

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL

IBSAM NASCIMENTO DE OLIVEIRA
TALITA VIEIRA BLUNK

**A POLÍTICA DE SAÚDE PARA POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE:
DIREITO À SAÚDE E DIREITOS HUMANOS**

Rio de Janeiro

2022

IBSAM NASCIMENTO

TALITA VIEIRA BLUNK

A POLÍTICA DE SAÚDE PARA POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE:

DIREITO À SAÚDE E DIREITOS HUMANOS

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de bacharel em Serviço Social.

Orientador: Marcos Botelho.

Rio de Janeiro

2022

IBSAM NASCIMENTO

TALITA VIEIRA BLUNK

A POLÍTICA DE SAÚDE PARA POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE:

DIREITO À SAÚDE E DIREITOS HUMANOS

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de bacharel em Serviço Social.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora:

MARCOS BOTELHO (ORIENTADOR)

MIRIAM KRENZINGER AZAMBUJA

LILIAN ANGÉLICA DA SILVA SOUZA

RESUMO

Esse Trabalho de Conclusão de Curso tem como objetivo apresentar uma análise sobre as políticas públicas sociais, em especial as de saúde, que atendem à população privada de liberdade no Sistema Penitenciário Brasileiro, traçando um paralelo entre os gêneros masculino e feminino em busca do acesso à saúde, através de um estudo do perfil dessa população. Analisamos a trajetória histórica do Sistema Prisional e suas contradições, assim como das políticas sociais e dos direitos humanos, destacando o período da redemocratização até os dias atuais, levando em consideração dados sobre o aumento da população encarcerada. Por fim, situamos a prática do Assistente Social na equipe multidisciplinar, com a concepção de saúde que visa a promoção, prevenção e assistência de forma integral, expondo os desafios e limites do profissional inserido nesse contexto.

Palavras-chave: Políticas Públicas. Saúde. Serviço Social. Sistema Prisional.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	6
2	SISTEMA PRISIONAL, DIREITOS HUMANOS E GÊNERO.....	7
2.1	BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE O HISTÓRICO DOS DIREITOS HUMANOS.....	7
2.2	DIREITOS HUMANOS NO SÉCULO XX.....	9
2.3	O PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOAL HUMANA E SEU CARÁTER INFRACONSTITUCIONAL.....	11
2.4	PERCURSO HISTÓRICO DOS DIREITOS HUMANOS ATRAVÉS DA DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS (DUDH) E CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988.....	12
2.5	BREVE HISTÓRICO DO SISTEMA PRISIONAL BRASILEIRO.....	14
2.6	LEI DE EXECUÇÕES PENAIS – LEI 7.210/1984.....	17
2.7	CONCEPÇÕES DOS DIREITOS HUMANOS EM RELAÇÃO AO SISTEMA PRISIONAL.....	18
3	POLÍTICA DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO BRASILEIRO.	22
3.1	A REFORMA SANITÁRIA E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	22
3.2	DIREITOS DE SAÚDE PREVISTO NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 E NA LEI DE EXECUÇÕES PENAIS (LEP).....	31
3.3	PLANO NACIONAL DE SAÚDE DO SISTEMA PENITENCIÁRIO (PNSSP).	32
3.4	POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE NO SISTEMA PRISIONAL (PNAISP).....	33
3.5	POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER (PNAISM) E POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM (PNAISH).....	34
3.6	PROBLEMAS ATUAIS DO SISTEMA PENITENCIÁRIO BRASILEIRO E A INEFICIÊNCIA DO ESTADO.....	40
3.7	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E SOCIAL DAS MULHERES E DOS HOMENS PRIVADOS DE LIBERDADE.....	41
4	A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO SISTEMA PRISIONAL E SEUS PARÂMETROS NO INTERIOR DO SISTEMA DE SAÚDE.....	49

5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	51
	REFERÊNCIAS.....	52

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho de conclusão de curso tem como objeto a evolução histórica dos Direitos Humanos, adentrando pela política de saúde no Sistema Penitenciário Brasileiro, que é regulado pela Lei de Execuções Penais (LEP), assim como pela Política Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) e pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e do Homem (PNAISH), nos moldes da Constituição Federal de 1988.

Analizamos o contexto geral que levou o nosso país a ser um dos maiores detentores de pessoas em pena privativa de liberdade, a história do Sistema Penitenciário Brasileiro, os tipos de pena, os aspectos sócio-históricos do Sistema Prisional, assim como a aplicação dos direitos humanos no Sistema Prisional.

Enfatizamos o princípio básico da Dignidade da Pessoa Humana e as políticas públicas e sua eficácia na redução dos danos ocasionados pela ineficiência do Estado em garantir o mínimo de dignidade para essa camada da população em situação privativa de liberdade.

Neste sentido, foi importante destacarmos a importância da Reforma Sanitária, do Sistema Único de Saúde (SUS) e a garantia do acesso dessa população do Sistema Penitenciário Brasileiro, a partir das implantações dos Planos Nacionais, seja PNSSP e/ou PNAISM.

Por fim, observamos a importância do Assistente Social frente à realidade no Cárcere, assim como as funções que permeiam a efetiva participação da profissão, fazendo com que cumpra os objetivos elencados nas diretrizes do Código de Ética do Assistente Social. Permeando também quais são os parâmetros utilizados pelo Assistente Social frente ao direito à saúde.

A escolha do tema se baseou na experiência de campo de estágio realizado durante a faculdade, assim como a experiência na área da saúde por parte de um dos autores. Diante disso, a pesquisa baseou-se em métodos qualitativos, quantitativos e bibliográficos como forma de obter detalhamentos específicos a respeito do tema.

2 SISTEMA PRISIONAL, DIREITOS HUMANOS E GÊNERO

2.1 BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE O HISTÓRICO DOS DIREITOS HUMANOS

Para entendermos a relação entre o sistema prisional Brasileiro e os Direitos Humanos, destacamos sua complexidade, abordando algumas das suas concepções, analisando o método do Estado penal. Segundo Wacquant (2018), que infringe as leis e regulações na condução e aplicação das políticas para a população privada de liberdade nas unidades prisionais do Brasil, como a:

Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948; a Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem, de 1948; as Regras Mínimas para o Tratamento dos Reclusos, de 1955; o Pacto Internacional sobre Direitos Cívicos e Políticos e o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, ambos de 1966. (WACQUANT, 2018).

O aprisionamento dos sujeitos sociais tem relação com a dinâmica e “conexão estrutural entre reprodução socioeconômica e modos de punir, enfatizando o lugar da prisão como instituição de controle capitalista” (MELOSSI, 2004). Diante desse quadro, é necessário entendermos a dinâmica dos direitos humanos ao longo da história e dos conceitos ideopolítico na condução do atual sistema prisional, e no tratamento da população que integra esse sistema.

Traçando um breve histórico da concepção de direitos humanos, e de suas transformações ao longo do tempo, percebemos que ele acompanha os processos revolucionários, principalmente na Europa e EUA (RUIZ, 2012). De acordo com Ruiz (2012) é a “partir da Revolução Francesa de 1789 que valores como os de igualdade, liberdade e fraternidade foram firmados como princípios básicos para o debate deste tema”. Em paralelo, se deu o reconhecimento dos direitos humanos em “documentos de alguma validade jurídica, mas também ética e política, no nível nacional e internacional”. Trata-se do processo de declínio dos antigos sistemas econômicos e políticos vigentes. Devemos reconhecer, portanto, as revoluções do século XVIII e seus “efeitos políticos” como pioneiros na abordagem e discussão sobre o “reconhecimento de direitos”, pois a burguesia emergente buscava derrotar uma ordem social que não atendia a seus interesses, unindo-se, no caso da França, aos setores populares “para a Revolução – embora posteriormente os ignorasse e reprimisse, durante o denominado Período do Terror” (TRINDADE, 2002, p. 61-69).

Destacamos que a participação da classe trabalhadora foi fundamental para a superação da ordem social vigente, o feudalismo, sendo convencida pela burguesia com alguns dos

valores de direitos humanos, como “liberdade e igualdade”, dando ao povo uma força política para que pudesse se reconhecer naquele momento como sujeito de direitos (LEE, 2012).

Hobsbawm (2010, p. 108) também valoriza a contribuição dos setores populares para o sucesso da Revolução. O Terceiro Estado teria obtido sucesso contra a unidade entre rei e ordens privilegiadas, exatamente por não representar apenas a minoria militante e instruída, mas as opiniões de forças “bem mais poderosas: os trabalhadores pobres das cidades, e especialmente de Paris, e em suma, também, o campesinato revolucionário” (RUIZ, 2012, p. 27)

Porém, a base para os direitos humanos nessa nova ordem social, as declarações que materializam o fundamento ideológico dos “processos revolucionários de 1776 e 1789 não dão, necessariamente, origem a sua essência. Como uma certidão de nascimento, tais direitos passam a ter reconhecimento formal, fruto de convenções sociais existentes na época em que tais declarações são instituídas” (RUIZ, 2012, p. 29). O “acordo” entre as classes e seus segmentos definem quais são os parâmetros para os direitos nesse período.

Mesmo reconhecendo a Revolução Francesa como um marco na luta por direitos humanos, esse debate não se inicia neste período, pois “diversos autores demonstram como questões que hoje consensualmente se encontram no campo do debate dos direitos humanos [...] motivaram lutas sociais muito antes do século XVIII” (RUIZ, 2012, p. 31). Como por exemplo, a fuga do povo judeu, guiado por Moisés, do rei do Egito, bem como outros relatos bíblicos, são exemplos de que a luta pelo direito à liberdade e à igualdade já se faziam presentes há, ao menos, cerca de dois milênios. Constatando que o ser humano, sendo um ser social, reconhece a necessidade de lutar contra opressões e desigualdades sociais (RUIZ, 2012, p. 33).

Em determinados momentos, algumas sociedades antigas modificaram suas relações sociais para obter êxito em seus períodos de conflito com outras nações, como as guerras entre Esparta e Atenas. O rei da primeira, segundo Trindade, adotou um sistema de arrendamento de terra entre os cidadãos: “A eliminação da anterior desigualdade de acesso aos bens foi condição para a prosperidade que teria levado Esparta à citada vitória” (RUIZ, 2012, p. 33). Dessa forma, afirmam-se modelos alternativos de sociabilidade sem classe, conceitos que hoje se juntam ao debate sobre direitos humanos.

Importante observarmos que todos esses acontecimentos fazem parte de um processo histórico de contradições, apresentando as reações de determinados segmentos de classe às desigualdades, que eram impostas pelas classes que usufruíam de privilégio e poder. É o que Iasi afirma, a relação dialética entre os conflitos em cada período tem sua peculiaridade:

Dois mecanismos devem ser utilizados aqui para compreensão dessas lutas históricas. O primeiro é que cada período histórico particular da sociedade de classes encontrou mediações específicas por onde operaram os conflitos, a opressão e as resistências, e que é possível compreendê-los, sem que percam sua especificidade, como parte de uma totalidade que o movimento da história nos permite compreender melhor e mais profundamente do que pela simples análise de cada parte. Segundo, e fundamental, que esse movimento nos revela o caráter dialético dessa totalidade histórica, ou seja, o eterno movimento de suas contradições, de saltos de qualidade, de unidade e identidade de contrários, de negações de negações. (IASI, 2006, p. 11).

Observando o que foi relatado entre outros confrontos, em outros períodos históricos, é notório que a disputa por direitos sociais não é exclusiva dos processos revolucionários do século XVIII. Entretanto a Revolução Francesa é salientada pelo rompimento com a ordem social vigente, municiada por uma concepção ideológica aceita pela sociedade em sua totalidade (LEE, 2012).

Assim, uma reconstituição social da história dos direitos humanos nos leva à conclusão de que as demandas transformadas em lutas concretas, especialmente, as produzidas por segmentos subalternizados, são as que, ao longo dos anos, se reconhecem com tais direitos. Isto não significa que eles sejam automaticamente garantidos, o que ocorre ainda menos se pensamos numa perspectiva de universalidade. Sua efetivação depende de efetiva pressão de mobilizações sobre o Estado e seus diferentes poderes (Legislativo, Executivo, Judiciário), sobre o capital (caso de direitos trabalhistas), bem como de sua legitimação junto à sociedade (RUIZ, 2012, p. 47).

2.2 DIREITOS HUMANOS NO SÉCULO XX

Num período marcado por duas guerras mundiais e a Guerra Fria, também ocorreram processos revolucionários em alguns países. Neste contexto, o debate em torno dos direitos humanos se amplia (RUIZ, 2012, p. 47):

Um dos fatos mais significativos foi a consideração dos direitos sociais como parte dos direitos fundamentais do ser humano, oriunda especialmente a partir da Revolução Mexicana de 1910 e (mais duradoura, impactante e significativa para o século passado) da Revolução Russa de 1917. (RUIZ, 2012, p. 47).

O advento das grandes guerras e seus horrores teriam, “paradoxalmente, papel importante para o desenvolvimento de um processo de internacionalização dos direitos humanos”, com o surgimento de concepções, protocolos e comissões, estabelecendo termos, regras, condutas e limites para a preservação do ser humano (RUIZ, 2012, p. 47).

Pelas consequências da Primeira Guerra Mundial, acordos foram firmados em alguns países, como a instituição precursora Liga das Nações, que “visava criar condições pactuadas de resolução de controvérsias entre os diversos países”. E o Protocolo de Genebra que formaliza em documento a “proibição do emprego na guerra de gases asfixiantes, tóxicos ou similares e de meios bacteriológicos de guerra, que tinha evidente intenção de, em situações em que conflitos bélicos se mostrassem inevitáveis, proteger a vida de civis” (RUIZ, 2012, p. 48). Enfatizando, assim, os limites para os conflitos e o tratamento dos que não participavam da guerra.

A Segunda Guerra Mundial teve as consequências mais brutais da história:

sessenta e um países participaram da guerra, com quarenta deles vivendo sangrentas batalhas em seus territórios; morreram sete milhões de alemães [...]; o fascismo assassinou seis milhões de poloneses, seis milhões de judeus, vinte milhões de cidadãos da União Soviética – treze deles, civis. (Ibid., p. 103-104).

Diante desse genocídio, os países entraram em consenso para a criação, em 1945, da Organização das Nações Unidas, para mediar e estabelecer as relações de países que entrassem em conflito, tendo a Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 1948, como referência documental, e vigente até hoje:

No texto do documento fica evidente o enfrentamento existente entre as perspectivas liberais (que acentuam a afirmação de direitos civis e políticos – em vinte artigos) e socialistas (responsáveis pela previsão, ainda que em inferioridade numérica de artigos – apenas cinco – de direitos sociais). (RUIZ, 2012, p. 51).

No período da Guerra Fria, em 1966, foi possível constatar a influência dos países liberais e capitalistas nas assembleias da ONU, diante das discussões sobre os direitos civis e políticos, e quais os direitos sociais deveriam ser articulados:

Embora os países do bloco socialista tenham envidado esforços no sentido de um único pacto internacional de direitos humanos, o bloco liberal manteve sua vantagem anterior, forçando uma mesma assembleia da ONU a aprovar dois pactos distintos: o Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos (cf. MAZZUOLI [Org.], 2005, pp. 579-595) e o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. (IBID., p. 595-602).

Na sociedade capitalista, as Instituições definem que os direitos civis têm prerrogativa sobre os direitos sociais, estes devem ser implementados por cada Estado-Nação.

Em 1993, a Conferência Mundial sobre Direitos Humanos, realizada em Viena, viria a expressar, textual e indubitavelmente, a posição predominante na autodenominada concepção

contemporânea de direitos humanos. Prevê o artigo 5º da Declaração e Programa de Ação de Viena, então aprovado (RUIZ, 2012, p. 53):

Todos os direitos humanos são universais, indivisíveis, interdependentes e inter-relacionados. A comunidade internacional deve tratar os direitos humanos de forma global, justa e equitativa, em pé de igualdade e com a mesma ênfase. Embora particularidades nacionais e regionais devam ser levadas em consideração, assim como diversos contextos históricos, culturais e religiosos, é dever dos Estados promover e proteger todos os direitos humanos e liberdades fundamentais, sejam quais forem seus regimes políticos, econômicos e culturais. (MAZZUOLI [Org.], 2005, p. 529).

Uma observação importante, que Ruiz (2012, p. 54-55) registra, é que “violações de direitos humanos não são algo exclusivo de países capitalistas. Elas foram marca constante no século XX também em experiências que se reivindicaram socialistas”. Hobsbawm (2010, p. 108) considera principalmente a URSS, quando era governada pelo partido bolchevique, representada por Stalin: “Dentre eles aponta: o tratamento inferior destinado aos camponeses (dentre outros fatores, eram mais taxados e recebiam menos políticas de seguridade); a redução de liberdades mínimas de expressão e de liberdades civis”.

Outro fator relevante para a nossa análise é que os movimentos sociais têm força política para a efetivação das normas e protocolos, que direcionam a política de direitos humanos:

Novas pressões e mobilizações levaram, assim, à criação, ao longo dos anos e após lutas e denúncias de inúmeros e diversos movimentos sociais, [...] no sentido de que houvesse, respectivamente, real investimento financeiro em políticas voltadas para o atendimento de direitos humanos e punição para sua violação. (RUIZ, 2012, p. 58-59).

A distância entre as previsões dos diversos documentos internacionais, e a realidade efetivamente vivida por povos de diferentes países, não passaria despercebida pelos defensores de direitos humanos por todo o mundo, levando a pressões pela criação de sistemas internacionais, regionais e nacionais voltados para sua proteção.

2.3 O PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA E SEU CARÁTER INFRACONSTITUCIONAL

Inicialmente, é importante observar que o princípio da dignidade da pessoa humana não foi conceituado pelo ordenamento jurídico, tendo aspectos extensivos a depender da área e causa, onde é devidamente respeitado de acordo com os moldes da Constituição Federal.

Sendo assim, o princípio da Dignidade da Pessoa Humana é garantido pela Constituição Federal de 1988 em seu artigo 1º, inciso III, assim como no artigo 5º, constituindo um dos fundamentos do Estado Democrático de Direito, inerente à República Federativa do Brasil:

Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos: I - a soberania; II - a cidadania; III - a dignidade da pessoa humana; IV - os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa; V - o pluralismo político. Parágrafo único. Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição. (BRASIL, 1988, p. 1).

A Dignidade da Pessoa Humana possui característica de princípio absoluto, de irrenunciabilidade, de intransmissibilidade, e retrata o reconhecimento de que o indivíduo há de constituir o objetivo primacial da ordem jurídica (BRASIL, 1988, p. 1).

Tal princípio deve ser respeitado pelo Estado, uma vez que é garantido por tratados internacionais, tendo o indivíduo direito ao acesso sem qualquer dificuldade, o que infelizmente não é uma realidade no Brasil, uma vez que ocorre a segregação social.

Diante disso, o propósito dos Direitos Humanos é garantir ao indivíduo seu desenvolvimento como pessoa, com o intuito de realizar seus objetivos pessoais, econômicos, políticos e sociais, amparando contra a arbitrariedade do Estado, realizado diretamente pela garantia desse princípio, que é considerado cláusula pétrea, não podendo ser retirado e/ou reduzido.¹

2.4 PERCURSO HISTÓRICO DOS DIREITOS HUMANOS ATRAVÉS DA DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS (DUDH) E CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

O percurso histórico que marcou os Direitos Humanos iniciou a partir do século XVIII, perfazendo até o século XX, através de diversos documentos jurídicos que adotam a dignidade da pessoa humana, sendo três demasiadamente importante citarmos, tais como, respectivamente, Magna Carta Libertatum (1205), Petition Right (1689) e Act of Seattlemente (1701), geridas pioneiramente pela Inglaterra.

Após isso, surgiram diversas outras declarações, tendo como exemplo a Declaração de Independência, por volta de 1776, realizada pelos Estados Unidos da América (EUA), onde

¹ CUNHA, DELGADO, 2006.

instituiu uma Constituição que tinha como características as limitações do poder estatal, adotando a teoria da separação de poderes do filósofo Montesquieu.

Diante disso, é importante destacar que foi na França que foi publicada a Declaração dos Direitos dos Homens e do Cidadão, que ficou conhecida mundialmente, pois efetivou os direitos fundamentais, através do constitucionalismo liberal, segundo Moraes (2000).

Por sua vez, o século XX teve diplomas constitucionais fortemente marcados pelas preocupações sociais, como se pode ver na Constituição Mexicana de 1917, Constituição de Weimar de 1919, Declaração Soviética dos Direitos do Povo trabalhador e Explorado de 1918, etc.

Diante de todo o exposto, a eficácia dessa Declaração dos Direitos dos Homens e Cidadão, assim como todos os direitos que são garantidos internacionalmente por tratados, só se deu através do pós-guerra, com a declaração de um novo documento (1948) com potência e reconhecimento *erga omnes*², conhecido popularmente como Declaração Universal de Direitos Humanos (DUDH)³.

Ademais, a DUDH tinha como objetivo reafirmar todos esses direitos que precisam ser assegurados por todos os indivíduos, através da ampliação de categorias de direitos, como por exemplo, os direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais, assim como impactar no desenvolvimento da ONU, no surgimento da DUDH e na internacionalização dos Direitos Humanos.

Todavia, antes da publicação da Declaração Universal de Direitos Humanos (DUDH), no Brasil, os Direitos Humanos foram sendo inseridos de forma bem lenta através de Constituições, onde em cada uma delas foram se conquistando acesso à alguns direitos, onde podemos destacar inicialmente a Constituição de 1934 que inseriu o voto das mulheres e a criação da CLT com direitos trabalhistas mínimos para todos os trabalhadores. Todavia com a Constituição de 1937 houve o desaparecimento da democracia e principais garantias.

Somente com a promulgação da Constituição de 1988 houve a ampliação considerável do rol de garantias fundamentais e direitos humanos, conhecida popularmente como a constituição cidadã, adotando também cláusula pétrea para evitar qualquer possibilidade de

² *Erga omnes* é quando o efeito é para todos, ou seja, atinge todos os indivíduos sem qualquer exceção.

³ Declaração de Direitos Humanos foi inserida no ano de 1948, através da ONU, que é a Organização das Nações Unidas, com objetivo de garantir o reconhecimento e cumprimento dos direitos humanos na sociedade.

redução desses direitos, garantindo o acesso aos direitos mínimos para uma melhor garantia de vida.

Concluimos assim, portanto, que a existência da DUDH inspirou o Brasil na adoção desses direitos igualitários através do modelo progressista, moldando a nossa última constituição promulgada, possibilitando um futuro com menos desigualdade social e acesso ao básico para melhor qualidade de vida. Dessa forma, é nítido que a Constituição Federal de 1988 é um importante instrumento de apoio ao DUDH, visto que é uma lei efeito erga omnes.

Dessa forma, foi necessário a criação de um órgão que fiscalizasse essa supressão de direitos que eram cometidos contra essas pessoas, e implantar o que estava previsto pela DUDH, portanto foi criada a Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH).

Inicialmente, a Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH)⁴ foi criada por resolução em 1959, onde é um dos órgãos responsáveis pela promoção e pela proteção dos direitos humanos fazendo parte da Organização dos Estados Americanos (OEA).

Não é nenhuma novidade que os Direitos Humanos, apesar de ser garantido pela Declaração Universal de Direitos Humanos (DUDH), assim como pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH), são constantemente violados em âmbitos prisionais, em virtude da falta de fiscalização e organização dos órgãos competentes.

Diante disso, é função da Comissão Interamericana de Direitos Humanos disponibilizar atenção às populações, comunidades e grupos historicamente submetidos à discriminação. De forma complementar, outros conceitos formam seu trabalho: o princípio pro homine - segundo o qual a interpretação de uma norma deve ser feita da maneira mais favorável ao ser humano, a necessidade de acesso à justiça, e a incorporação da perspectiva de gênero em todas suas atividades.

A violação dos Direitos Humanos nos Sistemas Penitenciários precisa ser cessada por esses órgãos em prol da manutenção dos princípios garantidos por eles.

2.5 BREVE RESUMO HISTÓRICO DO SISTEMA PRISIONAL BRASILEIRO

A História do Sistema Penitenciário iniciou-se com a Lei do Talião, na Antiguidade, através do Código de Hamurabi, onde estabeleceu uma relação entre a conduta do infrator e a punição, com um viés primitivo do homem através da violência.

⁴ Disponível em: <https://www.oas.org/pt/CIDH/jsForm/?File=/pt/cidh/mandato/que.asp>

Já na Idade Média, houve as inquisições, que são instituições formadas por tribunais da Igreja Católica, que julgavam as pessoas que não respeitavam as normas de conduta que eram impostas pela igreja, surgindo então, nesse momento, as sanções de liberdade com os encarceramentos dessas pessoas, como forma de puni-los sobre o ato categorizado como ilegal.

O surgimento de prisões com celas individuais e com arquitetura apropriada para a pena de prisão no Brasil teve início a partir do século XIX. Por ainda ser uma colônia portuguesa, não havia um Código Penal, por isso o Brasil submeteu-se às Ordenações Filipinas. O livro V deste código determinava os crimes e penas que seriam aplicadas no Brasil, que eram: deporto para as galés e outros locais, penas de morte, penas corporais, humilhação pública confisco de bens e multas, por exemplo.⁵ (TJRJ, 2022).

Com a chegada da Idade Moderna, os encarceramentos tinham como objetivo punir o corpo humano, como forma de tortura, onde eram realizados suplícios públicos, como forma de envergonhar as pessoas em público e garantir a “ordem social”.

Diante disso, podemos observar que em ambos os períodos históricos, seja na Idade Média ou na Moderna, o objetivo era apenas um: torturar pessoas com dor extrema para servir de exemplo, em busca da “ordem social”.

No século XVIII, o surgimento das prisões se deram em decorrência das dificuldades econômicas vividas pela sociedade, como resposta aos atos delituosos em busca da sobrevivência, e, por outro lado, pelo surgimento do iluminismo, que tinha como objetivo erradicar a tortura humana, uma vez que, em teoria, não se acreditava em resultados positivos na tortura, adotando a estratégia do encarceramento (pena privativa de liberdade) para “aplicar” a disciplina através da educação e trabalho (tal qual se apregoa na ressocialização adotada pelo nosso atual Código Penal e da Constituição Federal de 1998).

Segundo o filósofo e historiador francês Michel Foucault⁶ (TJRJ, 2022):

A mudança nas formas de punição acompanha transformações políticas do século XVIII, isto é, a queda do antigo regime e a ascensão da burguesia. A partir daí a punição deixa de ser um espetáculo público, por que isso passou a ser visto como um incentivo à violência, e adota-se a punição fechada, que segue regras rígidas. Portanto, ao invés de punir o corpo do condenado, pune-se a sua “alma”. Essa mudança, segundo o autor, é um modo de acabar com as punições imprevisíveis do soberano sobre o condenado, gerando proporcionalidade entre o crime e a punição. (TJRJ, 2022).

É importante lembrar que nos primeiros modelos penitenciários, como o inaugurado na Filadélfia, no fim do século XVIII, os presos ficaram reclusos totalmente até o fim da pena. Já

⁵ Disponível em: <http://gmf.tjrj.jus.br/historico>

⁶ FOUCAULT, 1987, pág. 72. Vigiar e Punir – História da Violência nas Prisões.

no século XIX, surgiu nos Estados Unidos um modelo de reclusão noturna, onde os presos durante o dia tinham trabalhos coletivos e apenas à noite se isolavam.⁷

O modelo que mais se popularizou, permanecendo até hoje, foi o da Inglaterra, chamado de sistema progressivo, inserindo a progressão de regime como forma de ressocializar o infrator, assim como a liberdade condicional como forma de recompensa ao comportamento e aproveitamento do preso.

No Brasil, até 1830, como não havia um Código Penal próprio, eram seguidas as regras das ordenações Filipinas, que tinham como punição a pena de morte assim como a tortura. Através da nova constituição em 1824, houve algumas mudanças do sistema punitivo, banindo essas penas cruéis e de tortura, mas mantendo-as para as pessoas escravizadas. A partir de 1830 que a prisão simples e a prisão laboral foram adotadas.

Cabe ressaltar que as prisões eram precárias, de acordo com relatórios que eram feitos pelos responsáveis, onde havia falta de estruturação, higienização insalubre, convívio irregular e violência institucional.

Desse modo, em 1850 foi estabelecido o modelo da Filadélfia nos presídios brasileiros, como forma de melhorar as condições desses infratores.

No início do século XX, a legitimidade social da prisão ganhou variações para um melhor controle da população carcerária. Neste período, surgiram tipos modernos de prisões adequadas à qualificação do preso segundo categorias criminais: contraventores, menores, processados, loucos e mulheres.

Os asilos de contraventores tinham por finalidade o encarceramento dos ébrios, vagabundos, mendigos, em suma, os chamados “antissociais”. Enquanto os asilos de “menores” buscavam empregar um método corretivo à “delinquência infantil”. Acreditando na inocência do réu, foi proposta uma prisão de processados, considerando-se não conveniente misturá-los com delinquentes já condenados ou provavelmente criminosos. Os manicômios criminais foram idealizados para aqueles que sofriam de “alienação mental” e requeriam um regime ou tratamento clínico, enquanto os cárceres de mulheres seriam organizados de acordo com as indicações especiais determinadas por seu sexo.

O Código Penal de 1890, que retirou a pena de morte e penas extremas, possibilitou a instauração de novas modalidades de prisão, considerando que não mais haveria penas perpétuas ou coletivas, limitando-se às penas restritivas de liberdade individual, com

⁷ Disponível em: <http://www.espen.pr.gov.br/Pagina/historia-das-prisoas-e-dos-sistemas-de-punicoes>

penalidade máxima de trinta anos, bem como prisão celular, reclusão, prisão com trabalho obrigatório e prisão disciplinar.

Nesse sentido, foi adotado o modelo progressivo, ou seja, a reintegração do delinquente à sociedade antes do fim do cumprimento da pena, que tinha como objetivo o estímulo à boa conduta do encarcerado e a falta de reincidência nos moldes do sistema penitenciário brasileiro.

É importante destacar que esse modelo progressivo é adotado até hoje em dia, todavia os mesmos problemas iniciais permanecem, como por exemplo, a falta de estabelecimento prisional para serem cumpridas as penas impostas, assim como a falta de manutenção dos direitos humanos regulados.⁸

Esse é o nosso sistema progressivo de cumprimento de pena, e não obstante a falência do sistema penitenciário, e as inoportunas mudanças legislativas, continua a representar uma forma menos gravosa tendo em vista o objetivo final que é a recuperação dos indivíduos para a sociedade, ou seja, em outras palavras: a tão sonhada ressocialização do apenado para a sua reinserção no todo social. (TJRJ, 2022).

2.6 LEI DE EXECUÇÕES PENAIS – LEI 7.210/1984

A Lei de Execução Penal no Brasil (Lei 7.210/1984), conhecida popularmente como LEP, foi implantada com objetivo de garantir o cumprimento da pena com caráter totalmente ressocializador, condicionando esse infrator a retomar a vida em sociedade, sem reincidir, ou seja, não retomando para o sistema penitenciário e nem para o mundo do crime, garantindo também a ordem pública através dos índices de criminalidade baseados na DUDH.

A Lei de Execução Penal adota dois princípios, tais como: princípio da legalidade, que tem como objetivo a regulamentação da norma penal, servindo de molde para outros princípios; assim como o princípio da jurisdicionalidade, que busca efetivar a o princípio da proteção judiciária e a participação do juiz diante da pena aplicada.

Diante dos objetivos elencados como proposta da lei, podemos observar que a LEP assegura aos indivíduos privados de liberdade o acesso aos direitos, como por exemplo a assistência jurídica, através da Defensoria Pública, o acesso à alimentação, à educação, através do programa de redução de pena com a leitura de livros, entre outros.

Todavia, temos que destacar que a LEP, apesar de buscar garantir a reintegração do indivíduo infrator no âmbito social, assim como diversos direitos garantidos e elencados na

⁸ Disponível em: https://www.tjrj.jus.br/c/document_library/get_file?uuid=eb9828c3-73b2-4964-91a1-ee3f6107a36a&groupId=10136

própria Constituição Federal de 1988, não proporciona a fiscalização do cumprimento dessas garantias, não garantindo o principal que é a eficácia real da lei. Em qualquer estabelecimento prisional, pode-se atestar os níveis altos de reincidência, a pobreza, a falta de políticas públicas para garantir a atividade laboral, conforme observamos no trecho do livro de Machado (2008).

A referida Lei é de grande importância para a reintegração do sentenciado, já que a gama de possibilidades de reeducação que propicia, por meio de direitos, deveres, trabalho, tratamento de saúde física, integridade moral, acompanhamento religioso, dentre outros, evitando que o mesmo fique dentro do estabelecimento penal sem nada produzir”. (MACHADO, 2008, p. 51).

Para Mirabete (2007, p. 63), “se a reabilitação social constitui a finalidade precípua do sistema de execução penal, é evidente que os presos devem ter direitos aos serviços de assistência, que para isso devem ser obrigatoriamente oferecidos, como dever do Estado”.

É importante observar que a situação nos presídios brasileiros é de calamidade pública, além de não ter políticas públicas eficazes em garantir o cumprimento da lei, faltam recursos e uma boa administração por parte dos órgãos responsáveis. São problemas recorrentes que não são solucionados, como por exemplo, só para citar apenas um, a superlotação das celas.

2.7 CONCEPÇÕES DOS DIREITOS HUMANOS EM RELAÇÃO AO SISTEMA PRISIONAL

Como já vimos, o processo de transformação do conceito de direitos humanos ao longo do tempo, pode ser pensado de modo articulado ao do sistema prisional. Na Idade Antiga, o cerceamento da liberdade não era considerado uma punição por transgredir uma lei, mas a prisão “servia de contenção com a finalidade de custódia e tortura”, resultando no encarceramento como o meio de aguardar a punição ou expiação. Já na Idade Média, o meio de punição era exposição em praça pública, para que o governante demonstrasse seu poder perante o povo, gerando no indivíduo transgressor um sentimento de súplica para receber o perdão, como afirma Almeida (2006, p.51):

[...] constituía-se na forma predominante de punição penal, até o século XVIII na Europa, que tinha na repressão dos corpos sua maior expressão. Era costumaz a exposição do supliciado em praças públicas ou ao alcance dos olhos da sociedade que acompanhava a exibição como se fosse um espetáculo. (ALMEIDA, 2006, p. 51).

Com a Idade Moderna, as mudanças de ordem social devido a Revolução Industrial, o pauperismo na Europa, o aumento da criminalidade, desembocou, como declara Ferreira, num cenário em que “a pena de morte deixou de ser uma punição viável, já que não mais culminava na sociedade o senso de justiça e controle por parte do Estado” e que a captação dessa população era um meio de exercer controle na sociedade e aquisição de mão de obra de baixo custo.

Em meados do século XVI iniciou-se um movimento para a criação e construção de prisões organizadas para a correção dos apenados, com o consequente desenvolvimento das penas privativas de liberdade. Estas prisões tinham como finalidade reformar os delinquentes por meio do trabalho e da disciplina (Silva, 2019: p.35).

O debate sobre as formas de punição ganhou força no século XX, principalmente sobre as teorias publicadas por Michel Foucault, ganhando destaque em “Vigiar e Punir”, onde declara que “objeto do ato de punir desloca-se do corpo para a alma do detento”, tendo como objeto de análise as mudanças ocorridas no sistema penal da França.

O afrouxamento da severidade penal no decorrer dos últimos séculos é um fenômeno bem conhecido dos historiadores do direito. Entretanto, foi visto, durante muito tempo, de forma geral, como se fosse fenômeno quantitativo: menos sofrimento, mais suavidade, mais respeito e “humanidade”. Na verdade, tais modificações se fazem concomitantes ao deslocamento do objeto da ação punitiva. Redução de intensidade? Talvez. Mudança de objetivo, certamente. Se não é mais ao corpo que se dirige a punição, em suas formas mais duras, sobre o que, então, se exerce? [...] Pois não é mais o corpo, é a alma. À expiação que tripudia sobre o corpo deve suceder um castigo que atue, profundamente, sobre o coração, o intelecto, a vontade, as disposições. (FOUCAULT, 1987, p. 18).

Compreendendo que o sistema carcerário é um desdobramento da organização social e o modo como a sociedade se reproduz, portanto, vinculada a dimensão econômica da sociedade, vemos que a formalização do Sistema Prisional e carcerário sob um caráter punitivo fica evidente. Necessitamos de uma análise sobre as concepções de direitos humanos e como elas influenciam na condução do Sistema de privação de liberdade brasileiro.

Sob a ótica do I Congresso das Nações Unidas para a Prevenção do Crime e para o Tratamento de Delinquentes (1955, Genebra – Suíça), aqueles que tem sua liberdade privada pelo sistema jurídico devem ter suas integridades físicas, psíquicas e morais preservadas e protegidas, assim como a Lei de Execuções Penais, implementada em 1984, podendo ser alvo de críticas por suas limitações, tem um caráter humanitário em sua essência.

Porém, o sistema carcerário vigente não cumpre com as normas e declarações firmadas por órgãos e autarquias responsáveis por essa questão, mas exercem a função de “controle social da pobreza decorrente da opção pelas políticas de cunho neoliberal através do

acirramento das políticas penais, tendo como principal consequência o encarceramento em massa”(Massaro e Camilo, 2017), pois, segundo as informações do Ministério da Justiça, via InfoPen, nos permite perceber um perfil da população encarcerada: masculina (94%), jovem (55%), negra (61,6%) e com baixa escolaridade (75% até o ensino fundamental completo).

O perfil demográfico das penitenciárias americanas é semelhante ao nosso. Davis afirma: “a partir da realidade estadunidense, o complexo industrial-prisional são estruturas e ideologias que ampliam o poder do racismo e da xenofobia, associados a reestruturação do capital”. Neste sentido, Ruiz aborda a concepção reacionária de Direitos Humanos, que permeia a sociedade capitalista na atualidade:

Para esta visão, direitos não devem ser universalizados. Para que a humanidade sobreviva é necessário negar acesso à distribuição de bens, serviços e riquezas a parte desta mesma humanidade... as posições defendidas dialogam diretamente com realidades sociais, concentração de renda e riqueza (terras, meios de produção, heranças etc.), migrações, racismo e xenofobia, autodeterminação ou não dos povos, provimento ou não – pelo Estado ou por redes privadas – de recursos mínimos para a vida dos seres sociais, aprisionamento e mesmo condenação à morte dos que destoarem de suas defesas para a organização da sociedade. (RUIZ, 2012, p.140).

E a população que mais sofre com essa perspectiva é a privada de liberdade pela justiça, pois o acesso aos direitos, desde os fundamentais até os sociais não são oferecidos em sua plenitude, como por exemplo afirma Malvasi: “Uma das características mais brutais da política de encarceramento no Brasil é a superlotação das unidades que, somada às condições precárias de habitabilidade – falta de saneamento básico, superlotação, insalubridade, entre outros”.

Isso é um outro desdobramento do processo de formação social do Brasil, com a exploração e tráfico de escravos, a forma dos senhores dominarem os servos, então suas propriedades, era através do castigo com violência, as leis eram elaboradas nesse caráter de punição rigorosa para quem era visto como propriedade, como afirma Santos:

existiam diferenciações entre os tipos de penas aplicadas para pessoas livres e para aquelas escravizadas, essas últimas eram punidas através da morte desonrosa, a morte com corda. Com a promulgação da Lei Criminal no Brasil, em 1830, o sistema de justiça criminal brasileiro se consolida mantendo esse caráter punitivista e de garantia da propriedade privada do escravismo, pois os(as) escravos(as) eram punidos(as) fisicamente e depois devolvidos(as) aos seus senhores. (SANTOS, 1995, p. 38).

Como ponto de reflexão, a concepção reacionária justifica o pensamentos que boa parte da população tem com relação aos direitos humanos e como devem ser implementados para

os que são vistos como transgressores da lei, que uma classe tem o poder legítimo de domínio sobre outro, e que a dominada deve se adequar às normas sociais, pois “resgata-se a ideia de que direitos devem existir apenas para ‘pessoas de bem’ – e exclui-se deste conceito inúmeros contingentes de trabalhadores pobres, desempregados (que não produziram por preguiça, não por condições concretas de vida), criminalizados e/ou privados de liberdade” (RUIZ, 2012, p. 160).

Conforme mencionamos anteriormente, Ruiz (2012) propõe, em sua tese, que existem quatro concepções acerca dos direitos humanos, são elas: reacionária, liberal, socialista e contemporânea e elas se relacionam com a aplicabilidade dos direitos para população privada de liberdade no sistema prisional, tanto para o que ocorre de fato quanto para o que deveria conduzir a política, segundo a Lei de Execuções Penais.

O sistema prisional brasileiro tem sua ênfase ideológica e política na punição com o objetivo de ressocializar o indivíduo, porém Almeida (2006, p. 96) afirma que esse propósito tem maior profundidade, pois “a intenção não tão revelada é de adormecer os corpos, disciplinar, controlar, exercitar a subserviência e obediência dos presos, selecioná-los, torná-los submissos, arrependidos pela prática de delitos, manipuláveis e não reincidentes”.

O comportamento que deve ser adotado dentro da penitenciária estabelece um processo de transformação moral para que o sujeito retorne ao convívio e se adeque as relações sociais do capitalismo, pois:

com a inibição à prática do crime e com o adestramento, pois social e moralmente entende-se que o preso deva se reeducar, comportar-se como um bom menino e obedecer para então voltar ao convívio em sociedade. Isso pode ser evidenciado nitidamente pelos artigos 10º, 22º, 23º, V e o artigo 25º da LEP. (ALMEIDA, 2006, p. 97).

Se assemelhando ao que Lee aborda sobre a concepção liberal, o sujeito deve ser submetido a um processo de reeducação para tornar a exercer sua liberdade, segundo a lógica da propriedade privada, utilizando uma declaração de Norberto Bobbio para justificar o argumento dessa concepção:

os homens, de fato, não nascem nem livres nem iguais. São livres e iguais com relação a um nascimento ou natureza ideais, que era precisamente o que tinham em mente os jusnaturalistas quando falavam em estado de natureza. A liberdade e a igualdade dos homens não são um dado de fato, mas um ideal a perseguir; não são uma existência, mas um valor; não são um ser, mas um dever ser. (BOBBIO, 2004, p. 29).

3 POLÍTICA DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO BRASILEIRO

3.1 A REFORMA SANITÁRIA E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Com a ditadura civil-militar, nos anos de 1964 a 1985, a saúde sofreu com cortes orçamentários e muitas doenças se intensificaram, além disso, houve uma privatização da saúde, com um decréscimo da participação direta do Estado no atendimento populacional, sendo substituído pelos órgãos privados.

É importante destacar que com a criação do Inamps em 1974, apenas quem estivesse empregado de carteira assinada, contribuintes da Previdência Social, tinham direito à assistência médica no Inamps⁹.

O atendimento proporcionado pelo Inamps, no entanto, era feito em grande parte por clínicas privadas, visto que, o governo federal repassava recursos a essas instituições ao invés de investir na saúde pública, conforme Carlos Fidelis e Ialê Faleiros citam no livro *Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história*. Instala-se, assim, um verdadeiro processo de drenagem dos recursos públicos que passa a capitalizar as empresas de medicina privada, transformando a saúde em um negócio bastante lucrativo.

O movimento da Reforma Sanitária nasceu no contexto da luta contra a ditadura, no início da década de 1970, e tinha como objetivo mudanças e transformações necessárias na área da saúde, não abarcando apenas o sistema, mas todo o setor de saúde, em busca de melhorias das condições de vida da população.

A Reforma Sanitária foi liderada por um grupo de médicos e outros profissionais preocupados com a saúde pública, desenvolvendo teses e integrando discussões políticas, tendo como marco institucional a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, tendo como figura principal o médico sanitarista Sérgio Arouca.

As propostas da Reforma Sanitarista resultaram na universalidade do direito à saúde, oficializado com a Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse contexto, é imprescindível que façamos uma análise sobre os impactos e desdobramentos que a Reforma Sanitária teve no que chamamos hoje de Sistema Único de

⁹ Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social: Órgão responsável pela assistência médica aos trabalhadores que contribuam com a previdência social.

Saúde, podemos compreender que a reforma vai além de uma mudança na política de saúde, mas é um “fenômeno histórico e social”.

Esse fenômeno histórico e social tem início vinculado a princípios e propostas políticas, associados a práticas ideológicas e culturais, desencadeando em ações dos sujeitos sociais nos campos econômicos, políticos e simbólicos, resultando num “projeto de reforma social” que se desenvolve na formação da sociedade brasileira em momentos específicos.

Entendendo a conjuntura como a estrutura social em movimento, a análise de políticas de saúde, em uma dada situação, significa identificar os fatos produzidos, os sujeitos e as contradições resultantes do processo de acumulação capitalista e as suas mediações com as condições e as práticas de saúde referentes às diferentes classes e grupos sociais. Identificar também os enfrentamentos que se dão no âmbito da sociedade e atravessam o Estado, atingindo a burocracia que impõe a ação reguladora ou coercitiva, por meio dos aparelhos ideológicos e repressivos de Estado. (PAIM, 2008, p.47).

Entendendo que a questão saúde como alvo de ação política das classes que lideram e controlam o Estado e seus aparelhos, é necessário observar no processo político como se enfrentam os meios sociais diante dessa situação, sejam classes e segmentos de classe, grupos de interesse, corporações ou movimentos em cada conjuntura.

Para estabelecer um conceito sobre a Reforma Sanitária, precisamos realizar uma análise na formação social do Brasil, em como a base teórica sobre cultura, economia, política entre outros aspectos possibilitou e influenciou no movimento que desencadeou essa reforma, bem como os movimentos que representam antecedentes importantes da Reforma Sanitária Brasileira.

As estratégias de planejamento social e no setor saúde tiveram início nas chamadas “políticas racionalizadoras”. Tais políticas incorporavam a ideologia do planejamento de saúde como parte de um projeto de reforma de cunho modernizante e autoritário são:

As políticas adotadas pelo Estado brasileiro à crise sanitária no período do ‘milagre econômico’, seja em relação às dificuldades de acesso aos serviços de saúde, seja no que se refere às condições de saúde, como o aumento da mortalidade infantil, a epidemia dos acidentes de trabalho, o recrudescimento de endemias e a questão da meningite. (PAIM, 2008).

Diante desse contexto, surgiram movimentos em diversos segmentos da sociedade, para analisar e buscar resoluções para a Saúde, como: populares, estudantis, profissionais e intelectuais. No campo popular as mobilizações apontam para um Movimento Popular de Saúde através dos conselhos comunitários, o clube das Mães e as organizações nos bairros periféricos de São Paulo.

No âmbito estudantil, ocorreu a Semana de Estudos de Saúde Comunitária que é fundamental para o que mais tarde irá fortalecer um pensamento mais democrático sobre a atuação do profissional de Saúde, conforme afirma Santos (1995, p. 38):

Em 1974, alguns estudantes de medicina da UFMG fundaram, através do Diretório Acadêmico Alfredo Balena, um 'Centro de Estudos de Saúde' e promoveram a partir daí várias discussões acerca da Medicina de Comunidade. Daí surgiu a ideia de se organizar, com apoio de alguns professores, a 'I Semana de Estudos sobre Saúde Comunitária' – SESAC (SANTOS, 1995, p. 38).

No campo profissional ocorre uma mobilização dos médicos que realizavam sua residência, para que fosse sancionada a regulamentação da Residência Médica, expandindo-se posteriormente para o conhecido Movimento de Renovação Médica (REME). No segmento intelectual ou da “academia” pode ser observada por Paim “a participação de docentes inseridos nos departamentos de medicina preventiva e social e escolas de saúde pública, além de pesquisadores vinculados à Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC)”, realizando debates anuais com críticas ao regime e ao governo.

Verificamos ainda a participação das universidades e dos serviços de saúde no desenvolvimento de programas de medicina comunitária, contemplando a integração semelhante ao que temos hoje como nas universidades como projeto de extensão, com ênfase no pessoal auxiliar, organização de serviços de saúde e participação da comunidade. “Nesse particular, a experiência de Montes Claros representou a face mais ousada de um projeto contra hegemônico, identificada como uma das origens institucionais da proposta da Reforma Sanitária e do SUS” (VAN STRALEN, 1995; MACHADO, 1995; CAMPOS, 1995; LOBATO, 1995):

Como um laboratório da democratização na saúde, ali foram “conceitualizados”, montados e testados alguns dos principais instrumentos daquilo que posteriormente veio a ser conhecido como o processo da Reforma Sanitária, tais como, a produção de um saber sobre a causação social da saúde/doença, a difusão de uma nova consciência sanitária e a estratégia de ocupação e/ou criação de espaços político-institucionais. (FLEURY, 1995, p. 14).

Foi então criado em 1976, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, durante a reunião anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, com objetivo de trazer para o debate a “democratização da saúde e constituindo-se como um organizador da cultura capaz de reconstruir o pensamento em saúde”, socializando toda a produção crítica do espaço acadêmico sobre saúde coletiva, relacionando o aspecto filosófico com a política.

Utilizando a democratização da saúde na construção identitária, o Cebes denuncia as iniquidades da organização econômica e social e a injustiça dos sistemas de saúde privatizados, mas se engaja na luta pela democratização nacional e pela legitimidade específica da organização da Ação e Serviços de Saúde. Portanto, a formulação da política, além de um componente para racionalização, tem as características da democratização. Esse fluxo de pessoas e ideias é "uma pedra angular, embora não a única, A saúde como movimento social organizado" (SCOREL, 1995, P.141). Constatamos que ocorreu uma configuração de um conjunto de elementos que, posteriormente, irá compor a ideia de Reforma Sanitária, inspirada nas ciências sociais marxistas.

Na esfera do Estado, os municípios iniciaram uma organização através de encontros, um deles o "Encontro de Secretários Municipais de Saúde das capitais do Nordeste", em 1978, alavancando a proposta de Reforma Sanitária, priorizando a unificação dos serviços de saúde, participação da população usuária e "ampliação do acesso e qualidade da atenção". Porém as barreiras para alcançar isso incluem atividades lucrativas relacionadas à saúde, incluindo corporações e cooperativas, indústrias farmacêuticas e alimentícias e atividades relacionadas a equipamentos hospitalares e dispositivos médicos.

Outro fato foi a apresentação do documento "A Questão democrática da Saúde", elaborado pelo Cebes no I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Comissão de Saúde (BRASIL. Câmara dos Deputados, 1980) em 1979, apresentando, pela primeira vez, a criação do SUS. Como menciona Paim (2008) "A questão democrática na área de saúde e autoria de Hésio Cordeiro, José Luiz Fiori e Reinaldo Guimarães". A importância histórica desse texto, entre outros aspectos, reside no fato de, pela primeira vez, propor a criação do "Sistema Único de Saúde (SUS)"

Tornando-se um marco na elaboração de proposta da Reforma Sanitária Brasileira, portanto, não se tratava apenas de um conjunto no campo das ideias, mas um arcabouço de proposições, como é redigido no edital:

A questão fundamental que atualmente se coloca é a da organização de um sistema democrático na área da saúde e, portanto, de sua gestão, ou seja, de que os verdadeiros interessados na área, os seus profissionais (médicos, enfermeiras, nutricionistas, etc.) e os usuários representados por seus sindicatos e associações, e os partidos políticos possam abrir um amplo debate sobre a Política Nacional de Saúde e influenciar efetivamente na sua definição. (EDITORIAL, 1980, p. 3).

De acordo com essa proposta, o movimento sanitário se desenvolveu desde o final do período autoritário, ampliado com a criação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em

Saúde Coletiva (Abrasco), a conquista da entidade pelo Movimento de Renovação Médica (REME), a população mobilizou-se em todo o país e foram elaborados os Planos para o governo de Tancredo Neves, quando foi anunciada uma nova república e proposta uma "reviravolta da saúde".

Observamos que os governos, ao final do Regime militar, utilizaram de pautas democráticas na área da saúde para justificar o investimento no desenvolvimento do país, ampliando as atividades e ações do setor privado inclusive na previdência, como políticas sociais. O mesmo governo propôs durante a 7ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) um discurso "social-democrata", enfatizando a atenção primária à saúde, proclamando o Plano Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), clamando pela participação social e prometendo salvar a dívida social.

Em sua versão original, o Prev-Saúde tinha três objetivos:

- a) estender a cobertura dos serviços essenciais de saúde a toda a população; b) reestruturar o setor público de saúde, vinculando a reestruturação de várias instituições existentes e a reestruturação da prestação de serviços, o que significa menores custos unitários e aumento de serviços e produtividade dos recursos disponíveis c) Contribuir para a melhoria das condições ambientais gerais, com foco na simplificação dos sistemas de abastecimento de água e das medidas de saneamento necessárias ao controle da esquistossomose e doença de Chagas¹⁰. (PAIM, 2008, p. 84).

Suas diretrizes abordam a responsabilidade pública pelos serviços essenciais e a implementação e controle de todo o sistema; interface entre os órgãos públicos; descentralização da tomada de decisão e operações; integração entre ações de facilitação, recuperação e reabilitação; regionalização; simplificação de tecnologias e meios; eficiência administrativa sem comprometer os benefícios sociais; e engajamento da comunidade (PAIM, 2008, p. 85).

Embora uma análise inicial dessa proposta mostre as contradições ideológicas e políticas da iniciativa do governo e questione sua viabilidade, não provocava mecanicamente oposição ao plano, se os interesses em jogo fossem mantidos.

¹⁰ A partir da primeira versão do projeto (julho de 1980), que iria se chamar, originalmente, Pró-Saúde e que, posteriormente, por imposição do Ministério da Previdência, passou a ser o Prev-Saúde, o processo ocorrido foi quase 'surrealista'. Nenhuma das versões elaboradas chegou a ser assumida oficialmente. As versões eram 'vazadas', havia debates públicos sobre as mesmas, eram negadas para, depois, aparecerem modificadas e seguirem o mesmo processo, até o começo de 1981, quando se extinguiu como projeto. Ao final de algumas versões, o Prev-Saúde havia se afastado tanto de suas proposições originais que Carlos Gentile de Mello já o chamava de 'natimorto' (RODRIGUEZ NETO, 1997, p. 67).

Pelo contrário, o programa encontrou boa acolhida entre os profissionais de saúde preocupados com a melhoria dos serviços oferecidos à população, sendo entendido como uma conquista dos grupos sociais que defendiam a democratização da saúde e da sociedade brasileira (PAIM, 1984). A oposição ao programa passou a ser feita por setores do próprio governo articulados com os empresários médicos. (PAIM, 2008, p. 85).

Em 1980, após a apresentação do projeto à Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação, o presidente do Inamps recusou a proposta do Prev-saúde, alegou que “se trata de um projeto nitidamente estatizante, que procura esvaziar a iniciativa privada e os organismos federais de assistência médica e sanitária”. Constatase, portanto, que a relação entre saúde e previdência estavam captadas pelo Estado capitalista e a iniciativa privada.

Após mudanças no projeto realizadas por representantes e técnicos progressistas do Inamps, e modificações pelo Ministério de Saúde e Previdência, sendo questionada por organizações e movimentos ligados a profissionais dessas áreas, então parece que o Prev-Saúde constitui um ponto de expressão de contradições em todo o setor da saúde, e também revela a forte expressividade e iniciativa política de grupos empresariais médicos, como isso pode ser visto na análise abaixo:

Esse foi um período de mobilização e debates muito profícuos, que contou com a participação intensa da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, onde, em audiências públicas, foi possível se mapear claramente os interesses em disputa: por um lado o fisiologismo do INAMPS, desejando manter a sua máquina clientelista e favorecedora dos interesses privados e, por outro, a ABRAMGE [...] apresentava uma face de ‘capitalismo moderno’, simpática à SEPLAN [...]. Esta última chegou a elaborar uma proposta alternativa, baseada nos modelos de HMO (Health Maintenance Organizations), então em expansão nos Estados Unidos. (RODRIGUEZ NETO, 1997, p. 67).

Diante disso, a crise financeira da Previdência Social anunciada no início da década de 1980 não surpreendeu os estudiosos da política social, que vinham alertando para o aprofundamento e as consequências da crise. No início, o Estado tentou limitar as pensões de beneficiados, porém com forte oposição de parlamentares. Logo, os representantes expuseram a inaptidão no governo da Previdência avisando que a extensão da contribuição era contraditória com a conjuntura financeira e com a política de embate à inflação.

Com tamanha crise econômica e política, num contexto de diferentes atores sócias, a consequência foi processo de redemocratização, a chamada “Nova República” (PAIM, 2008), p.96) e em meio a um governo civil estabelecido por eleições indiretas, em 1984, foi realizado o V Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, tendo como pautas os seguintes termos:

1. Saúde é um direito do cidadão e dever do Estado; 2. A melhoria do estado de saúde da população está intimamente relacionada à elevação qualitativa das condições de vida; 3. A democratização da saúde estreitamente vinculada ao processo de democratização da sociedade brasileira reflete a luta e aspiração dos mais amplos setores sociais. (PAIM, 2008, p. 96).

Nesse quadro vinculam-se a participação na área da Saúde, dois grupos com interesses distintos, “conservadoras e progressistas” (FALEIROS, 2006, p. 46), com visões bem definidas com relação à condução das políticas:

a estatizante, que era a perspectiva inovadora, daqueles que queriam a reforma da saúde, uma reforma no sentido de assumir o direito à saúde como obrigação a ser provida pelo Estado; e a privatizante, que representava os interesses e concepções surgidos na trajetória da política de saúde como efeito de feedback das próprias decisões governamentais do passado. (MENICUCCI, 2014, p. 81).

Mesmo diante da tensão entre forças políticas para influência da elaboração e promulgação da Constituição de 1988, um conjunto de princípios que podemos elencar, gerou no âmbito ideopolítico o que conhecemos hoje como Sistema Único de Saúde, destacamos algumas das conquistas:

(1) A saúde é vista como parte da seguridade, ou seja, trabalha-se com a ideia de atenção do berço até a morte, e uma lógica universalista e equitativa da seguridade social. (2) Adota-se um conceito de saúde como articulação de políticas sociais e econômicas que não se restringe à assistência médica.[...] (3) a Constituição define saúde como direito social e universal.(4) as ações em serviço de saúde são caracterizadas como de relevância pública, cabendo ao poder público dispor sobre sua regulamentação, fiscalização e controle que permite priorizar a saúde [...]. (MENICUCCI, 2014, p. 82).

Concluimos que o movimento pela Reforma Sanitária, com a participação de todos os seus atores, é fundamental para a implementação do SUS, sistema essa que pauta as políticas de atenção a população inserida no sistema prisional, que iremos abordar nos próximos capítulos.

Podemos observar, abaixo, alguns dados relativos à saúde no período da ditadura comparando com os atuais.¹¹

No primeiro gráfico podemos ver uma evolução na Saúde do Brasil, uma vez que em 1976, no auge da Ditadura Militar, temos 98% de internações em hospitais particulares, ou seja, um total desmonte da saúde pública com a privatização da mesma, onde só tinha acesso quem podia pagar para obter os serviços.

¹¹ Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2019/04/04/ditadura-nao-garantia-acesso-a-saude-publica-sus-surge- apenas-na-redemocratizacao>

Já em 1978, podemos observar que houve um crescimento de menos de 1% da saúde de atenção básica, este quadro se altera em virtude da aceitação da Reforma Sanitária, que buscava uma saúde igualitária para todos, ou seja, a universalização da saúde, que fora posta em lei posteriormente com a promulgação da Constituição Federal de 1988.

Diante disso, podemos observar também que a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, houve uma recuperação da saúde no Brasil, uma vez que houve o acesso universal da saúde para todos, através da implantação do Sistema Único de Saúde, proporcionando uma mínima redução da desigualdade social, com acesso de 18,77 % da atenção básica de saúde.

Saúde na ditadura

A saúde não era considerada um direito e não havia acesso universal. Só era atendido pelo Inamps quem tinha carteira de trabalho assinada. O SUS só foi criado em 1988.*

*Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

Saúde virou negócio

Distribuição do orçamento da saúde

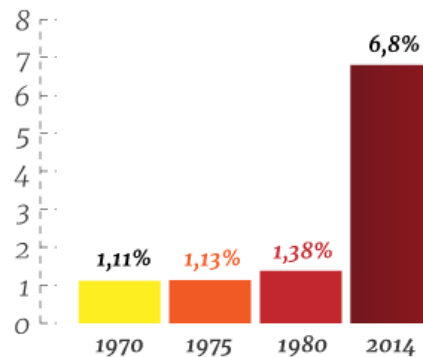
1976	Internações nos hospitais próprios da Previdência - 2,6% Internações em hospitais particulares - 98%
1978	Atenção médico-hospitalar - 86,48% Atenção básica - 0,87%
2018	Assistência hospitalar e ambulatorial - 46,43% Atenção básica - 18,77%

*Fonte: Fiescruz
**Fonte: Portal de Transparência do Governo Federal

12

No gráfico abaixo, é nítido que o PIB no Brasil desde a promulgação da Constituição Federal de 1988 houve um aumento em virtude do acesso as melhores qualidades de vida, seja através da saúde, educação, segurança pública. É uma Constituição Cidadã, que busca garantir o acesso a todos, reduzindo as expressões da questão social e a desigualdade social.

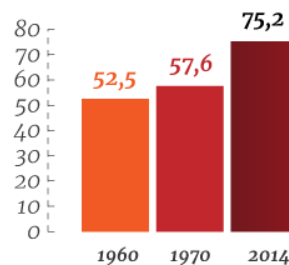
Investimentos em saúde (em relação ao PIB)



13

Já no gráfico abaixo, podemos observar que a expectativa de vida ao nascer teve um crescimento de mais de 18%, ou seja, passou de 57,6 para 75,2, mostrando os reflexos das garantias de direitos elencadas na Constituição Federal de 1988.

Expectativa de vida ao nascer (em anos)



14

Concluimos indicando que com a Reforma Sanitária, no embate com a Ditadura Militar, propiciou o debate de teses que afirmavam a universalização da saúde, sendo efetivamente garantida no artigo 5º da Constituição Federal de 1988, como um direito de todos e um dever do Estado, que deve garantir o acesso e, conforme os artigos 194 a 200 da CFRB/88, a implantação do Sistema Único de Saúde para garantir essa universalização.

¹³ Fiocruz, Portal de Transparência do Governo Federal

¹⁴ Fiocruz, Portal de Transparência do Governo Federal

3.2 DIREITOS DE SAÚDE PREVISTOS NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 E NA LEI DE EXECUÇÕES PENAS (LEP)

A Constituição Federal de 1988 traz a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado. O Sistema de Saúde é gratuito, de qualidade e acessível a todos os brasileiros e/ou residentes no Brasil. O direito à saúde é previsto, inicialmente, pelos artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988, onde se tem como objetivo garantir o bem-estar social e a justiça social de todos, tornando-se um direito fundamental, não podendo ser retirado e diminuído. É dever do Estado garantir a qualidade de vida, respeitando o princípio da dignidade da pessoa humana.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988).

Adentrando ao artigo 198 da Constituição Federal de 1988, podemos observar que o mesmo garante uma integralização dos serviços públicos através de uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um Sistema Único de Saúde, o famoso SUS, seguindo algumas diretrizes, conforme abaixo.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade. (BRASIL, 1988).

Já em seu artigo 200, mostra-se a competência e atribuição do Sistema Único de Saúde (SUS), visando novamente garantir tudo conforme descrito em lei.

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico; VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho. (BRASIL, 1988).

Em virtude da condição de encarceramento dos presos, foi necessário a criação de uma Lei de Execução Penal para garantir os deveres e direitos dessa camada mais vulnerabilizada. Dessa forma, quando falamos de saúde, o artigo 41, inciso VII, LEP, cita que é direito deles a assistência à saúde.

Art. 41 - Constituem direitos do preso: I - alimentação suficiente e vestuário; II - atribuição de trabalho e sua remuneração; III - Previdência Social; IV - constituição de pecúlio; V - proporcionalidade na distribuição do tempo para o trabalho, o descanso e a recreação; VI - exercício das atividades profissionais, intelectuais, artísticas e desportivas anteriores, desde que compatíveis com a execução da pena; VII - **assistência material, à saúde, jurídica, educacional, social e religiosa; VIII - proteção contra qualquer forma de sensacionalismo; IX - entrevista pessoal e reservada com o advogado; X - visita do cônjuge, da companheira, de parentes e amigos em dias determinados; XI - chamamento nominal; XII - igualdade de tratamento salvo quanto às exigências da individualização da pena; XIII - audiência especial com o diretor do estabelecimento; XIV - representação e petição a qualquer autoridade, em defesa de direito; XV - contato com o mundo exterior por meio de correspondência escrita, da leitura e de outros meios de informação que não comprometam a moral e os bons costumes. XVI - atestado de pena a cumprir, emitido anualmente, sob pena da responsabilidade da autoridade judiciária competente. (Incluído pela Lei nº 10.713, de 2003).**

A Lei Federal 8.080 de 1990 regulamenta o Sistema Único de Saúde, em que de acordo com ela, os objetivos do SUS são:

identificar e divulgar os condicionantes e determinantes da saúde; formular a política de saúde para promover os campos econômico e social, para diminuir o risco de agravos à saúde; fazer ações de saúde de promoção, proteção e recuperação integrando ações assistenciais e preventivas. (BRASIL, 1990).

Há alguns marcos de implementação legal para que fossem assegurados os direitos sociais da população prisional: a Lei de Execução Penal (LEP), que foi criada em 1984, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), de 2003, e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), de 2014 (LERMAN et al. 2015).

3.3 PLANO NACIONAL DE SAÚDE DO SISTEMA PENITENCIÁRIO (PNSSP)

O Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário, conhecido como PNSSP, instituído pela Portaria Interministerial 1.777 de 09/11/2003, foi criado nos moldes dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo o direito à cidadania e a proteção dos direitos humanos.

Esse modelo de plano nacional foi uma ação integrada entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Justiça, onde tinha como objetivo alcançar as necessidades existentes dessa camada mais vulnerabilizada, uma vez que se encontram em privação de liberdade, com viés de promover a prevenção e a atenção integral à saúde, sem qualquer distinção de cor, raça e gênero.

É importante destacar que historicamente a questão da saúde da população carcerária se reduzia apenas em ações voltadas para DST e AIDS, assim como efeitos de drogas, apesar dos mesmos apresentarem outras diversas demandas, até mesmo ocasionada pela falta de acesso à higienização básica nos presídios, atenção à saúde mental, saúde da mulher, saúde bucal, dermatologia sanitária, hipertensão, diabetes, controle da tuberculose, entre outros.

Ademais, esse Plano pautou a universalidade, a equidade, a integralidade e a resolubilidade da assistência, sendo as ações e serviços de atenção primária organizadas por equipes multidisciplinares de saúde nas unidades prisionais, buscando a efetiva integralidade das ações e conseqüentemente as reduções de danos ocasionadas pela falta de acesso ao mínimo garantido pela CFRB/88.

Diante disso, podemos elencar que o PNSSP pautou nos seguintes princípios: ética, justiça, cidadania, direitos humanos, participação, equidade, qualidade e transparência. Todos esses princípios voltados a garantir os direitos humanos e respeitar as cláusulas pétreas impostas pela Constituição Federal de 1988, assim como os Tratados e Convenções Internacionais.

Quanto a operacionalização do Plano, o financiamento das ações é compartilhado entre os setores de Saúde e de Justiça, enquanto na execução dessas ações serão utilizados os recursos do Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário, com fulcro no artigo 5 da Portaria Intermitente 1.777 de 09/11/2003. Quando falamos de ações de média e alta complexidade, bem como os medicamentos de custo elevado, deverão ser objeto da Comissão Intergestores Bipartite, devendo estar incluído na Programação Pactuada Integrada (PPI)¹⁵.

3.4 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE NO SISTEMA PRISIONAL (PNAISP)

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) é uma iniciativa conjunta dos ministérios da Justiça e da Saúde

¹⁵Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_sistema_penitenciario_2ed.pdf

para organizar o acesso da população carcerária às ações e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁶, nos moldes dos princípios basilares do SUS, como a universalização, acesso à saúde, integralidade da atenção e da equidade.

A PNAISP nasceu da avaliação dos dez anos de aplicação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), quando se constatou o esgotamento desse modelo, que se mostrou restrito por não contemplar em suas ações, entre outras coisas, a totalidade do itinerário carcerário – delegacias e distritos policiais, cadeias públicas, colônias agrícolas ou industriais e, tampouco, penitenciárias federais.

Destarte, essas mudanças podem ser apontadas como grande ganho na garantia e defesa dos direitos humanos no Brasil, em total consonância com a previsão constitucional de saúde para todos sob a responsabilidade do Estado brasileiro.

Esse modelo surgiu após o esgotamento da aplicação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), onde se verificou uma urgência em promover a inclusão efetiva das pessoas privadas de liberdade ao SUS, na sua totalidade, respeitando e cumprindo os princípios da universalidade e de equidade.

Diante disso, o PNAISP veio com o objetivo de qualificar e humanizar a atenção à saúde no sistema prisional por meio de ações conjuntas das áreas de saúde e da justiça, desde a data do encarceramento, como a data de saída, promovendo as relações intersetoriais com as políticas de direitos humanos, fortalecendo a participação e o controle social.

O Plano é executado por uma equipe multidisciplinar, geralmente equipe de atenção básica prisional (EABP), onde qualquer atendimento deverá ser registrado no prontuário de cada pessoa privada de liberdade.¹⁷

3.5 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER (PNAISM) E POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM (PNAISH)

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) foi concebida em 2004, em parceria com outras áreas e departamentos do Ministério da Saúde, a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e com movimentos femininos, com objetivo de ser reconhecida como um política de Estado, e assim adentrar ao SUS, melhorando as condições

¹⁶ II Congresso de Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro, A atuação do assistente social no sistema penitenciário: estudo de caso da saúde básica das apenadas do regime semiaberto na cidade de Manaus, pág. 2.

¹⁷ Disponível em: <http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/Cartilha-PNAISP.pdf>

de vida e saúde das mulheres brasileiras, reduzindo também a morbidade e mortalidade feminina no Brasil, além de ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no SUS.

Ademais, o PNAISM teve como base o Programa de Atenção Integral de Saúde da Mulher – PAISM, elaborado em 1983, no contexto da redemocratização¹⁸ do país e com a participação dos movimentos sociais e de mulheres, em especial, do movimento feminista.

Este documento incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/AIDS e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades.¹⁹

A Política Nacional proposta considera a diversidade dos municípios e estados, que apresentam diferentes níveis de desenvolvimento e de organização dos seus sistemas locais de saúde e tipos de gestão. É, acima de tudo, uma proposta de construção conjunta e de respeito à autonomia dos diversos parceiros – entes fundamentais para a concretização das políticas – enfatizando a importância do empoderamento das usuárias do SUS e sua participação nas instâncias de controle social.

Contrastando com o modelo de assistência predominantes no SUS, que reproduz a fragmentação das ações e da assistência, afastando as usuárias e os profissionais de saúde, onde conseqüentemente os profissionais não conseguem identificar a demanda e nem a sanar.

É importante destacar que a avaliação e monitoramento do PNAISM é realizada através de parceria com Secretarias de Comunicação Social, Reuniões e encontros com autoridades, parceria com Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, instâncias das políticas públicas, reunião com grupo de mulheres, entre outros.

Já a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PANISH), levando em consideração que a população privada de liberdade é formada principalmente por homens (93,6%), os quais apresentam características específicas relacionadas à mortalidade e à

¹⁸ A redemocratização do país foi um processo de restauração da democracia e do estado de direito em países ou regiões que passaram por um período de autoritarismo ou ditadura.

¹⁹ Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/pnaism_pnpm-versaoweb.pdf

morbidade, assim como à forma de se relacionar com o sistema de saúde, necessitamos analisar quais são as políticas implementadas no sistema prisional e sua efetividade. Dos quase 750 mil homens privados de liberdade, 54,8% são jovens de 18 a 29 anos (menos de 10% têm mais de 46 anos) e 60,8% são negros (cores preta e parda), segundo InfoPen, o que também deve ser objeto de reflexão.

Podemos observar, de maneira genérica em nossa sociedade, que os homens são criados ao longo de sua infância e adolescência para adotarem o comportamento de invulneráveis, exercendo um papel proativo em que o risco não é algo a ser evitado, mas enfrentado e superado cotidianamente. Este comportamento implica na falta de atenção à sua própria saúde, substituída por comportamentos muitas vezes autodestrutivos, gerando uma sequência de fatores vulnerabilidades para essa população, principalmente nos jovens (MEDRADO et al., 2009).

Os fatores de agravo na saúde da mulher também ocorrem na população masculina, o machismo, o patriarcado e os estereótipos de gênero, por isso, é importante que as políticas implementadas pelo Estado alcancem essa camada de população e o processo de educação, que visa:

perceber os homens na sua pluralidade, com diversas possibilidades de exercício de masculinidade. Desta forma, homem e masculinidade se transformaram em homens e masculinidades para dar conta da diversidade da experiência humana. [...] Portanto, as masculinidades não são outorgadas, mas construídas enquanto experiência subjetiva e social que são. Se elas são construídas social, cultural e historicamente, podem ser desconstruídas e reconstruídas ao longo da vida de um homem. (NASCIMENTO, 2001, p. 88).

Demonstrando os principais fatores de morbimortalidade na saúde do homem, uma política foi estabelecida em 2008, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), com o objetivo de “orientar ações e serviços de saúde para a população masculina, com integralidade, equidade e atenção humanizada” adotando o referencial dos determinantes sociais que geram aos fatores de risco de “vulnerabilidade da população masculina aos agravos à saúde” (BRASIL, 2008a).

As condições físicas, mentais e sociais da população privada são mais precárias do que o restante da população, porém isso ocorre antes do processo de encarceramento, porque estas já têm acesso ao SUS, quando estavam exercendo sua liberdade. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

Para entender a aplicação das políticas públicas para a população masculina no Sistema Prisional necessitamos entender as configurações de gênero, analisando as formas de

socialização e como estas relações os expõem à vulnerabilidade, incorrendo no acesso aos serviços sociais.

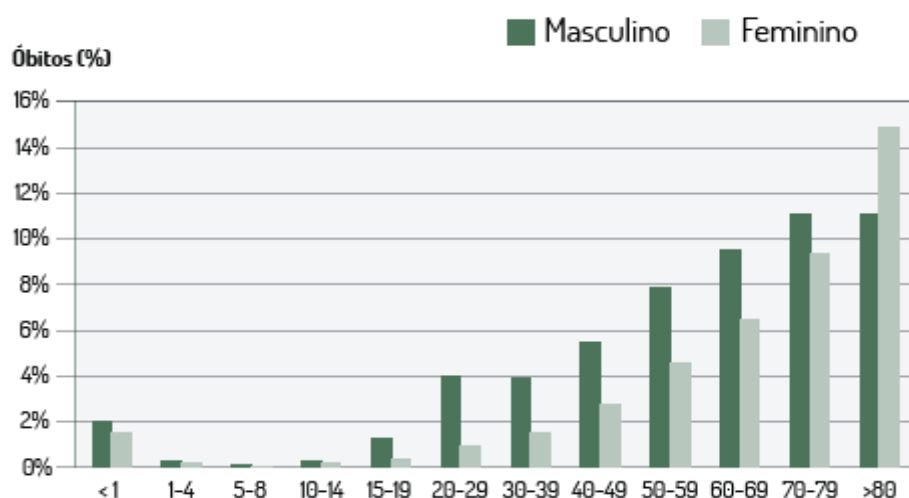
Como já mencionamos, 54,8% da população privada de liberdade é composta por jovens entre 18 e 29 anos. Esse dado cresce em significância quando identificamos que essa faixa etária representa apenas 21,4% população brasileira (BRASIL, 2013a). Portanto, precisamos compreender “as necessidades específicas da população jovem”, afirma Silva (2015). Para isso, a Política Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário (PNSSP) visa garantir o acesso a saúde da população privada de liberdade de modo integral, tendo como objetivo as seguintes diretrizes: prestar assistência integral resolutiva, contínua e de boa qualidade às necessidades de saúde; prestar assistência integral resolutiva, contínua e de boa qualidade às necessidades de saúde; implementar a intersetorialidade; democratizar o conhecimento do processo saúde/doença (SOUZA et al., 2013).

Instituída em 2009, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, tendo como objetivo facilitar e ampliar o acesso da população masculina, na faixa etária de 20 a 59 anos, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde da Rede SUS (BRASIL, 2009a), declara que reconhece “à importância dos aspectos socioculturais e da perspectiva relacional de gênero para a implementação de linhas de cuidado que respeitem a integralidade da atenção aos homens”, conforme declara Silva (2015).

Em uma de suas notas importantes, a PNAISH declara que deve ser utilizado como marco no atendimento à população masculina, em sua totalidade, a promoção à “atenção integral à saúde do homem nas populações indígenas, negras, quilombolas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, trabalhadores rurais, homens com deficiência, em situação de risco, e em situação carcerária, entre outros”. (BRASIL, 2009, p. 75).

Essa política é o reconhecimento diversidade masculina e, neste contexto, garante os mesmos direitos a todos sem distinção. Ou seja, as políticas e as ações desenvolvidas devem respeitar a pluralidade, identificando e traçando ações que levem em conta as necessidades específicas apresentadas por idade, credo religioso, condição socioeconômica, cor/raça, orientação sexual, identidade de gênero, dentre outras (MEDRADO et al., 2009).

Outro ponto que destacamos para a efetivação da aplicação da PNAISH é a proporção de óbitos entre a população masculina e a feminina, como mostra o gráfico abaixo:



| Figura 5 – Distribuição de óbitos entre a população masculina e feminina.
Fonte: adaptado pelo autor de Brasil (2010).

Ao nascer até os 79 anos de idade, morrem mais homens do que mulheres no Brasil. A diferença torna-se especialmente marcante entre 15 e 39 anos, faixa etária em que ocorre o maior número de óbitos por causas externas (agressões, acidentes e suicídio).

Destacam-se, entre os homens, taxas de óbitos maiores do que as das mulheres para causas externas (cerca de oito vezes), transtornos mentais e comportamentais (mais de seis vezes), doenças do aparelho digestivo (mais de três vezes) e doenças infecciosas e parasitárias (mais de duas vezes) (SILVA; NAZARIO; LIMA, 2015).

Ainda com esses dados alarmantes, pontos de observação fundamentais que desvelam o que ocorrem nos estabelecimentos penais apontam as contradições entre as normas, leis e políticas implementadas pelo Estado e o cotidiano desse segmento permanece invisível para a maior parte da sociedade.

A pesquisa realizada por Dourado e Alves (2018), numa penitenciária do município de Campina Grande PB, para avaliar as dificuldades do acesso a saúde pelos homens privados de liberdade, e que ações dentro do estabelecimento penal estão aquém do que preconiza a Constituição Federal, Política Nacional de Atenção Integral a Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional e o PNAISH.

Ponderando acerca das entrevistas realizadas com os presos na penitenciária, “muitas vezes as pessoas que cometeram algum crime são penalizadas não apenas pelo sistema judicial, mas também pelas condições degradantes dentro dos presídios”, ou seja, recebem uma dupla punição, além de ter sua liberdade retirada, perdem sua dignidade e a maior parte de seus direitos sociais.

A ausência de profissionais da área, a falta de insumos e medicamentos demonstra que há uma desconsideração, por parte da política de saúde, das queixas dos apenados relativas às questões de saúde-doença, o que expõe o descumprimento de uma assistência integral de qualidade (DOURADO e ALVES, 2018).

Muitas vezes o acesso ao atendimento é pautado pelas ações apresentadas pelo preso. Os apenados recebem atenção e atendimento quando cumprem com as normas e se comportam de acordo com os requisitos exigidos pelos agentes penitenciários que terminam por “exercer um papel de reguladores do acesso à saúde”. Julgando a necessidade dos presos, exercendo papel de facilitadores ou dificultando. (REIS e BERNARDES, 2011).

O que deve ser reforçado nas efetivações das políticas, para essa população, principalmente pelos profissionais que atuam nesse campo é de que o preso é sujeito portador de direitos, sendo importante lembrar que a pessoa presa está condenada por um crime cometido, porém isso não retira seus direitos de cidadão no que diz respeito ao acesso à saúde de forma integral e plena, ao contrário do que ocorre na instituição penitenciária que é objeto de sua pesquisa.

No presídio estudado, ficou evidente o descumprimento dos direitos do preso à saúde, já que o que prevalece para receber a assistência de saúde é uma relação de troca. Esta situação é gravíssima e denuncia a negligência e a falta de ações igualitárias para todos em termos de promoção, proteção e assistência à saúde, ações que poderiam servir como um propulsor para a reintegração do preso à sociedade. (Dourado e Alves 2018 p. 51).

Ponderando sobre as principais doenças que ocorrem no ambiente penitenciário, para Oliveira e Damas (2016) as doenças infectocontagiosas são comuns nos presídios brasileiros. Entre as mais encontradas estão as pneumonias, tuberculose, hepatites e doenças sexualmente transmissíveis, inclusive o HIV. Há também muitos indivíduos com distúrbios mentais, câncer e hanseníase. Além disso, Walsh (2008) afirma que as dificuldades nas assistências odontológicas dos presidiários são graves, pois os ingressos já apresentam precárias condições de saúde bucal, decorrentes das necessidades dentais não suprimidas anteriormente à prisão, sobrecarregando a assistência do sistema penitenciário.

Destacamos na pesquisa apresentada por Dourado e Alves (2018, p.53), que “a maior preocupação dos presos, além do tempo de detenção, é o adoecimento e o acesso ao tratamento e cura, já que as condições de confinamento demonstram ser ineficazes para o controle das doenças”. Os apenados relatam que as condições de alimentação e habitabilidade precárias, além de ausência de projetos educacionais.

A realidade carcerária denuncia a negligência estatal, sobretudo quando o assunto é a saúde. Algumas condições de saúde, como educação e saneamento básico, entre outras, são determinantes para o precário quadro sanitário no sistema prisional brasileiro (GOMES et al., 2015).

A promoção a saúde por meio da alimentação é fundamental para o desenvolvimento físico, emocional e mental do ser humano, permitindo uma qualidade de vida estável para o sujeito, o que não ocorre no estabelecimento prisional da pesquisa, como relata Dourado e Alves “Além da alimentação com má qualidade, tiveram presos que mostraram indignação quanto à água sem tratamento dentro do presídio” (DOURADO e ALVES, 2018, p. 54).

Demonstrando erros graves cometidos dentro das unidades prisionais, tornando-se um mecanismo de reprodução da violência e da falta de humanidade, impedindo que os sujeitos sócios portadores de direitos possam ter acesso e exercer seu pleno direito garantido por leis e políticas, ocorre necessitando de um reforço por parte do Estado no cumprimento das políticas de saúde para a população inserida no sistema prisional, e que os profissionais que atuam nesse campo pautem esse debate.

3.6 PROBLEMAS ATUAIS DO SISTEMA PENITENCIÁRIO BRASILEIRO E A INEFICIÊNCIA DO ESTADO

Atualmente, o Sistema Penitenciário Brasileiro é dirigido pelo Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), assim como pela Secretaria de Administração Penitenciária (SAP), como também pela Secretaria de Estado de Administração Penitenciária (SEAP), onde tem objetivos comuns, tais como, auxiliar o Estado a cumprir com as devidas obrigações com essas pessoas mais vulnerabilizadas. Todavia, com pouco efetivo, não é realizado o cumprimento eficaz e grande parte da população não acessa os serviços vinculados aos direitos sociais e à ressocialização dos presos.

A fim de buscar soluções para estes problemas, o Ministério da Justiça formou uma comissão ao DEPEN – Departamento Penitenciário Nacional, cuja função é percorrer cadeias de todo o país com o objetivo de elaborar um Plano Diretor do Sistema Penitenciário.

Podemos indicar que alguns problemas mais recorrentes do Sistema Penitenciário Brasileiro são: a superlotação das celas, a reincidência, a saúde precária, a má administração, a falta de apoio da sociedade e do governo, entre outros. Esses problemas acabam gerando uma deficiência na ressocialização, que não é bem ressocialização, visto que há o esfacelamento das políticas públicas e de ausência de Estado.

3.7 PERFIL SOCIODEMOGRAFICO E SOCIAL DAS MULHERES E DOS HOMENS PRIVADOS DE LIBERDADE

No âmbito brasileiro, a população prisional entre os anos de 2000 e 2017 cresceu vertiginosamente, em virtude da massificação da camada mais pauperizada e principalmente pela mudança nas leis, principalmente a Lei de Drogas, que impulsionou a rede de entrada nos sistemas penitenciários brasileiros, conforme podemos verificar nos gráficos seguintes.

O perfil sociodemográfico e socioeconômico da população carcerária feminina e masculina pode ser diferenciada em razão da desigualdade de gênero imposta pela sociedade ao longo da história. Diante disso, podemos montar um perfil socioeconômico e demográfico a respeito dessa população carcerária como todo, seja pela faixa etária, escolaridade, estado civil, etnia/cor, país, tipos de deficiência, conforme podemos observar abaixo (Gráficos 1 e 2).

Gráfico 1 - Evolução da população prisional segundo gênero. Brasil. 2000 a 2014.

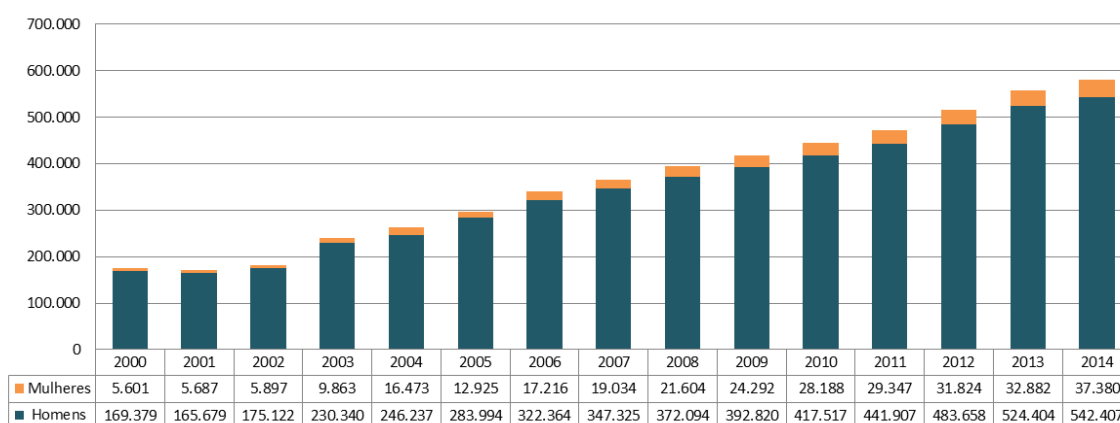
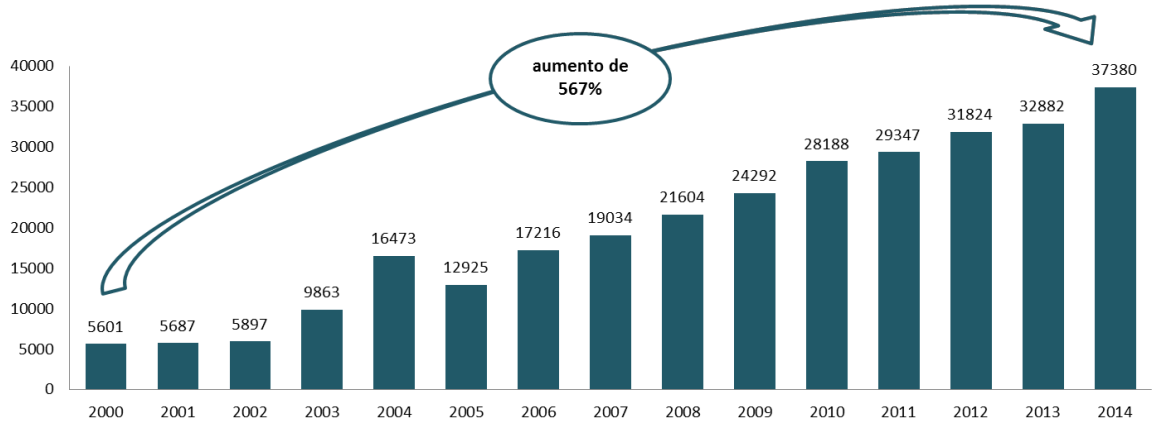
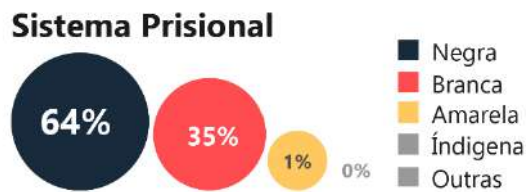


Gráfico 2 - Evolução da população de mulheres no sistema penitenciário. Brasil. 2000 a 2014.

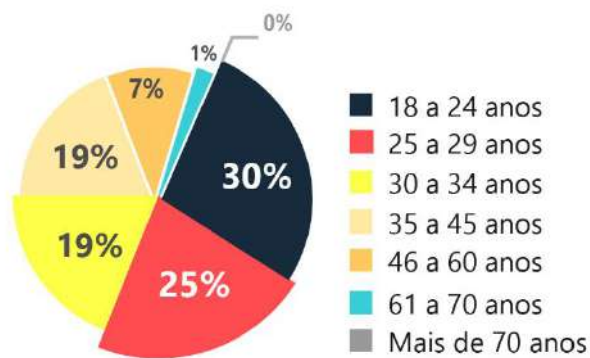


Quanto a totalidade da população prisional em relação a cor, segue abaixo o Gráfico 3.



20

Quanto a faixa etária da população no total, segue o gráfico abaixo (Gráfico 4).

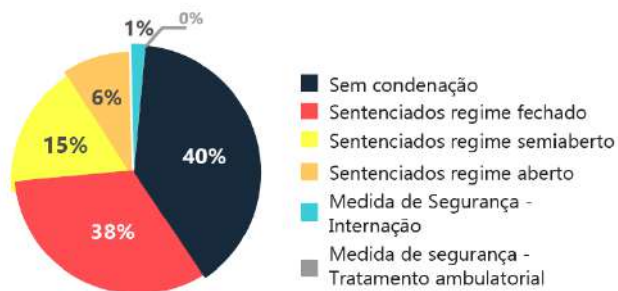


21

Quanto aos presos provisórios, segue o gráfico abaixo (Gráfico 5).

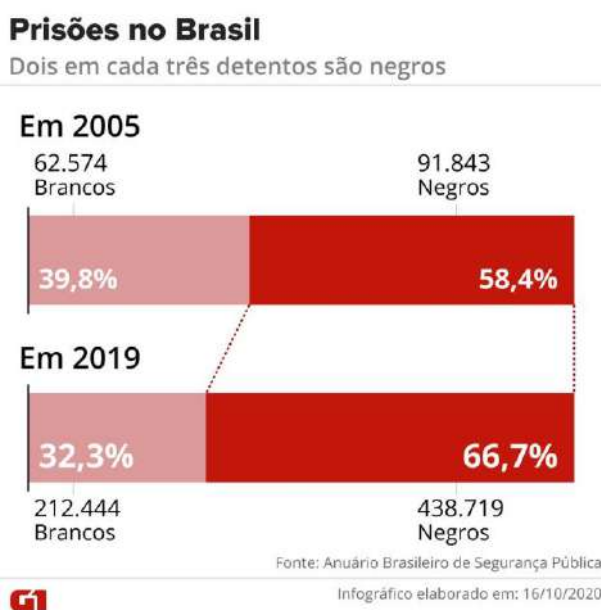
²⁰ Fonte: Justiça e Segurança Pública. Governo Federal

²¹ Fonte: Justiça e Segurança Pública. Governo Federal



22

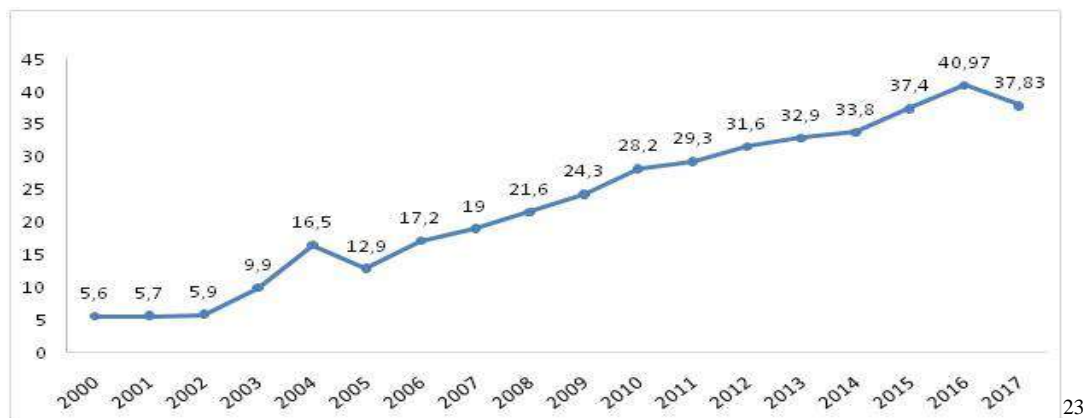
Além disso, podemos observar também a questão de raça que permeia o sistema penitenciário, uma vez que mais de dois terços da população encarcerada é negra, conforme vemos abaixo (Figura 1).



Inicialmente, abordando a população carcerária feminina, temos no Brasil mais de 37 mil mulheres encarceradas, em média 5,8% da população carcerária como um todo. Engana-se quem pensa ser um número baixo, uma vez que se for comparar apenas os números das prisioneiras femininas, temos um aumento expressivo nas últimas décadas.

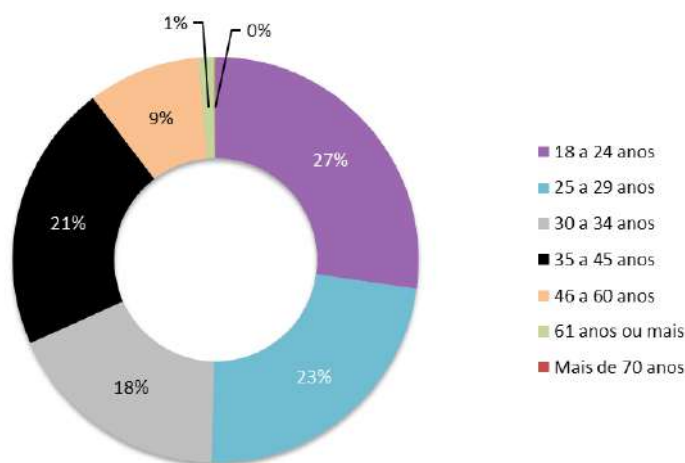
²² Fonte: Justiça e Segurança Pública. Governo Federal

Podemos observar no gráfico abaixo o crescimento demasiado da população feminina entre os anos 2000 a 2017. Todavia, em comparação com o gráfico comparativo de 2014 a 2017, houve, aproximadamente, um crescimento de 5% (Gráfico 6).



23

Podemos observar no gráfico abaixo (Gráfico 7) a faixa etária das mulheres privadas de liberdade no Brasil.

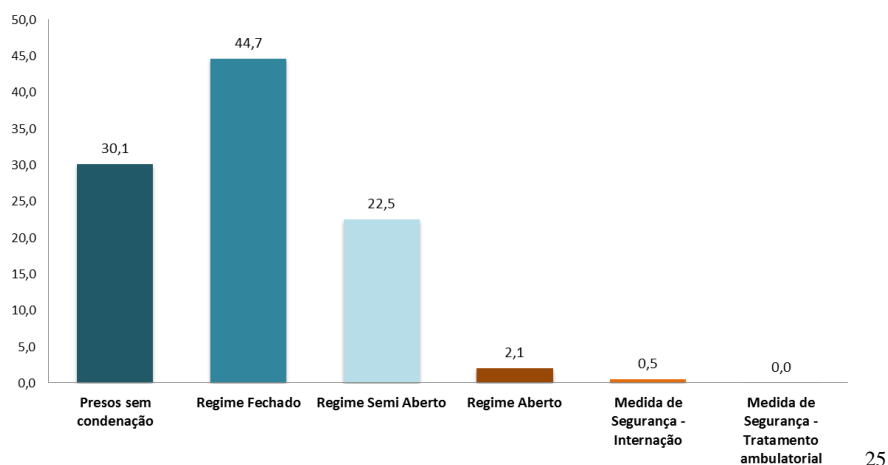


24

Podemos observar no gráfico abaixo (Gráfico 8) o percentual de mulheres presas quanto à natureza da prisão e ao tipo de regime.

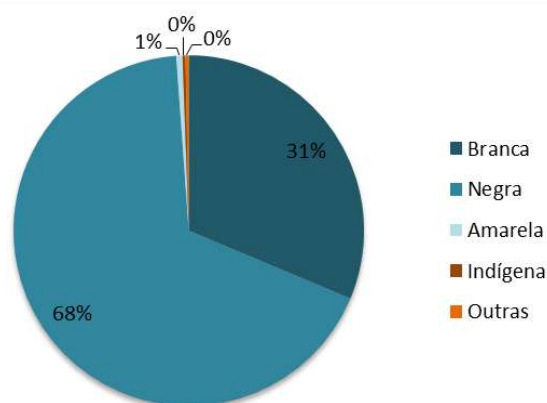
²³ Fonte: Ministério da Justiça e Segurança Pública. A partir de 2005, dados do Infopen. Nota: população em milhar.

²⁴ Infopen, jun./2014. Departamento Penitenciário Nacional/Ministério da Justiça.



25

Podemos observar no gráfico abaixo (Gráfico 9), quanto à raça, cor ou etnia das mulheres privadas de liberdade, um percentual de 68% de mulheres negras, ou seja, a cada três mulheres encarceradas, duas são negras.

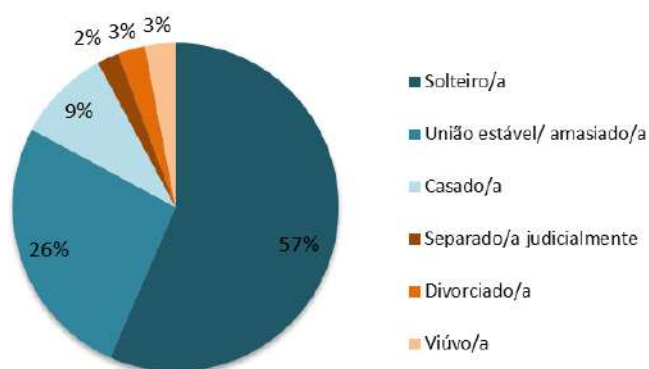


26

Observando o estado civil das mulheres privadas de liberdade, vemos que a maior parte das mulheres é solteira, cerca de 57%, o que pode ser explicado pelo alto número de jovens encarceradas. Se compararmos a distribuição das categorias de estado civil entre homens e mulheres encarcerados, percebemos que a principal diferença entre os gêneros está nas categorias “divorciado e viúvo”. Enquanto apenas 1% dos homens são divorciados e outros 1% viúvos, essa proporção é de 3% entre as mulheres (Gráfico 10).

²⁵ Infopen, jun./2014. Departamento Penitenciário Nacional/Ministério da Justiça.

²⁶ Infopen, jun./2014. Departamento Penitenciário Nacional/Ministério da Justiça.

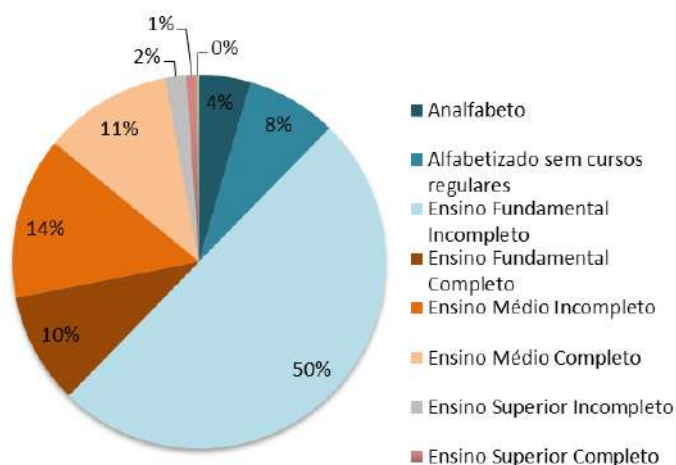


27

1

Quanto aos homens, podemos observar que o estado civil dos homens privados de liberdade evidencia um número maior de solteiros nos presídios do estado em todo o período, totalizando 25,33% em 2019, seguido por união estável (17,8%), casados (5,9%), divorciados (2,08%), viúvos (0,1%) e separados judicialmente (0,01%).

Já em relação a escolaridade, segue o gráfico abaixo, que representa o baixo grau de escolaridade da população encarcerada, evidenciando a desigualdade social (Gráfico 11)..



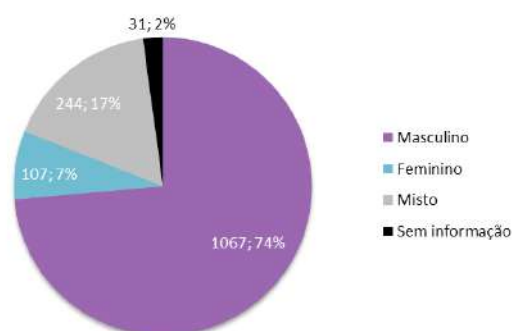
Em relação ao grau de escolaridade, este se apresenta baixo no geral da população prisional. Se compararmos o grau de escolaridade de homens e mulheres encarcerados, é

²⁷ Infopen, jun./2014. Departamento Penitenciário Nacional/Ministério da Justiça.

²⁷ Infopen, jun./2014. Departamento Penitenciário Nacional/Ministério da Justiça.

possível notar uma condição sensivelmente melhor no caso das mulheres, ainda que persistam baixos índices gerais de escolaridade (50% das mulheres encarceradas não concluíram o ensino fundamental – 53% dos homens). Apenas 4% das mulheres encarceradas são analfabetas, contra 5% dos homens; 11% das mulheres encarceradas concluíram o ensino médio, contra 7% dos homens encarcerados.

A maior parte dos estabelecimentos prisionais, cerca de 74%, são masculinos (Gráfico 12).



Destinação dos estabelecimentos penais de acordo com o gênero

O desequilíbrio e a desigualdade de gênero implicam desfechos socioeconômicos mais desfavoráveis para a mulher. É importante frisar que o perfil socioeconômico das mulheres e homens são diferenciados por questões históricas, uma vez que as mulheres ocupam uma posição subalterna no mercado de trabalho e na sociedade em razão do seu gênero.

Dessa forma, a população feminina carcerária são mulheres, na maioria presas em virtude das atitudes tomadas fora da lei a partir do relacionamento com o seu companheiro e/ou amigo, abandonadas pelos próprios e/ou pela família, não tendo qualquer rede de apoio. Enquanto os homens, apesar de todas as infrações cometidas, recebem todo o suporte, na maioria das vezes, da família e também das próprias companheiras.²⁸

A relação entre a mulher e o crime foi tradicionalmente tratada como uma subversão, uma rebelião contra os papéis sociais, culturais e biológicos atribuídos, acabando por reforçar os limites discriminatórios consolidados através dos processos de rotulação (BECKER, 2008), do exercício do poder de punir (FOUCAULT, 2008), e da estigmatização social (GOFFMAN, 1988).²⁹

²⁸ No livro *Prisioneira*, de Drauzio Varella, temos exemplos claros de abandono, único e exclusivamente, pela condição de gênero.

²⁹ *Gênero, Feminismos e Sistemas de Justiça*. Pág. 567.

Em virtude desse posicionamento, podemos observar que existência da marginalização da mulher presa é enfática e provoca maiores danos de saúde mental na própria mulher do que nos homens encarcerados. Diante disso, é necessário que os movimentos feministas, assim como o governo, continuem na luta em prol da efetivação dos direitos garantidos na Constituição Federal de 1988.

4 A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO SISTEMA PRISIONAL E SEUS PARÂMETROS NO INTERIOR DO SISTEMA DE SAÚDE

No processo histórico do Serviço Social, ressalta-se a importância do Movimento de Reconceituação, que, a partir da década de 60, configurou uma renovação da prática profissional, na busca de uma formação qualificada e fundamentação teórica para a profissão, almejava a ruptura com o pensamento conservador.

O Assistente Social no sistema prisional tem como objetivo assegurar os direitos ao apenado tendo como posicionamento a equidade e a justiça social, construindo práticas humanas ao tratamento dos presos e viabilizando a concretização da defesa dos direitos humanos. A presença deste profissional na prisão contribui para a afirmação no sentido das garantias dos direitos que ora são violados ou limitados, impossibilitando qualquer perspectiva de emancipação.

Incluindo a participação do Serviço Social na atenção básica como integrante imprescindível na equipe de atenção ao sistema prisional, declara Braga (2015):

As equipes de atenção à saúde prisional, preconizadas pela atual política de saúde prisional, estão inseridas, em certa medida, nesse movimento, pois a partir da PNAISP os municípios que aderirem à política assumirão responsabilidades referentes à atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade seja no âmbito da execução, gestão, organização ou cooperação com as equipes. (BRAGA, 2015).

A atuação do assistente social, nessa área, deve se firmar por um processo de trabalho interdisciplinar bem como multiprofissional, efetivando a participação popular, o controle social e a integralidade de assistência, através da articulação das demandas espontâneas e individuais, planejamento, programação e ações de promoção, prevenção, vigilância em saúde, tratamento e avaliação e monitoramento das ações e dos resultados (BRAGA 2015; KRUGER, 2010a).

Dessa forma, é necessário que a população privada de liberdade tenha um acompanhamento durante toda a estadia no sistema prisional, através de uma equipe multidisciplinar, uma vez que visa a inserção no âmbito social. É importante destacar que no artigo 10 da mesma lei, o Estado é incumbido do dever de cumprir com as obrigações de assistência material, psicológica, entre outras.

O assistente social deve ficar atento em relação às demandas nos seus atendimentos cotidianos, formando uma rede multidisciplinar para atender as necessidades dos apenados, buscando sempre o diálogo com os outros profissionais do sistema, contribuindo para a

ampliação da ação, possibilitando o processo de autonomia dos presos, como forma de desenvolver o seu protagonismo e a luta por seus direitos.

O profissional de Serviço Social atua no enfrentamento das expressões da “questão social” e, no interior da ampliação destas expressões, há o aumento da demanda carcerária, com a geração de batalhões de excluídos. Um desafio para o Serviço Social e outras profissões que atuam na área da saúde no ambiente do encarceramento é consolidar o SUS na atenção básica neste contexto, como aponta Coelho (2008):

Dentro dessa perspectiva, os profissionais de saúde que atuam no sistema prisional, pautados nos princípios do Sistema Único de Saúde, vão se deparar com um campo de atuação peculiar. Haverá diversos desafios na construção de ações de saúde de maneira integrada com os demais pontos da rede de atenção, bem como práticas que se afastem do estigma e das discriminações vivenciadas pelas pessoas privadas de liberdade, podendo assim priorizar a escuta e o cuidado integral. Para transpor esse desafio é necessário conhecer, além das políticas públicas referentes à atenção à população privada de liberdade, quem é essa população no Brasil, como ocorre o processo de trabalho no sistema prisional. Também é preciso conhecer as possibilidades de atenção considerando as diretrizes do SUS, as vulnerabilidades a que mulheres e homens privados de liberdade estão expostos, e como essas questões influenciam no acesso à saúde. (IBID, p. 13).

Como o Serviço Social é uma profissão que se encontra na tensão entre as classes sociais, a materialidade entre os conflitos nesse campo se dá entre o que preconiza o Código de Ética no âmbito da saúde com a perspectiva de justiça e do sistema penitenciário, expressando projetos de sociedade distintos (BRAGA 2015).

Outro ponto que devemos ponderar é que diante desses desafios, uma análise da gestão da política de saúde se faz necessária, pois “o contexto prisional imprime peculiaridades à assistência que se refletem na gestão, pois ora empreendem-se adequações frente ao diferente mobilizando o princípio da equidade, ora o compromete colocando os gestores diante de dilemas entre o cuidado necessário e o possível” (BARSAGLINI, 2015, p. 1119-1120).

O Serviço Social deve ampliar este debate para compreender as possibilidades inscritas na realidade em sua totalidade e percorrer em um processo de construção de uma lógica do direito que vá de encontro a práticas coercitivas e autoritárias que são latentes no contexto prisional.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através do presente trabalho realizamos a análise do sistema prisional brasileiro, no âmbito das políticas de saúde, tendo como parâmetro os princípios regidos na Constituição Federal de 1988, no Sistema Único de Saúde, na Lei de Execuções Penais e nas principais políticas implementadas para a população privada de liberdade.

Observando o processo histórico do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, contando com a participação de diversos setores da sociedade, por meio da academia e movimento popular, lutaram para que fossem estabelecidas a saúde como direito como exercício pleno de cidadania, num período de Ditadura, que iriam nortear as bases para as políticas que devem ser aplicadas na sociedade.

Ponderamos sobre as concepções de direitos humanos e em como estas influenciam na aplicação das políticas dentro do sistema penitenciário, refletindo em como o conceito de direitos humanos modificou-se com a transformação das organizações sociais em cada período da história e como são violados na atual sociedade.

Analisamos as políticas sociais para a população privada de liberdade, traçando o perfil demográfico com destaque aos gêneros feminino e masculino, ficando evidente que os sujeitos sociais mais afetados são os cidadãos com baixa escolaridade, mas principalmente a população negra e jovem, que é alvo do autoritarismo e repressão do Estado.

Destacando a importância do Serviço Social inserido dentro desse campo, com tantas peculiaridades, deve assegurar aos usuários, que se encontram no ambiente penitenciário, a garantia e efetivação dos seus direitos, observando a realidade em sua totalidade, para que possa realizar seu trabalho de acordo com o projeto ético-político que é base da profissão.

É importante observar que esse trabalho de conclusão de curso foi realizado em período pandêmico, ocasionado pela doença COVID-19.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. L. **Os limites e as potencialidades de uma ação profissional emancipatória no sistema prisional brasileiro**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Sócio Econômico, Florianópolis, SC, 2006.

ALMEIDA, O. L.; PAES-MACHADO, E. Processos sociais de vitimização prisional. *Tempo Social. Revista de Sociologia da USP*, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 257-286, 2013.

ARRUDA, A. J. C. G. **Saúde dos presidiários e direito social: um estudo de caso Prisional de João Pessoa – Paraíba**. Tese (Doutorado) - Fiocruz, João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2013.

BARSAGLINI, R. A.; KEHRIG, R. T.; ARRUDA, M. B. Análise da percepção de gestores sobre a gestão da política de saúde penitenciária em Mato Grosso, Brasil. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 24, n. 4, p.1119-1136, 2015.

BOBBIO, N. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BORGES, D. Vitimização criminal: prevalência, incidência e o estilo de vida. In: DUARTE, M. S. de B. (Org). **Pesquisa de condições de vida e vitimização de 2007**. Rio de Janeiro: Riosegurança, 2008.

BRAGA, G. P. de O. O assistente social e a política de atenção à saúde prisional: um estudo aproximativo. *Serviço Social e Saúde*, Campinas, SP, v. 15, n. 2, p. 219–242, 2017. DOI: 10.20396/sss.v15i2.8648118. Disponível em: <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8648118>>. Acesso em: 05 ago. 2022.

BRASIL. Ministério de Justiça. Sistema de Informações Penitenciárias. **Relatório estatístico-analítico do sistema prisional**. Brasília: INFOPEN, 2018. Disponível em: <[http://portal.mj.gov.br/services/DocumentManagement/FileDownload.EZTSvc.asp?DocumentID={50438170-19C9-4AB3-B14D08838B92BA16}&ServiceInstUID={4AB01622-7C49-420B-9F76-15A4137F1CCD}](http://portal.mj.gov.br/services/DocumentManagement/FileDownload.EZTSvc.asp?DocumentID={50438170-19C9-4AB3-B14D08838B92BA16}&ServiceInstUID={4AB01622-7C49-420B-9F76-15A4137F1CCD}>)>. Acesso em: 15 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Justiça. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias. Brasília, DF, 2014, 42 p. Disponível em: <<https://www.justica.gov.br/news/estudo-traca-perfil-da-populacao-penitenciaria-feminina-no-brasil/relatorio-infopen-mulheres.pdf>>. Acesso em: 26 jul. 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Novo diagnóstico de pessoas presas no Brasil**. Departamento de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Execução de Medidas Socioeducativas- DMF. Brasília/DF, junho de 2014. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/images/imprensa/diagnostico_de_pessoas_presas_correcao.pdf>. Acesso em: 04 ago. 2022.

BRASIL. Ministério de Justiça. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. São Paulo: Ministério da Justiça, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Brasília, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 64 p. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_sistema_penitenciario_2ed.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2022.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. 292 p.

BOITEUX, L.; MAGNO, P. C.; BENEVIDES, L. (Orgs.). **Gênero, feminismos e sistemas de Justiça**: discussões interseccionais de gênero, raça e classe. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 2018.

BORGES, C. A. **O sistema progressivo na execução da pena e a realidade carcerária**. Disponível em: <https://www.tjrj.jus.br/c/document_library/get_file?uuid=eb9828c3-73b2-4964-91a1-ee3f6107a36a&groupId=10136>. Acesso em: 02 ago. 2022.

BUSSINGER, V. V. Fundamentos dos direitos humanos. In: *Revista Serviço Social e Sociedade*. São Paulo: Cortez, 1997, n° 53, p. 09-45.

CARTILHA DO PNAISP. Disponível em: <<http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/Cartilha-PNAISP.pdf>>. Acesso em: 03 ago. 2022. 2016.

CASTRO, L. M. X.; SIMONETTI, M. C. M.; ARAÚJO, M. J. O. **Monitoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015 (PNPM)**. 2016. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/pnaism_pnpm-versaoweb.pdf>. Acesso em: 01 jul. 2022.

COELHO, Marilene. Imediaticidade na Prática Profissional do Assistente Social. In: FORTI, V.; GUERRA, Y. **Serviço Social: temas, textos e contextos**, 2 ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2012.

COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. O que é a CIDH? Disponível em: <<https://www.oas.org/pt/CIDH/jsForm/?File=/pt/cidh/mandato/que.asp>>

DAVIS, Ângela. **Estarão as prisões obsoletas**. Rio de Janeiro: DIFEL, 2018.

DOURADO, Jakson Luis Galdino; ALVES, Railda Sabino Fernandes. Panorama da saúde do homem preso: dificuldades de acesso ao atendimento de saúde. Bol. - Acad. Paul. Psicol., São Paulo, v. 39, n. 96, p. 47-57, jun. 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415711X2019000100006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 31 jul. 2022.

FERREIRA, E. S.; GUALBERTO DE OLIVEIRA, M. F. **A atuação do assistente social no sistema penitenciário**: estudo de caso da saúde básica das apenadas do regime semiaberto na cidade de Manaus. 2016. Trabalho apresentado ao I Congresso de Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**: nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes, 1987.

GRUPO DE MONITORAMENTO E FISCALIZAÇÃO DO SISTEMA CARCERÁRIO. Histórico. 2022. Disponível em: <<http://gmf.tjrj.jus.br/historico>>. Acesso em: 26 jul. 2022.

HÁ 726.712 pessoas presas no brasil. Ministério da Justiça. Disponível em: <<https://www.justica.gov.br/news/ha-726-712-pessoas-presas-no-brasil>>. Acesso em: 03 ago. 2022.

HISTÓRIA DAS PRISÕES E DOS SISTEMAS DE PUNIÇÕES. Disponível em: <<http://www.espen.pr.gov.br/Pagina/historia-das-prisoas-e-dos-sistemas-de-punicoes>>. Acesso em: 02 ago. 2022.

IAMAMOTO, M. **O Serviço Social na Contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 1998.

KRUGER, T. R. Serviço Social e Saúde: Espaços de atuação a partir do SUS. **Serviço Social & Saúde**, UNICAMP Campinas, v. 9, n. 10, dez. 2010a.

LERMEN, H. S. et al. Saúde no cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira. **Physis** [online], Rio de Janeiro, v. 25, n.3, p. 905-924, 2015.

MAGNABOSCO, D. Sistema penitenciário brasileiro: aspectos sociológicos. **Jus Navigandi**, Teresina, v. 3, n. 27, dez. 1998. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/1010>>. Acesso em: 30 jul. 2022.

MATOS, M. C. **Serviço Social, ética e saúde**: reflexões para o exercício profissional. São Paulo, Cortez, 2013.

MATUS, C. O processo de produção social. In: MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. Brasília: IPEA, 1997. p. 99-134.

MAZZUOLI, V. O. (Org.). **Coletânea de direito internacional**. 3. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2005.

MEDRADO, B. et al. Princípios, diretrizes e recomendações para uma atenção integral aos homens na saúde. Recife: Instituto PAPAI, 2009. Disponível em: <http://www.engagingmen.net/files/resources/2010/EME/diretrizes_homens_e_saude.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2022.

MELOSSI, Dario. **A questão penal em O capital**. In: Revista Margem Esquerda - Ensaios marxistas, n. 4. São Paulo: Boitempo, 2004

MENICUCCI, T. M. G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, 2014, p. 77-92.

MONITORAMENTO e acompanhamento do PNAISM e PNPM. Brasília, 2015. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/pnaism_pnpm-versaoweb.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2022.

MOVIMENTO da reforma sanitária. Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Disponível em: <<https://pensesus.fiocruz.br/reforma-sanitaria#:~:text=O%20movimento%20da%20Reforma%20Sanit%C3%A1ria,necess%C3%A1rias%20na%20C3%A1rea%20da%20sa%C3%BAde>>. Acesso em: 20 jul. 2022.

MESQUITA, E. S.; SANTOS, G. B. O papel do assistente social no sistema penitenciário. Disponível em: <<https://www.faesfpi.com.br/revista/index.php/faesf/article/download/3/3>>. Acesso em: 05 jul. 2022.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Declaração e plataforma de ação da IV conferência mundial sobre a mulher**. Pequim: ONU, 1995. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/declaracao_beijing.pdf>. Acesso em: 01 jul. 2022.

PAIM, J. S. Introdução. In: **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, p. 25-34.

RODRIGUES, C. Ditadura não garantia acesso à saúde pública; SUS surge apenas na redemocratização. **Brasil de Fato**, São Paulo, abr. 2019. Disponível em: <<https://www.brasildefato.com.br/2019/04/04/ditadura-nao-garantia-acesso-a-saude-publica-sus-surge-apenas-na-redemocratizacao>>. Acesso em: 25 jul. 2022.

RODRIGUEZ NETO, E. [Discurso apresentado na reunião da Abrasco em Cachoeira-Bahia]. **Saúde Debate**, n. 20, p. 33-38, abr. 1988.

RUIZ, J. L. S. **Concepções de direitos humanos em disputa na sociedade contemporânea**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

SIQUEIRA, J. R. O trabalho e a assistência social na reintegração do preso à sociedade. **Revista Serviço Social & Sociedade**, n. 67, São Paulo, 2001.

SILVEIRA, N. O. **A trajetória da Saúde Prisional no Brasil**. 2015. 31 f. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Saúde Pública) – Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

SOARES, L. E. Segurança pública: presente e futuro. **Estud. av.** [online], v. 20, n. 56, p. 91-106, 2006.

SOUZA, E. R. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 59-70, 2005.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 531-562.

TRINDADE, José Damião de Lima. Direitos humanos: distintas concepções em disputa. **Revista EM FOCO**. Edição Direitos humanos. Rio de Janeiro: CRESS-RJ, 2012 (no prelo).

_____. **História social dos direitos humanos**. São Paulo: Peirópolis, 2002.

VAN STRALEN, C.J. **Do Projeto de Montes Claros para o sistema único de saúde: o hiato entre ideologia e realizações práticas.** FLEURY, S. (Org.) **Projeto Montes Claros: a utopia revisitada.** Rio de Janeiro: Abrasco, 1995. p. 165-191.

WACQUANT, L. **As prisões da miséria.** Trad. André Telles. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

WALSH, T. An investigation of the nature of research into dental health in prisons: a systematic review. **British Dental Journal**, v. 204, n. 12, p. 683-689, 2008.