sistema penal.

No âmbito geral, diversos fatores podem estar relacionados com um possível aumento no consumo de drogas de abuso. As drogas ditas ilícitas continuam sendo uma proibição da sociedade e, apesar de se tentar diferenciar o consumidor do traficante, geralmente ambos são consumidores e ambos portam a droga. A visão que marca a análise dos entrevistados nesta pesquisa, que corrobora em grande parte uma visão transmitida pelos meios de comunicação de massa, é que o consumo das drogas por parte de detentos demonstra aspectos de uma personalidade antissocial. Esta visão coexiste com a da dependência da substância como fator que empurra para a criminalidade. Porém, no sistema prisional vigente, todos os indivíduos dispõem de uma abordagem de intervenções que pouco favorece a ressocialização, a recuperação e a redução da reincidência.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora o Direito Penal e o sistema prisional sejam apresentados como de natureza igualitária, há um caráter eminentemente seletivo, estando os menos favorecidos mais representados estatisticamente na população carcerária. Isto pode ser um sinal de continuidade de um regime de discriminação sustentado por um modelo social, político e econômico que desde o período colonial privilegia a concentração de renda e a exclusão social dos menos favorecidos.

De modo quase invariável, o indivíduo encarcerado no sistema prisional no Estado de Santa Catarina sofre gradativamente o processo e as influências da institucionalização total e convivem com condições precárias, o que contribui para a debilitação de sua saúde e degradação de sua dignidade.

A pena privativa de liberdade não tem se mostrado eficaz no Brasil, onde é alto o índice de reincidência. Enquanto o Estado e a própria sociedade continuarem negligenciando a situação do preso e tratando as prisões como um depósito humano o problema da segurança pública e da criminalidade como um todo tende apenas a se agravar.

O aumento na quantidade de pessoas atrás das grades ou de policiamento nas ruas não significa, por si só, melhora na segurança da população. A sensação de medo

vivida hoje na sociedade tem como fomentador a repetição de delitos, que fortalece a sensação de onipresença de criminosos em liberdade. Além dos dados de realidade, estes fenômenos são reforçados pelas deficiências na abordagem da detenção, que falha fragorosamente em suas metas de ressocialização e reabilitação. Enquanto são negligenciados os direitos dos detentos, toda a sociedade sofre as consequências: a convivência com altos níveis de criminalidade e o conseqüente aumento de níveis gerais de estresse, afetando a a qualidade de vida e a saúde coletiva.

Uma discussão emergente, neste sentido, refere-se à terceirização e privatização das unidades prisionais, apresentadas como estratégias para a melhoria das condições do sistema prisional, tanto no que diz respeito à garantia dos direitos dos detentos, quanto a uma maior eficácia do sistema de ressocialização, além de maior transparência da administração dos investimentos públicos. A experiência internacional, principalmente advinda dos Estados Unidos, sinaliza uma tendência a grandes movimentações de mercado em torno desta atividade.

Há falta de mecanismos eficientes para fiscalizar as unidades prisionais e colocar em prática o arcabouço legal. A cultura vigente na sociedade no que concerne ao respeito às leis tem papel importante na percepção de possibilidades para que o ex-detento possa ser ressocializado. A cultura vigente, perceptível em vários níveis da sociedade, traz a sensação de que o crime está sendo aceito como forma viável para a ascensão social, a obtenção de bens, a exploração do próximo ou para a sobrevivência. Neste sentido, é crucial o papel e o exemplo dos líderes, políticos, das autoridades, da elite econômica e dos formadores de opinião, aqueles que são expostos amplamente como modelos para os que exercem a prática criminal para a população em geral e para a juventude em particular.

DECLARAÇÕES DOS AUTORES SOBRE PROCEDIMENTOS ÉTICOS E CONFLITOS DE INTERESSES

O projeto de pesquisa em que se baseia este artigo está cadastrado no Sistema Nacional de Informações Sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (SISNEP) e pelo Comitê de Ética de Pesquisas com Seres Humanos da UFSC. Foi aprovado pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), assim como pelo Departamento de Administração Prisional (DEAP).

Todos os entrevistados assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme os preceitos éticos vigentes.

Não houve patrocínio financeiro de qualquer espécie na realização deste trabalho. Não há conflito de interesses por força de quaisquer envolvimento com empresas privadas, órgãos públicos, instituições religiosas ou partidos políticos.

REFERÊNCIAS

ANDREOLI, Sérgio Baxter; ABDALLA-FILHO, Elias; SANTOS, Maíra Mendes dos; MARQUES, Carolina Mattos; TABORDA, José Geraldo V. Transtorno Mental e Prisão. In: *Psiquiatria Forense*. 2ª. Ed. Org: José G. V. Taborda; Elias Abdalla-Filho; Miguel Chalub. Porto Alegre: Artmed, 2012.

ANDREOLI S.B.; RIBEIRO S.W.; QUINTANA M.I.S.; HIGASHI M.K.; DINTOF A.M. *Estudo da prevalência de transtornos mentais na população prisional do estado de São Paulo: relatório científico final*. Brasília: CNPq; 2008.

ARBOLEDA-FLÓREZ, J. Integration initiatives for forensic services. *World Psychiatry*, V. 3, N. 2, P. 179-83, 2003.

ASSIS, Rafael Damaceno de. A realidade atual do Sistema Penitenciário Brasileiro. *Revista CEJ*. Brasília, Ano XI, N. 39, p. 74-78, out./dez. 2007.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2002.

BRASIL. *Lei nº 7.210*, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de execução penal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Leis/L7210.htm>

_____. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. Infopen. *População Carcerária Brasileira*. Referência: 12/2010. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br>>. Acesso 5/10/2013.

_____. *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>.

CARNEIRO, Henrique. *Bebida, abstinência e temperança na história antiga e moderna*. São Paulo: Senac, 2010.

DAMAS, Fernando Balvedi. *Saúde Mental no Sistema Prisional: as prisões catarinenses na perspectiva da saúde coletiva*. Dissertação de Mestrado. Orientador: Walter Ferreira de Oliveira. Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2012.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, Prisões e Conventos*. Trad. Dante Moreira Leita. 7ª. Ed. São Paulo: Perspectiva, 2001

HARTVIG P.; OSTBERG B. Mental diseases and disorders among inmates in Norwegian prisons. *Tidsskr Nor Laegeforen*, V. 124, N. 1, P. 2091-3, 2004.

IRÍAS-ORTÍZ, Roger; MARTÍNEZ-MOLINA, Gladis; AMAYA-MARTINEZ Gustavo; SOTO, Ramón Jeremías; REYES-TICAS, Américo. Prevalencia de trastornos mentales en personas privadas de libertad. *Ver. Med. Post UNAH*. V. 4 N. 2, maio-ago., 1999.

MARQUES-TEIXEIRA, João. Saúde Mental nas Prisões. Editorial. *Revista Saúde Mental*. V. 6, N.2. março/abr. 2004. Disponível em: < <http://hdl.handle.net/10216/6851> >

ONU. Assembleia Geral das Nações Unidas. *Declaração dos Direitos Humanos*. ONU, 10 de dezembro de 1948. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm>

SANTA CATARINA. Secretaria do Estado da Saúde. Diretoria Estadual de Vigilância Sanitária. *Manual de Orientações sobre as Normas Sanitárias do Sistema Carcerário*. S/Da.

_____. Secretaria de Estado da Saúde/Secretaria de Estado da Segurança Pública e Defesa do Cidadão. *Plano Operativo Estadual de Saúde no Sistema Penitenciário*. Atenção integral à saúde da população prisional. S/Db.

SOUZA, Carlos Alberto Crespo de. Doentes mentais em prisões e em casas de custódia e tratamento: um grande e permanente desafio à psiquiatria e à Lei. *Psiquiatria OnLine Brazil*. V. 9, N. 12, Dez. 2004.

VENANCIO, R. P. ; CARNEIRO, Henrique Soares (Orgs.). *Álcool e drogas na história do Brasil*. São Paulo/Belo Horizonte: Alameda/Editora PUCMinas, 2005.