



**Universidade de Brasília - UnB**  
**Instituto de Ciências Humanas - IH**  
**Departamento de Serviço Social – SER**  
**Programa de Pós-Graduação em Política Social**

## **Necessidades Humanas, Direito à Saúde e Sistema Penal**

**Maria Cristina Fernandes Ferreira**

**Brasília**

**2008**

**Maria Cristina Fernandes Ferreira**

**Necessidades Humanas, Direito à Saúde e Sistema Penal**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília/UnB, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Política Social, sob a orientação da Professora Doutora Potyara Amazoneida Pereira Pereira.

**Brasília**

**2008**

**Maria Cristina Fernandes Ferreira**

**Necessidades Humanas, Direito à Saúde e Sistema Penal**

Defesa em 15 de agosto de 2008.

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Professora Doutora Potyara Amazoneida Pereira Pereira  
Orientadora – SER/UnB

---

Professora Doutora Maria Auxiliadora César  
Membro Titular – SER/UnB

---

Doutor Carlos Alberto de Matos  
Membro Titular – Fiocruz/Brasília

---

Professora Doutora Denise Bomtempo Birche Carvalho  
Membro Suplente – SER/UnB

## **AGRADECIMENTOS**

À minha mãe, Maria Beatriz, pelo exemplo de vida e dedicação à docência e pelo incentivo e apoio na elaboração deste trabalho.

Aos meus filhos, Paulo Henrique e Maria Fernanda, por existirem e compartilharem comigo mais esse momento.

Ao Rodolfo, pelo seu carinho e apoio nesta conquista.

Às amigas, Elisabeth e Patrícia, pela aposta na minha capacidade e torcida de sempre.

Ao Joselito Pacheco, pela amizade e disponibilidade em contribuir.

À professora Potyara Pereira, por tudo que aprendi nas suas aulas e livros, pelo conhecimento compartilhado e pelas valiosas críticas e sugestões durante a elaboração desta pesquisa.

À professora Maria Auxiliadora César, pelas contribuições fundamentais no momento da qualificação deste trabalho.

Ao Dr. Carlos Matos, pela disponibilidade e diálogos sobre o SUS e a Política de Atenção à Saúde à População Penitenciária.

Aos gestores e técnicos das Secretarias Estaduais de Saúde, Defesa Social e Segurança Pública, pelo envio das informações solicitadas.

Aos professores e colegas do Programa de Pós – Graduação em Política Social, pelas trocas e discussões vivenciadas.

Aos servidores do Departamento de Serviço Social, em especial a Domingas, pela atenção e cuidado durante a minha permanência no curso.

***“Confiança (...) não se tira das coisas feitas  
Ou perfeitas: ela rodeia é o quente da pessoa”***  
Guimarães Rosa

## RESUMO

Tendo como tema as necessidades humanas básicas e o direito à saúde no Sistema Penitenciário, o presente estudo constitui o resultado de uma pesquisa qualitativa realizada especialmente por meio da análise de documentos. Considerada a mais óbvia das necessidades humanas, a saúde compreende o tríptico conceito de universalidade, integralidade e equidade, que se configura como objeto de atenção na área e propicia reflexões e discussões no campo das políticas específicas. Tomando como unidade de análise a Política Nacional de Saúde para o Sistema Penitenciário, instituída pelo governo federal e desenvolvida por unidades da federação, a pesquisa teve o propósito de verificar como o direito à saúde se realiza nas instituições prisionais para as pessoas que estão sob a custódia do Estado. Seu principal objetivo foi analisar a contribuição da Política Nacional de Saúde para o Sistema Penitenciário na organização do acesso da população prisional a ações e serviços de atenção à saúde. As necessidades humanas básicas e os direitos sociais, categorias-chave de análise da investigação, foram definidas e explicitadas ao longo do trabalho. Os procedimentos metodológicos constaram de duas etapas: na primeira realizou-se um estudo documental de caráter exploratório (leis, decretos, resoluções, portarias) e revisão da literatura especializada, apresentando-se um quadro de referência histórico-conceitual; na segunda, realizou-se análise da implantação da Política Nacional de Saúde em duas unidades da federação – Distrito Federal e Minas Gerais - com base em informações obtidas nos Ministérios de Saúde e Justiça, Secretarias Estaduais de Saúde, Defesa Social e Segurança Pública e Secretarias Municipais de Saúde. Esta análise revela que as ações realizadas contribuíram para a ampliação do acesso à saúde às pessoas reclusas, possibilitando a organização de serviços de saúde nas unidades prisionais, o cadastramento dos serviços no SUS e a definição de serviços para a referência especializada e hospitalar. Verificou-se que, na realização das ações e metas propostas nos Planos Operativos, as responsabilidades dos gestores da saúde e da justiça foram definidas e acordadas nas instâncias de pactuação e deliberação do Sistema Único de Saúde - SUS. Outros significativos indícios dos avanços ocorridos nas duas unidades evidenciaram que o acesso à saúde nas prisões é de extrema importância e deve acontecer em todo o Sistema Penitenciário, fortalecendo-se e consolidando-se, sobretudo, como um princípio de igualdade e cidadania, e não apenas como uma das políticas de reinserção social.

Palavras-chave: Política Nacional de Saúde para o Sistema Penitenciário. Direito à Saúde. Necessidades Humanas. Sistema Penal.

## ABSTRACT

Having the human needs and the right to health in the Penitentiary System as the theme, this present study constitutes the result of a qualitative research carried out mainly through document analysis. Considered as the most obvious of the human needs, health has the triple concept of universality, integrality and equality, that is the object of attention in the area and provides reflections and discussions in the field of specific policies. Taking, as the unit of analysis, the National Health Policy to the Penitentiary System, instituted by the federal government and developed by the units of the federation, the research had the goal to verify how the right to health happens in the prisional institutions for the people who are under custody of the State. Its main goal was to analyze the contribution of the National Health Policy to the Penitentiary System in the organization of the prisional population access to actions and services of health attention. The human needs and social rights, key-categories of the investigation analysis, were defined and explained in this dissertation. The methodological procedures had two phases: the first one consisted on a documental study of exploratory character (laws, decrees, resolutions) and the revision of the specialized literature, presenting a historical and conceptual reference frame; the second one consisted on the analysis of the National Health Plan implementation in the units of the federation – Federal District and Minas Gerais - based on the data from the Ministries of Health and Justice, State Health Secretariats, Social Defense and Public Security and Municipal Health Secretariats. This analysis reveals that the actions contributed to the widening of access to health of the imprisoned people, making possible the organization of the health services of the prisional units, the register of the services in the Unified Health System – SUS – and the definition of these services for the specialized and hospital reference. It was verified that, in the course of the actions and goals proposed in the Operative Plans, the responsibilities of the health and justice managers were defined and agreed in the instances of implementation and deliberation of the SUS. Other significant indexes of advancement that happened in the two referred units, showed that the access to health in prisons has an extreme importance and should be present throughout the Penitentiary System, making it stronger and more consolidated, as a principle of equality and citizenship, and not only as one of the social reinsertion policies.

Key-words: National Health Policy to the Penitentiary System. Right to Health. Human Needs. Penal System.

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Unidades Penais .....	67
Gráfico 2 - Quantidade de Presos por Faixa Etária .....	67
Gráfico 3 - Quantidade de Presos por Cor de Pele/Etnia .....	68
Gráfico 4 - Quantidade de Presos por Grau de Instrução .....	68
Gráfico 5 - Percentual de Presos por Grau de Instrução – DF .....	95
Gráfico 6 - Percentual de Presos por Faixa Etária – DF .....	95
Gráfico 7 - Percentual de Presos por Cor da Pele / Etnia – DF .....	95
Gráfico 8 - Percentual de Presos por Grau de Instrução – MG .....	111
Gráfico 9 - Percentual de Presos por Faixa Etária – MG .....	111
Gráfico 10 - Percentual de Presos por Cor da Pele / Etnia – MG .....	111

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Quantidade de Crimes Tentados / Consumados – Brasil, 2007 .....	69
Tabela 2 – Cenário Nacional de Qualificação – Abril de 2008 .....	90
Tabela 3 – Quadro Resumo do SCNES – Distrito Federal e Recursos Transferidos do Fundo Nacional ao Fundo Estadual de Saúde Agosto de 2004 a Abril de 2008 .....	102
Tabela 4 – Atendimentos Realizados no Sistema Penitenciário .....	106
Tabela 5 – Quadro Resumo do SCNES – Minas Gerais e Recursos Transferidos do Fundo Nacional ao Fundo Estadual de Saúde Agosto de 2004 a Abril de 2008 .....	117

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
ATSSP – Área Técnica de Saúde no Sistema Penitenciário  
CDP – Centro de Detenção Provisória  
CES – Conselho Estadual de Saúde  
CIB – Comissão Intergestores Bipartite  
CIR – Centro de Internação e Reeducação  
CIT – Comissão Intergestores Tripartite  
CMS – Conselho Municipal de Saúde  
CNPCP – Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária  
CNS – Conselho Nacional de Saúde  
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde  
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde  
CONSEJ – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Justiça  
COSEMS – Conselho de Secretários Municipais de Saúde  
COSIP – Coordenação de Saúde do Sistema Prisional  
CPP – Centro de Progressão Penitenciária  
DEPEN – Departamento Penitenciário Nacional  
DTP – Diretoria de Tratamento Penal  
FEPECS – Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde  
FES – Fundo Estadual de Saúde  
FHEMIG – Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais  
FMS – Fundo Municipal de Saúde  
FNS – Fundo Nacional de Saúde  
FUNAP – Fundação de Apoio ao Preso  
FUNED – Fundação Ezequiel Dias  
FUNPEN – Fundo Penitenciário Nacional  
GESAU – Gerência de Saúde  
INFOPEN – Sistema de Informações Penitenciárias  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
LEP – Lei de Execução Penal  
MJ – Ministério da Justiça

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social  
MS – Ministério da Saúde  
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde  
NOB – Norma Operacional Básica  
PAB – Piso de Atenção Básica  
PDFI e II – Penitenciária do Distrito Federal I e II  
PDR – Plano Diretor de Regionalização  
PFDF – Penitenciária Feminina do Distrito Federal  
POE – Plano Operativo Estadual  
SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde  
SEDS – Secretaria de Estado de Defesa Social  
SENAI – Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial  
SES – Secretaria Estadual de Saúde  
SESC – Serviço Social do Comércio  
SESI – Serviço Social da Indústria  
SESIPE – Subsecretaria do Sistema Penitenciário  
SIA – Sistema de Informação Ambulatorial  
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação  
SUS – Sistema Único de Saúde  
UnB – Universidade de Brasília

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>CAPÍTULO I</b> .....	20
<b>NECESSIDADES BÁSICAS E DIREITOS SOCIAIS: A POSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO EM INSTITUIÇÕES PENAIS</b> .....	20
1.1 Sobre os Direitos .....	21
1.2 Necessidades Humanas Básicas.....	29
1.3 Legislações sobre Direitos Humanos e Sistema Penal: a complementaridade necessária à instituição dos direitos .....	35
<b>CAPÍTULO II</b> .....	61
<b>O SISTEMA PENITENCIÁRIO BRASILEIRO</b> .....	61
2.1 As Instituições Penais e a População Penitenciária .....	62
2.2 O SUS e a Política de Atenção à Saúde à População Prisional .....	74
<b>CAPÍTULO III</b> .....	94
<b>A POLÍTICA DE SAÚDE PARA A POPULAÇÃO PENITENCIÁRIA NO DISTRITO FEDERAL E NO ESTADO DE MINAS GERAIS: POSSIBILIDADES E LIMITES</b> .....	94
3.1 Implantação do Plano Operativo do Distrito Federal.....	94
3.2 Sobre a Implantação do Plano Operativo de Minas Gerais .....	109
<b>CONCLUSÃO</b> .....	127
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	133
<b>BIBLIOGRAFIA CONSULTADA</b> .....	136

## INTRODUÇÃO

A Constituição vigente da República Federativa do Brasil, promulgada em 1998, diz em seu artigo 196 que,

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

Com base no texto constitucional, a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080, de 19/09/90), que institui o Sistema Único de Saúde, afirma que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Destaca ainda que os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Com efeito, a saúde, que é considerada a mais óbvia das necessidades humanas básicas, compreende, nesses instrumentos legais, o conceito tríplice de universalidade, integralidade e equidade - que constitui objetivo da atenção nessa área - além de possibilitar o acesso a outras políticas específicas.

Como as necessidades básicas – e, em especial, a saúde – estão presentes em qualquer contexto de vida humana, consideramos que é necessário e importante verificar como o direito à saúde se realiza nas prisões para as pessoas que estão sob custódia do Estado. Tomamos como unidade de análise a Política Nacional de Saúde para o Sistema Penitenciário, instituída pelo governo federal e desenvolvida pelas unidades da federação.

Entendemos que organizar práticas e serviços de saúde específicos, tendo como perspectiva a inclusão da população prisional no SUS, implica considerar o princípio da intersetorialidade, já que as ações de assistência, prevenção de agravos, reabilitação e promoção à saúde não se realizam e não são de responsabilidade apenas do setor saúde.

Sabemos que as pessoas reclusas em unidades prisionais tendem a requerer mais assistência em saúde do que a população em geral, pois constitui um segmento no qual a maioria, antes da prisão, estava à margem do mercado de trabalho e sem acesso a oportunidades e serviços sociais. Essas pessoas são

predominantemente jovens: mais da metade tem menos de 30 anos e nível básico de escolaridade; 94% são homens, detidos majoritariamente por delitos contra o patrimônio e tráfico de drogas. Ou seja, trata-se de um segmento social composto de pessoas vulneráveis, entendendo-se que o grau de fragilidade que possuem advém da circunstância de não terem sido atendidos em suas necessidades básicas e das condições de reclusão a que estão submetidas – superlotação, insalubridade, violência.

O reconhecimento desse fato e das diferenças econômicas e culturais das pessoas reclusas repercute na variabilidade da evolução dos problemas individuais ou coletivos de saúde e, conseqüentemente, nas próprias relações sociais. Isso realça a necessidade de se tomarem medidas adequadas e justas de atenção àqueles que, por estarem com problemas de saúde, muitas vezes sofrem outra forma de exclusão: a dos companheiros de cela.

O interesse em descobrir como um direito básico como a saúde se realiza junto à população penitenciária está relacionado à nossa prática profissional, nos últimos sete anos, como assessora técnica no Departamento de Atenção Básica e coordenadora nacional da Política de Atenção à Saúde para o Sistema Penitenciário, no Ministério da Saúde.

A Política de Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário foi instituída por meio da Portaria Interministerial (Ministérios da Saúde e da Justiça) nº 1.777, de 09/09/2003, com o propósito “de prover a atenção integral à saúde e apontar um eixo orientador para a organização do modelo de atenção à saúde”.

Conforme orientações dessa política, as ações e serviços de atenção básica em saúde são organizados nas unidades prisionais e realizados por equipes interdisciplinares. O acesso aos demais níveis de atenção em saúde é pactuado e definido no âmbito de cada estado, em consonância com os Planos Diretores de Regionalização e aprovação no Conselho Estadual de Saúde – CES, e na Comissão Intergestores Bipartite – CIB<sup>1</sup>.

Todavia, a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta grandes desafios, como o modelo de atenção à saúde; a adequada utilização dos recursos; e a busca contínua da atenção integral, da equidade e da acessibilidade

---

<sup>1</sup> Comissão formada pelo Gestor Estadual e Gestores Municipais de Saúde.

de todos os segmentos da população. Por essa razão, o princípio da equidade - entendido como o reconhecimento das diferenças e dos direitos de cada um – está sempre em relevo.

Em relação ao desrespeito a esse princípio, é famosa a frase de Marx quando, ao referir-se ao direito burguês, proclama: “Todo direito consiste na aplicação de uma regra única a homens diferentes, que, de fato, não são nem idênticos nem iguais. Sendo assim, o direito igual equivale a uma violação da igualdade, a uma injustiça” (MARX, 1975, p. 17).

O entendimento de que a autonomia e a liberdade individual, garantidas pelos direitos civis e políticos, são suficientes para o exercício da cidadania e participação social, põe de lado o princípio da igualdade, que norteia os direitos sociais.

Numa sociedade de classes, desigual, em que muitos estão à margem do acesso e usufruto de oportunidades sociais, assim como dos bens e serviços existentes, é necessário garantir a satisfação das necessidades humanas básicas para quem não as têm satisfeitas. E isso deverá ser feito com o propósito de criar condições de realização da liberdade individual, dita *negativa* pelos defensores da supremacia do princípio da liberdade sobre o da igualdade. Cabe ao Estado, portanto, assegurar as *liberdades positivas*<sup>2</sup> por meio da implantação, regulação e financiamento de políticas sociais que efetivem os direitos sociais.

Para Sposatti (1993, p. 3): “O conceito de exclusão social hoje se confronta diretamente com a concepção de universalidade e com ela a dos direitos sociais e da cidadania. A exclusão é a negação da cidadania”. As desigualdades sociais refletem-se nas desigualdades no uso de serviços de saúde, que, por sua vez, refletem as desigualdades individuais no risco de adoecer e morrer.

Desses fatos, que constituem a problemática da pesquisa, resultaram inquietações e indagações que nos levaram à formulação das seguintes questões como ponto de partida da investigação:

- Como o Estado brasileiro cumpre o seu papel de *garante* de direitos às pessoas sob sua custódia, as quais, não obstante estarem privadas

---

<sup>2</sup> Conforme Pisón (1998), os direitos civis e políticos respondem a um conceito de liberdade negativa que reclama a não intervenção do Estado. Já os direitos sociais, que são direitos de igualdade, respondem a um conceito de liberdade positiva que demanda a intervenção do Estado.

legalmente de liberdade negativa, mantém intacto o seu direito inalienável de terem satisfeitas as suas necessidades humanas básicas?

- Como se dá o acesso da população penitenciária a ações e serviços de atenção à saúde?

O acesso à saúde é condicionado por vários fatores: a forma como estão organizados os serviços de saúde; a qualificação dos profissionais de saúde; a localização dos serviços; a adequação dos recursos tecnológicos; o financiamento das ações e serviços de saúde; a oferta de serviços e as necessidades de saúde das pessoas. A realização do direito à saúde à população prisional relaciona-se com esses fatores; portanto, organizar ações e serviços singulares para a satisfação das necessidades específicas dessa população, significa ampliar o acesso a direitos.

Quando a privação da liberdade advém de sentença dada ao delito ou crime cometido, ocorre o cerceamento da *liberdade negativa*, associada aos direitos individuais - civis e políticos. Entretanto, a privação da liberdade negativa não autoriza a negação, aos presidiários, de serviços sociais básicos, associados aos direitos sociais e às denominadas liberdades positivas.

No Brasil, a população prisional está estimada em 422.590 pessoas reclusas em 1.701 unidades prisionais (INFOPEN, 2007), vinculadas aos governos estaduais e ao governo do Distrito Federal.

O propósito governamental de garantir à população penitenciária nacional o acesso à saúde implica uma prática sujeita a situações indubitavelmente contraditórias. O fato de os discursos institucionais do Estado e a legislação sobre a matéria preverem direitos de cidadania a todos – independentemente da sua condição social – mas, na prática, esses direitos não se concretizarem para muitas pessoas, constitui um exemplo de tais situações.

Portanto, torna-se absolutamente necessário e importante conhecer como a prática dos direitos sociais, ou a sua possibilidade, se efetiva junto a essa população, nos estabelecimentos prisionais que estão sob responsabilidade do Estado.

Conforme o relatório da “II Caravana Nacional de Direitos Humanos: uma amostra da realidade prisional brasileira” (2000), os abusos cometidos contra as pessoas reclusas e a inexistência de serviços sociais previstos na execução penal

demonstram que, além da suspensão dos direitos individuais, também são suspensos os direitos sociais.

Diante do exposto, as possibilidades de implementação da Política Nacional de Saúde para o sistema penitenciário nos estados, como um direito básico, constituíram nosso **objeto** de pesquisa. Nessa perspectiva, a saúde configura-se como a mais básica dentre as necessidades humanas, visto que a sua satisfação implica a preservação da própria vida.

A **hipótese** que norteou a investigação é a de que a Política de Atenção à Saúde à população penitenciária possibilita avanços na organização do acesso das pessoas privadas de liberdade a ações e serviços de saúde do SUS.

Entendendo-se que o *porquê* e o *para que* da pesquisa devem ser buscados no contexto real e dinâmico em que se processa o conhecimento, foram estabelecidos os seguintes objetivos:

- Analisar a contribuição da Política Nacional de Saúde na organização do acesso da população prisional a ações e serviços de atenção à saúde.
- Verificar se as ações e serviços de saúde, organizados em unidades prisionais, têm contribuído para o acesso da população prisional e para a satisfação de suas necessidades básicas.
- Analisar os desafios e avanços do processo de implantação e implementação dos Planos Operativos de Saúde do Distrito Federal e do estado de Minas Gerais.

As *necessidades humanas básicas* e os *direitos sociais* foram categorias-chave de análise, estando contidas tanto nas questões que constituíram o ponto de partida da pesquisa quanto na hipótese formulada. Essas categorias serão trabalhadas e explicitadas no decorrer dos capítulos que compõem a dissertação.

Segundo Ianni (1986, p. 1), “a construção da categoria é, por assim dizer, o núcleo, o desfecho da reflexão dialética. Explicar dialeticamente é construir a categoria ou categorias que resultam da reflexão sobre o acontecimento que se está pesquisando”.

Além disso, as categorias são históricas porque guardam relação com a realidade. Elas explicam o movimento do real, reconstroem esse movimento, e assim são *impregnadas* de historicidade.

Este estudo orientou-se por uma perspectiva dialética, cujo método se desenvolve por aproximações sucessivas da realidade e articula estrutura e história. Por isso, ele também pode ser identificado como método histórico-estrutural.

Conforme Minayo (1998, p. 65),

Enquanto o materialismo histórico representa o caminho teórico que aponta a dinâmica do real na sociedade, a dialética refere-se ao método de abordagem deste real. Esforça-se para entender o processo histórico em seu dinamismo, provisoriedade e transformação.

Como instrumental metodológico, privilegamos a pesquisa qualitativa, realizada, neste estudo, por meio da análise de documentos. Ao considerar aspectos sociais que não são quantificáveis, esse tipo de pesquisa possibilita uma compreensão maior da realidade estudada. Como é percebível, o objeto desta pesquisa é essencialmente qualitativo e a realidade estudada é marcada pela especificidade e pela diferenciação. Contudo, utilizamos, também, dados quantitativos como indicações estatísticas do governo Federal e dos governos Estaduais, com o objetivo de complementar a análise.

Segundo Minayo (1994, p. 22), o conjunto de dados quantitativos e qualitativos não se opõe em uma perspectiva dialética. “Ao contrário, se complementam, pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia”.

É importante destacar que trabalhamos, na pesquisa, com fontes secundárias de informação; esclarecemos, porém, que participamos da discussão do processo de implantação e monitoramento dos Planos Operativos e das oficinas de monitoramento e avaliação realizadas pelo Ministério da Saúde na condição de coordenadora nacional da Política de Saúde para o Sistema Penitenciário.

O fato de o tema estudado ser o nosso objeto de trabalho exigiu-nos um constante distanciamento na elaboração da pesquisa. Contudo, entendemos que essa condição deve ser incorporada como critério da realidade e busca de objetivação.

Para Minayo (1994, p. 14),

Na investigação social, a relação entre o pesquisador e seu campo de estudo se estabelecem definitivamente. A visão de mundo de ambos está implicada em todo o processo de conhecimento, desde a concepção do objeto, aos resultados do trabalho e à sua aplicação.

Na análise, consideramos os processos relativos à gestão dos Planos Operativos e à organização e estrutura dos serviços de saúde nas unidades prisionais, que incluem: recursos humanos (equipes de saúde, inclusive), insumos, materiais, espaço físico, equipamentos, mecanismos de referência e contra-referência, dentre outros. Considerando que esses processos referem-se às ações e metas previstas pelos estados, selecionamos para a análise os seguintes instrumentos:

- Planos Operativos Estaduais.
- Relatórios de Gestão das Secretarias Estaduais de Saúde.
- Relatórios das Oficinas Nacionais realizadas pelo Ministério da Saúde, sobre o processo de organização da atenção básica em unidades prisionais e sobre o monitoramento e avaliação do desenvolvimento dos Planos Operativos.
- Plano Diretor do Sistema Penitenciário das Secretarias Estaduais de Segurança Pública e Defesa Social.
- Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).
- Sistema de Transferência do Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário.
- Sistema de Informações Penitenciárias (INFOPEN).

O percurso metodológico permitiu pautar-nos por um processo contínuo de confrontação das referências legais, que asseguram o direito à saúde à população prisional, dos dados sobre as condições carcerárias e dos resultados analisados no processo de implantação dos Planos Operativos Estaduais, relacionando-os com as categorias de análise - necessidades humanas e direitos sociais - definidas e explicitadas ao longo desta pesquisa.

Dos procedimentos metodológicos da pesquisa, que, como já salientado, se pautaram pelo método dialético ou histórico-estrutural, constam as seguintes etapas:

- 1ª etapa: Análise dos textos normativos sobre direitos humanos, direito à saúde, execução penal. Foi realizado estudo documental, de caráter exploratório (leis, decretos, normas, resoluções, portarias) e revisão de literatura especializada, com o objetivo de apresentar um quadro de referência histórico – conceitual.
- 2ª etapa: Análise do processo de implantação da Política de Atenção à Saúde à População Penitenciária, nos estados. Nessa etapa trabalhamos com informações dos Ministérios da Saúde e da Justiça, Secretarias Estaduais de Saúde, Defesa Social e Segurança Pública e Secretarias Municipais de Saúde.

Como unidade privilegiada de análise, elegemos duas unidades da federação – Distrito Federal e Minas Gerais – as quais foram qualificadas como lócus da Política Nacional no ano de 2004. Optamos por esse recorte considerando as diversidades quanto à forma de gestão e gerência dos serviços de atenção básica nas unidades prisionais, a referência à atenção especializada ambulatorial e hospitalar, à estrutura dos sistemas penais e à cobertura da população penitenciária pelas equipes de saúde.

O presente estudo está estruturado em três capítulos, indicados a seguir.

No primeiro, refletimos, inicialmente, sobre os direitos humanos, especialmente os de segunda geração - direitos sociais - que dizem respeito ao homem em situações concretas de existência. Ressaltamos o fato de que concretizar os direitos sociais significa prestar à população um conjunto de benefícios e serviços que lhe é devido, em resposta às suas necessidades sociais. Abordamos, a seguir, as necessidades humanas básicas, destacando a saúde física - cujo atendimento se estende, legalmente, à população prisional – como a mais óbvia delas. Tratamos também, nesse capítulo, da legislação referente ao exercício dos direitos sociais na prisão e à responsabilidade do Estado em prover a quem está sob sua custódia o acesso a esses direitos, sobretudo à saúde.

O segundo capítulo divide-se em duas partes. Na primeira analisamos as competências em âmbito federal e estadual, da elaboração de políticas para o sistema penitenciário brasileiro e da gestão dos estabelecimentos penais; apresentamos também o perfil da população penitenciária e as condições carcerárias do país, com base na análise de dados do Sistema de Informações Penitenciárias (INFOPEN) do Ministério de Justiça e dos relatórios sobre a situação do sistema carcerário brasileiro. Na segunda parte refletimos sobre as diretrizes operacionais da Política Nacional de Saúde, ou seja, do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre a Política de Saúde para o Sistema Penitenciário.

No terceiro capítulo, empreendemos uma análise do processo de implantação e execução dos Planos Operativos do Distrito Federal e do estado de Minas Gerais, no período de agosto de 2004 a abril de 2008. Consideramos, nessa análise, as metas e ações propostas em cada plano, as ações realizadas de atenção à saúde, e os principais avanços e desafios. O estudo foi orientado por uma perspectiva dialética, própria do método histórico-estrutural, na medida em que nos esforçamos para entender o processo em seu dinamismo, provisoriedade, contradição e transformação.

Por fim, retomamos, em nossas Conclusões, alguns pontos que merecem destaque em relação ao tema enfocado, principalmente aqueles que se configuram como possíveis respostas às questões que deram origem ao problema e, por decorrência, à própria pesquisa.

## CAPÍTULO I

### NECESSIDADES BÁSICAS E DIREITOS SOCIAIS: A POSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO EM INSTITUIÇÕES PENAIS

Neste capítulo apresentamos uma discussão sobre direitos sociais e necessidades humanas básicas, destacando o que caracteriza a definição destas e faz das mesmas a justificativa essencial desses direitos.

O recorte apresentado ressalta a forma como se institucionaliza o direito à saúde em instituições penais. A saúde é entendida como necessidade humana básica objetiva e, portanto, direito de todos, homens ou mulheres, independentemente de raça, etnia, crença ou condição social e legal.

Isso quer dizer que homens e mulheres privados de *liberdade* possuem necessidades básicas, relacionadas ao princípio da *igualdade*, que norteia os direitos sociais.

A instituição dos direitos é geracional e contextualizada historicamente. Com os direitos civis e políticos, considerados de primeira geração, temos o reconhecimento formal dos direitos de liberdade, entendida como liberdade negativa pela exigência de abstenção ou de não atuação do Estado no exercício desses direitos.

Os direitos sociais, considerados de segunda geração, têm como fundamento as necessidades básicas universais do homem real em determinado contexto. Precisamente por terem como pressuposto a igualdade, os direitos sociais requerem por parte do Estado a regulação, a elaboração e o financiamento de políticas sociais que visem à satisfação das necessidades básicas.

A pergunta que neste primeiro capítulo procuramos responder é: como se institucionaliza o direito à saúde, nas prisões a quem está sob custódia do Estado e tem a sua liberdade restringida?

Tendo esta pergunta como fio condutor, antecipamos o fato detectável de que a população que está reclusa em instituições prisionais faz-se sujeito de direito pelo avesso, embora de modo parcial; ou melhor, a sua inclusão legal no circuito da cidadania se dá com a custódia do Estado, propiciada pela privação de sua

liberdade. É, pois, a partir de seu ingresso em uma instituição repressiva, e da suspensão dos seus direitos civis e políticos, que essa população passa a ter seus direitos sociais assegurados pelo Estado, ao qual cabe a satisfação das necessidades básicas dessas pessoas que, privadas de liberdade, estão sob sua custódia.

Para refletirmos sobre as questões acima formuladas, organizamos este capítulo em torno dos seguintes tópicos:

- Sobre os Direitos.
- Necessidades Humanas Básicas.
- Legislações sobre Direitos Humanos e Sistema Penal: a complementaridade necessária à instituição dos direitos.

## **1.1 Sobre os Direitos**

O desenvolvimento dos direitos de cidadania passou por três fases que dizem respeito a épocas e contextos determinados e às necessidades do homem concreto: a) em oposição ao estado absolutista do século XVIII, as exigências relacionadas à vida e à liberdade individual fundamentaram a instituição dos direitos civis; b) as exigências da existência de liberdades políticas e de participação no governo da sociedade levaram à instituição dos direitos políticos no século XIX; c) o amadurecimento de novas exigências, como as do bem-estar e da igualdade, ou de combinar liberdade com igualdade, propiciaram a instituição dos direitos sociais no século XX (Pisón, 1998).

O Estado democrático se instaura como Estado Liberal de Direito a partir da revolução francesa, com o objetivo de assegurar a liberdade individual e de impor limites à atuação do Estado na vida das pessoas. As duas formas de Estado democrático de direito, o Estado Liberal e o Estado Social, são absolutamente contrárias à concepção e forma do Estado Absolutista.

Pisón (1998, p. 45), ao citar E. Díaz, afirma que o Estado de Direito se inspira em quatro notas principais: o “império da lei” como fundamental, isto é, a lei é

considerada como expressão da vontade geral; a organização política desse Estado obedecendo ao princípio da divisão de poderes; a administração do Estado regida pelo princípio da legalidade, ou pela lei, especialmente por meio de sistemas de controle e responsabilidade que assegurem seu funcionamento conforme o Direito; e, por último, a necessidade de reconhecimento e garantia legal dos direitos fundamentais da pessoa humana.

Essas características estão presentes nas duas formas de organização política correspondentes ao Estado de Direito - o Estado Liberal e o Estado Social - ou seja, nas formas de organizar a vida política que se identificam com o Estado moderno e, este, com o Estado protetor.

O Estado de Direito se apresenta primeiramente como Estado Liberal, e os direitos preconizados e instituídos por esse tipo de Estado são os civis e políticos inspirados em uma ideologia individualista e que os remetem a um conceito absoluto de homem, sujeito de direitos.

Segundo Pisón (1988), os direitos civis e políticos, de primeira geração, estão relacionados com o direito à vida - que abrange a integridade física e moral da pessoa, a liberdade de expressão e pensamento, a liberdade religiosa -, o direito à propriedade e à informação, o direito a participar da vida política e o direito à resistência a autoridade.

Tal conjunto de direitos traz a exigência de garantir a liberdade individual e a participação política no governo da sociedade. Pelo fato de estabelecer limites à atuação do Estado, que não deve interferir na esfera privada da vida das pessoas, esses direitos remetem a um conceito de liberdade negativa.

Esse conceito pressupõe o absentéismo por parte do Estado, a limitação de suas ações e atividades, delimitando a esfera de atuação do mesmo. O Estado pode e deve atuar para evitar que terceiros interfiram nas esferas de domínio dos indivíduos e para estabelecer regras que devem normatizar e regular as relações entre as pessoas, assim como as normas e “sanções” a quem viola essas regras.

Conforme Pisón (1988), o Estado liberal configura-se como Estado polícia ou guardião. Podemos dizer que o papel do Estado é o de assegurar a governabilidade, através da gestão e comando da sociedade. Cabe a ele, por meio de leis e normas,

estabelecer o que é lícito/ilícito, moral/amoral. Cabe, ainda, definir as ordens e proibições às condutas humanas.

Na doutrina liberal, a principal referência é a concepção de liberdade estritamente individual. Nela, os direitos individuais, civis e políticos não se relacionam com os direitos sociais. As desigualdades sociais são naturalizadas e, sendo consideradas naturais, não são de responsabilidade do Estado.

A liberdade individual preconizada é vista como suficiente para a busca de oportunidades e de inserção igual para todos. As condições reais de existência, as desigualdades sociais observadas naqueles que não têm satisfeitas suas necessidades básicas, são desconsideradas.

Conforme Pisón (1998, p. 94-95),

(...) os direitos civis e políticos em boa medida, aparecem como direitos de autonomia e de participação. Os direitos de autonomia são direitos baseados numa concepção negativa de liberdade (...) se configuram como obrigações negativas ou de abstenção: sua satisfação exige uma conduta passiva e de não interferência por parte dos sujeitos obrigados.

Apesar de esse conjunto de direitos fazer referência aos homens em geral, como está enunciado nas declarações de direitos, apenas alguns indivíduos podem desfrutá-los. Fica evidente que o Estado Democrático Liberal pode ter suplantado antigos regimes autoritários; entretanto, longe de criar condições de garantir a liberdade e participação de todos, acaba aprofundando as desigualdades sociais e reforçando um sistema de opressão e exclusão como os que o precederam.

O modo de produção capitalista e o ideário liberal instituídos após as revoluções industrial e francesa reforçam o aparecimento de duas classes sociais distintas: a dos proprietários dos meios de produção e a dos trabalhadores, “proprietários” da força de trabalho.

Numa sociedade de classes, desigual, em que muitos estão à margem do acesso e usufruto das oportunidades sociais, assim como dos bens e serviços existentes, é necessário garantir a satisfação das necessidades humanas básicas para quem não as têm satisfeitas, com vista, inclusive, a criar condições de realização da liberdade individual, *dita negativa*, pelos defensores da supremacia do princípio da liberdade sobre o da igualdade.

Assim, o Estado Liberal limita-se a reconhecer os direitos dos homens, sem preocupar-se com as suas reais condições de existência, com o homem empírico. É o descompasso entre a existência formal de direitos e a realidade de destituição da maioria.

Os séculos XVIII e XIX são marcados por movimentos contrários às situações de opressão e miséria a que as pessoas estavam submetidas, ao aumento das desigualdades e ao reconhecimento apenas formal dos direitos.

As reivindicações passaram a ser por igualdade para todos, procurando-se garantir a satisfação das necessidades básicas das pessoas e as liberdades individuais.

Segundo Pisón (1998, p. 27):

O resultado dessa evolução foi a transformação do estado de coisas existentes num processo que, após passar pela experiência dos regimes totalitários que tentaram uma fórmula de sobrevivência das velhas estruturas capitalistas e após passar pelos horrores de uma guerra mundial, acabou num acontecimento de suma importância para o século XX: o passo do Estado Liberal de Direito ao Estado Social de Direito.

Os direitos sociais surgem no século XX com a exigência de combinar liberdade com igualdade, sobretudo para a satisfação de necessidades básicas. Assim, são direitos de segunda geração e se fundam na igualdade.

O reconhecimento da existência de necessidades sociais se dá na perspectiva dos direitos sociais e da atuação e responsabilidade do Estado, ao qual cabe garantir as liberdades positivas, isto é, liberdades que requerem o comprometimento do Estado com a provisão de bens e serviços básicos. Reconhecer “a existência de necessidades humanas como necessidades sociais, com valores, finalidades e sujeitos definidos, tem sido um grande passo para a construção da cidadania” (PEREIRA, 2006, p. 2).

Entendidos como a garantia de satisfação das necessidades, os direitos sociais tiveram origem no pensamento socialista e ganharam expressão nas experiências do Estado de Bem-Estar ou Estado Social.

Conforme Pisón (1998, p. 93-94), os direitos sociais se caracterizam pelos seguintes traços:

a) são direitos de prestação;

- b) são de titularidade individual, como os direitos civis e políticos, porém se inspiram em uma concepção empírica do ser humano;
- c) remetem a um conceito de liberdade configurado a partir da idéia de igualdade;
- d) são elementos de solidariedade social.

Os direitos sociais criam liberdades positivas e, como já indicado, têm como características intrínsecas a exigência da atuação do Estado, por meio da prestação de bens e serviços. Ou seja, exigem atuação do Estado na regulação, implementação e funcionamento de políticas sociais que tenham por objetivo a satisfação das necessidades humanas básicas. Sem uma mínima igualdade material, sem possibilidades de acesso à educação, saúde, renda, moradia, não é possível o exercício da liberdade individual.

Celso Lafer (1988) contribui criticamente com a discussão dos direitos de cidadania ao reiterar que a igualdade requer o acesso ao espaço público. Argumenta que a igualdade é um direito referente à convivência coletiva, que requer o acesso a serviços e bens públicos.

Para o autor (*idem*, p. 152),

(...) perder o acesso à esfera do público significa perder o acesso à igualdade. Aquele que se vê destituído da cidadania, ao ver-se limitado à esfera do privado fica privado de direitos, pois estes só existem em função da pluralidade dos homens, ou seja, da garantia tácita de que os membros de uma comunidade dão-se uns aos outros.

A principal consequência dessa visão de que os direitos sociais são direitos de prestação ou de crédito, e que colocam a exigência da atuação do Estado, ou do acesso à esfera do público, é o reconhecimento da existência de necessidades humanas básicas: “Os direitos sociais e sua inclusão nos textos constitucionais estão justificados pelo fato constatável de que os cidadãos concretos e particulares, titulares desses direitos, têm necessidades básicas” (PISÓN, 1998, p. 100).

Podemos dizer que os direitos sociais têm como função histórica o exercício das liberdades positivas, o que leva a uma profunda transformação na função do Estado, exigindo que o mesmo atue. Assegurar o bem estar a todos os cidadãos, de

forma que se vejam protegidos da miséria, da pobreza, das vicissitudes da vida, passa a ser responsabilidade do Estado.

A garantia do exercício das liberdades positivas, por meio da atuação do Estado na implementação de políticas e serviços sociais, não altera apenas a função do Estado: altera substantivamente a maneira como o homem é visto. A mudança se dá na conceituação do homem genérico, abstrato, que é suficiente para o exercício formal dos direitos de primeira geração e das liberdades negativas, mas não para o homem específico, contextualizado, com singularidades, modos diferentes de “andar a vida” e necessidades humanas. Esse homem real, detentor de necessidades sociais é o cidadão, titular de direitos que devem ser assegurados pelo Estado, mediante o acesso de todos à esfera do público.

Para Pisón (1998, p. 94), o exercício da autonomia e a liberdade são possíveis se, em virtude da intervenção estatal, as pessoas tiverem as mínimas condições materiais de vida. Cabe ao Estado, portanto, assegurar as liberdades positivas por meio da implementação de políticas sociais que concretizem os direitos sociais.

A teoria Keynesiana<sup>3</sup> e o modelo de seguridade social Beveridgiano<sup>4</sup> inglês deram corpo ao Estado social. Assim, os direitos sociais ganharam expressão nas experiências do Estado de Bem Estar ou Estado Social, entre os anos de 1940 e 1970.

Bobbio (2004), ao fazer a discussão sobre o tema dos direitos do homem, coloca como significativos três processos na construção do Estado Democrático de Direito: o da transformação do valor da pessoa humana, que leva à positivação do Direito; a sua generalização a todos os homens, fundamentada no princípio da igualdade; e a internacionalização dos direitos que, além de levar à positivação dos mesmos no campo internacional, põe em movimento o processo de proteção dos direitos até mesmo contra o Estado que os tenha violado. Nesse sentido, analisa

---

<sup>3</sup> Conjunto de idéias que propunham a intervenção estatal na vida econômica com objetivo de conduzir a um regime de pleno emprego. A teoria baseada no pensamento do economista inglês John Maynard Keynes (1883-1946) tinha como objetivo manter o crescimento da demanda em paridade com o aumento da capacidade produtiva da economia, de forma suficiente para garantir o pleno emprego, através da intervenção estatal. Desencorajava o entesouramento em proveito das despesas produtivas, por meio da redução da taxa de juros e do aumento dos investimentos públicos.

<sup>4</sup> O Plano Beveridge foi um dos mais importantes programas de seguridade social, pois representou uma ruptura da tradição liberal passando a atender todos os cidadãos. Prevê um conjunto de ações em três direções: regulação da economia de mercado; prestação pública de serviços sociais universais; e um conjunto de serviços sociais pessoais.

que, no contexto atual, do mundo interdependente, a tutela dos direitos humanos requer o apoio da comunidade internacional e normas do Direito Internacional Público.

Os direitos sociais são direitos históricos, que dizem respeito ao homem em situações concretas de existência; assim, são direitos suscetíveis de transformação e ampliação. A multiplicidade dos direitos sociais está relacionada às mudanças sociais e às diferenças específicas do homem, relativas à sua condição social.

Conforme Bobbio (2004, p. 83):

Essa multiplicação (...) ocorreu de três modos: a) porque aumentou a quantidade de bens considerados merecedores de tutela; b) porque foi estendida a titularidade de alguns direitos típicos a sujeitos diversos do homem; c) porque o próprio homem não é mais considerado como ente genérico, ou homem em abstrato, mas é visto na especificidade ou na concreticidade de suas diversas maneiras de ser em sociedade, como criança, velho, doente, etc.

As condições específicas são relevantes na atribuição dos direitos e têm que ser consideradas, pelo fato de que são as diferenças que requerem um tratamento não igual, ou a equidade no acesso a bens e serviços sociais.

Bobbio (2004) considera que atualmente o cerne da problemática dos direitos humanos não reside na sua fundamentação, mas no desafio de sua tutela. O Estado Social se materializa após a 2ª Guerra Mundial e a fundamentação dos direitos do homem alcança sua expressão legítima com a aprovação da Declaração Universal dos Direitos do Homem, em 10 de dezembro de 1948, pela Assembleia Geral das Nações Unidas. Essa Declaração representa, no século XX, a consciência histórica que a humanidade tem dos próprios valores fundamentais.

A proteção dos direitos sociais, a sua concretização, relaciona-se diretamente com a ação política. Ação entendida como *movimento*, *modo de atuar*, *acontecimento*, ou atuação do Estado na implantação de políticas e serviços sociais que garantam a satisfação das necessidades humanas e a participação social por meio do controle democrático.

Segundo Pereira (2002, p. 37),

Diferentes dos direitos civis e políticos, que se apóiam, preponderantemente, em conceitos como liberdade ou autonomia individual, os direitos sociais, por sua própria natureza coletiva, guardam estreita

vinculação com o conceito de necessidade, que tem relação com os princípios da igualdade, equidade e justiça social.

No Brasil, a década de 1980 foi considerada a década da redemocratização, que permitiu avanços sociais e políticos em relação aos direitos. Conforme Pereira (2002), em função da mobilização da sociedade as políticas sociais ocuparam lugar de destaque na agenda de reformas da Assembléia Nacional Constituinte, de 1987, que elaborou a Constituição Federal Brasileira vigente, promulgada em 1998.

Expressando os avanços políticos e sociais da referida Constituição, os conceitos de direitos sociais, como universalidade, controle democrático, equidade, seguridade social, entre outros, passaram a ser categorias-chave do processo de reformulação da proteção social brasileira, instituindo um novo padrão de política social a ser implantado no Brasil.

Em termos de direitos, as inovações trazidas com a Constituição Federal de 1988 não obtiveram consenso geral quanto ao seu avanço. Como era de se esperar, as correntes conservadoras nacionais acharam que as inovações constitucionais eram inseqüentes e inviáveis por serem contrárias ao ideário neoliberal dominante. A ampliação dos direitos de cidadania, o dever da tutela e da realização desses direitos pelo Estado, a universalização do acesso a benefícios e serviços eram insustentáveis frente aos recursos a serem disponibilizados pela nação.

Tal pensamento reflete-se na gestão dos governos centrais, instituídos a partir de 1988, os quais, ao adiarem a aprovação de leis regulamentadoras dos dispositivos Constitucionais, fazendo uso do instrumento jurídico das medidas provisórias para o exercício da gestão governamental, puseram de lado a discussão polêmica, mas fecunda, da instituição dos direitos.

A discussão atual sobre a relação existente e fundamental entre direitos sociais e necessidades humanas não é simples e tem a ver com a forma como Estado e sociedade representam e executam o Estado Social de Direito.

Como afirma Pereira (2002, p. 187), “concretizar direitos sociais significa prestar à população, como dever do Estado, um conjunto de benefícios e serviços que lhe é devido, em resposta às suas necessidades sociais”.

## 1.2 Necessidades Humanas Básicas

O debate sobre a existência de necessidades humanas básicas, objetivas e universais, é polêmico e coloca em discussão a validade dos direitos sociais, já que as necessidades humanas ou sociais têm papel preponderante na justificação desses direitos.

A recusa da objetividade e da universalidade do conceito de necessidades humanas básicas tem justificado a existência de enfoques relativistas sobre essas necessidades.

Mesmo pensadores marxistas, como Agnes Heller, não acreditam na existência de necessidades sociais objetivas e universais, devido ao fato de elas serem históricas. Com efeito, as “necessidades básicas são essencialmente produtos do meio e da cultura dos quais os homens fazem parte” (apud PEREIRA, 2002, p. 44), mas isso não as impedem de serem objetivas e de terem um denominador comum universal. Segundo Pereira (2002), Doyal e Gough indicam o paradoxo marxista desse enfoque e incluem essa abordagem (de viés relativista) no rol das discussões que confundem historicidade com inconstância e necessidades com preferências individuais.

Outro enfoque é o dos Democratas Radicais, que rejeitam o protagonismo individual e as soberanias dos grupos específicos na definição de necessidades e na forma de satisfazê-las. A proposta desse grupo é a de uma reforma radical democrática, sustentada por uma visão de democracia e pluralismo em que novas formas de participação, de organização popular e o incremento das instituições da sociedade são vistos como fundamentais. Assim, a reconstituição de vínculos entre identidade, ação coletiva e instituições no âmbito das sociedades é estratégia “rumo” à reforma democrática. Para esses Democratas, os grupos têm o direito de lutar pelos seus objetivos sem, contudo, desrespeitar as regras e a cultura que os identificam aos demais. Defendem, portanto, que muitas das funções de proteção social realizadas pelo Estado devem ser exercidas por atores sociais organizados. Segundo Pereira (2002, p. 48), “por essa perspectiva, é a sociedade que deve, de certa forma, definir necessidades sociais e as formas de satisfazê-las”.

Rejeitando ambos os enfoques, Doyal e Gough defendem a existência de necessidades sociais básicas, objetivas e universais, porque consideram que “todos os seres humanos, em todos os tempos, em todos os lugares e em todas as culturas, têm necessidades básicas comuns” (apud PEREIRA, 2002, p. 66). Tais necessidades são objetivas porque a sua privação é externa ao indivíduo e, portanto, constatável; e, também, porque a sua especificação teórica e empírica não diz respeito às preferências individuais. São universais, também, porque a sua não realização adequada traz *sérios prejuízos* ao indivíduo, e a concepção de *sérios prejuízos*<sup>5</sup> é a mesma para todo indivíduo, em qualquer lugar do planeta.

Em vista disso, os referidos autores, assim como Pereira (2002), argumentam que a satisfação das necessidades humanas básicas pode variar, mas essas necessidades, na sua constituição básica, não são passíveis de variação. A importância dessa concepção extrapola o terreno da ciência e vai incidir na esfera da política, pois o reconhecimento ou não de necessidades objetivas e universais vai influir nas respostas políticas do Estado. Se não há necessidades gerais a satisfazer, mas sim preferências individuais e relativas, então não há porque criar políticas públicas. Da mesma forma, na ausência de necessidades básicas comuns, o Estado não poderá ser acionado e responsabilizado. O agente de satisfação de preferências passa a ser o mercado, porque este sim individualiza o seu atendimento. A negação da existência de necessidades humanas básicas, comum a todos, leva a desobrigação da atuação do Estado, privilegiando a relação entre mercado e consumidores. Este, por sinal, é o entendimento claro e convicto de atores sociais (intelectuais, políticos, gestores) que representam a chamada “nova direita”, em comum com os economistas ortodoxos.

Para esses atores as preferências subjetivas são justificadoras da liberdade e autonomia individual. Os indivíduos são competentes para definir, melhor do que ninguém, quais são as suas necessidades e maximizá-las no âmbito do mercado. Nessa perspectiva, a satisfação das preferências subjetivas - sejam elas básicas ou supérfluas - possui o mesmo tratamento ou prioridade.

---

<sup>5</sup> Segundo Pereira (2002, p. 67), “sérios prejuízos” são impactos negativos cruciais que impedem ou põem em risco a possibilidade objetiva dos seres humanos de *viver* física e socialmente em condições de poder expressar a sua capacidade de participação ativa e crítica. São, portanto, danos cujos efeitos nocivos independem da vontade de quem os padece e do lugar ou da cultura em que se verificam.

A nova direita sustenta também que é um perigo e um equívoco dar mais importância ao Estado do que ao mercado. Não se pode pôr em risco, dizem eles, as liberdades individuais e a autonomia do mercado em detrimento da atuação de um Estado regulador e paternalista, nos moldes do *Welfare State*.

A afinidade entre os enfoques individualistas e outras abordagens, também relativistas, como a dos críticos do imperialismo cultural, é que estes últimos, conhecidos como culturalistas, defendem o conceito de necessidades particulares de grupos específicos ou minorias. Tais críticos caem igualmente no subjetivismo e relativismo, já que *sublimam* o conceito de necessidades básicas em razão do entendimento de que apenas os grupos ou minorias, como “seres em situação”, sabem, melhor do que ninguém, o que mais lhes convêm. Trata-se, segundo eles, de grupos diferenciados e a eles cabe definir as suas necessidades.

Contudo, o que esses enfoques não levam em conta é o fato de que nem todas as pessoas têm condições de satisfazer, por si mesmas, as suas necessidades, e nem no mercado; e que o mercado, além de não ter vocação social, desconsidera totalmente as desigualdades sociais.

Pereira (2002), ao criticar os enfoques relativistas que substituem o conceito de necessidades básicas pelo de preferências e escolhas individuais, identifica inconsistências nos debates que defendem o princípio da soberania individual e da autonomia do mercado para a satisfação das necessidades sociais.

Posicionando-se contrariamente a esse princípio, que sustenta a idéia de que os indivíduos e grupos sabem das suas necessidades e seriam mais bem atendidos pelo mercado, Pereira (2002, p. 51) afirma que “não são as preferências individuais que orientam o mercado, mas é o mercado quem cria, até as raias do absurdo, as preferências individuais”.

Essa tendência negadora da existência de necessidades básicas objetivas e universais tem como referência o ideário neoliberal dos anos 1970, sustentado por um de seus principais mentores intelectuais, Friederich Von Hayek. Hayek defende a ordem espontânea produzida pelo mercado e afirma que o mesmo é o único mecanismo capaz de garantir uma sociedade livre e justa. Entretanto, reconhece a importância da função do Estado na regulação das decisões sociais tomadas e na provisão de mínimos sociais, desde que essa regulação também seja mínima.

Diante desse posicionamento, cabe ressaltar que a concepção de necessidades básicas contrapõe-se à noção de mínimos sociais. A satisfação dessas necessidades não é o mesmo que satisfação de ínfimos suficientes para sobrevivência. O conceito de necessidade básica extrapola o mínimo é a pedra angular da justificação de direitos de cidadania social. Sendo assim, a sua definição objetiva e universal implica formulação de políticas públicas socialmente coerentes e consistentes, o que compromete o Estado na sua garantia.

É por essa perspectiva que Pereira (2002), baseada em Doyal e Gough, reafirma que as necessidades básicas são objetivas e universais e que a não satisfação das mesmas traz sérios prejuízos a qualquer indivíduo. Dessa forma, indica que:

Para os autores, portanto, só existem dois conjuntos de necessidades básicas objetivas e universais – que devem ser concomitantemente satisfeitas para que todos os seres humanos possam efetivamente se constituir como tais (diferentes dos animais) e realizar qualquer outro objetivo ou desejo socialmente valorado. São eles: saúde física e autonomia. (PEREIRA, 2002, p.83).

A saúde física é a mais óbvia das necessidades humanas; e as condições objetivas ou o acesso a ações e serviços que garantam a sua satisfação é condição primordial para a participação das pessoas em sociedade e, até mesmo, para se manterem vivas. Portanto, o direito básico à saúde se confunde com o direito à vida.

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, dentre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o trabalho, a educação, a renda, ou seja, o acesso a bens e serviços essenciais. Pode-se dizer que se expressa como um retrato das condições de vida.

Portanto, a sua satisfação não se relaciona apenas com a existência e a qualidade dos serviços de saúde, mas com todo esse conjunto de determinantes e condicionantes. O atendimento a essa necessidade básica se dá na perspectiva da integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Ao mesmo tempo, pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e, conseqüentemente, na autonomia das pessoas. Como afirma Pereira (2002, p. 69), “para que as

necessidades básicas sejam satisfeitas, tanto a saúde física quanto a autonomia têm que ser atendidas”.

A autonomia diz respeito à capacidade das pessoas de elegerem objetivos e metas, valorizarem esses objetivos e se sentirem responsáveis por suas decisões e ações. Doyal e Gough afirmam que a autonomia tem dois sentidos: um, de “agência”; e outro, de “crítica”. A autonomia de agência “constitui a condição mais elementar ou prévia para que o indivíduo possa considerar-se a si mesmo – ou ser considerado por qualquer outro – como capaz de fazer algo e de ser responsável pela sua ação” (apud PEREIRA, 2002, p. 71). Já a autonomia crítica constitui um grau mais avançado que o de agência, por requerer das pessoas a capacidade de “criticar e, se necessário, mudar as regras e práticas da cultura a que pertencem” (PEREIRA, 2002, p. 74).

Para os autores, a autonomia ou capacidade de agência será comprometida se houver um déficit em três atributos: saúde mental, habilidade cognitiva e oportunidade de participação. E isso naturalmente afetará a autonomia crítica. O atendimento da saúde física e da autonomia (de agência e de crítica) é condição indispensável para a constituição de uma sociedade mais justa e para o exercício das liberdades negativas e positivas. Essas necessidades básicas não se constituem um fim em si mesmo, mas em uma pré-condição para a satisfação de outras necessidades e para a participação social.

Por isso, não existem serviços sociais consistentes sem a “delimitação” precisa das necessidades a serem satisfeitas. Entretanto, as respostas a essas necessidades variam, de acordo com a característica do sistema de proteção social prevalecente em cada contexto sócio-cultural.

Ao apresentarem a teorização sobre a satisfação das necessidades humanas básicas, Doyal e Gough (1994) identificam mediações ou necessidades intermediárias, cujo atendimento denominam de “satisfiers” ou “satisfadores” universais, os quais, por sua vez, permitem a efetiva satisfação das necessidades básicas; ou seja, contribuem para a melhoria da saúde física e da autonomia das pessoas.

Portanto, podemos dizer que as necessidades intermediárias representam as **condições necessárias** para a satisfação das necessidades básicas e

configuram-se como bens, serviços, políticas e relações sociais. De acordo com Doyal e Gough (1994), tais necessidades formam um grupo de onze categorias, nove das quais dizem respeito a todas as pessoas e duas referem-se especificamente às necessidades de mulheres e de crianças. São elas:

- a) alimentação nutritiva e água potável;
- b) habitação adequada;
- c) ambiente de trabalho desprovido de riscos;
- d) ambiente físico saudável;
- e) cuidados de saúde apropriados;
- f) proteção à infância;
- g) relações primárias significativas;
- h) segurança física;
- i) segurança econômica;
- j) educação apropriada;
- k) segurança no planejamento familiar, na gestão e no parto.

Doyal e Gough (1994) identificam as características das necessidades intermediárias e esclarecem que as mesmas podem ser insuficientes ao enfrentamento de necessidades específicas de alguns segmentos sociais. Nessa situação, é necessário identificar “satisfadores específicos”, que visem à melhoria das condições de vida e de cidadania das pessoas em situações sociais específicas.

Coerente com a universalidade das necessidades básicas está o fato da legitimidade das reivindicações de atendimento às necessidades específicas, por parte de alguns segmentos sociais.

As realidades particulares e concretas justificam a diferenciação no atendimento, ou a implementação de políticas específicas, e não se opõem ao fato das necessidades básicas e das condições para a sua realização serem as mesmas para todas as pessoas.

Na próxima seção, passaremos à análise dos dispositivos legais que tratam da instituição do direito à saúde nas prisões.

### **1.3 Legislações sobre Direitos Humanos e Sistema Penal: a complementaridade necessária à instituição dos direitos**

Nesta seção analisamos a legislação internacional e nacional, referentes ao exercício dos direitos sociais nas prisões, e a responsabilidade do Estado na realização desses direitos a quem está sob sua custódia.

No âmbito internacional a legislação pesquisada refere-se a dois sistemas: ao sistema universal, que diz respeito a todos os países; e ao sistema regional, que trata da organização dos Estados Americanos. Para a pesquisa sobre a legislação brasileira selecionamos os seguintes instrumentos legais: Constituição da República Federativa do Brasil; Lei de Execução Penal; Resoluções do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária - 1981 a 2007; e Regras Mínimas para o Tratamento do Preso no Brasil.

Os instrumentos legais sobre Direitos Humanos tratam das garantias ao exercício das liberdades positivas e negativas dos homens em geral, ou seja, dos direitos inerentes ao exercício da cidadania.

Já a legislação específica sobre o Sistema Penal e os direitos das pessoas privadas de liberdade trata das condições nas quais tem que se dar a execução penal e o dever do Estado no exercício da custódia das pessoas, implicando proteção social às mesmas. Com a condenação e a privação da liberdade, as pessoas reclusas têm seus direitos civis e políticos restritos ou suspensos. O direito à liberdade de movimento (ir e vir) é obviamente restringido, assim como o direito de livre associação.

Esses direitos civis estão suspensos para todas as pessoas em situação de prisão. Já o direito de participar do processo eleitoral, por meio do voto, varia nas diferentes jurisdições. Em alguns países, como é o caso do Brasil, apenas os presos provisórios, que ainda não foram condenados, podem votar. Há jurisdições em que o direito ao voto estende-se aos presos condenados; e, outras, em que a suspensão desse direito estende-se também aos que já cumpriram a pena. Assim, a suspensão ou restrição desses direitos pode mudar no processo de execução da pena, conforme a aplicação dos instrumentos jurídicos dos diversos países.

Ao contrário dos direitos civis e políticos, **os direitos sociais não são atingidos pela sentença proferida e devem** ser assegurados pelo Estado no decorrer da custódia, ou do exercício da execução penal.

Nos instrumentos legais que se referem ao Sistema Penal, sejam eles internacionais ou nacionais, encontramos em comum direitos a serem garantidos, como: educação; saúde; assistência social; assistência jurídica e assistência material.

Esse conjunto de direitos de proteção social - garantidos legalmente - a serem implementados nos estabelecimentos penais por meio de políticas e serviços sociais, relacionam-se diretamente à realização do direito à saúde. Ou, dizendo de outra forma, as necessidades intermediárias ou satisfadores representam as condições necessárias à satisfação da saúde e da autonomia das pessoas.

Por esse motivo, na análise da legislação específica sobre o sistema penal, priorizamos os enunciados legais que tratam do direito à saúde e à assistência material, por entender que as condições de reclusão ou de vida nas prisões (instalações e espaço físico, alojamento, alimentação, saneamento) constituem um dos principais fatores condicionantes e determinantes do processo saúde-doença. É o que será visto a seguir.

### Documentos Internacionais – Sistema Universal

- **Declaração Universal dos Direitos Humanos** (Direitos Humanos: Documentos Internacionais, 2006):

Adotada e proclamada pela Resolução 217 A (III) da Assembléia Geral da ONU, em 10 de dezembro de 1948, foi assinada pelo Brasil na mesma data.

**Artigo 1:** Todos os homens nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotados de razão e consciência e devem agir em relação uns aos outros com espírito de fraternidade.

**Artigo 3:** Todo o homem tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal.

**Artigo 5:** Ninguém será submetido à tortura, nem a tratamento ou castigo cruel, desumano ou degradante.

**Artigo 21:** II) Todo o homem tem igual direito de acesso ao serviço público do seu país.

**Artigo 22:** Todo o homem, como membro da sociedade, tem direito à segurança social e à realização, pelo esforço nacional, pela cooperação internacional e de acordo com a organização e recursos de cada Estado, dos direitos econômicos, sociais e culturais indispensáveis à sua dignidade e ao livre desenvolvimento de sua personalidade.

- **Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais** (Direitos Humanos: Documentos Internacionais, 2006):

Adotado pela Resolução 2200A (XXI) da Assembléia Geral da ONU, em 16 de dezembro de 1966, o Brasil a ele aderiu em 24 de janeiro de 1992.

**Artigo 9:** Os Estados Signatários do presente Pacto reconhecem a toda pessoa o direito à segurança social, inclusive ao seguro social.

**Artigo 12:** 1. Os Estados Signatários do presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais alto nível possível de saúde física e mental.

2. Entre as medidas que deverão ser adotadas pelos Estados Signatários do Pacto, a fim de assegurar a plena efetividade deste direito, figurarão as necessárias para:

c) A prevenção e o tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e de outro tipo, e a luta contra elas.

d) A criação de condições que garantam a todos assistência médica e serviços médicos em caso de doença.

- **Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos** (Direitos Humanos: Documentos Internacionais, 2006):

Adotado pela Resolução 2200A (XXI) da Assembléia Geral da ONU, em 16 de dezembro de 1966, teve a adesão do Brasil em 24 de janeiro de 1992.

**Artigo 6º:** 1. O direito à vida é inerente à pessoa humana. Este direito deverá ser protegido pela lei. Ninguém poderá ser arbitrariamente privado de sua vida.

**Artigo 10:** 1. Toda pessoa privada de sua liberdade deverá ser tratada com humanidade e respeito à dignidade inerente à pessoa humana.

2. a) As pessoas processadas deverão ser separadas, salvo em circunstâncias excepcionais, das pessoas condenadas e receber tratamento distinto, condizente com sua condição de pessoa não-condenada.

b) As pessoas processadas, jovens, deverão ser separadas das adultas e julgadas o mais rápido possível.

**Artigo 26:** Todas as pessoas são iguais perante a lei e têm direito, sem discriminação alguma, a igual proteção da lei. A este respeito, a lei deverá proibir qualquer forma de discriminação e garantir a todas as pessoas proteção igual e eficaz contra qualquer discriminação por motivo de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, situação econômica, nascimento ou qualquer outra situação.

- **Convenção Contra a Tortura e outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes** (Direitos Humanos: Documentos Internacionais, 2006):

Adotada pela Resolução 39/46 da Assembléia Geral da ONU, em 10 de dezembro de 1984, foi assinada pelo Brasil em 23 de setembro de 1985 e ratificada em 28 de setembro de 1989.

**Artigo 1º.** 1. Para os fins da presente Convenção, o termo "tortura" designa qualquer ato pelo qual dores ou sofrimentos agudos, físicos ou mentais, são infligidos intencionalmente a uma pessoa a fim de obter, dela ou de uma terceira pessoa, informações ou confissões; de castigá-la por ato que ela ou uma terceira pessoa tenha cometido ou seja suspeita de ter cometido; de intimidar ou coagir esta pessoa ou outras pessoas; ou por qualquer motivo baseado em discriminação de qualquer natureza; quando tais dores ou sofrimentos são infligidos por um funcionário público ou outra pessoa no exercício de funções públicas, ou por sua instigação, ou com o seu consentimento ou aquiescência(...).

**Artigo 10.** 1. Cada Estado Parte assegurará que o ensino e a informação sobre a proibição de tortura sejam plenamente incorporados no treinamento do pessoal civil ou militar encarregado da aplicação da lei, do pessoal médico, dos funcionários públicos e de quaisquer outras pessoas que possam participar da custódia, interrogatório ou tratamento de qualquer pessoa submetida a qualquer forma de prisão, detenção ou reclusão.

2. Cada Estado Parte incluirá a referida proibição nas normas ou instruções relativas aos deveres e funções de tais pessoas.

- **Regras Mínimas para o Tratamento dos Reclusos** (Direitos Humanos: Documentos Internacionais, 2006):

Foram adotadas pelo Primeiro Congresso das Nações Unidas para a Prevenção do Crime e para o Tratamento de Acusados, realizado em Genebra, Suíça, em 31 de agosto de 1955, e aprovadas pelo Conselho Econômico e Social, em sua Resolução 663 C (XXIV), de 31 de julho de 1957, e 2076 (LXII), de 13 de maio de 1977.

#### **Regras de Aplicação Geral**

9. 1) As celas ou locais destinados ao descanso notório não devem ser ocupados por mais de um recluso. Se, por razões especiais, tais como

excesso temporário de população prisional, for necessário que a administração penitenciária central adote exceções a esta regra, deve evitar-se que dois reclusos sejam alojados numa mesma cela ou local.

2) Quando se recorra à utilização de dormitórios, estes devem ser ocupados por reclusos cuidadosamente escolhidos e reconhecidos como sendo capazes de serem alojados nestas condições. Durante a noite, deverão estar sujeitos a uma vigilância regular, adaptada ao tipo de estabelecimento prisional em causa.

- 10.** As acomodações destinadas aos reclusos, especialmente dormitórios, devem satisfazer todas as exigências de higiene e saúde, tomando-se devidamente em consideração as condições climatéricas e especialmente a cubagem de ar disponível, o espaço mínimo, a iluminação, o aquecimento e a ventilação.
- 15.** Deve ser exigido a todos os reclusos que se mantenham limpos e, para este fim, ser-lhes-ão fornecidos água e os artigos de higiene necessários à saúde e limpeza.
- 16.** A fim de permitir aos reclusos manter um aspecto correto e preservar o respeito por si próprio, ser-lhes-ão garantidos os meios indispensáveis para cuidar do cabelo e da barba; os homens devem poder barbear-se regularmente.
- 19.** A todos os reclusos, de acordo com padrões locais ou nacionais, deve ser fornecido um leito próprio e roupa de cama suficiente e própria, que estará limpa quando lhes for entregue, mantida em bom estado de conservação e mudada com a frequência suficiente para garantir a sua limpeza.
- 20.** 1) A administração deve fornecer a cada recluso, em horas determinadas, alimentação de valor nutritivo adequado à saúde e à robustez física, de qualidade e bem preparada e servida.
- 22.** 1) Cada estabelecimento penitenciário deve dispor dos serviços de pelo menos um médico qualificado, que deverá ter alguns conhecimentos de psiquiatria. Os serviços médicos devem ser organizados em estreita ligação com a administração geral de saúde da comunidade ou da nação (...).

- 2) Os reclusos doentes que necessitem de cuidados especializados devem ser transferidos para estabelecimentos especializados ou para hospitais civis. Quando o tratamento hospitalar é organizado no estabelecimento, este deve dispor de instalações, material e produtos farmacêuticos que permitam prestar aos reclusos doentes os cuidados e o tratamento adequados; o pessoal deve ter uma formação profissional suficiente.
- 3) Todos os reclusos devem poder beneficiar-se dos serviços de um dentista qualificado.
- 23.** 1) Nos estabelecimentos penitenciários para mulheres devem existir instalações especiais para o tratamento das reclusas grávidas, das que tenham acabado de dar à luz e das convalescentes. Desde que seja possível, devem ser tomadas medidas para que o parto tenha lugar num hospital civil. Se a criança nascer num estabelecimento penitenciário, tal fato não deve constar do respectivo registro de nascimento.
- 2) Quando for permitido às mães reclusas conservar os filhos consigo, devem ser tomadas medidas para organizar um inventário dotado de pessoal qualificado, onde as crianças possam permanecer quando não estejam ao cuidado das mães.
- 24.** O médico deve examinar cada recluso o mais depressa possível após a sua admissão no estabelecimento penitenciário e em seguida, sempre que necessário, com o objetivo de detectar doenças físicas ou mentais e de tomar todas as medidas necessárias para o respectivo tratamento; de separar reclusos suspeitos de serem portadores de doenças infecciosas ou contagiosas; de detectar as deficiências físicas ou mentais que possam constituir obstáculos à reinserção dos reclusos e de determinar a capacidade física de trabalho de cada recluso.
- 45.** 2) Deve ser proibido o transporte de reclusos em veículos com deficiente ventilação ou iluminação, ou que de qualquer outro modo os possa sujeitar a sacrifícios físicos desnecessários.
- 62.** Os serviços médicos do estabelecimento esforçar-se-ão por descobrir e tratar quaisquer deficiências ou doenças físicas ou mentais que podem constituir um obstáculo à reabilitação do recluso. Qualquer tratamento

médico, cirúrgico e psiquiátrico considerado necessário deve ser aplicado tendo em vista esse objetivo.

63. 3) É desejável que nos estabelecimentos fechados a individualização do tratamento não seja prejudicada pelo número demasiado elevado de reclusos. Nalguns países entende-se que a população de semelhantes estabelecimentos não deve ultrapassar os quinhentos. Nos estabelecimentos abertos, a população deve ser tão reduzida quanto possível.

- **Conjunto de Princípios para a Proteção de Todas as Pessoas Sujeitas a Qualquer forma de Detenção ou Prisão<sup>6</sup>:**

Foi adotado pela Resolução 43/173 da Assembléia Geral da Organização das Nações Unidas, de 09 de dezembro de 1988.

**Princípio 1:** A pessoa sujeita a qualquer forma de detenção ou prisão deve ser tratada com humanidade e com respeito da dignidade inerente ao ser humano.

**Princípio 3:** No caso de sujeição de uma pessoa a qualquer forma de detenção ou prisão, nenhuma restrição ou derrogação pode ser admitida aos direitos do homem reconhecidos ou em vigor num Estado ao abrigo de leis, convenções, regulamentos ou costumes(...).

**Princípio 4:** As formas de detenção ou prisão e as medidas que afetem os direitos do homem, da pessoa sujeita a qualquer forma de detenção ou prisão devem ser decididas por uma autoridade judiciária ou outra autoridade, ou estar sujeitas a sua efetiva fiscalização.

**Princípio 6:** Nenhuma pessoa sujeita a qualquer forma de detenção ou prisão será submetida a tortura ou a penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes. Nenhuma circunstância, seja ela qual for, poderá ser invocada para justificar a tortura ou outras penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes.

---

<sup>6</sup> Combate à Tortura: Manual para Magistrados e Membros do Ministério Público. Primeira edição publicada no Reino Unido 2003.

**Princípio 24:** A pessoa detida ou presa deve beneficiar de um exame médico adequado, em prazo tão breve quanto possível após o seu ingresso no local de detenção ou prisão; posteriormente deve beneficiar de cuidados e tratamentos médicos sempre que tal se mostre necessário. Esses cuidados e tratamentos são gratuitos.

**Princípio 25:** A pessoa detida ou presa ou o seu advogado têm, (...) o direito de solicitar à autoridade judiciária ou a outra autoridade um segundo exame médico ou opinião médica.

**Princípio 26:** O fato de a pessoa detida ou presa ser submetida a um exame médico, o nome do médico e os resultados do referido exame devem ser devidamente registrados. O acesso a esses registros deve ser garantido, sendo-o nos termos das normas pertinentes do direito interno.

### Documentos Internacionais – Sistema Regional

- **Carta da Organização dos Estados Americanos** (Direitos Humanos: Documentos Internacionais, 2006):

Adotada em Bogotá, por ocasião da IX Conferência Internacional Americana, em 30 de abril de 1948, foi assinada pelo Brasil em 30 de abril de 1948 e ratificada em 13 de março de 1950.

**Artigo 3.** Os Estados americanos reafirmam os seguintes princípios:

l) Os Estados americanos proclamam os direitos fundamentais da pessoa humana, sem fazer distinção de raça, nacionalidade, credo ou sexo.

**Artigo 45.** Os Estados membros, convencidos de que o Homem somente pode alcançar a plena realização de suas aspirações dentro de uma ordem social justa, acompanhada de desenvolvimento econômico e de

verdadeira paz, convêm em envidar os seus maiores esforços na aplicação dos seguintes princípios e mecanismos:

a) Todos os seres humanos, sem distinção de raça, sexo, nacionalidade, credo ou condição social, têm direito ao bem-estar material e a seu desenvolvimento espiritual em condições de liberdade, dignidade, igualdade de oportunidades e segurança econômica.

f) A incorporação e crescente participação dos setores marginais da população, tanto das zonas rurais como dos centros urbanos, na vida econômica, social, cívica, cultural e política da nação (...).

h) Desenvolvimento de uma política eficiente de previdência social.

- **Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica)** (Direitos Humanos: Documentos Internacionais, 2006):

Adotada em São José, Costa Rica, por ocasião da Conferência Especializada Interamericana sobre Direitos Humanos, em 22 de novembro de 1969. Adesão do Brasil em 09 de julho de 1992 e ratificação dessa adesão em 25 de setembro de 1992.

**Artigo 4º - Direito à Vida:**

1. Toda pessoa tem o direito de que se respeite sua vida. Esse direito deve ser protegido pela lei e, em geral, desde o momento da concepção. Ninguém pode ser privado da vida arbitrariamente.

**Artigo 5º - Direito à Integridade Pessoal:**

1. Toda pessoa tem o direito de que se respeite sua integridade física, psíquica e moral.
2. Ninguém deve ser submetido a torturas, nem a penas ou tratos cruéis, desumanos ou degradantes. Toda pessoa privada da liberdade deve ser tratada com o respeito devido à dignidade inerente ao ser humano.

6. As penas privativas da liberdade devem ter por finalidade essencial a reforma e a readaptação social dos condenados.

**Artigo 7º - Direito à Liberdade Pessoal:**

e) Toda pessoa privada da liberdade tem direito a recorrer a um juiz ou tribunal competente, a fim de que este decida, sem demora, sobre a legalidade de sua prisão ou detenção e ordene sua soltura se a prisão ou a detenção forem ilegais (...).

**Artigo 24 - Igualdade Perante a Lei:**

Todas as pessoas são iguais perante a lei. Por conseguinte, têm direito, sem discriminação, a igual proteção da lei.

- **Convenção Interamericana para Prevenir e Punir a Tortura** (Direitos Humanos: Documentos Internacionais, 2006):

Adotada em Cartagena das Índias, Colômbia, pela Assembléia Geral da OEA, em 09 de dezembro de 1985, foi assinada pelo Brasil em 24 de janeiro de 1986 e ratificada em 20 de julho de 1989.

**Artigo 5.** Não se invocará nem admitirá como justificativa do delito de tortura a (...) periculosidade do detido ou condenado, nem a insegurança do estabelecimento carcerário ou penitenciário(...).

**Artigo 7º.** Os Estados Partes tomarão medidas para que, no treinamento de agentes de polícia e de outros funcionários públicos responsáveis pela custódia de pessoas privadas de liberdade, provisória ou definitivamente, e nos interrogatórios, detenções ou prisões, se ressalte de maneira especial a proibição do emprego da tortura. Os Estados Partes tomarão também medidas semelhantes para evitar outros tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes.

- **Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em Matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, "Protocolo de San Salvador"** (Direitos Humanos: Documentos Internacionais, 2006):

Adotado em São Salvador, El Salvador, pela Assembléia Geral da OEA, em 17 de novembro de 1988, teve adesão do Brasil em 08 de agosto de 1996 e ratificação em 21 de agosto de 1996.

### **Artigo 3º - Obrigação de Não Discriminação:**

Neste Protocolo, os Estados Partes comprometem-se a garantir o exercício dos direitos nele enunciados, sem discriminação alguma por motivo de raça, cor, sexo, idioma, religião, opiniões políticas ou de qualquer outra natureza, origem nacional ou social, posição econômica, nascimento ou qualquer outra condição social.

### **Artigo 10º - Direito à Saúde:**

1. Toda pessoa tem direito à saúde, entendida como o gozo do mais alto nível de bem-estar físico, mental e social.
2. A fim de tornar efetivo o direito à saúde, os Estados Partes comprometem-se a reconhecer a saúde como bem público e, especialmente, a adotar as seguintes medidas para garantir este direito:
  - a) atendimento primário de saúde, entendendo-se como tal a assistência médica essencial colocada ao alcance de todas as pessoas e famílias da comunidade;
  - b) extensão dos benefícios dos serviços de saúde a todas as pessoas sujeitas à jurisdição do Estado;
  - c) total imunização contra as principais doenças infecciosas;
  - d) prevenção e tratamento das doenças endêmicas, profissionais e de outra natureza;
  - e) educação da população sobre prevenção e tratamento dos problemas da saúde; e
  - f) **satisfação das necessidades de saúde** dos grupos de mais alto risco e que, por sua situação de pobreza, sejam mais vulneráveis.

**Artigo 11 - Direito a um Meio Ambiente Sadio:**

1. Toda pessoa tem direito a viver em meio ambiente sadio e a contar com os serviços públicos básicos.

<b>Legislação Nacional</b>
----------------------------

- **Constituição da República Federativa do Brasil:**

Texto constitucional promulgado em 05 de outubro de 1988.

**Título II - Dos Direitos e Garantias Fundamentais**

**Capítulo I - Dos Direitos e Deveres Individuais e Coletivos**

**Artigo 5º.** Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

III - ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante;

XLVIII - a pena será cumprida em estabelecimentos distintos, de acordo com a natureza do delito, a idade e o sexo do apenado;

XLIX - é assegurado aos presos o respeito à integridade física e moral;

LIV - ninguém será privado da liberdade ou de seus bens sem o devido processo legal;

LXIII - o preso será informado de seus direitos, entre os quais o de permanecer calado, sendo-lhe assegurada a assistência da família e de advogado;

LXXIV - o Estado prestará assistência jurídica integral e gratuita aos que comprovarem insuficiência de recursos.

## **Capítulo II - Dos Direitos Sociais**

**Artigo 6º.** São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

## **Capítulo IV - Dos Direitos Políticos**

**Artigo 15.** É vedada a cassação de direitos políticos, cuja perda ou suspensão só se dará nos casos de:

III - condenação criminal transitada em julgado, enquanto durarem seus efeitos;

## **Título VIII - Da Ordem Social**

### **Capítulo II - Da Seguridade Social**

**Artigo 194.** A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

### **Seção II – Da Saúde**

**Artigo 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.

**Artigo 197.** São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

- **Lei de Execução Penal nº. 7.210, de 11 de julho de 1984.**

**Artigo 1º.** A execução penal tem por objetivo efetivar as disposições de sentença ou decisão criminal e proporcionar condições para a harmônica integração social do condenado e do internado.

**Artigo 3º.** Ao condenado e ao internado serão assegurados todos os direitos não atingidos pela sentença ou pela lei.

**Artigo 8º.** O condenado ao cumprimento de pena privativa de liberdade, em regime fechado, será submetido a exame criminológico para a obtenção dos elementos necessários a uma adequada classificação e com vistas à individualização da execução.

**Artigo 10.** A assistência ao preso e ao internado é dever do Estado, objetivando prevenir o crime e orientar o retorno à convivência em sociedade.

**Parágrafo único.** A assistência estende-se ao egresso.

**Artigo 11.** A assistência será:

I - material;

II - à saúde;

III - jurídica;

IV - educacional;

V - social;

VI - religiosa.

**Artigo 12.** A assistência material ao preso e ao internado consistirá no fornecimento de alimentação, vestuário e instalações higiênicas.

**Artigo 13.** O estabelecimento disporá de instalações e serviços que atendam aos presos nas suas necessidades pessoais, além de locais destinados à venda de produtos e objetos permitidos e não fornecidos pela Administração.

**Artigo 14.** A assistência à saúde do preso e do internado de caráter preventivo e curativo compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico.

§ 1º - (Vetado).

§ 2º - Quando o estabelecimento penal não estiver aparelhado para prover a assistência médica necessária, esta será prestada em outro local, mediante autorização da direção do estabelecimento.

**Artigo 40.** Impõe-se a todas as autoridades o respeito à integridade física e moral dos condenados e dos presos provisórios.

**Artigo 41.** Constituem direitos do preso:

I - alimentação suficiente e vestuário;

V - proporcionalidade na distribuição do tempo para o trabalho, o descanso e a recreação;

VII - assistência material, à saúde, jurídica, educacional, social e religiosa;

XV - contato com o mundo exterior por meio de correspondência escrita, de leitura e de outros meios de informação que não comprometam a moral e os bons costumes.

**Artigo 82.** Os estabelecimentos penais destinam-se ao condenado, ao submetido à medida de segurança, ao preso provisório e ao egresso.

§ 1º - A mulher e o maior de sessenta anos, separadamente, serão recolhidos a estabelecimento próprio e adequados à sua condição pessoal.

§ 2º - O mesmo conjunto arquitetônico poderá abrigar estabelecimentos de destinação diversa, desde que devidamente isolados.

**Artigo 83.** O estabelecimento penal, conforme a sua natureza, deverá contar em suas dependências com áreas e serviços destinados a dar assistência, educação, trabalho, recreação e prática esportiva.

**Artigo 85.** O estabelecimento penal deverá ter lotação compatível com a sua estrutura e finalidade.

**Parágrafo único.** O Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária determinará o limite máximo de capacidade do estabelecimento, atendendo a sua natureza e peculiaridades.

**Artigo 87.** A penitenciária destina-se ao condenado à pena de reclusão, em regime fechado.

**Artigo 88.** O condenado será alojado em cela individual que conterà dormitório, aparelho sanitário e lavatório.

**Parágrafo único.** São requisitos básicos da unidade celular:

a) salubridade do ambiente pela concorrência dos fatores de aeração, insolação e condicionamento térmico adequado à existência humana;

b) área mínima de 6,00m<sup>2</sup> (seis metros quadrados).

**Artigo 89.** Além dos requisitos referidos no artigo anterior, a penitenciária de mulheres poderá ser dotada de seção para gestante e parturiente e de creche com a finalidade de assistir ao menor desamparado cuja responsável esteja presa.

**Artigo 120.** Os condenados que cumprem pena em regime fechado ou semi-aberto e os presos provisórios poderão obter permissão para sair do estabelecimento, mediante escolta, quando ocorrer um dos seguintes fatos:

II - necessidade de tratamento médico (parágrafo único do artigo 14).

- **Resoluções do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária – 1981 a 2007** (BRASIL, Ministério da Justiça, 2007):
  - **Resolução nº. 5, de 14/06/1994:** Recomenda quanto às prioridades para aplicação de recursos do Fundo Penitenciário Nacional (FUNPEN);
  - **Resolução nº. 14, de 11/11/1994:** Estabelece as Regras Mínimas para o Tratamento do Preso no Brasil;

- **Resolução nº. 16, de 12/12/1994:** Estabelece as Diretrizes para elaboração de Projetos e Construção de Unidades Penais no Brasil;
  - **Resolução nº. 1, de 20/03/1995:** Recomenda quanto à aplicação das Regras Mínimas para o Tratamento do Preso no Brasil;
  - **Resolução nº. 3, de 25/04/1995:** Fixa prioridades para aplicação dos recursos do Fundo Penitenciário Nacional (FUNPEN);
  - **Resolução nº. 5, de 19/07/1999:** Estabelece as Diretrizes Básicas da Política Criminal e Penitenciária;
  - **Resolução nº. 7, de 14/04/2003:** Estabelece Diretrizes Básicas para as Ações de Saúde nos Sistemas Penitenciários;
  - **Resolução nº. 3, de 04/05/2004:** Recomenda a adoção do Programa "De Volta Para Casa" do Ministério da Saúde;
  - **Resolução nº. 6, de 09/05/2006:** Estabelece padronização física da unidade de saúde nos estabelecimentos penais para atendimento de até 500 pessoas presas;
  - **Resolução nº. 7, de 09/05/2006:** Estabelece o Relatório de Inspeção de Estabelecimentos Penais;
  - **Resolução nº. 11, de 07/12/2006:** Estabelece Diretriz Básica para a detecção de casos de tuberculose entre ingressos no Sistema Penitenciário das Unidades da Federação.
- **Regras Mínimas para o Tratamento do Preso no Brasil** (BRASIL, Ministério da Justiça, 2007):

Estabelecidas pelo Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, através da Resolução nº. 14, de 11 de novembro de 1994.

### **Título I – Regras de Aplicação Geral**

**Artigo 1º.** As normas que se seguem obedecem aos princípios da Declaração Universal dos Direitos do Homem e daqueles inseridos nos Tratados, Convenções e regras internacionais de que o Brasil é signatário,

devendo ser aplicadas sem distinção de natureza racial, social, sexual, política, idiomática ou de qualquer outra ordem.

**Artigo 2º.** Impõe-se o respeito às crenças religiosas, aos cultos e aos preceitos morais do preso.

**Artigo 3º.** É assegurado ao preso o respeito à sua individualidade, integridade física e dignidade pessoal.

**Artigo 4º.** O preso terá o direito de ser chamado por seu nome.

**Artigo 5º.** Ninguém poderá ser admitido em estabelecimento prisional sem ordem legal de prisão.

**Parágrafo Único.** No local onde houver preso deverá existir registro em que constem os seguintes dados:

I – identificação;

II – motivo da prisão;

III – nome da autoridade que a determinou;

IV – antecedentes penais e penitenciários;

V – dia e hora do ingresso e da saída.

**Artigo 6º.** Os dados referidos no artigo anterior deverão ser imediatamente comunicados ao programa de Informatização do Sistema Penitenciário Nacional (INFOPEN), assegurando-se ao preso e à sua família o acesso a essas informações.

**Artigo 7º.** Presos pertencentes a categorias diversas devem ser alojados em diferentes estabelecimentos prisionais ou em suas seções, observadas características pessoais tais como: sexo, idade, situação judicial e legal, quantidade de pena a que foi condenado, regime de execução, natureza da prisão e o tratamento específico que lhe corresponda, atendendo ao princípio da individualização da pena.

**§ 1º.** As mulheres cumprirão pena em estabelecimentos próprios.

**§ 2º.** Serão asseguradas condições para que a presa possa permanecer com seus filhos durante o período de amamentação dos mesmos.

**Artigo 8º.** Salvo razões especiais, os presos deverão ser alojados individualmente.

§ 1º. Quando da utilização de dormitórios coletivos, estes deverão ser ocupados por presos cuidadosamente selecionados e reconhecidos como aptos a serem alojados nessas condições.

§ 2º. O preso disporá de cama individual provida de roupas, mantidas e mudadas correta e regularmente, a fim de assegurar condições básicas de limpeza e conforto.

**Artigo 9º.** Os locais destinados aos presos deverão satisfazer as exigências de higiene, de acordo com o clima, particularmente no que se refere à superfície mínima, volume de ar, calefação e ventilação.

**Artigo 10º.** O local onde os presos desenvolvam suas atividades deverá apresentar:

I – janelas amplas, dispostas de maneira a possibilitar circulação de ar fresco, haja ou não ventilação artificial, para que o preso possa ler e trabalhar com luz natural;

II – quando necessário, luz artificial suficiente, para que o preso possa trabalhar sem prejuízo da sua visão;

III – instalações sanitárias adequadas, para que o preso possa satisfazer suas necessidades naturais de forma higiênica e decente, preservada a sua privacidade.

IV – instalações condizentes, para que o preso possa tomar banho à temperatura adequada ao clima e com a freqüência que exigem os princípios básicos de higiene.

**Artigo 11.** Aos menores de 0 a 6 anos, filhos de preso, será garantido o atendimento em creches e em pré-escola.

**Artigo 12.** As roupas fornecidas pelos estabelecimentos prisionais devem ser apropriadas às condições climáticas.

**Artigo 13.** A administração do estabelecimento fornecerá água potável e alimentação aos presos.

**Parágrafo Único** – A alimentação será preparada de acordo com as normas de higiene e de dieta, controlada por nutricionista, devendo apresentar valor nutritivo suficiente para manutenção da saúde e do vigor físico do preso.

**Artigo 14.** O preso que não se ocupar de tarefa ao ar livre deverá dispor de, pelo menos, uma hora ao dia para realização de exercícios físicos adequados ao banho de sol.

**Artigo 15.** A assistência à saúde do preso, de caráter preventivo curativo, compreenderá atendimento médico, psicológico, farmacêutico e odontológico.

**Artigo 16.** Para assistência à saúde do preso, os estabelecimentos prisionais serão dotados de:

I – enfermaria com cama, material clínico, instrumental adequado a produtos farmacêuticos indispensáveis para internação médica ou odontológica de urgência;

II – dependência para observação psiquiátrica e cuidados toxicômanos;

III – unidade de isolamento para doenças infecto-contagiosas.

**Parágrafo Único** - Caso o estabelecimento prisional não esteja suficientemente aparelhado para prover assistência médica necessária ao doente, poderá ele ser transferido para unidade hospitalar apropriada.

**Artigo 17.** O estabelecimento prisional destinado a mulheres disporá de dependência dotada de material obstétrico, para atender à grávida, à parturiente e à convalescente sem condições de ser transferida a unidade hospitalar para tratamento apropriado, em caso de emergência.

**Artigo 18.** O médico, obrigatoriamente, examinará o preso, quando do seu ingresso no estabelecimento e, posteriormente, se necessário, para :

I – determinar a existência de enfermidade física ou mental, tomando para isso as medidas necessárias;

II – assegurar o isolamento de presos suspeitos de sofrerem doença infecto-contagiosa;

III – determinar a capacidade física de cada preso para o trabalho;

IV – assinalar as deficiências físicas e mentais que possam constituir um obstáculo para sua reinserção social.

**Artigo 19.** Ao médico cumpre velar pela saúde física e mental do preso, devendo realizar visitas diárias àqueles que necessitem.

**Artigo 20.** O médico informará ao diretor do estabelecimento se a saúde física ou mental do preso foi ou poderá vir a ser afetada pelas condições do regime prisional.

**Parágrafo Único** – Deve-se garantir a liberdade de contratar médico de confiança pessoal do preso ou de seus familiares, a fim de orientar e acompanhar seu tratamento.

**Artigo 24.** São proibidos, como sanções disciplinares, os castigos corporais, clausura em cela escura, sanções coletivas, bem como toda punição cruel, desumana, degradante e qualquer forma de tortura.

Como apresentado nos enunciados legais dos instrumentos internacionais e nacionais, é dever do Estado a tutela e garantia dos direitos sociais a quem está sob sua custódia em estabelecimentos penais.

Diante disso, podemos reafirmar a colocação feita no início deste capítulo, de que “a população que está reclusa em instituições prisionais faz-se sujeito de direito pelo avesso”.

A história brasileira mostra que, no país, o percurso de instituição dos direitos sociais ou da cidadania social não se deu na perspectiva do indivíduo cidadão, e sim na perspectiva da *existência cívica* definida pelo pertencimento corporativo.

A inclusão no mercado formal de trabalho representa, também, a inclusão no circuito legal da cidadania, já que a “carteira de trabalho assinada” é o que regula o

acesso a bens públicos e serviços sociais. É o que Santos (1987) denomina de cidadania regulada, e não uma condição inerente à cidadania.

O Estado getulista implementou essa *peculiar* noção de igualdade, entendida unicamente como *igual direito à proteção do Estado*, tendo como pressuposto a inclusão cívica. Conforme Telles (2006, p. 93):

Direitos que recriam desigualdades, pela sua vinculação profissional são também direitos que não se universalizam e sobrepõem às diferenças sociais uma outra clivagem que transforma em não-cidadãos os que escapam às regras do contrato (...) são os pobres, figura clássica da destituição.

Os pobres são os não iguais que não tiveram competência para lidar com as vicissitudes da vida e também nada fizeram para sair dessa situação, já que todos são livres e iguais para participar do mercado de trabalho e da vida social. Reitera-se, dessa forma, o estigma da pobreza pela evidência do fracasso.

Cabe a essas pessoas o espaço da assistência social, como sinônimo de assistencialismo, que, por sua vez, não se traduz na elaboração de políticas sociais (re)distributivas, emancipatórias, capazes de satisfazer necessidades humanas e concretizar direitos. Configura-se, na verdade, apenas como forma de “minorar” a situação e ajudar a sobreviver na pobreza.

Um aspecto importante dessa forma de fazer assistência é que ela acaba instituindo um tipo de “cidadania invertida”, na qual é preciso negar-se como cidadão para se ter acesso a ela. Ou, melhor dizendo, o acesso aos serviços se dá pela comprovação da exclusão: estar incapacitado para a vida social, os filhos estarem subnutridos e/ou fora da escola, etc. É preciso mostrar que o *infortúnio* é grande e, por isso, a *ajuda* torna-se necessária.

Esta é a matriz que orientou a política de proteção social até a década de 1980: a hierarquização no acesso a bens e serviços sociais, reiterada pela concepção tutelar de direitos, em vez da concepção igualitária, e a naturalização da pobreza. É importante lembrar que, com a naturalização da pobreza, dissolve-se a noção de *responsabilidade* pública de atuação.

A concepção igualitária de direitos se dá com a reformulação da proteção social brasileira. Apenas na década de 1980, com o processo de redemocratização

do país e a promulgação da Constituição Federal de 1988, é que essa concepção passou a fundamentar a reformulação do sistema de proteção social.

Conforme avaliação de Pereira (2002, p. 152),

Os conceitos de “direitos sociais”, “seguridade social”, “universalização”, “equidade”, “descentralização político-administrativa”, “controle democrático”, “mínimos sociais”, dentre outros, passaram, de fato, a construir categorias-chave norteadoras da constituição de um novo padrão de política social a ser adotado no país.

Esses avanços constitucionais que asseguram a realização dos direitos sociais a todos, pelo Estado, não foram consenso entre os conservadores e neoliberais. Para estes, o sistema de proteção social, baseado no modelo Keynesiano, foi o grande responsável pela crise econômica e fiscal do Estado, pois não haveria como arcar com o custo e despesas dos inúmeros e *ineficientes* serviços sociais e o crescente aumento da demanda a estes serviços.

Assim, a partir da década de 1990, conceitos como desregulamentação estatal, privatização dos serviços públicos, flexibilização das relações de trabalho e produção, passaram a ser categorias-chave na implementação da democracia neoliberal.

Tornou-se previsível, então, a principal decorrência do ideário e prática neoliberais no desmonte dos direitos de cidadania - a agudização da pobreza e da insegurança social.

As políticas de reajuste econômico e de redução dos gastos sociais tiveram, também, conseqüências negativas: a recessão, o desemprego em larga escala, a deterioração salarial, o “desmonte” dos serviços públicos e a exclusão ou desfiliação social.

Contraditoriamente, a resposta ao cenário de insegurança social decorrente da redução da proteção social (prioridade às políticas sociais residuais ou compensatórias) foi a instituição do “mais Estado penal”, ou a criminalização da miséria.

De acordo com afirmação de Wacquant (2001, p.7),

A penalidade neoliberal apresenta o seguinte paradoxo: pretende remediar com um “mais Estado” policial e penitenciário o “menos Estado” econômico e social que é a própria causa da escalada generalizada de insegurança

objetiva e subjetiva em todos os países, tanto do Primeiro como do Segundo Mundo.

A desfiliação social tem um caráter histórico e sua lógica tem que ser compreendida no contexto dos modos de produção da sociedade.

Na sociedade capitalista, de ideário e regulação neoliberal, o processo de exclusão é crescente. As liberdades individuais não garantem a inclusão na estrutura social, na sociedade salarial, como é definida por Castel (2005). Para o exercício da liberdade individual, dos direitos civis e políticos, é indispensável ter condições para tal. Sem a satisfação das necessidades humanas básicas e o acesso a serviços que garantam essa satisfação, é ilusório o princípio da liberdade. As desigualdades sociais não podem ser resolvidas por meio das forças livres do mercado, ou da liberdade individual ou de escolha.

A não satisfação das necessidades humanas básicas significa a negação de perspectivas de vida ou da própria vida; da participação social; da cidadania, implicando desfiliação social. A negação do acesso ao espaço público relaciona-se diretamente com as variáveis referentes à qualidade de vida, como educação, saúde, moradia, emprego, serviços sociais.

A falta de perspectivas de se inserir no processo social e de se colocar no mercado formal, associada à insuficiência dos mecanismos de proteção social, produz um contexto de insegurança e exclusão social.

Castel (2005) recupera a dimensão antropológica e histórica da constituição da sociedade salarial, para realizar a discussão das vulnerabilidades, garantias e direitos no desenvolvimento da sociedade, na relação com o trabalho. Seu objetivo é analisar a presença de indivíduos colocados em situação de flutuação na estrutura social.

O autor trabalha com a noção de desfiliação, ao invés da noção de exclusão. Para ele, a noção de exclusão é estática e demonstra um estado de privação. Já a noção de desfiliação reconstitui um percurso: desfiliado em relação a quê? Desfiliado, dissociado em relação a sua inserção na organização do trabalho, nos modos socialmente aceitos de pertencimento, no acesso a serviços de proteção social.

A ausência de participação em qualquer atividade produtiva e o isolamento relacional conjugam seus efeitos negativos para produzir a exclusão, ou melhor (...), a desfiliação (CASTEL, 2005, p.24).

Dessa forma, podemos dizer que o processo de desfiliação social imposto a grande parte da população faz com que a mesma seja titular apenas formal de direitos, já que a desfiliação se confronta diretamente com a concepção dos direitos sociais e da cidadania. Mas, se em função de um delito ou crime cometido as pessoas forem condenadas à privação de liberdade, aí sim, cabe ao Estado a proteção e garantia de seus direitos sociais. Ou, melhor dizendo, com o ingresso em uma instituição penal, repressiva, se dá também o ingresso no “circuito legal” da cidadania social – contraposta à civil e política.

## **CAPÍTULO II**

### **O SISTEMA PENITENCIÁRIO BRASILEIRO**

Este capítulo divide-se em duas partes. Na primeira analisamos as competências em nível federal e estadual, na elaboração de políticas para o sistema penitenciário brasileiro e na gestão dos estabelecimentos penais. Apresentamos também o perfil da população penitenciária e as condições carcerárias do país, por meio da análise de dados do Sistema de Informações Penitenciárias (INFOPEN) do Ministério da Justiça e dos relatórios sobre a situação do sistema carcerário brasileiro.

Percebemos que os instrumentos de repressão e o sistema penal ainda são utilizados muito mais como instrumentos de “dominação de classe”, do que para garantir os direitos do cidadão e as funções da execução penal. Em relação aos condenados pela lei, a desigualdade na aplicação do direito se faz notória: salvo casos excepcionais, só os marginalizados, os pobres, os que não podem arcar com as despesas de uma advocacia particular, ou simplesmente pagar uma fiança, ingressam e permanecem nos estabelecimentos penais, nos quais quase nunca se recolhem os agentes da criminalidade não convencional. O presidiário, muito mais do que a própria liberdade civil, perde - ao arrepio dos princípios essenciais do Estado Democrático de Direito - sua intimidade, sua privacidade, sua auto-estima, sua dignidade, sua identidade, sua segurança individual e social, num sistema penitenciário deplorável, no qual quase sempre é submetido a maus tratos, em celas superlotadas, imundas, escuras e com pouca ventilação.

Na segunda parte, apresentamos as diretrizes operacionais da política nacional de saúde, ou seja, do Sistema Único de Saúde (SUS), e a análise da política de saúde para o sistema penal.

A política de atenção à saúde à população penitenciária foi instituída pelo governo federal em setembro de 2003 e tem como objetivo apresentar diretrizes para a organização do acesso das pessoas reclusas em unidades prisionais, a ações e serviços do SUS. Ressaltamos o fato de que essa política representa a primeira iniciativa do governo federal (desde que o Brasil tornou-se uma república)

em elaborar uma política específica para o sistema prisional, por meio da ação conjunta entre dois ministérios: o da Saúde e o da Justiça.

Antecipamos que a implementação da referida política depende fundamentalmente da ação política das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e das Secretarias Estaduais de Justiça, como também da ação integrada entre as mesmas.

## 2.1 As Instituições Penais e a População Prisional

No Brasil, os estabelecimentos penais são administrados pelos governos estaduais. Cada um dos vinte e seis governos estaduais, assim como o governo do Distrito Federal, administra um conjunto de estabelecimentos penais com estruturas organizacionais distintas, polícias independentes e, em alguns casos, leis de execução penal suplementares.

Os estabelecimentos penais destinam-se ao alojamento de pessoas condenadas, em medida de segurança e recolhidas em caráter provisório. De acordo com a sua finalidade, estão classificados<sup>7</sup> como:

- **Penitenciárias ou Presídios:** destinados ao recolhimento de pessoas condenadas à pena privativa de liberdade em regime fechado.
- **Colônias Agrícolas, Industriais ou Similares:** destinadas a abrigar pessoas que cumprem pena em regime semi-aberto.
- **Casas do Albergado:** destinadas a abrigar pessoas que cumprem pena em regime aberto.
- **Centros de Observação Criminológica:** estabelecimento de regime fechado, onde devem ser realizados os exames gerais e criminológicos cujos resultados serão encaminhados às Comissões Técnicas de Classificação, as quais indicarão o tipo de estabelecimento e o tratamento adequado para cada pessoa presa.

---

<sup>7</sup> Conforme Conceituação e Classificação dos estabelecimentos penais, adotada pelo Departamento Penitenciário Nacional / Ministério da Justiça.

- **Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico:** destinados a abrigar pessoas submetidas a medidas de segurança.
- **Cadeias Públicas:** destinadas à reclusão de pessoas presas em caráter provisório.

Conforme apontamos, nas vinte e sete Unidades da Federação as Secretarias Estaduais de Justiça, ou congêneres<sup>8</sup>, possuem organizações distintas. Assim, em alguns estados os estabelecimentos penais destinados à reclusão de presos condenados e provisórios estão sob gestão das Secretarias de Justiça (ou congêneres). Em outros, apenas a gestão dos estabelecimentos penais destinados ao recolhimento de pessoas com condenação estão sob responsabilidade da Justiça, ficando as cadeias públicas destinadas ao recolhimento de presos provisórios sob a gestão das Secretarias de Segurança Pública.

Esse fato contribui para as dificuldades de alimentação de uma base de dados nacional sobre o sistema penitenciário brasileiro.

A alimentação do Sistema Nacional de Informações Penitenciárias (INFOPEN) é responsabilidade das unidades da federação. Existe, inclusive, a obrigatoriedade da informação condicionada a repasses de recursos do Fundo Penitenciário Nacional às Secretarias responsáveis pela gestão dos presos condenados. Dessa forma, quando os estabelecimentos penais destinados a reclusão de presos condenados e provisórios estão sob gestão de uma única secretaria, as informações pertinentes a essas duas categorias são alimentadas no INFOPEN.

Ao contrário, quando apenas a custódia dos presos provisórios está sob a gestão das Secretarias Estaduais de Segurança Pública, não há a uniformidade e nem a obrigatoriedade de alimentação do INFOPEN.

A primazia da autoridade estadual sobre presídios não significa a inexistência de uma gestão compartilhada com o Ministério da Justiça, no qual operam dois órgãos federais responsáveis pela política do sistema penitenciário

---

<sup>8</sup> Secretarias Estaduais de Administração Penitenciária, Defesa Social e Justiça, Cidadania e Direitos Humanos. As denominações dessas instituições variam nas unidades federadas do País.

brasileiro: o Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN) e o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCCP).

Os dois órgãos mencionados possuem áreas de atuação distintas e têm suas competências definidas na LEP<sup>9</sup>. O primeiro é primordialmente incumbido dos aspectos práticos, tais como o financiamento para construção de novos presídios e o apoio às atividades e programas de modernização e aprimoramento do sistema penitenciário; já o outro tem seu foco na orientação das políticas referentes à formação, implementação e avaliação de uma nova política criminal e penitenciária, a partir de periódicos acompanhamentos do sistema criminal, criminológico e penitenciário.

**O DEPEN** é o órgão executivo da Política Penitenciária Nacional e entre suas atribuições destacam-se:

- A coordenação nacional da Política Penitenciária.
- O acompanhamento e aplicação das normas da execução penal em todo o território nacional.
- A fiscalização periódica dos estabelecimentos e serviços penais.
- A assessoria técnica aos Estados e Distrito Federal na implantação de programas e serviços a serem garantidos na execução penal.
- O gerenciamento e a implementação do Sistema de Informações Penitenciárias (INFOPEN). Este sistema traz informações referentes aos estabelecimentos penais, seus recursos humanos, logísticos, financeiros, e sobre a população prisional.
- A construção, gestão e administração do Sistema Penitenciário Federal.

As atividades e programas de modernização e aprimoramento do Sistema Penitenciário são financiados com recursos do Fundo Penitenciário Nacional (FUNPEN), que é gerenciado pelo Departamento Penitenciário Nacional e foi criado pela Lei Complementar nº 79, de 07/01/1994.

Este fundo é constituído com recursos que possuem origem nas dotações orçamentárias da União; custas judiciais recolhidas em favor da União,

---

<sup>9</sup> Lei nº 7.210, de 11/07/1984, que institui a Lei de Execução Penal.

arrecadação dos concursos de prognósticos, recursos confiscados ou provenientes da alienação dos bens perdidos em favor da União Federal, multas decorrentes de sentenças penais condenatórias com trânsito em julgado, fianças quebradas ou perdidas, e rendimentos decorrentes da aplicação de seu patrimônio (INFOPEN, 2008, p. 7).

O DEPEN conta em sua estrutura com uma Direção-Geral e três Diretorias específicas: Diretoria Executiva, Diretoria do Sistema Penitenciário Federal e Diretoria de Políticas Penitenciárias. As Diretorias específicas subordinam-se a Direção Geral e cabe à Diretoria de Políticas Penitenciárias a elaboração de políticas que viabilizem o acesso das pessoas a ações e serviços de saúde, educação, profissionalização, assistência jurídica, entre outros.

**O Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária** é o primeiro dos órgãos da execução penal e subordina-se ao Ministro da Justiça. Foi instalado em junho de 1980 e tem como competências (Ministério da Justiça, 2004):

- Propor diretrizes da política criminal quanto à prevenção do delito, administração da Justiça Criminal e execução das penas de medidas de segurança.
- Promover a avaliação periódica do sistema criminal para a sua adequação às necessidades do País.
- Estimular e promover a pesquisa criminológica.
- Estabelecer os critérios para a elaboração da estatística criminal.
- Inspecionar e fiscalizar os estabelecimentos penais, bem como informar-se, mediante relatórios do Conselho Penitenciário, requisições, visitas ou outros meios, acerca do desenvolvimento da execução penal nos Estados, Territórios e Distrito Federal.
- Representar ao juiz da execução ou à autoridade administrativa para instauração de sindicância ou procedimento administrativo, em caso de violação das normas referentes à execução penal.

Esse Conselho é integrado por treze membros designados por ato do Ministro da Justiça, dentre professores e profissionais da Área do Direito Penal, Processual Penal, Penitenciário e Ciências Correlatas, bem como representantes da comunidade e dos Ministérios da Área Social.

## **Sobre a População Penitenciária**

Segundo dados do Sistema de Informações Penitenciárias de dezembro de 2007<sup>10</sup>, temos no Brasil 422.590 pessoas reclusas em 1.701 estabelecimentos penais. Destas, 396.760 (94%) são homens e 25.830 (6%) são mulheres. Esse universo contempla um quantitativo de 239.014 presos condenados, o que equivale a 57% da população total, e 183.576 presos provisórios, representando 43% da população reclusa, em sua maioria em cadeias públicas e instituições policiais.

Os presos condenados e provisórios estão distribuídos em estabelecimentos penais, assim dispostos: penitenciárias ou similares (442 unidades), colônias agrícolas, industriais ou similares (43 unidades), casas de albergados ou similares (45 unidades), centros de observação ou similares (13 unidades), cadeias públicas ou similares (1.124 unidades), hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico (27 unidades) e hospitais gerais (07 unidades).

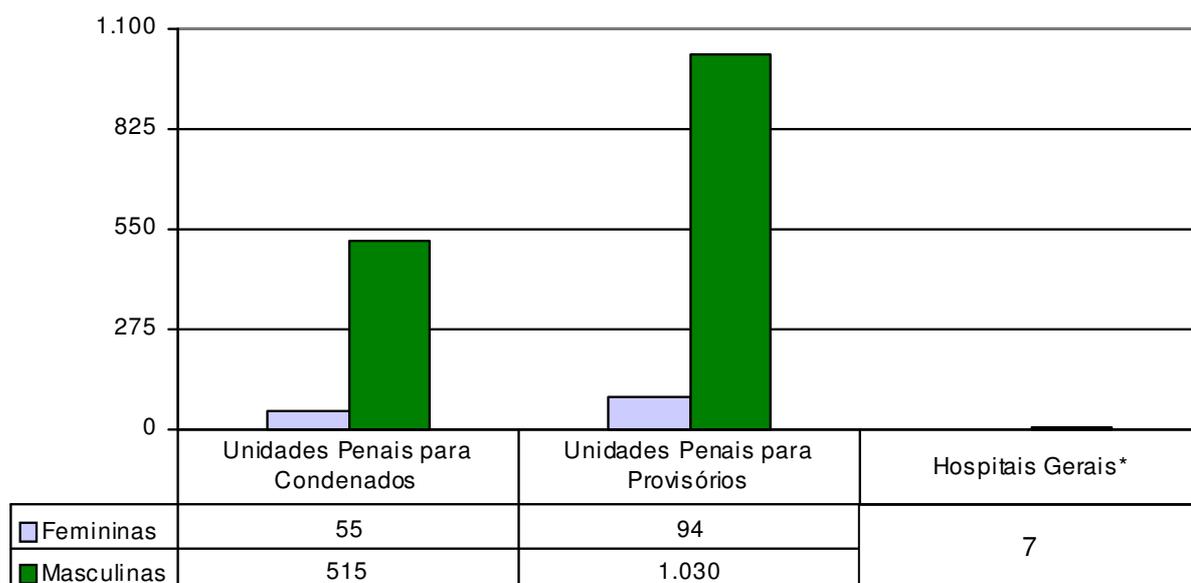
Esse número de estabelecimentos prisionais é insuficiente para a população penitenciária atual, constituindo um déficit superior a 147 mil vagas no sistema. O Brasil tem 275.194 vagas, para alojar 422.590 pessoas privadas de liberdade.

Do total de pessoas condenadas, 29% têm uma pena a cumprir de 4 a 8 anos de reclusão e 17% uma pena a cumprir de 8 até 20 anos de reclusão.

Evidencia-se o fato de essa população ser formada basicamente por jovens, homens e com nível básico de escolaridade. Mais da metade da população penitenciária tem menos de 30 anos (57% do total); apenas 18% participa de atividades laborais e “ao menos 7 em cada 10 que são soltos voltam para a prisão” (Síntese das Ações do DEPEN, 2007).

---

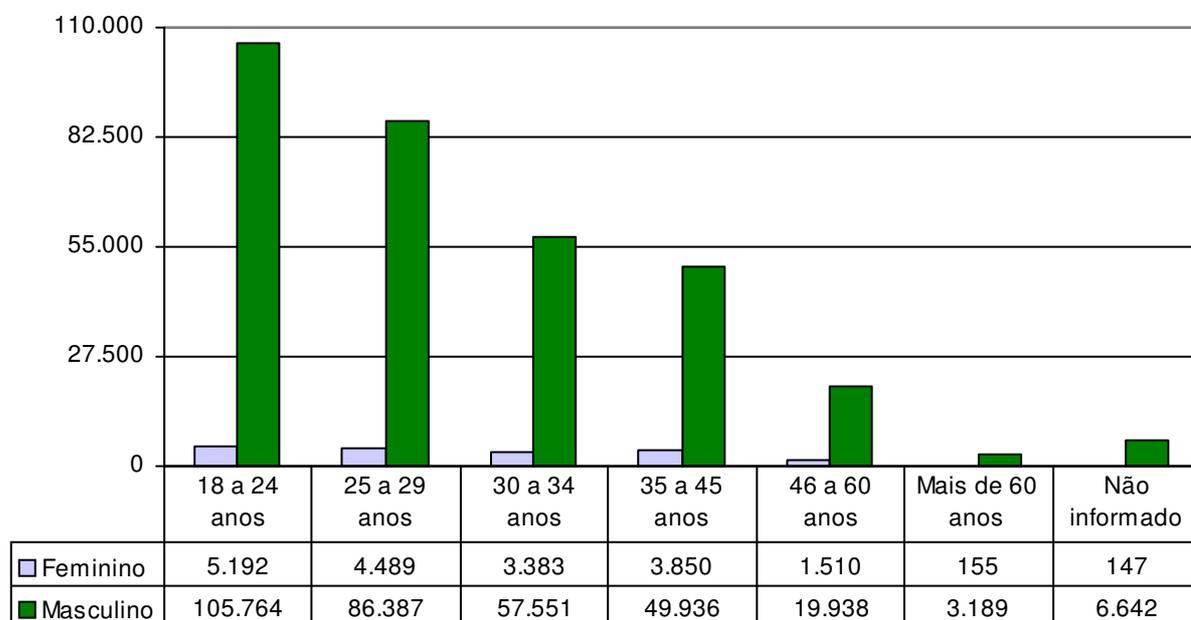
<sup>10</sup> A base de dados nacional do INFOPEN é atualizada duas vezes ao ano.



**Gráfico 1 - Unidades Penais**

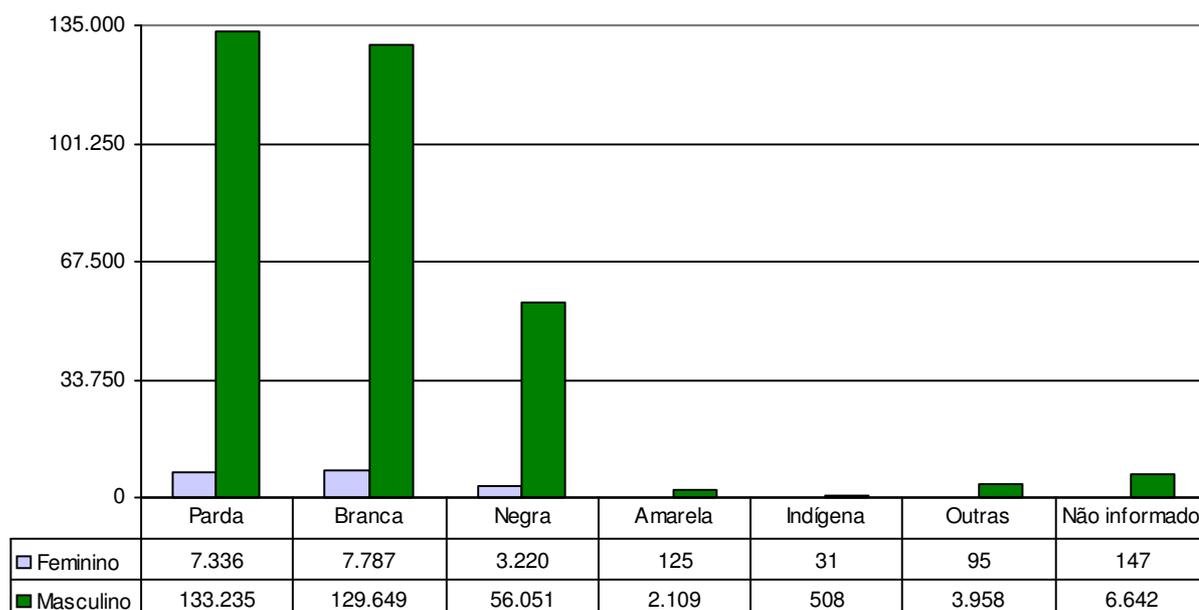
(\*) Destinam-se ao atendimento de homens ou mulheres, condenados e/ou provisórios.

Fonte: MJ / INFOPEN. Ref: dez/2007. Gráfico produzido pela autora.



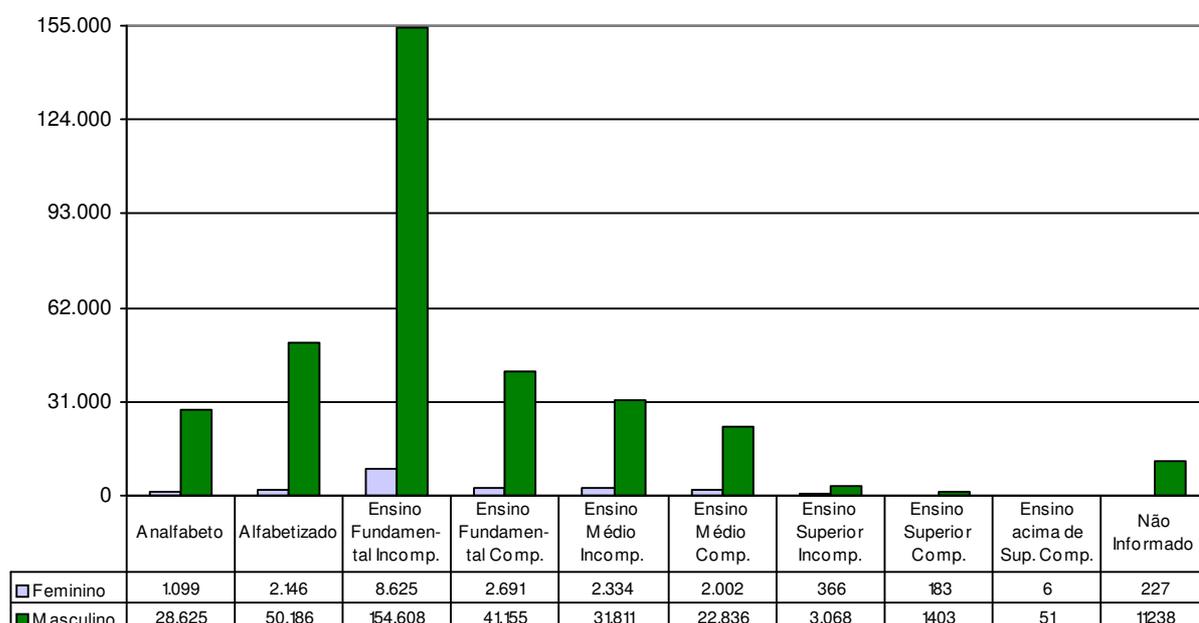
**Gráfico 2 - Quantidade de Presos por Faixa Etária**

Fonte: MJ / INFOPEN. Ref: dez/2007. Gráfico produzido pela autora.



**Gráfico 3 - Quantidade de Presos por Cor de Pele/Etnia**

Fonte: MJ / INFOPEN. Ref: dez/2007. Gráfico produzido pela autora.



**Gráfico 4 - Quantidade de Presos por Grau de Instrução**

Fonte: MJ / INFOPEN. Ref: dez/2007. Gráfico produzido pela autora.

Entre os crimes praticados, observa-se que 19% dos presos respondem por roubo qualificado, 14% por tráfico de entorpecentes, 8,5% por roubo simples, 7,4% por homicídio qualificado, 7,2% por furto qualificado e 6,3% por furto simples.

**Tabela 1 – Quantidade de Crimes Tentados / Consumados – Brasil, 2007**

Item	Masculino	Feminino	Total
Estupro (Cód. Penal – Art. 213)	9.754	-	9.754
Extorsão (Cód. Penal – Art. 158)	2.241	106	2.347
Extorsão Mediante Seqüestro (Cód. Penal – Art. 159)	1.471	160	1.631
Extorsão Mediante Seqüestro na Forma Qualificada (Cód. Penal – Art. 159 § 1º)	1.962	80	2.042
Extorsão Qualificada pela Morte (Cód. Penal – Art. 159 § 3º)	303	56	359
Epidemia com Resultado Morte (Cód. Penal – Art. 267)	4	0	4
Falsificação de Documentos / Uso de Documentos Falsos (Cód. Penal – Art. 297 / 304)	3.213	168	3.381
Falsificação, Corrupção, Adulteração ou Alteração de Produto para Fins Terapêuticos ou Medicinais (Cód. Penal – Art. 273)	79	4	83
<b>Furto Qualificado (Cód. Penal – Art. 155 § 4º e § 5º)</b>	<b>29.806</b>	<b>963</b>	<b>30.769</b>
<b>Furto Simples (Cód. Penal – Art. 155)</b>	<b>25.650</b>	<b>1.023</b>	<b>26.673</b>
Genocídio Tentado (Lei 2.889/56 – Art. 5º)	508	4	512
Genocídio Consumado (Lei 2.889/56 – Art. 1º)	22	7	29
<b>Homicídio Qualificado (Cód. Penal – Art. 121 § 2º)</b>	<b>30.544</b>	<b>907</b>	<b>31.451</b>
Homicídio Simples (Cód. Penal – Art. 121 Caput)	16.820	490	17.310
Latrocínio (Cód. Penal – Art. 157 § 3º)	12.835	423	13.258
Quadrilha ou Bando (Cód. Penal – Art. 288)	6.943	283	7.226
Receptação (Cód. Penal – Art. 180)	10.669	200	10.869
<b>Roubo Qualificado (Cód. Penal – Art. 157 § 2º)</b>	<b>82.596</b>	<b>1.230</b>	<b>83.826</b>
<b>Roubo Simples (Cód. Penal – Art. 157)</b>	<b>35.450</b>	<b>803</b>	<b>36.253</b>
Seqüestro (Cód. Penal – Art. 148)	1.115	57	1.172
Tortura (Lei 9.455/97 – Art. 1º)	368	27	395
<b>Tráfico de Entorpecentes (Lei 6368/76 – Art. 12)</b>	<b>54.976</b>	<b>7.518</b>	<b>62.494</b>
Tráfico Internacional de Entorpecentes (Lei 6368/76 – Art. 18, Inciso I)	2.634	366	3.000
Terrorismo (Lei 7/70/83 – Art. 20)	10	41	51
Outros Crimes	55.579	2.390	57.969

Fonte: MJ / INFOPEN. Ref. dez/2007. Tabela produzida pela autora.

Com o intuito de complementar as informações sobre a população prisional e as condições carcerárias, analisamos os relatórios das visitas de inspeções realizadas no sistema prisional. Os mesmos foram produzidos por instituições nacionais e internacionais que têm como objetivo contribuir na promoção e realização dos direitos sociais, entre outras ações, “fiscalizando” a atuação do Estado nessa realização; neste caso específico, a fiscalização recai na realização dos direitos que devem ser *garantidos* na execução penal. É importante destacar que as informações de todos os relatórios foram encaminhadas, por essas instituições, ao governo federal e aos governos estaduais, e foram também divulgadas em âmbito internacional.

A seguir apresentamos o que demonstram os relatórios sobre direitos humanos e o sistema penitenciário brasileiro.

Segundo o relatório **“O Brasil atrás das Grades”**<sup>11</sup> (1998), da organização não governamental Human Rights Watch (HRW), os abusos cometidos contra presos é uma das formas mais sérias e crônicas de violações dos direitos humanos no país. Vários estabelecimentos prisionais mantêm entre duas e cinco vezes mais presos do que suas capacidades comportam. Na maioria das prisões, a distribuição do espaço é relativamente irregular, de forma que o pior da superlotação recai desproporcionalmente sobre certos presos. No geral, presos que são mais pobres mais fracos e menos influentes tendem a viver em acomodações menos habitáveis.

O relatório **“Uma amostra da realidade prisional brasileira”** (2000), fruto das visitas ao sistema penal, realizadas na 2ª Caravana Nacional de Direitos Humanos, pela Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados, informa que:

No Ceará, no II Distrito Policial de Aldeota,

As celas são imundas de tal forma que o odor fétido que exalam pode ser sentido ainda no pátio interno do distrito policial. Todas elas são escuras e sem ventilação (...) no chão, em meio à sujeira e ao lixo, transitavam com desenvoltura dezenas de baratas (...) a nenhum deles (presos) é permitido que tenha acesso, mesmo que restrito, a qualquer área aberta. (2002, p. 21-22).

---

<sup>11</sup> Human Rights Watch (HRW) “O Brasil atrás das grades”, 1998.

### Em Pernambuco, no Presídio Barreto Campelo,

(...) a miséria confunde-se com a delinqüência. Há exemplos impressionantes que o confirmam de maneira eloqüente: Genílson Lima da Silva tem apenas 20 anos. Foi condenado, por conta de um assalto, a 4 anos de prisão em regime semi-aberto. Já cumpriu quase a metade da pena em regime fechado e poderia alcançar a liberdade se tivesse um advogado. (...) Capacidade do presídio – 370 presos, lotação – 1.032 presos. (idem, p. 35).

### No Rio de Janeiro, no Presídio Evaristo de Moraes,

Imaginem um enorme ginásio, velho (...). Imagine, agora, que nesse espaço se resolveu construir um “presídio” e que ali foram encarceradas 1.500 pessoas, cuja média de idade é de 20 anos (...) as celas não possuem teto uma vez que suas paredes possuem dois metros de altura (...) agora, povoem a cobertura do ginásio com centenas de pombos que defecam 24 horas por dia na cabeça dos presos (...). Fossem só os pombos, mas há os ratos. Muitos. (idem, p. 50).

### Em São Paulo, na Penitenciária Feminina do Butantan,

Casos de espancamento e de violência sexual foram descritos. Segundo as presas, uma interna teria engravidado de um estupro praticado por agente (...) uma detenta relatou ter sido pisoteada pelo mesmo agente no interior da C.I. Seus dedos e especialmente suas unhas estavam fortemente marcadas. (idem, p. 68).

### O “Segundo Relatório Nacional sobre os Direitos Humanos no Brasil”

(2002) traz, entre outras, informações sobre o sistema penitenciário em cada unidade da federação. Conforme suas informações, no estado do Rio Grande do Sul,

Os presídios são superlotados. Os presos não têm assistência jurídica. As condições de habitabilidade são péssimas, com celas sem luz ou ventilação, muitas vezes úmidas e escuras. As visitas são obrigadas a se desnudar e passar por revistas íntimas (2002, p.265).

### Em Rondônia,

Rebeliões e tentativas de fugas aconteceram constantemente no presídio Urso Branco, no qual eram mantidos presos provisórios e condenados, sem atendimento médico, assistência jurídica e o mínimo respeito aos seus direitos. Não havia nem mesmo registro oficial da população carcerária, que superava em duas vezes a capacidade do presídio (idem, p.75).

### No Paraná,

Em uma das celas, havia um preso com problemas mentais, que estava sendo mantido no isolamento há sete anos, sem receber visitas, sem sair

para tomar sol, tendo deixado a cela apenas algumas vezes para ir ao médico. Segundo o relatório, o preso havia sido 'esquecido' na cela (idem, p.257).

Em São Paulo,

Os resultados do censo mostram que a grande maioria dos presos não concluiu o ensino fundamental e que a proporção dos afro-descendentes é maior na população encarcerada do que na população total do estado (idem, p. 236).

Segundo o **Relatório Anual da Anistia Internacional**<sup>12</sup> (2005), referente às condições nas prisões brasileiras, a superlotação, as más condições sanitárias e a falta de instalações de saúde contribuíram para a ocorrência de rebeliões e o aumento das relações de violência entre os presos. No centro de detenção preventiva da Polinter, no Rio de Janeiro, 1.500 detentos estavam detidos num espaço destinado a apenas 250, ou seja, uma média de 90 homens numa cela de 3x4 metros.

Conforme relatório sobre a “**Situação do Sistema Prisional Brasileiro**” (2006), fruto da avaliação em 17 estados, é comum nas instituições prisionais o cerceamento das liberdades positivas junto com as negativas. A suspensão dos direitos individuais, civis e políticos, como consequência da sentença de privação de liberdade, muitas vezes se traduz na privação dos direitos sociais, que não estão em questão. Que o digam a superlotação dos presídios; a ociosidade dos presos; a falta de assistência jurídica e de informação sobre os processos; a falta de água e alimentação; a falta de assistência médica. Isso sem falar do abuso de autoridade e da prática de tortura que exorbitam a sentença de privação de liberdade civil.

O **Relatório sobre mulheres encarceradas no Brasil**<sup>13</sup> (2007) revela que, na prática, não se verifica a construção de unidades prisionais específicas para mulheres, as quais devem levar em consideração as particularidades femininas e os direitos humanos. É comum a omissão do Estado no cumprimento de seus deveres na custódia das mulheres e, assim, a quase inexistência de serviços penais nas unidades femininas. São poucas as unidades femininas que contam com serviços de

---

<sup>12</sup> Relatório Anual da Anistia Internacional, referente ao ano de 2005 e as condições nas prisões do Brasil. Divulgado em Londres e disponível no site: <http://www.br.amnesty.org/>.

<sup>13</sup> Relatório sobre mulheres encarceradas no Brasil, de fevereiro de 2007. Organizado pelo Centro pela Justiça e pelo Direito Internacional (CEJIL) e pelas entidades que constituem o Grupo de Estudos e Trabalho “Mulheres Encarceradas”, foi apresentado em 2007 à Comissão Interamericana de Direitos Humanos.

saúde e a falta de escolta policial é o maior obstáculo para o acesso desse segmento a serviços ambulatoriais e hospitalares da rede pública. “As mulheres encarceradas também são submetidas à recorrente violência sexual, praticada por funcionários das próprias unidades prisionais e por presos masculinos em cadeias mistas” (2007, p. 24).

Apesar de todo instrumental legal, condizente com os avanços democráticos do país - ou do processo de consolidação da democracia em curso, a partir da Constituição de 1988, bem como dos instrumentos de regulação da ordem internacional, referentes ao respeito e à promoção aos direitos humanos, dos quais o Brasil é signatário - as condições carcerárias no país são péssimas: demonstram o descumprimento do Estado no seu dever de custódia e garantia aos direitos das pessoas presas.

A grave situação em que se encontram as pessoas privadas de liberdade reflete-se na superlotação dos estabelecimentos prisionais, nas precárias condições de habitabilidade, na insuficiência de programas e políticas de reinserção social e na existência de casos de tortura e maus tratos, conforme mostram os dados sobre o sistema penitenciário.

Esse quadro de negação dos direitos de cidadania ou da proteção social a que as pessoas reclusas têm direito, a começar pelas condições carcerárias e pela ausência de serviços sociais na maioria das unidades prisionais, é o reflexo da ausência ou ineficiência das políticas públicas adotadas para o sistema prisional.

É importante registrar que é notória a insuficiência de informações sobre o sistema penitenciário, em nível federal e estadual, e que a implementação de uma base de dados consistentes sobre o sistema penitenciário é um dos desafios colocado à gestão federal e às gestões estaduais. Em nível federal, até os dias de hoje foram realizados apenas três censos penitenciários - em 1993, 1994 e 1995 - pelo Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. O INFOPEN foi lançado em 2003, mas a sua implantação e alimentação em todas as unidades federadas são recentes: tiveram início apenas em setembro de 2005, quando o mesmo foi reestruturado. Apesar da iniciativa de organizações sociais, internacionais e do Congresso Nacional em apresentar dados sobre a realidade nacional do sistema carcerário, também são poucos os relatórios institucionais sobre essa realidade.

A positivação dos direitos das pessoas presas de satisfazerem suas necessidades básicas por meio do acesso aos serviços públicos está garantida legalmente. Contudo, o que não está garantido é a concretização desses direitos.

A implantação de políticas públicas que possibilitem a satisfação das necessidades humanas implica articulações entre esferas do governo, intersetorial e entre o Estado e a sociedade. Implica, ainda, romper com o “modelo” atual de custódia, no qual o imperativo da segurança interna se sobrepõe à garantia de acesso às políticas sociais previstas na execução penal.

Como resposta a esse cenário de desassistência, e assumindo a sua responsabilidade em garantir a realização do direito à saúde a todas as pessoas, o governo federal instituiu, em 2003, a Política de Atenção à Saúde à População Penitenciária, a ser operacionalizada por estados e municípios.

Essa política foi instituída por meio da Portaria Interministerial nº 1.777/03, dos Ministérios da Saúde e da Justiça, tendo como objetivo estabelecer diretrizes para a organização do acesso da população prisional a ações e serviços de atenção à saúde.

Dessa forma, para que o direito à saúde se efetive para a população prisional, torna-se necessário que, no processo de organização do SUS, ou dos sistemas e serviços de saúde, sejam consideradas as necessidades e particularidades desse grupo específico. Como afirma Telles (2006, p. 100), “a igualdade é precisamente posta à prova no reconhecimento – de fato e de direito – da diferença do outro”.

Na próxima seção deste capítulo, passaremos à análise dos princípios e diretrizes organizativas do SUS e da política nacional de saúde para o sistema prisional.

## **2.2 O SUS e a Política de Saúde para o Sistema Penitenciário**

Assumir a existência de necessidades humanas básicas é o passo fundamental para a positivação dos direitos sociais e para a atuação pública.

Tanto a satisfação da saúde física como da autonomia das pessoas dependem da ação pública e da práxis humana. A saúde é um direito que se estrutura não só como reconhecimento do direito à vida, mas como direito à autonomia e participação em sociedade.

A obrigação pública, o reconhecimento do dever do Estado na garantia e na operacionalização dos direitos sociais, por meio de políticas sociais, é elemento fundamental de uma sociedade democrática de direito.

A Constituição Federal de 1988 representa um avanço e uma conquista da sociedade em relação aos direitos de cidadania. Conceitos como universalidade, equidade, justiça social, descentralização, participação e controle social estão presentes no texto constitucional, orientando a realização dos direitos dos cidadãos e também dos deveres do Estado.

A Proteção Social, expressa sob o conceito de seguridade social, é composta por três políticas sociais: Saúde, Assistência Social e Previdência Social, consideradas instrumentos imprescindíveis à concretização de direitos e pautadas pelo princípio da universalização.

A Seguridade Social é financiada mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. As políticas de Saúde e Assistência Social são de caráter distributivo, enquanto que a Previdência Social é de caráter contributivo.

No âmbito da saúde, a Constituição, em seus artigos 196 e 198, diz que “a saúde é direito de todos e dever do Estado (...)” e que “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único (...)”. O fato de a saúde ser elevada à condição de direito do cidadão e dever do Estado representa a positivação do direito à saúde, ou a obrigação pública, e o reconhecimento da mesma como necessidade social objetiva e universal.

Essa mudança de paradigma político e jurídico na área da saúde - que se afirma como política social pública, com garantias de acesso universal, qualidade e integralidade - não se deu, conforme Pereira (2007, p. 33), “por cima ou por fora dos conflitos de classe”.

Na década de 1980 evidencia-se a crise decorrente do modelo institucional do Sistema de Saúde do País. O modelo vigente desde a década de 1950 seguia

um padrão “dual” na prestação da Assistência à saúde, distinguindo a “saúde pública”, de caráter sanitário e preventivo, da “medicina previdenciária”, de caráter individual e curativo.

O Sistema Nacional de Saúde, instituído em 1975 por meio da Lei nº 6.229/75, reforçava essa divisão entre “ações coletivas” e “ações individuais”. As ações de caráter preventivo e sanitário estavam a cargo do Ministério da Saúde, e as ações individuais e curativas a cargo do Ministério da Previdência e Assistência Social.

A saúde pública realizada pelo Ministério da Saúde beneficiava todas as pessoas e compreendia as ações de vigilância sanitária, controle de endemias e controle de doenças transmissíveis.

No âmbito do setor público, a assistência médico-hospitalar era disponibilizada apenas aos segurados do Sistema de Previdência Social, integrados ao mercado formal de trabalho. Ao restante da população, os não previdenciários, o acesso à assistência à saúde era bastante restrito, limitado às ações dos poucos hospitais públicos e das instituições de caráter filantrópico. Cabe registrar, também, que, para os ricos, existia a oferta do setor privado e, para um grupo seletivo de assalariados e classes médias, os planos de saúde.

Esse modelo institucional reforçava a exclusão e a desigualdade social, ao negar o acesso aos serviços de saúde a quem estava à margem do mercado de trabalho. Ou seja, “institucionalizava” a forma de “cidadania regulada”, na qual, para se ter acesso a serviços públicos, dever-se-ia ter a “carteira assinada”. Conforme Santos,

Por cidadania regulada entendo o conceito de cidadania cujas raízes encontram-se, não em um código de valores políticos, mas em um sistema de estratificação ocupacional, e que, ademais, tal sistema de estratificação é definido por norma legal. Em outras palavras, são cidadãos todos aqueles membros da comunidade que se encontram localizados em qualquer uma das **ocupações reconhecidas e definidas em lei** (SANTOS, 1987, p. 68).

Nesse contexto, de crise da política de saúde, caracterizada por desarticulação dos serviços existentes e regulação do acesso apenas para uma parcela da população, surge o movimento sanitário do qual fazem parte atores que propunham outro modelo de atenção à saúde, por meio de um sistema público e universal.

O movimento sanitário foi, na verdade, o movimento de politização da saúde, articulando profissionais desse campo, movimentos sociais, universidades, instituições de saúde e parlamentares. Pode-se dizer que toda a articulação do movimento da reforma sanitária se deu “por fora e por dentro” do espaço institucional.

Nas décadas de 1970 e 1980, começaram a surgir no país as primeiras experiências de municipalização da saúde e de medicina comunitária. Essa nova construção foi coordenada por grupos de intelectuais localizados em espaços institucionais e acadêmicos, nos quais se difundiu e fortaleceu o movimento de reforma sanitária.

Em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde, foram lançadas as bases doutrinárias de um novo sistema público de saúde. Os trabalhos técnicos, frutos dessa Conferência, foram desenvolvidos pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária e embasaram a elaboração da Seção da Saúde, da Constituição de 1988. Dessa forma, foram incorporados à Constituição os princípios: saúde enquanto direito da cidadania; universalidade do acesso, integralidade da atenção, descentralização e participação social, demandados pelo movimento sanitário.

O Sistema Único de Saúde, previsto na Constituição Federal vigente, é regulamentado por duas Leis Orgânicas:

- Lei nº 8.080, de 19/09/1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”; e
- Lei nº 8.142, de 28/12/1990, que “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde”.

A partir das definições legais enunciadas na Constituição Federal e nas Leis Orgânicas de Saúde, teve início o processo de implantação do SUS pelos governos federal, estaduais e municipais, e de forma pactuada entre as três esferas de gestão.

O processo de implementação do SUS é orientado por Normas Operacionais, instituídas por Portarias do Ministro de Estado da Saúde. Essas

Normas definem as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que as várias esferas governamentais possam assumir suas responsabilidades no SUS. Cabe ressaltar que as referidas normas são elaboradas de forma compartilhada entre o Ministério da Saúde e os representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

Todas as decisões sobre o processo de descentralização e implementação do SUS são negociadas e aprovadas em Comissões Intergestoras. No âmbito nacional, funciona a Comissão Intergestora Tripartite (CIT), integrada paritariamente por representantes do Ministério da Saúde, do CONASS e do CONASEMS; no âmbito estadual, funciona a Comissão Intergestora Bipartite (CIB), integrada paritariamente por representantes da Secretaria Estadual de Saúde e do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS).

As responsabilidades com a gestão e o financiamento do SUS são compartilhadas pelos três níveis de governo. A Emenda Constitucional nº 29, de setembro de 2000, determina a vinculação de receitas dos três níveis para o SUS.

Desde o início do processo de implantação do SUS, foram publicadas quatro Normas Operacionais: três Normas Operacionais Básicas (NOB/SUS 01/91, NOB/SUS 01/93 e NOB/SUS 01/96) e uma Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/SUS 01/02). Recentemente foi aprovado o Pacto pela Saúde – Consolidação do Sistema Único de Saúde, publicado em fevereiro de 2006, que se encontra em processo de adesão por estados e municípios, por meio dos Termos de Compromisso de Gestão.

O Pacto pela Saúde é um acordo interfederativo que possui três dimensões: O Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão:

O Pacto pela Vida estabelece um conjunto de compromissos sanitários, considerados prioritários, pactuado de forma tripartite, a ser implementado por cada ente federado. Esses compromissos deverão ser efetivados pela rede do SUS, de forma a garantir o alcance das metas pactuadas (Ministério da Saúde, 2006).

O Pacto em Defesa do SUS expressa os compromissos entre os gestores do SUS com a consolidação do processo da Reforma Sanitária brasileira e desenvolve e articula ações que visam a qualificar e assegurar o SUS como política pública (Ministério da Saúde, 2006).

O Pacto de Gestão do SUS valoriza a relação solidária entre gestores, definindo as diretrizes e responsabilidades, em cada eixo de ação: descentralização; regionalização; financiamento do SUS; planejamento no SUS; Programação Pactuada e Integrada (PPI); regulação da atenção à saúde e regulação assistencial; participação e controle social; gestão do trabalho na saúde e educação na saúde (Ministério da Saúde, 2006).

O SUS é um processo em construção, orientado por diretrizes organizativas e princípios doutrinários embasados nos direitos de cidadania. Essa permanente construção implica a substituição do modelo anterior à Constituição de 1988, que não partia dos direitos universais de cidadania, mas da “cidadania regulada” ou dos direitos à parcela da população integrada no mercado formal de trabalho. A mudança do modelo assistencial se dá legalmente com o SUS, mas, na prática, acontece apenas parcialmente, pois existem ainda sistemas e práticas de saúde que reforçam a lógica do modelo anterior.

Relacionamos, a seguir, avanços do SUS nos seus 20 anos de implantação e também os compromissos (desafios) reafirmados pelo Conselho Nacional de Saúde e pelas disposições da 11<sup>a</sup> e 12<sup>a</sup> Conferências Nacionais de Saúde.

#### Avanços:

- Universalidade do acesso e, conseqüentemente, fim da distinção que havia no sistema público de saúde, entre os incluídos e os não incluídos economicamente.
- Descentralização da gestão (estadualização e municipalização) com a criação de fóruns de pactuação – Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite.
- Implantação e funcionamento de Conselhos de Saúde em todos os Estados, no Distrito Federal e nos Municípios.
- Criação dos Fundos de Saúde Nacional, Estaduais e Municipais.
- Aumento da cobertura dos serviços em todos os níveis de complexidade, principalmente os de Atenção Básica.
- Fortalecimento da Atenção Básica, abrindo mais um espaço de mudança do modelo de gestão e possibilitando passar do atendimento de demanda para o atendimento por responsabilidade sanitária.

- Aumento da produção anual de serviços de saúde: 12 milhões de internações hospitalares, mais de 1 bilhão de procedimentos em atenção primária à saúde, 150 milhões de consultas médicas; 2 milhões de partos, 300 milhões de exames laboratoriais, 1 milhão de tomografias computadorizadas, 9 milhões de exames de ultra-sonografia, 140 milhões de doses de vacina, mais de 15 mil transplantes de órgãos, entre outros (CONASS, 2007).
- Ampliação da cobertura vacinal.
- Ampliação da cobertura às gestantes e à infância.
- Instituição, em 1997, do Sistema Nacional de Transplantes, maior programa de transplantes de órgãos do mundo.
- Criação do Programa de Controle do HIV/AIDS, de referência internacional tanto no tratamento quanto na prevenção da síndrome.

Os avanços apresentados expressam as mudanças no Sistema de Saúde, a partir de 1988, e indicam que a construção do SUS é um processo positivo em andamento, apesar de todas as dificuldades relacionadas ao acesso, à qualificação da atenção à saúde e às conjunturas políticas e econômicas que envolvem a sua construção.

Os compromissos com o fortalecimento do SUS devem ser entendidos como desafios à estruturação do novo modelo de atenção à saúde que perpassam as três esferas de gestão.

#### Compromissos / Desafios:

- A construção da equidade, que envolve: a implantação de ações e serviços priorizados em função de situações de risco e das condições de vida e de saúde de determinados indivíduos ou grupos da população; a necessidade de recursos para investimentos e para fixação de profissionais qualificados; a análise das desigualdades no âmbito de cada Estado, município, região e micro-territórios; e a intersetorialidade entre a política de saúde com as demais políticas sociais públicas.

- A qualificação permanente da gestão, por meio de processos de formação para gestores e equipes técnicas das Secretarias de saúde e do Ministério da saúde.
- Os reflexos da era tecnológica na área sanitária e, em consequência, os complexos problemas no campo da ética, da moral e do direito, a exemplo das pesquisas com células-tronco embrionárias.
- O planejamento e a oferta de serviços coerentes com as necessidades e prioridades de saúde da população, com as realidades e especificidades regionais e microrregionais e com os critérios epidemiológicos e sociais.
- A melhoria da qualidade da atenção prestada.
- A efetivação da atenção básica e o aumento de sua resolutividade, não apenas para garantir o acesso universal ao primeiro nível atenção, mas, também, a articulação e integração com os serviços de maior complexidade, vindo a ser a “porta de entrada” principal do Sistema.
- O apoio à estruturação das redes integradas de atenção à saúde, como estratégia de regionalização e de relação federativa, para garantia de acesso aos serviços de média e alta complexidade.
- O equacionamento da situação de sub-financiamento do SUS, envolvendo a regulamentação da legislação existente (Emenda Constitucional nº 29) e a inserção adequada e estável da saúde no sistema tributário brasileiro.
- A implementação da política de recursos humanos para o SUS, com contratação por meio de concurso público, centrada na profissionalização, na multiprofissionalidade e no aprimoramento continuado.
- As informações relativas à saúde para a gestão, capacitação de recursos humanos e controle social.
- O fortalecimento, aprimoramento e qualificação dos mecanismos de participação social.

Como indicamos, são inegáveis os avanços do SUS nos seus 20 anos de implantação, e os desafios presentes mostram a necessidade de reafirmação de seus princípios - universalidade, equidade e integralidade da atenção.

Entre todos os desafios à efetivação do SUS, um tem *precedência* sobre os demais, pelo fato de “pôr à prova” o princípio da universalidade: *a construção da equidade*.

A equidade pode ser definida como a correção de desequilíbrios na distribuição da política ou a busca da *igualdade* na assistência à saúde, com ações e serviços priorizados em função de situações de risco, das condições de vida e de saúde de determinados indivíduos e grupos da população.

As condições econômicas, sociais e culturais, que são determinantes e determinadas pelo modo de vida das pessoas de diferentes classes sociais, têm que ser consideradas no processo de construção das políticas de saúde. O reconhecimento dessas condições e, por decorrência, das diferenças das pessoas reclusas em instituições prisionais repercute na variabilidade da evolução dos problemas individuais ou coletivos de saúde e, conseqüentemente, nas próprias relações sociais.

Posicionando-se a esse respeito, afirma Pereira (2002, p. 42): “Num país onde imperam profundas e seculares desigualdades, o tratamento apenas igualitário, subjacente ao princípio da universalização, acabaria por manter e perpetuar as desigualdades prevalentes”.

Os grupos populacionais privados de liberdade tendem, em toda parte, a requerer mais assistência do que a população como um todo. E os presídios não apenas mantêm uma grande proporção de pessoas com maior risco de adoecimento, mas também o próprio ambiente prisional contribui para a proliferação de doenças. Fatores como condições de encarceramento, celas superlotadas com presos em contato físico contínuo, violências e abuso físico favorecem a alta incidência de problemas de saúde entre os presos.

Há, nesse contexto,

uma ordem de significações culturais mais abrangentes que informa o olhar lançado sobre o corpo que adoece e morre. A linguagem da doença não é, em primeiro lugar, linguagem em relação ao corpo, mas à sociedade e às relações sociais”. (MINAYO, 1998, 77).

Assim, a implementação da política de saúde para a população prisional tem o desafio de modificar a distribuição desigual de bens e serviços de saúde, ou seja, o acesso à saúde entre a população.

Tendo isso em mente, apresentamos a seguir as diretrizes dessa política e sua contribuição para realização do direito à saúde nas prisões.

### **Política Nacional de Atenção à Saúde à População Penitenciária**

Marco jurídico:

- Constituição Federal de 1988, 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”.
- Lei 8.080, de 19/09/1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”.
- Lei 8.142, de 28/12/1990, que “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde, e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde”.
- Lei 7.210, de 11/07/1984, que institui a Lei de Execução Penal e estabelece (Art. 10, 11 e 14) que é dever do Estado prestar assistência à saúde de caráter preventivo e curativo, aos presos e egressos do Sistema Penitenciário Brasileiro.

A elaboração da Política de Atenção à Saúde à População Penitenciária foi um processo coletivo, coordenado pelo Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde. Desse processo participaram diversos setores dos Ministérios da Saúde e da Justiça e representantes dos seguintes Conselhos: Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde; Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Justiça e Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária.

A Política de Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário foi instituída através da Portaria Interministerial (Ministério da Saúde e da Justiça) nº 1.777, de 09/09/2003, com o objetivo “de prover a atenção integral à saúde da população

prisional e apontar um eixo orientador para a organização do modelo de atenção à saúde”.

Conforme as orientações legais do SUS, essa Portaria foi aprovada na Comissão Intergestores Tripartite, no Conselho Nacional de Saúde, na 12ª Conferência Nacional de Saúde e no Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária.

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário apresenta as seguintes diretrizes estratégicas:

- Prestar assistência integral, resolutiva, contínua e de boa qualidade à população penitenciária, de acordo com as suas necessidades de saúde.
- Contribuir para o controle e/ou redução dos agravos mais freqüentes que acometem a população penitenciária.
- Definir e implementar ações e serviços consoantes com os princípios e diretrizes do SUS.
- Proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais.
- Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde.
- Provocar o reconhecimento da saúde como um direito da cidadania.
- Estimular o efetivo exercício do controle social.

O referido Plano tem, como beneficiária, a população penitenciária brasileira reclusa em unidades prisionais (presídios, penitenciárias, hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, centros de detenção provisória e colônias penais agrícolas e agroindustriais) femininas, masculinas e psiquiátricas, das 27 unidades da Federação.

Cabe registrar que a Política de Saúde para o Sistema Penitenciário *inclui* as cadeias públicas ou centros de detenção provisória que estão vinculados ao Sistema Penitenciário, sob gestão das Secretarias Estaduais de Justiça (ou congêneres) e

que possuem estrutura física para a organização do serviço de saúde. Entretanto, *não inclui* as cadeias públicas vinculadas às Secretarias Estaduais de Segurança Pública. Essas cadeias são destinadas ao abrigo de pessoas em caráter provisório e não possuem estrutura física para a organização dos serviços de assistência previstos na LEP. Cabe informar que, no ano de 2007, foi instituído grupo de trabalho coordenado pelo Ministério da Saúde, com a atribuição de formular propostas que viabilizem a atenção à saúde às pessoas reclusas nessas instituições.

Quanto à organização do acesso, as ações e serviços de atenção básica serão realizados nos serviços de saúde organizados nas unidades prisionais, os quais deverão estar cadastrados no Serviço de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) do SUS. Em unidades prisionais com capacidade para até 100 pessoas presas, serão implantados postos de saúde; e em unidades prisionais com capacidade acima de 100 pessoas, serão implantadas unidades básicas de saúde. O acesso aos serviços ambulatoriais especializados e hospitalares será definido e pactuado no âmbito de cada estado, em consonância com os Planos Diretores de Regionalização (PDR) e aprovação no Conselho Estadual de Saúde (CES) e na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

No que diz respeito ao financiamento, na realização dos censos demográficos a população penitenciária é considerada pelo IBGE como população residente. Diante disso, essa população já está contemplada nos repasses de recursos federais para a atenção básica, média e alta complexidade.

Para o financiamento da atenção básica foi instituído no SUS, em 1998, o Piso de Atenção Básica (PAB). O PAB é composto por uma parte fixa e outra variável. A parte fixa destina-se a financiar as ações de atenção básica a toda população, sendo que o repasse desse recurso aos municípios é proporcional à população dos mesmos. A parte variável destina-se ao financiamento de ações estratégicas no âmbito da atenção básica e o repasse desse recurso se dá com a adesão às estratégias nacionais como: Saúde no Sistema Penitenciário, Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, entre outras.

Desta forma, com o objetivo de apoiar a organização de ações de atenção básica nas unidades prisionais, foi criado o Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário, que é compartilhado entre os gestores da saúde e da justiça, cabendo ao Ministério da Saúde financiar o equivalente a 70% dos recursos e ao

Ministério da Justiça os demais 30%. O Incentivo será repassado às unidades prisionais em conformidade com o número de equipes nelas implantadas e destina-se ao custeio das ações de atenção básica realizadas pelas equipes de saúde.

A Portaria Interministerial nº 3.343, de 28/12/06, que altera os valores do Incentivo, estabelece que:

- Em estabelecimentos prisionais com mais de 100 pessoas presas, as equipes de saúde, considerando uma equipe para até 500 presos, terão carga-horária mínima de 20 horas semanais, e o repasse do Incentivo corresponde a R\$ 5.400,00 / mês ou R\$ 64.800,00 / ano por equipe de saúde.
- Em estabelecimentos prisionais com até 100 pessoas presas, a equipe de saúde terá carga horária mínima de 4 horas semanais, e o repasse do Incentivo corresponde a R\$ 2.700,00 / mês ou R\$ 32.400,00 / ano por estabelecimento de saúde.

Cabe ainda ao Ministério da Saúde o financiamento e repasse da farmácia básica às equipes de saúde; e, ao Ministério da Justiça, o financiamento para adequação do espaço físico das unidades prisionais destinado às unidades de saúde e a aquisição de equipamentos para as mesmas.

O financiamento do Sistema único de Saúde é um financiamento tripartite, que envolve as três esferas de governo. Em consonância com as diretrizes do SUS, a Portaria Interministerial nº 1.777 define a participação das Secretarias Estaduais de Saúde e Justiça e Secretarias Municipais de Saúde, no financiamento da política nacional, fixando suas contrapartidas.

#### **Secretarias Estaduais de Saúde<sup>14</sup>:**

- Organização da referência e contra-referência para prestação da assistência de média e alta complexidade, conforme Limite Financeiro de Assistência do Estado.
- Capacitação das equipes de saúde das unidades prisionais.

---

<sup>14</sup> Selecionamos para esta análise apenas as competências referentes a financiamento, definidas pela Portaria Interministerial nº 1.777, de 09/09/03.

**Secretarias Estaduais de Justiça<sup>15</sup>:**

- Participação no financiamento para adequação do espaço físico para unidade de saúde e aquisição de equipamentos.
- Contratação e/ou complementação salarial das equipes de saúde atuantes no sistema penitenciário.

**Secretarias Municipais de Saúde<sup>16</sup>:**

- Contratação e controle dos serviços de referência sob sua gestão, para atendimento da população prisional.
- Capacitação das equipes de saúde.
- Execução das ações de vigilância sanitária, ambiental e epidemiológica.

Quanto aos recursos humanos, a atenção básica a ser organizada no âmbito das unidades prisionais será realizada por equipe multiprofissional de saúde, composta por médico, enfermeiro, odontólogo, assistente social, psicólogo, auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório dentário. Em unidades prisionais com até 100 pessoas, o trabalho será realizado por uma equipe de saúde com atuação mínima de 4 horas semanais. Em unidades prisionais com mais que 100 pessoas, cada equipe de saúde será responsável pela vinculação de até 500 pessoas e a carga horária mínima de trabalho será de 20 horas semanais.

A promoção da saúde e a atenção de nível básico a serem desenvolvidas nas unidades prisionais referem-se à atenção integral à saúde, com ações prioritárias voltadas à saúde bucal, saúde da mulher, doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, saúde mental, hepatites, controle da tuberculose, hipertensão, diabetes, hanseníase, bem como a assistência farmacêutica básica, imunizações e coleta de exames laboratoriais.

As equipes de saúde podem trabalhar com até 5% das pessoas presas, selecionadas como agentes promotores de saúde. Essas equipes devem estar articuladas aos sistemas estaduais e municipais de saúde e têm como atribuições:

---

<sup>15</sup> Idem.

<sup>16</sup> Idem.

trabalho interdisciplinar em equipe, planejamento e avaliação das ações, assistência básica integral e resolutiva, vigilância à saúde, realização de primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas e desenvolvimento de ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde.

### **Implantação da Política Nacional**

A adesão/qualificação de Estados e Municípios ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário obedece aos critérios indicados a seguir:

- Debate no âmbito dos Estados, sobre a Política Nacional de Saúde e sobre o processo de gestão e organização dos sistemas estaduais de saúde e justiça e sistemas municipais de saúde. Participam deste processo o Ministério da Saúde, Secretários Estaduais de Saúde e Justiça, Secretários Municipais de Saúde e Diretores dos Departamentos Penitenciários Estaduais.
- Realização de oficinas de trabalho com o objetivo de discutir o processo de organização da atenção básica nas unidades prisionais e da referência às ações e serviços de média e alta complexidade. Participam deste processo o Ministério da Saúde, técnicos das Secretarias Estaduais de Saúde e Justiça, técnicos das Secretarias Municipais de Saúde, Diretores de Unidades Prisionais e Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde.
- Encaminhamento, ao Ministério de Saúde, de Termo de Adesão à Política Nacional, assinado pelos Secretários Estaduais de Saúde e de Justiça.
- Apresentação, para fins de aprovação, do Plano Operativo Estadual no Conselho Estadual de Saúde (CES), no Conselho Municipal de Saúde - CMS e na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).
- Envio do Plano Operativo Estadual ao Ministério da Saúde, pelas Secretarias de Estado da Saúde.
- Credenciamento dos estabelecimentos de saúde e dos profissionais de saúde das unidades prisionais, no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

- Aprovação dos Planos Operativos Estaduais pelo Ministério da Saúde, como critério para que os estados e municípios recebam o Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário.

Os Planos Operativos Estaduais são elaborados pelas Secretarias Estaduais de Saúde e Justiça e Secretarias Municipais de Saúde. Têm por objetivo apresentar a capacidade técnica das Secretarias de Saúde e Justiça na condução, expansão e qualificação da política de saúde para o sistema penitenciário.

Os Planos Operativos Estaduais apresentam as seguintes informações:

- Estrutura das Secretarias Estaduais de Justiça (ou congêneres) e caracterização da população prisional.
- Forma de Operacionalização: gestão dos planos operativos e gestão e gerência dos serviços de saúde, referências, recursos humanos, parcerias previstas.
- Metas gerais e específicas relativas ao elenco de ações de atenção básica a serem realizadas e à adequação e ampliação dos serviços de saúde nas unidades prisionais.
- Co-financiamento: participação das Secretarias de Estado de Saúde e Justiça e das Secretarias Municipais de Saúde, no financiamento do Plano Nacional, quanto a referências, contratação de recursos humanos, adequação do espaço físico destinado às unidades de saúde nas unidades prisionais e equipagem das unidades de saúde.
- Proposta de monitoramento às ações de saúde realizadas nas unidades prisionais.
- Participação e aprovação dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde.

No âmbito federal, cabe ao Ministério da Saúde a gestão nacional da política de atenção à saúde à população penitenciária. No âmbito estadual, a gestão dos planos operativos dos estados cabe às Secretarias Estaduais de Saúde. Já a gestão e gerência dos serviços de saúde, organizados nas unidades prisionais, deverão ser

definidas entre os gestores estaduais de saúde e justiça e gestores municipais de saúde, por meio de pactuação na Comissão Intergestores Bipartite.

No caso de as Secretarias Municipais de Saúde assumirem essa gestão e/ou gerência, deverá constar no Plano Operativo Estadual a aprovação do Conselho Municipal de Saúde (CMS).

### Contexto Atual

- Existência de dezesseis estados qualificados (AM, BA, CE, DF, ES, GO, MS, MT, MG, PB, PE, PR, RJ, RO, SP e TO) na Política de Atenção à Saúde à População Penitenciária, com 170 equipes de saúde atuando em 149 unidades prisionais (MS, SCNES - abril de 2008).
- Existência de sete estados em processo de qualificação na Política de Atenção à Saúde à População Penitenciária: RS, SC, SE, PA, PI, RN e RR (MS/ATSSP – abril de 2008).

**Tabela 2 – Cenário Nacional de Qualificação – Abril de 2008**

continua

Nº	UF	Unidades Prisionais com Unidades de Saúde Cadastradas	Equipes de Saúde Cadastradas	Percentual de Equipes Implantadas
1.	Amazonas	01	01	08%
2.	Bahia	06	09	43%
3.	Ceará	03	03	20%
4.	Distrito Federal	04	05	31%
5.	Espírito Santo	03	03	18%
6.	Goiás	02	00*	00%
7.	Mato Grosso	07	07	70%
8.	Mato Grosso do Sul	01	01	04%
9.	Minas Gerais	21	21	91%
10.	Paraíba	03	04	22%

conclusão

Nº	UF	Unidades Prisionais com Unidades de Saúde Cadastradas	Equipes de Saúde Cadastradas	Percentual de Equipes Implantadas
11.	Paraná	02	02	09%
12.	Pernambuco	05	05	19%
13.	Rio de Janeiro	22	31	56%
14.	Rondônia	11	11	50%
15.	São Paulo	59	66	27%
16.	Tocantins	01	01	20%
<b>Total</b>		<b>149</b>	<b>170</b>	<b>21%</b>

Fonte: MS/ATSSP/SCNES – abril/2008. Tabela modificada pela autora.

(\*): Com a saída de alguns profissionais, as equipes de saúde estão incompletas e, portanto, sem cadastro no SCNES.

Do exposto, podemos considerar que a Política de Atenção à Saúde à População Penitenciária representa avanços para o SUS e para o Sistema Penitenciário, na medida em que:

- Pauta o debate sobre o acesso dessa população na agenda da saúde e da justiça, induzindo a discussão entre atores da saúde e justiça e efetivando a prática da intersetorialidade.
- Define dotação orçamentária e recursos financeiros no Plano Plurianual de Governo (PPA), para ações e serviços de atenção à saúde para a população prisional.
- Orienta quanto à organização do acesso da população penitenciária a ações e serviços de saúde.
- Constrói mudanças na gestão dos processos de trabalho e no modelo de atenção à saúde.
- Inclui a discussão do acesso da população penitenciária a ações de atenção à saúde nas ações de planejamento do MS e nos instrumentos de Gestão do SUS, como: Plano Nacional de Saúde, Agenda Nacional de Saúde, Programação Pactuada e Integrada da Assistência, entre outros.

Entretanto, para avaliarmos as possibilidades de contribuição dessa política à realização do direito à saúde nas prisões, faz-se necessário analisar o processo de implantação e implementação da mesma nos estados e municípios.

Para tanto, elegemos o Distrito Federal e o estado de Minas Gerais para a análise do processo de implantação dos Planos Operativos, em função das seguintes características:

- Ambos fazem parte do grupo dos primeiros estados qualificados<sup>17</sup> na Política de Atenção à Saúde à População Penitenciária.
- No Distrito Federal, tanto a gestão do Plano Operativo como a gestão e gerência dos serviços de saúde nas unidades prisionais, estão sob a responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde. Entre todas as unidades da federação brasileira qualificadas na política de atenção à saúde à população Penitenciária, o Distrito Federal é o único que apresenta essa característica. Nas demais, a gestão e gerência dos serviços de saúde é compartilhada com a Justiça e/ou com as Secretarias Municipais de Saúde.
- No Estado de Minas Gerais, a gestão do Plano Operativo cabe à Secretaria Estadual de Saúde, e a gestão e gerência dos serviços de saúde às unidades prisionais são compartilhadas entre as Secretarias Estaduais de Saúde e de Defesa Social. O estado possui a maior cobertura relativa à política nacional, beneficiando 91% da população penitenciária.

As características político-administrativas dos estados e municípios, a estrutura e modelo de gestão das Secretarias de Estado de Justiça (ou congêneres), a organização dos sistemas estaduais e municipais de saúde, a relação intersetorial entre saúde e justiça, as mudanças na gestão dos governos e a decisão política – que, na verdade, é o primeiro passo – são determinantes no processo de elaboração e implantação dos Planos Operativos Estaduais.

---

<sup>17</sup> A Portaria nº. 1.712, de 18 de agosto de 2004, qualifica o Distrito Federal e os Estados de MG, MT, PE e RJ a receberem os recursos do Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário.

O desafio de construir modelos de atenção e gestão voltados para o cuidado integral e para a inclusão de **todos** no SUS, implica investir em mudanças no processo de trabalho que ocorre no cotidiano dos serviços e na construção de compromissos dos gestores e dos profissionais de saúde com a produção do cuidado integral.

Implica, também, mudança de “prática e de paradigma” na gestão das instituições prisionais, nas quais o objetivo da privação de liberdade ou o “aprisionamento” se sobrepõe à finalidade da custódia.

Assim, no próximo capítulo passaremos à análise do processo de qualificação do Distrito Federal e de Minas Gerais à política nacional, ou seja, à implantação dos Planos Operativos Estaduais nos mesmos. Por meio dessa análise poderemos comprovar ou refutar a hipótese de que a Política de Atenção à Saúde à População Penitenciária possibilita avanços na organização do acesso das pessoas privadas de liberdade a ações e serviços de saúde, a qual orientou o desenvolvimento desta pesquisa.

## **CAPÍTULO III**

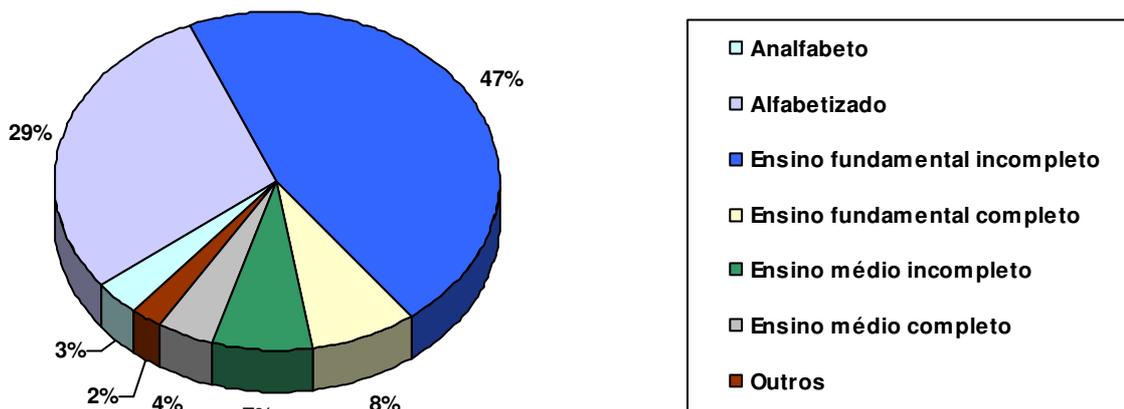
### **A POLÍTICA DE SAÚDE PARA A POPULAÇÃO PENITENCIÁRIA NO DISTRITO FEDERAL E NO ESTADO DE MINAS GERAIS: POSSIBILIDADES E LIMITES**

#### **3.1 Implantação do Plano Operativo do Distrito Federal**

O Distrito Federal foi qualificado como lócus da Política de Atenção à Saúde à População Penitenciária por meio da Portaria do Ministério da Saúde/GM nº 1.712, de 18 de agosto de 2004.

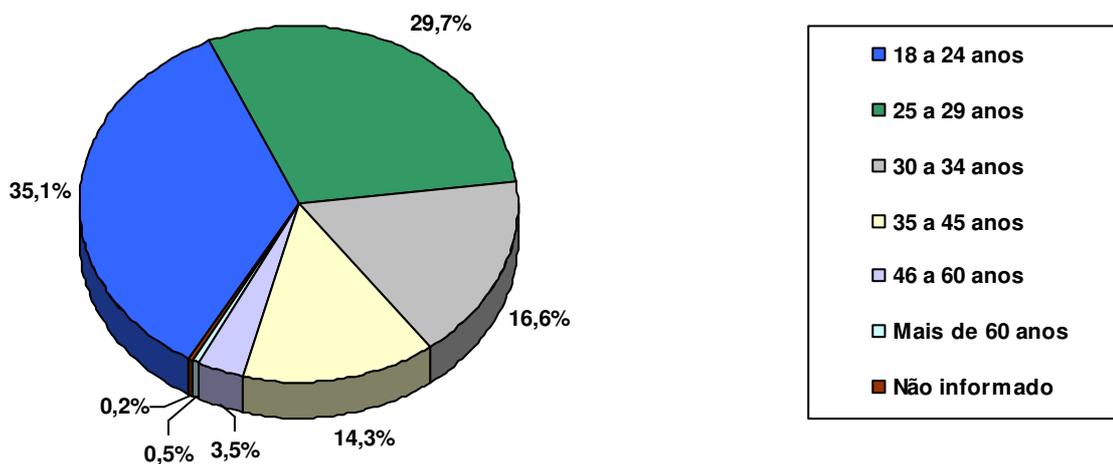
Nesta unidade da federação, o sistema penitenciário está vinculado à Secretaria de Estado de Segurança Pública, por meio da Subsecretaria do Sistema Penitenciário. Possui seis unidades prisionais: Centro de Detenção Provisória (CDP), Centro de Internação e Reeducação (CIR), Centro de Progressão Penitenciária (CPP), Penitenciária do Distrito Federal I (PDFI), Penitenciária do Distrito Federal II (PDFII) e Penitenciária Feminina do Distrito Federal (PFDF), com 7.748 pessoas reclusas. Entre os reclusos, 7.371 são homens, o que corresponde a 95% da população, e 377 são mulheres, representando 5% da população (INFOPEN, dez. 2007). O sistema penitenciário do DF possui 6.035 vagas para abrigar um total de 7.748 reclusos, ocasionando um déficit de 1.713 vagas.

Segundo dados do INFOPEN sobre a população carcerária do Distrito Federal, os presos têm diferentes graus de instrução, idade e cor da pele/etnia, como mostram os percentuais indicados nos gráficos a seguir.



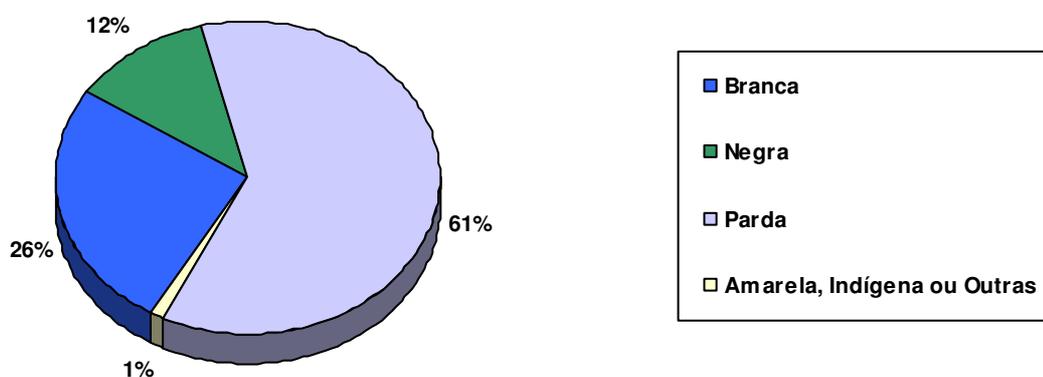
**Gráfico 5 - Percentual de Presos por Grau de Instrução - DF**

Fonte: MJ / INFOPEN. Ref: dez/2007. Gráfico produzido pela autora



**Gráfico 6 - Percentual de Presos por Faixa Etária - DF**

Fonte: MJ / INFOPEN. Ref: dez/2007. Gráfico produzido pela autora



**Gráfico 7 - Percentual de Presos por Cor da Pele / Etnia - DF**

Fonte: MJ / INFOPEN. Ref: dez/2007. Gráfico produzido pela autora

Apenas 18% desses presos estão incluídos em programa de laborterapia, ou seja, participam de atividades de trabalho interno ou externo.

### **Sobre o Plano Operativo Estadual: ações e metas propostas**

O Plano Operativo<sup>18</sup> do DF foi elaborado pelas Secretarias de Estado de Saúde e de Segurança Pública e Defesa Social<sup>19</sup> e aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde, por meio da Resolução nº 01/2004. Para a sua implantação foi firmado um acordo de cooperação técnica entre as duas Secretarias.

Conforme o referido Plano cabe à Secretaria de Estado de Saúde, por meio da Coordenação de Saúde do Sistema Prisional (COSIP), a gestão do mesmo, bem como a gestão e gerência dos serviços de saúde a serem implantados nas unidades prisionais. Dessa forma, os recursos do Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário, destinados ao custeio das ações e serviços de atenção básica, serão transferidos do Ministério da Saúde/Fundo Nacional de Saúde à Secretaria Estadual de Saúde/Fundo Estadual de Saúde.

Para o desenvolvimento de suas atribuições, a COSIP conta com a participação da Gerência de Saúde (GESAU), da Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social. Na estrutura administrativa das unidades prisionais existem os núcleos de saúde, que estão subordinados à GESAU. Esses núcleos devem trabalhar em parceria com as equipes de saúde, viabilizando as ações por elas programadas e desenvolvidas, a exemplo do planejamento de escoltas aos serviços de saúde.

O acompanhamento das ações e metas previstas será realizado por uma comissão composta por representantes das duas Secretarias de Estado - a Comissão de Gestão Interinstitucional - que deverá apresentá-las ao Conselho Estadual de Saúde.

---

<sup>18</sup> Plano Operativo Estadual do Distrito Federal, enviado ao Ministério da Saúde em 27/05/2004, por meio do Ofício nº 826, da Secretaria de Estado da Saúde.

<sup>19</sup> Quando o Plano Operativo foi elaborado, o Sistema Penitenciário integrava a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Segurança Pública e Defesa Social. No ano de 2007, a gestão do Sistema Penitenciário passou a ser de responsabilidade da Secretaria de Estado de Justiça, Direitos Humanos e Cidadania e, em maio de 2008, por meio do Decreto Governamental nº 29.066, passou novamente à responsabilidade da Secretaria de Estado de Segurança Pública.

Entre as atribuições das Secretarias de Estado destacam-se as indicadas a seguir.

***Coordenação de Saúde do Sistema Prisional (COSIP):***

- Coordenar e gerenciar os serviços de saúde.
- Articular-se com a Gerência de Saúde, da Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social, buscando o melhor desempenho nas suas funções.
- Viabilizar a inclusão das unidades de saúde do sistema prisional no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do SUS e na estrutura das Unidades Prisionais.
- Supervisionar e avaliar as ações desenvolvidas pelas Equipes de Saúde.
- Normatizar e gerir a inserção das equipes de saúde no SUS.
- Viabilizar o trabalho das equipes de saúde (apoio técnico, capacitação, equipamentos, insumos).
- Elaborar proposta de capacitação às equipes de saúde.
- Receber e dispensar os medicamentos constantes do elenco da farmácia básica para as Unidades Prisionais.
- Definir e negociar as interfaces de referência e contra-referência com a Rede SUS de maneira hierarquizada.
- Buscar parcerias com outras instituições governamentais ou não, que propiciem melhor desempenho das atividades das equipes de saúde.

***Gerência de Saúde (GESAU):***

- Articular-se com a Secretaria de Estado de Saúde, por meio da COSIP, e com outras entidades locais e federais, buscando meios para o desempenho de suas atribuições.
- Coordenar e sistematizar a atuação dos Núcleos de Saúde de cada unidade prisional.

- Desenvolver, em parceria com as equipes de saúde, propostas de vigilância sanitária no âmbito do sistema prisional.
- Manter cadastro atualizado acerca dos internos em cumprimento de medida de segurança.

***Núcleos de Saúde (subordinados à GESAU):***

- Trabalhar em parceria com a GESAU, COSIP e equipes de saúde.
- Viabilizar a escolta interna para os atendimentos de saúde dos serviços de saúde das unidades prisionais.
- Solicitar escolta e encaminhar internos para a realização de exames laboratoriais, consultas especializadas ou internação hospitalar na rede SUS.
- Manter cadastro atualizado de internos que possuem prescrição médica de dieta alimentar diferenciada, encaminhando as solicitações ao Núcleo de suprimento.
- Realizar palestras aos internos sobre promoção à saúde.
- Viabilizar o isolamento dos internos com (algumas) doenças infecto-contagiosas, comunicando os casos às autoridades competentes.

As referências ambulatoriais especializadas e hospitalares foram definidas pela Secretaria de Saúde em coerência com o Plano Diretor de Regionalização e localidade das unidades prisionais. Os serviços de referência são: Hospital do Paranoá, Hospital Regional do Gama e Hospital de Base.

A contratação das equipes de saúde (inicialmente) será realizada por meio da parceria firmada entre a Secretaria de Saúde e a Fundação Zerbini, à qual caberá realizar processo seletivo público. Ressaltamos que cabe à Fundação Zerbini apenas a vinculação trabalhista das equipes de saúde, ficando sob a responsabilidade da Secretaria de Saúde a gestão do trabalho dessas equipes, bem como a capacitação das mesmas. No decorrer do processo de implantação do Plano

Operativo, a Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social deverá realizar concurso público para contratar as equipes de saúde.

As equipes de saúde são compostas por médico, odontólogo, auxiliar de consultório dentário, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional.

A inclusão do terapeuta ocupacional na equipe de saúde é uma recomendação da Secretaria de Estado de Saúde. A Portaria Interministerial nº 1.777 orienta quanto à composição mínima da equipe de saúde, cabendo aos governos estaduais e municipais, conforme as necessidades e características locais, incluir outros profissionais nas equipes.

O Plano Operativo relaciona as ações de atenção básica e promoção à saúde, bem como as metas a serem realizadas pelas equipes de saúde, a saber:

- Avaliação admissional de saúde dos internos ao sistema prisional.
- Avaliação pré-livramento.
- Saúde Bucal.
- Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST e AIDS.
- Hepatites.
- Saúde Mental.
- Controle da Tuberculose.
- Controle de Hipertensão e Diabetes.
- Dermatologia Sanitária – Hanseníase.
- Aquisição e controle de medicamentos.
- Imunização.
- Coleta de exames laboratoriais.
- Parceria com outras instituições para implantar programas de atividades físicas nas unidades prisionais.

Como estratégia de implementação do Plano Operativo estão previstas parcerias com instituições governamentais e não-governamentais: Universidade de Brasília (UnB), Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), Fundação de Apoio ao Preso (FUNAP), Fundação Zerbini, Pastoral Carcerária, Serviço Social do Comércio (SESC); Serviço Social da Indústria (SESI) e Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI).

Por meio das Regionais de Saúde, as Regiões Administrativas do Distrito Federal são responsáveis por avaliar e emitir laudo da vigilância sanitária, quanto à infra-estrutura dos serviços de saúde das unidades prisionais, bem como desenvolver ações básicas de vigilância sanitária conforme normatização da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Foram solicitados no ano de 2004, ao DEPEN/MJ, recursos para aquisição de equipamentos de saúde e construção de novas unidades de saúde. O cronograma inicial de implantação prevê a estruturação de cinco unidades de saúde com oito equipes de saúde atuando.

Quanto ao financiamento das ações previstas no Plano Operativo do DF, cabe à Secretaria de Estado de Saúde a organização do acesso a ações e serviços de média e alta complexidade, o repasse de medicamentos, a contratação inicial das equipes de saúde e a capacitação dessas equipes. À Secretaria de Estado de Segurança Pública e Defesa Social cabe a participação no financiamento das reformas e construções do espaço físico destinado às unidades de saúde, bem como a aquisição de equipamentos destinados a essas unidades. Cabe-lhe, ainda, a contratação das equipes de saúde que, temporariamente, está a cargo da Secretaria de Saúde, e a escolta e transporte necessário para o acesso – interno e externo – dos internos aos serviços de saúde.

Para a organização do Sistema de Informação em Saúde da população carcerária serão utilizados os seguintes instrumentos: cadastramento da população prisional (cartão SUS), cadastramento dos profissionais de saúde e dos serviços de saúde no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do SUS (SCNES), Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), Sistemas de Informação de Agravos e Notificação (SINAN) e prontuário de saúde.

O monitoramento e a avaliação do Plano Operativo serão realizados por meio de reuniões trimestrais da Coordenadoria de Saúde do Sistema Prisional (COSIP) com as equipes de saúde. Haverá também construção de indicadores de processo e epidemiológicos; avaliação anual em relação às metas propostas e resultados alcançados; e elaboração e apresentação anual de relatório de gestão ao Conselho Estadual de Saúde.

### **Ações realizadas do Plano Operativo Estadual**

Com relação às ações realizadas no contexto da implantação do Plano Operativo do DF, entre agosto de 2004 e abril de 2008, apresentaremos informações colhidas nos relatórios de gestão do Distrito Federal e nos relatórios das oficinas nacionais de monitoramento e avaliação dos Planos Operativos Estaduais, realizadas pelo Ministério da Saúde e Sistemas de Informação Nacionais dos Ministérios da Saúde e Justiça.

### **Histórico de Implantação do Plano**

<u>continua</u>	
<b>2003</b>	- Assinado o acordo de cooperação técnica entre as Secretarias Estaduais de Saúde e Segurança Pública e Defesa Social.
<b>2004</b>	- Aprovação do Plano Operativo Estadual pelo Conselho Estadual de Saúde e envio ao Ministério da Saúde em 27/05/2004. - Adequação das unidades de saúde do sistema penitenciário. - Qualificação à Política de Atenção à Saúde à População Penitenciária. - Contratação dos profissionais das equipes de saúde pela Fundação Zerbini, por meio de parceria realizada com a Secretaria de Saúde (contratos temporários).
<b>2006</b>	- Contratação dos profissionais das equipes de saúde pela Secretaria de Saúde, através de contrato temporário.

conclusão

<b>2007</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A Secretaria de Estado de Justiça, Direitos Humanos e Cidadania assume a gestão do sistema penitenciário e, assim, a Subsecretaria do Sistema Penitenciário (SESIPE) passa a fazer parte da sua estrutura.</li> <li>- Renovação do acordo de cooperação técnica entre as Secretarias Estaduais de Saúde e Justiça, Direitos Humanos e Cidadania.</li> <li>- Início das contratações de servidores efetivos, concursados pela Secretaria de Estado de Saúde, para compor as equipes de saúde.</li> </ul>
<b>2008</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Em abril: 4 unidades de saúde com 5 equipes de saúde cadastradas no SCNES.</li> </ul>

Fonte: Relatórios de Gestão da Secretaria Estadual de Saúde (2004 a 2007) e SCNES. Quadro elaborado pela autora.

No quadro resumo a seguir constam informações sobre o número de unidades de saúde e equipes de saúde cadastradas no SCNES e sobre os recursos transferidos do Ministério da Saúde/Fundo Nacional de Saúde à Secretaria de Estado de Saúde/Fundo Estadual de Saúde, correspondentes a essas equipes, entre agosto de 2004 e abril de 2008.

Esclarecemos que os recursos do *Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário* (PAB variável) são referentes ao número de equipes de saúde implantadas e destinam-se ao *custeio* das ações e serviços de saúde realizados pelas equipes de saúde.

**Tabela 3 - Quadro Resumo do SCNES – Distrito Federal e Recursos Transferidos do Fundo Nacional ao Fundo Estadual de Saúde**  
Agosto de 2004 a Abril de 2008

continua

Mês/ano	Unidades Prisionais com Unidades de Saúde Cadastradas no CNES	Equipes de Saúde Cadastradas no CNES	Valor Total Transferido
08/2004	05	07	R\$ 23.338,00
09/2004	05	07	R\$ 23.338,00
10/2004	04	06	R\$ 20.004,00
11/2004	05	08	R\$ 26.672,00
12/2004	05	08	R\$ 26.672,00

continuação

<b>Mês/ano</b>	<b>Unidades Prisionais com Unidades de Saúde Cadastradas no CNES</b>	<b>Equipes de Saúde Cadastradas no CNES</b>	<b>Valor Total Transferido</b>
01/2005	05	08	R\$ 26.672,00
02/2005	05	08	R\$ 26.672,00
03/2005	05	08	R\$ 26.672,00
04/2005	05	08	R\$ 26.672,00
05/2005	05	08	R\$ 26.672,00
06/2005	05	08	R\$ 26.672,00
07/2005	05	08	R\$ 26.672,00
08/2005	05	08	R\$ 26.672,00
09/2005	05	08	R\$ 26.672,00
10/2005	05	08	R\$ 26.672,00
11/2005	05	08	R\$ 26.672,00
12/2005	05	08	R\$ 26.672,00
01/2006	05	05	R\$ 16.670,00
02/2006	05	05	R\$ 16.670,00
03/2006	05	07	R\$ 23.338,00
04/2006	05	07	R\$ 23.338,00
05/2006	05	07	R\$ 23.338,00
06/2006	05	08	R\$ 26.672,00
07/2006	05	08	R\$ 26.672,00
08/2006	05	08	R\$ 26.672,00
09/2006	05	07	R\$ 23.338,00
10/2006	05	07	R\$ 23.338,00
11/2006	05	07	R\$ 23.338,00
12/2006	05	07	R\$ 37.800,00*
01/2007	05	07	R\$ 37.800,00
02/2007	05	07	R\$ 37.800,00
03/2007	05	07	R\$ 37.800,00
04/2007	04	06	R\$ 32.400,00
05/2007	05	07	R\$ 37.800,00
06/2007	05	07	R\$ 37.800,00

conclusão

<b>Mês/ano</b>	<b>Unidades Prisionais com Unidades de Saúde Cadastradas no CNES</b>	<b>Equipes de Saúde Cadastradas no CNES</b>	<b>Valor Total Transferido</b>
07/2007	05	07	R\$ 37.800,00
08/2007	04	07	R\$ 37.800,00
09/2007	04	04	R\$ 21.600,00
10/2007	04	04	R\$ 21.600,00
11/2007	04	04	R\$ 21.600,00
12/2007	04	04	R\$ 21.600,00
01/2008	04	04	R\$ 21.600,00
02/2008	04	04	R\$ 21.600,00
03/2008	04	05	R\$ 27.000,00
04/2008	04	05	R\$ 27.000,00
<b>Total Transferido entre 2004 e 2008</b>			<b>R\$ 1.211.872,00</b>

Fonte: Ministério da Saúde: SCNES e Fundo Nacional de Saúde. Tabela produzida pela autora.

(\*) Reajuste do Incentivo – Portaria nº 3.343, de 28/12/2006.

### **Ações de Saúde Realizadas**

#### **Promoção à Saúde:**

- Elaboração e distribuição de material educativo (cartilhas e folders) aos internos, servidores prisionais e familiares (em dias de visita).
- Palestras sobre a prevenção das DST/AIDS, tuberculose, saúde bucal e saúde da mulher.
- Distribuição de preservativos nos dias de visita íntima.
- Orientação para prevenção e controle da escabiose e demais dermatoses.

#### **Educação em Saúde:**

- Formação dos agentes multiplicadores de saúde (internos).
- Realização de curso introdutório para as equipes de saúde.
- Capacitações específicas para enfermeiros(as), psicólogos(as) e assistentes sociais.
- Capacitação em Tuberculose e DST/AIDS para os servidores que atuam no sistema prisional.

**Prevenção de Agravos:**

- Vacinação sistemática contra HBV e tétano.
- Vacinação anual anti-influenza.
- Sorologia anti-HCV (hepatite C).
- Sorologia para VDRL/HIV.
- Busca sistemática de sintomáticos respiratórios, hipertensos e diabéticos.
- Busca de lesões dermatológicas.

**Atenção à Saúde:**

- Implantação do programa de controle da tuberculose, alcançando 100% de cura dos casos identificados e tratados.
- Implantação do programa de DST/AIDS.
- Acompanhamento pré-natal.
- Fornecimento regular de medicamentos aos hipertensos identificados.
- Implantação de sala de vacinas no Complexo Prisional.
- Fornecimento regular de hipoglicemiantes e insulina aos diabéticos.
- Avaliação regular de pacientes que usam remédios controlados.
- atendimentos individuais realizados pelos profissionais das equipes de saúde, em: clínica médica, psicologia, serviço social, odontologia, enfermagem, terapia ocupacional e psiquiatria.
- Coleta de materiais para exames.

**Desafios relacionados ao processo de implantação do Plano Operativo Estadual (DF):**

- Demora na resposta do DEPEN/MJ à solicitação de equipamentos para as unidades de saúde, solicitação essa feita pelas Secretarias Estaduais no ano de 2004 e atendida apenas no ano de 2006.

- Falta de *espaço específico*, na estrutura física das unidades prisionais, para a organização dos serviços de saúde.
- Necessidade de contratação dos profissionais para compor as equipes de saúde.
- Necessidade de cadastramento dos profissionais de saúde e dos serviços de saúde no SCNES.
- Diferenciação da carga horária dos profissionais das equipes de saúde em relação à dos outros profissionais das unidades prisionais – as equipes de saúde trabalham 20 horas semanais.
- Insuficiência de escolta policial para encaminhamento dos internos aos serviços de saúde das unidades prisionais e da rede SUS.
- Sensibilização dos agentes penitenciários às necessidades de saúde dos internos – e o direito dos mesmos à saúde.
- Dificuldade no acesso aos serviços especializados (procedimentos de média e alta complexidade).

**Tabela 4 – Atendimentos Realizados no Sistema Penitenciário**

<b>Atendimentos</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>
Médicos	5.244	10.165	7.852	10.812	5.028
Psiquiátricos	167	1.832	1.852	2.405	527
Enfermagem	-	5.019	11.021	12.103	4.183
Psicológico	198	2.919	3.635	4.118	1.643
Assistente Social	-	1.857	6.098	6.250	3.661
Terap. Ocupacional	-	1.144	4.005	2.339	2.101
Odontológicos	1.438	5.248	5.851	6.903	4.451
<b>Total Geral</b>	<b>7.047</b>	<b>28.184</b>	<b>40.314</b>	<b>44.930</b>	<b>21.594</b>

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal /COSIP - 2007

O processo de capacitação das equipes é realizado em parceria com as áreas técnicas da Secretaria de Estado da Saúde, com a FEPECS e com a UnB. Apesar da rotatividade no quadro de profissionais, característica das vinculações temporárias e precárias de trabalho, o processo de capacitação tem sido permanente para que todos os profissionais de saúde sejam qualificados. Em 2007 teve início o processo de substituição dos profissionais de saúde vinculados ao Plano por meio de contrato temporário, por profissionais concursados pela Secretaria de Saúde para atuar na área de saúde no sistema prisional.

Os conteúdos trabalhados no processo de capacitação das equipes de saúde (curso introdutório) são estes: Direitos Humanos, SUS e Sistema Prisional, Primeiros Socorros, Procedimentos de Urgência e Emergência, Tuberculose, Hepatites virais, DST/AIDS e Imunização.

Da análise apresentada, destacamos a seguir avanços e limites ao processo de consolidação do Plano Operativo do Distrito Federal.

### **Principais Avanços:**

- Instituição, na estrutura da Secretaria de Estado de Saúde, vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde, da Coordenação de Saúde do Sistema Prisional (COSIP), que passou a fazer parte do Sistema Estadual de Saúde.
- Realização de concurso público, pela Secretaria de Estado de Saúde, para profissionais das equipes de saúde do sistema prisional, no ano de 2007. A vinculação dos profissionais mediante concurso público possibilita a formalização dos vínculos de trabalho com a gestão pública, ou seja, a incorporação definitiva dos profissionais das equipes de saúde do sistema penitenciário ao serviço público estadual. Outro aspecto a ser considerado é que a estabilidade dos profissionais das equipes de saúde dos presídios amplia as possibilidades de continuidade do vínculo desses profissionais com os usuários e a responsabilização na atenção à saúde.

- A capacitação das equipes de saúde é elaborada e realizada com a participação de diversas áreas técnicas da Secretaria de Saúde e da FEPECS.
- A supervisão das equipes de saúde é realizada seguindo a distribuição territorial dos serviços de saúde; logo, é uma supervisão conjunta com as equipes de saúde dos programas: Saúde da Família, Família Saudável e Saúde Mental. O espaço conjunto de supervisão possibilita a troca de saberes entre as equipes e reforça a inclusão das equipes de saúde dos presídios – e a noção de pertencimento ao SUS.
- Adequação dos espaços físicos das unidades prisionais, destinados aos serviços de saúde, conforme recomendação da vigilância sanitária.
- Distribuição, em 2006, de equipamentos do DEPEN/MJ as unidades prisionais, a serem destinados às unidades de saúde. Até o primeiro semestre de 2006, as unidades de saúde trabalhavam com equipamentos emprestados das unidades de saúde da família.

**Principais Limites:**

- Pequeno número de equipes e dos beneficiários. Isso exige a ampliação do montante das equipes e, conseqüentemente, da população a ser beneficiada. Atualmente existem quatro unidades de saúde com cinco equipes atuando e abrangendo 31% da população.
- Ausência de espaço colegiado e permanente de gestão articulando a Coordenação de Saúde do Sistema Prisional da Secretaria de Saúde e a Gerência de Saúde vinculada à Secretaria de Estado de Justiça, Direitos Humanos e Cidadania, com efetiva participação desta nos processos de planejamento e implementação dos serviços de saúde.
- Não inserção, no processo de formação dos agentes penitenciários, da discussão do direito à saúde nas prisões, do SUS e da política de saúde para o sistema penitenciário.

- Ausência de incentivo à criação de formas de organização do trabalho das equipes de saúde, que sejam capazes de melhor acolher, integrar e articular saberes e práticas interdisciplinares, e desfragmentar o cuidado.
- Ausência de monitoramento e avaliação das ações realizadas conforme as metas propostas no Plano Operativo e as necessidades de saúde da população.
- Ausência de programação referente à utilização do Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário, considerando o planejamento apresentado pelas equipes de saúde.
- Restrição do conteúdo das capacitações das equipes. Isso exige ampliação do conteúdo dessas capacitações para que nele sejam contempladas todas as ações prioritárias da atenção básica, entre elas a atenção à saúde da mulher.
- Precariedade da escolta para os serviços de saúde. Torna-se, portanto, necessário ampliar o número de servidores penitenciários, capacitá-los e definir transporte específico para esta ação.
- Falta de implementação do controle social, a fim de incluir, além do Conselho Estadual de Saúde, a participação do Conselho Penitenciário Estadual no processo de implementação do Plano Operativo.

### **3.2 Sobre a Implantação do Plano Operativo de Minas Gerais**

O estado de Minas Gerais foi qualificado como lócus da Política de Atenção à Saúde à População Penitenciária por meio da Portaria do Ministério da Saúde nº 1.712, de 18 de agosto de 2004.

No estado, a gestão e administração do Sistema Penitenciário tornaram-se responsabilidade da Secretaria de Estado de Defesa Social, por meio da Subsecretaria de Administração Penitenciária.

A Secretaria de Estado de Defesa Social foi criada em abril de 2003, pelo Decreto n° 43.295, do Governo do Estado, passando a centralizar sob sua responsabilidade: Polícias Militar e Civil, Corpo de Bombeiros Militar, Defensoria Pública e Subsecretaria de Administração Penitenciária. Com a criação da Subsecretaria de Administração Penitenciária, os presos provisórios<sup>20</sup> estão sendo gradativamente transferidos das cadeias públicas, que estão sob gestão da polícia, às unidades prisionais do Sistema Penitenciário. O objetivo é que essas unidades assumam, além da custódia dos presos condenados, a custódia dos presos provisórios.

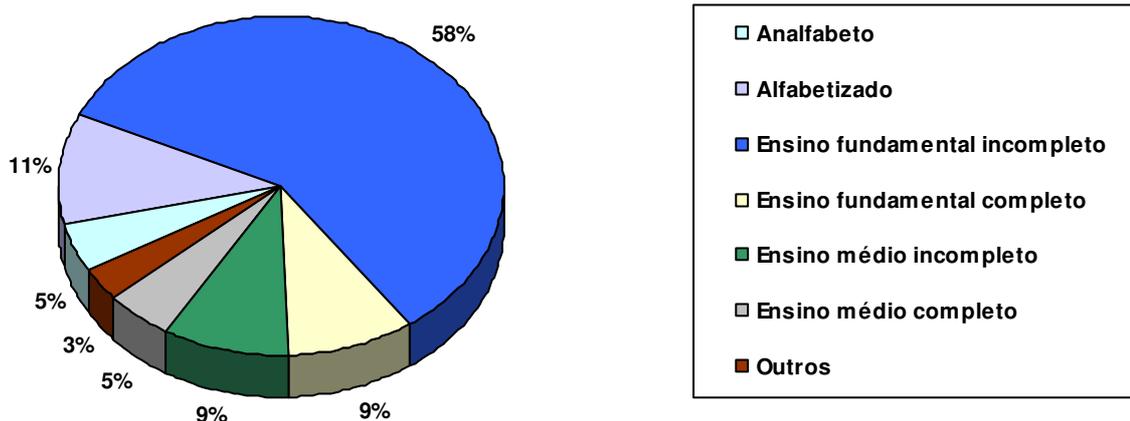
Na estrutura da Subsecretaria de Administração Penitenciária está a Superintendência de Atendimento ao Sentenciado, a qual é subordinada à Diretoria de Tratamento Penal (DTP). Cabem a essa Diretoria, entre outras atribuições, a coordenação e implementação de ações de assistência à saúde nas unidades prisionais.

Segundo dados do INFOPEN (Dez, 2007), o sistema penitenciário possui 29 unidades prisionais – 23 unidades masculinas e 06 unidades femininas, com 21.553 pessoas reclusas. Destas, 20.429 são homens, o que representa 95% da população, e 1.124 são mulheres, correspondendo a 5% da população. Entre essa população, 55% são condenados (11.778 pessoas) e 45% são presos provisórios (9.775 pessoas).

Quanto ao perfil da população penitenciária, os gráficos a seguir apresentam os seguintes percentuais:

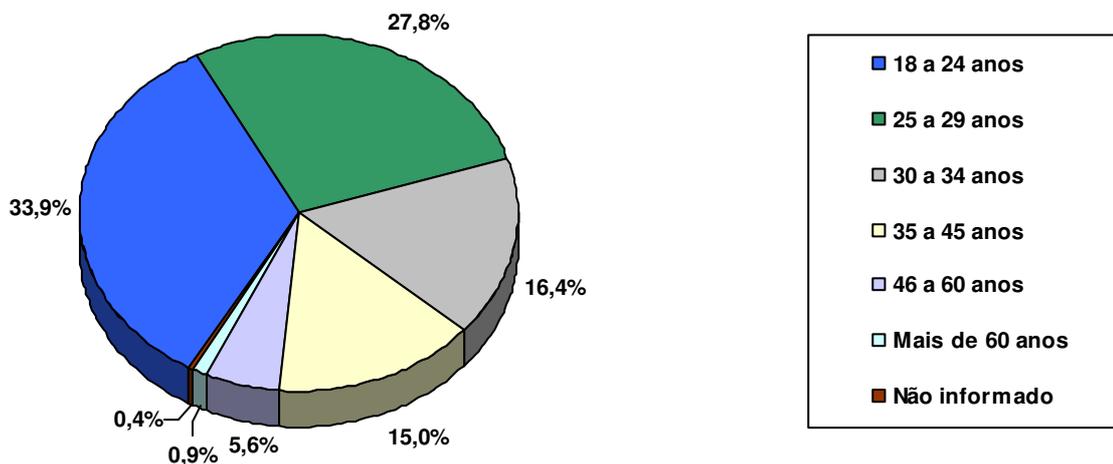
---

<sup>20</sup> Conforme o Código Penal Brasileiro, preso provisório é aquele ainda sem condenação definitiva, recolhido em razão de prisão em flagrante, prisão temporária, por decretação preventiva, pronúncia ou sentença condenatória recorrível.



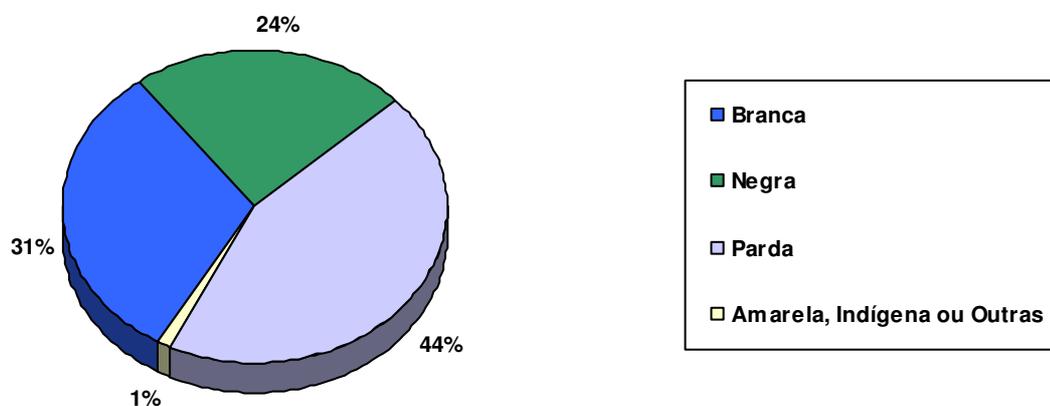
**Gráfico 8 - Percentual de Presos por Grau de Instrução - MG**

Fonte: MJ / INFOPEN. Ref: dez/2007. Gráfico produzido pela autora



**Gráfico 9 - Percentual de Presos por Faixa Etária - MG**

Fonte: MJ / INFOPEN. Ref: dez/2007. Gráfico produzido pela autora



**Gráfico 10 - Percentual de Presos por Cor da Pele / Etnia - MG**

Fonte: MJ / INFOPEN. Ref: dez/2007. Gráfico produzido pela autora

Apenas 16% dessa população estão incluídos em programa de laborterapia e podem contar com o benefício da remição de pena – um dia de pena por três dias de trabalho (artigo 126 da LEP).

O Plano Operativo Estadual de Minas Gerais foi elaborado pelas Secretarias de Estado de Saúde (SES) e Defesa Social (SEDS), com a participação do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS). O mesmo foi aprovado na Comissão Intergestores Bipartite, por meio da Deliberação nº 49, de 09/12/2003, e pelo Conselho Estadual de Saúde, através da Resolução nº 092, de 15/12/2003.

### **Ações e metas propostas pelo Plano Operativo Estadual**

A gestão do Plano Operativo<sup>21</sup> de Minas Gerais é responsabilidade da Secretaria de Saúde e será exercida por meio da Comissão Interinstitucional criada por Resolução conjunta das duas Secretarias, incluindo representantes das mesmas. Já a gerência dos serviços de saúde das unidades prisionais será exercida pela Secretaria de Estado de Defesa Social. Dessa forma, os recursos do Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário (PAB variável) serão transferidos do Fundo Nacional de Saúde/MS ao Fundo Estadual de Saúde/SES e deste à Secretaria de Estado de Defesa Social.

Os municípios que possuem em seu território unidades prisionais com até 100 pessoas reclusas poderão assumir a gerência das unidades de saúde, desde que seja aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde.

As referências e contra-referências para os serviços especializados e hospitalares seguirão os mecanismos e fluxos estabelecidos pelo município sede da unidade prisional, conforme o Plano Diretor de Regionalização do Estado.

Após pactuação na CIB entre o gestor estadual e os gestores municipais de saúde, foram ampliados os Limites Financeiros da Assistência, dos municípios

---

<sup>21</sup> Plano Operativo Estadual de Minas Gerais, enviado ao Ministério da Saúde, por meio do Ofício nº 2.065, de 19/12/2003, da Secretaria Estadual de Saúde.

responsáveis pela referência especializada às unidades básicas de saúde dos presídios.

Cabe à Secretaria de Defesa Social a contratação dos profissionais das equipes de saúde, e à Secretaria Estadual de Saúde coordenar o processo de capacitação das mesmas.

A capacitação das equipes de saúde será realizada com a participação da fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), da Fundação Ezequiel Dias (FUNED) e das áreas da SES, relacionadas às:

- Coordenadoria de Dermatologia Sanitária – Área Técnica de Hanseníase;
- Coordenadoria de DST/AIDS;
- Coordenadoria de Pneumologia Sanitária – Área Técnica de Tuberculose;
- Coordenadoria de Saúde Bucal;
- Coordenadoria de Saúde Mental;
- Coordenadoria de Promoção à Saúde da Mulher, Criança e do Adolescente; e
- Coordenadoria de Doenças Controláveis por Imunização.

### **Etapas previstas para a implantação do Plano Operativo**

Criação de:

**1ª etapa:** Unidades prisionais com área física adequada para as unidades de saúde, podendo iniciar o atendimento em atenção básica de imediato (7 unidades prisionais).

**2ª etapa:** Unidades prisionais que necessitam readequar a área física destinada às unidades de saúde (6 unidades prisionais).

**3ª etapa:** Unidades prisionais nas quais as unidades de saúde deverão ser construídas (4 unidades prisionais).

Quanto à contrapartida do Estado no financiamento do Plano Operativo, cabem à Secretaria Estadual de Saúde as referências ambulatoriais especializadas

e hospitalares, as capacitações das equipes de saúde e a elaboração e reprodução de materiais informativos (cadernos de saúde, manuais, normas técnicas, entre outros). E à Secretaria de Estado de Defesa Social cabe a contratação dos profissionais das equipes de saúde, a manutenção das unidades básicas de saúde (água, luz, manutenção de equipamentos, telefone, etc.), a compra dos insumos para os serviços de odontologia e as escoltas dos reclusos aos serviços de saúde.

Para o acompanhamento e avaliação das ações de saúde, as equipes deverão elaborar relatórios trimestrais contendo as atividades desenvolvidas e metas alcançadas nas ações prioritárias da atenção básica, bem como alimentar os sistemas de informação (CNES, SIA, SINAM, Cartão SUS). À Comissão Estadual caberá consolidar e analisar esses relatórios e, baseada nos mesmos, sugerir conteúdos para capacitação das equipes.

Ações prioritárias a serem realizadas pelas equipes de saúde:

- Avaliação admissional.
- Avaliação periódica.
- Avaliação pré-livramento.
- Cadastro de saúde dos sentenciados.
- Saúde Bucal.
- Saúde da Mulher.
- Controle da Tuberculose.
- Dermatologia Sanitária.
- Imunização.
- Saúde Mental.
- Hipertensão Arterial e Diabetes.
- DST/AIDS.
- Saúde do Trabalhador.
- Coleta de exames laboratoriais.

Entre os anexos apresentados no Plano Operativo destacamos:

- Descrição das ações de saúde e metas a serem realizadas nas unidades de saúde das unidades prisionais.
- Descrição da estrutura física e recursos humanos disponíveis nas unidades prisionais.
- Relação de equipamentos de saúde por unidade prisional (existentes e necessários).
- Quadro das necessidades de recursos humanos por unidade prisional.
- Tabela de custos para programação assistencial (média e alta complexidade ambulatorial).
- Tabela de custos para programação hospitalar.
- Relação de exames complementares.
- Prontuários de saúde.

### **Ações realizadas**

Quanto às ações realizadas no contexto da implantação do Plano Operativo em Minas Gerais, entre agosto de 2004 e abril de 2008, são as que seguem.

Nesta parte da análise, trabalhamos com as informações dos relatórios de gestão do estado, relatórios das oficinas nacionais de monitoramento e avaliação dos Planos Operativos Estaduais, realizadas pelo Ministério da Saúde, Plano Diretor do Sistema Penitenciário e Sistema de Informação Nacionais dos Ministérios da Saúde e Justiça.

### Histórico de Implantação

<b>2003</b>	- Aprovação do Plano Operativo Estadual no Conselho Estadual de Saúde e na Comissão Intergestores Bipartite, e envio ao Ministério da Saúde (19/12/2003).
<b>2004</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A Secretaria de Estado de Defesa Social dá início as reformas nas unidades prisionais, para estruturar os serviços de saúde.</li> <li>- O Estado é qualificado, em agosto, à Política de Atenção à Saúde à População Penitenciária.</li> <li>- Cadastro de seis unidades de saúde e seis equipes de saúde no Cadastro nacional de Estabelecimentos de Saúde do SUS.</li> </ul>
<b>2005</b>	- Cadastro de oito novas unidades de saúde e oito equipes de saúde no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) do SUS.
<b>2006</b>	- Cadastro de quatro novas unidades de saúde e quatro equipes de saúde no SCNES.
<b>2007</b>	- Cadastro de duas novas unidades de saúde e duas equipes de saúde no SCNES.
<b>2008</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A Subsecretaria do Sistema Penitenciário e o Conselho Penitenciário, passam a integrar a estrutura da Secretaria de Estado de Segurança Pública, por meio do Decreto Governamental nº 29.066.</li> <li>- Cadastro de uma nova unidade de saúde e uma equipe de saúde no SCNES.</li> <li>- Em abril: 21 unidades de saúde com 21 equipes de saúde cadastradas no SCNES.</li> </ul>

Fonte: Relatórios de Gestão da Secretaria Estadual de Saúde (2004 a 2007) e SCNES. Decreto nº 29.066, de 14 de maio de 2008. Quadro produzido pela autora.

O quadro síntese apresentado a seguir demonstra o processo de ampliação dos serviços e equipes de saúde nas unidades prisionais e os recursos transferidos do Ministério da Saúde/FNS à Secretaria Estadual de Saúde/FES. Esses recursos

são provenientes do Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário (PAB variável) e destinam-se ao custeio das ações e serviços de atenção básica realizados nas unidades prisionais.

**Tabela 5 - Quadro Resumo do SCNES – Minas Gerais e Recursos Transferidos do Fundo Nacional ao Fundo Estadual de Saúde**  
Agosto de 2004 a Abril de 2008

continua

<b>Mês/ano</b>	<b>Unidades Prisionais com Unidades de Saúde Cadastradas no CNES</b>	<b>Equipes de Saúde Cadastradas no CNES</b>	<b>Valor Total Transferido</b>
08/2004	01*	01*	R\$ 3.334,00
09/2004	01	01	R\$ 3.334,00
10/2004	04	04	R\$ 13.336,00
11/2004	04	04	R\$ 13.336,00
12/2004	06	06	R\$ 20.004,00
01/2005	06	06	R\$ 20.004,00
02/2005	06	06	R\$ 20.004,00
03/2005	07	07	R\$ 23.338,00
04/2005	06	06	R\$ 20.004,00
05/2005	06	06	R\$ 20.004,00
06/2005	06	06	R\$ 20.004,00
07/2005	06	06	R\$ 20.004,00
08/2005	07	07	R\$ 23.338,00
09/2005	07	07	R\$ 23.338,00
10/2005	08	08	R\$ 26.672,00
11/2005	09	09	R\$ 30.006,00
12/2005	14	14	R\$ 45.009,00
01/2006	16	16	R\$ 51.677,00
02/2006	16	16	R\$ 51.677,00
03/2006	16	16	R\$ 51.677,00
04/2006	16	16	R\$ 51.677,00
05/2006	16	16	R\$ 51.677,00
06/2006	16	16	R\$ 51.677,00

conclusão

<b>Mês/ano</b>	<b>Unidades Prisionais com Unidades de Saúde Cadastradas no CNES</b>	<b>Equipes de Saúde Cadastradas no CNES</b>	<b>Valor Total Transferido</b>
07/2006	16	16	R\$ 51.677,00
08/2006	16	16	R\$ 51.677,00
09/2006	16	16	R\$ 51.677,00
10/2006	18	18	R\$ 58.345,00
11/2006	18	18	R\$ 58.345,00
12/2006	18	18	R\$ 94.500,00*
01/2007	19	19	R\$ 99.900,00
02/2007	19	19	R\$ 99.900,00
03/2007	19	19	R\$ 99.900,00
04/2007	19	19	R\$ 99.900,00
05/2007	19	19	R\$ 99.900,00
06/2007	19	19	R\$ 99.900,00
07/2007	20	20	R\$ 105.300,00
08/2007	20	20	R\$ 105.300,00
09/2007	20	20	R\$ 105.300,00
10/2007	19	19	R\$ 99.900,00
11/2007	20	20	R\$ 105.300,00
12/2007	20	20	R\$ 105.300,00
01/2008	20	20	R\$ 105.300,00
02/2008	20	20	R\$ 105.300,00
03/2008	21	21	R\$ 110.700,00
04/2008	21	21	R\$ 110.700,00
<b>Total Transferido entre 2004 e 2008</b>			<b>R\$ 2.679.152,00</b>

Fonte: Ministério da Saúde: SCNES e Fundo Nacional de Saúde. Tabela produzida pela autora.

(\*) Reajuste do Incentivo – Portaria nº 3.343, de 28/12/2006.

A discriminação das ações no contexto de implantação do Plano Operativo pode ser elencada conforme indicações apresentadas a seguir.

**No campo da gestão:**

- Trabalho conjunto entre as duas Secretarias Estaduais.
- Estruturação de espaço físico das unidades prisionais, destinado aos serviços de saúde.
- Aquisição de equipamentos de saúde para as unidades de saúde (em 2004 e 2005 tais equipamentos foram comprados pela Secretaria de Estado de Defesa Social, mas, a partir de 2006, vêm sendo adquiridos por meio de convênio celebrado entre o Ministério da Justiça e a Secretaria de Defesa Social).
- Inspeção das unidades de saúde das unidades prisionais pela vigilância sanitária das Secretarias Municipais de Saúde (as recomendações feitas por essa vigilância foram atendidas).
- Aplicação da Resolução Conjunta nº 007/2005, das Secretarias Estaduais de Saúde e de Defesa Social, regulando o repasse dos recursos do Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário, entre as mesmas (SES à SEDS).
- Parceria das Secretarias Estaduais de Saúde e Defesa Social com a Divisão de Epidemiologia e Controle de Doenças do Instituto Octávio Magalhães.
- Alterações dos limites financeiros dos municípios que são referência, nos serviços especializados e hospitalares, às unidades de saúde do sistema prisional.
- Inclusão da política de saúde para o sistema penitenciário, no planejamento e metas de governo da Secretaria de Defesa Social.
- Trabalho conjunto entre a Diretoria de Tratamento Penal e as equipes de saúde das unidades prisionais (supervisão e planejamento).
- Aplicação da Resolução nº 886/07, da Secretaria de Defesa Social, definindo a composição definitiva de seus quadros funcionais. O objetivo dessa Resolução, entre outros, é ampliar e compor um quadro efetivo de

profissionais (agentes de segurança e pessoal técnico-administrativo) nas unidades prisionais.

**No campo da Atenção à Saúde - ações realizadas pelas equipes de saúde:**

- Realização de levantamento epidemiológico anual (em todas as unidades de saúde das unidades prisionais).
- atendimentos individuais em saúde, realizados por equipe multiprofissional.
- Aconselhamento e testagem para HIV/Sífilis (realizada em todas as unidades de saúde e ofertada aos internos e servidores prisionais).
- Mudança nas práticas de saúde dos profissionais (trabalho interdisciplinar e valorização do trabalho em equipe).
- Implantação das ações prioritárias da atenção básica (em todas as unidades de saúde das unidades prisionais).
- Qualificação permanente dos profissionais de saúde.
- Ampliação dos atendimentos psicossociais.
- Melhoria da qualidade dos serviços prestados.
- Redução do número de internos com agravos não diagnosticados e sem tratamento.
- Divulgação das atividades realizadas no Sistema Prisional para outros órgãos do governo e sociedade.
- Imunizações realizadas em todas as unidades de saúde (ofertadas aos internos e servidores prisionais - Hepatite B, Tríplice Viral, Dupla Viral, Influenza, Febre Amarela e Antitetânica).
- Coleta de exames em todas as unidades prisionais.
- Realização dos exames laboratoriais pelas Secretarias Municipais de Saúde.

- Acompanhamento, nos serviços de referência especializados, do tratamento dos internos soropositivos.
- Elaboração de prontuários de saúde.
- Exposição de Arte-terapia no hospital de toxicômanos (produtos produzidos pelos internos).
- Palestras educativas sobre doenças infecto-contagiosas.
- Campanhas de prevenção ao diabetes e à hipertensão.
- Realização do 2º Festival de Música no Sistema Penitenciário (Festipen).
- Formação de grupo de dança folclórica no Complexo Penitenciário Feminino.
- Realização da 1ª Semana de Valorização da Mulher Presa (palestras, exercícios físicos e realização de exames – parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba).
- 1º Forró do Hospital Psiquiátrico e Judiciário de Barbacena.

#### **No campo da educação em saúde:**

- Participação das Áreas Técnicas da Secretaria Estadual de Saúde, Escola de Saúde Pública e Escola de Administração Penitenciária nas capacitações das equipes de saúde do sistema penitenciário.
- Processo de capacitação continuado das equipes de saúde, nas ações prioritárias da atenção básica.
- Repasse de materiais de apoio às equipes de saúde (cartilhas, cadernos de saúde e protocolos de saúde).
- Capacitação em Saúde Mental (dois módulos - realizada em parceria com o Conselho Regional de Psicologia).
- Capacitação e sensibilização realizadas pelas Secretarias Estaduais aos agentes penitenciários (enfocando conteúdo em saúde e direitos humanos).

- Curso técnico de higienização dentária ministrado aos dentistas (três módulos).
- Capacitação para os assistentes sociais.
- Capacitação para os psicólogos.
- Capacitação para os enfermeiros.

**Desafios relacionados ao processo de implantação do Plano Operativo:**

- Vinculação dos profissionais das equipes de saúde – contratos temporários – o que ocasiona a rotatividade dos mesmos.
- Aumento gradativo dos internos no Sistema Penitenciário, com as transferências dos presos provisórios das cadeias públicas à Subsecretaria de Administração Penitenciária, o que tem impactado diretamente no planejamento das ações das equipes de saúde e nos serviços de referência da rede SUS.
- Dificuldades do Ministério da Justiça/DEPEN em atender à solicitação do estado referente a recursos para reformas físicas e equipamentos às unidades de saúde, nos dois primeiros anos de implantação da política.
- Transferência dos recursos do Incentivo (PAB variável) da Secretaria Estadual de Saúde/FES para a Defesa Social.
- Regularização apenas em 2005 do fluxo de transferências do Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário, entre as Secretarias.
- Elaboração de módulos específicos para a formação dos agentes penitenciários.
- Alta rotatividade dos internos entre as unidades prisionais, ocasionando interrupções nos tratamentos e acompanhamentos programados.
- Faltas ocasionais de escoltas nas unidades prisionais, para o atendimento à saúde, e de transporte, para os encaminhamentos aos serviços especializados da rede SUS.

- Dificuldades, junto aos municípios, no processo de cadastramento das unidades de saúde e profissionais de saúde no SCNES (esse cadastro compete às Secretarias Municipais de Saúde que têm unidades prisionais em seu território).
- Morosidade no processo de aquisição de equipamentos de saúde (o processo de compra foi realizado pela Secretaria de Defesa Social).
- Necessidade de integração entre o sistema penitenciário e os sistemas municipais de saúde.
- Faltas ocasionais de materiais (nos primeiros semestres de 2006 e 2007) para coleta de material e testagem em HIV/Sífilis.
- Mudanças de governo e de direção na estrutura da Secretaria de Estado de Defesa Social – implicando nova sensibilização dos gestores quanto à Política de Atenção à Saúde à População Penitenciária.

A seguir destacamos avanços e limites no processo de consolidação do Plano Operativo de Minas Gerais.

### **Avanços:**

- O processo de elaboração do Plano Operativo contou com a participação do Conselho de Secretários Municipais de Saúde e das áreas técnicas da Secretaria Estadual de Saúde e foi coordenado pelas duas Secretarias Estaduais – Saúde e Defesa Social.
- A Secretaria de Estado de Defesa Social assumiu o compromisso de readequar os espaços físicos das unidades prisionais, destinados às unidades de saúde, e equipá-las (até o ano de 2006 essas ações eram realizadas com recursos do governo estadual).
- A Secretaria de Defesa Social incluiu, no Plano Diretor do Sistema Penitenciário<sup>22</sup>, metas na área da saúde – construção de módulos de

---

<sup>22</sup> Plano Diretor do Sistema Penitenciário (2007 a 2008) do Estado de Minas Gerais. Secretaria de Estado de Defesa Social.

saúde para as unidades prisionais, aquisição de equipamentos para as unidades de saúde e compra de ambulâncias para o transporte adequado aos serviços hospitalares.

- A Secretaria de Estado de Saúde coordena o processo de capacitação das equipes de saúde, em parceria com a Secretaria de Defesa Social (participam desse processo: a Escola de Saúde Pública, a Escola de Administração Penitenciária, a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais e Áreas Técnicas da Secretaria de Estado de Saúde).
- Todas as ações prioritárias da atenção básica são contempladas nas capacitações realizadas às equipes de saúde e organizadas nos serviços de saúde das unidades prisionais.
- A Secretaria Estadual de Saúde inclui a demanda dos serviços de saúde das unidades prisionais e da população penitenciária nos seus processos de planejamento - Plano Estadual de Saúde, Plano Plurianual de Governo (PPA), Programação Pactuada e Integrada da Assistência – e na pauta das discussões da Comissão Intergestores Bipartite.
- A Secretaria de Estado de Saúde inclui a população penitenciária no planejamento de recursos (Limite Financeiro de Assistência) às ações de média e alta complexidade.
- A partir da implantação do Plano Operativo são realizados levantamentos epidemiológicos anuais, nos serviços de saúde das unidades prisionais.
- O processo de capacitação às equipes de saúde é contínuo.

### **Limites**

- Prevalência de contratos temporários de trabalho das equipes de saúde por vínculos efetivos (todavia, a Secretaria de Defesa Social está em fase final de elaboração de edital para concurso público, o qual deverá ser realizado neste ano de 2008, para os profissionais de saúde).

- Existência de desconexão de ações e da população reclusa da Subsecretaria de Administração Penitenciária, o que implica considerar, nas ações planejadas e desenvolvidas, o aumento constante da população penitenciária e do número de unidades prisionais vinculadas à Subsecretaria de Administração Penitenciária.
- Carência de recursos, o que exige rediscussão, junto aos municípios, dos recursos pactuados para as referências especializadas e hospitalares, em função do aumento permanente da população prisional.
- Falta de instituição da Comissão de Acompanhamento do Plano Operativo, bem como do estabelecimento de um espaço contínuo de discussão junto ao Conselho Estadual de Saúde.
- Falta de inclusão da Gerência de Saúde para o Sistema Penitenciário no organograma da Secretaria Estadual de Saúde.
- Falta de maior participação das Secretarias Estaduais de Saúde e de Defesa Social nas reuniões do Conselho de Secretários Municipais de Saúde e de planejamento em conjunto das ações de vigilância sanitária, ambiental e epidemiológica a serem realizadas em parceria com os municípios que têm unidades prisionais no seu território.
- Falta de implantação do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) em todas as unidades de saúde das unidades prisionais.
- Não ocorrência de repasse **regular** do Incentivo para Atenção à Saúde entre as Secretarias Estaduais e a execução financeira do mesmo.
- Falta de garantia de escolta, capacitada para a ação e com número suficiente de componentes, para encaminhar os internos aos serviços de saúde das unidades prisionais e da rede SUS.

A análise apresentada evidencia que, apesar dos limites indicados, as ações realizadas contribuíram – e continuam contribuindo - para a ampliação do acesso à saúde às pessoas reclusas, na medida em que estabeleceram mudanças no cotidiano das unidades prisionais em que a Política de Atenção à Saúde vem sendo desenvolvida, possibilitando: a organização de serviços de saúde nessas unidades,

o cadastramento dos serviços no SUS, a vinculação das equipes de saúde e a definição de serviços para a referência especializada e hospitalar.

As ações de saúde - coletivas e individuais - efetivadas nessas unidades prisionais pelas equipes de saúde configuram-se como importante contribuição para a satisfação da saúde física e autonomia das pessoas nelas reclusas.

Por outro lado, os Conselhos de Saúde vêm, também, participando do processo, por meio da análise e aprovação tanto dos Planos Operativos Estaduais como dos Relatórios de Gestão relativos às metas e ações realizadas no contexto de sua implantação.

A pesquisa mostra ainda que, com o espaço de interlocução estabelecido entre as Secretarias Estaduais de Saúde, Segurança Pública e Defesa Social, a saúde das pessoas reclusas passa *de fato* a ser responsabilidade do Estado e não apenas da justiça, ou da execução penal. As responsabilidades dos gestores da saúde e da justiça, na realização das ações e metas propostas nos Planos Operativos, foram definidas e acordadas nas instâncias de pactuação e deliberação do SUS.

O processo de consolidação dos Planos Operativos – ou da Política de Saúde à População Prisional – é permanente e não poderia ser de outra forma, já que o processo de construção da realidade social é histórico e dinâmico.

Como já registrado, constatamos significativos indícios da importância da Política de Atenção à Saúde à população penitenciária. Justamente pelas suas possibilidades de satisfação da saúde, que se configura como necessidade humana básica e, ao mesmo tempo, como direito social, é preciso que essa política se fortaleça como política pública e direito de cidadania. O acesso à saúde nas prisões deve acontecer em todo o Sistema Penal, consolidando-se como um princípio de igualdade e não apenas como uma das políticas da reinserção social.

## CONCLUSÃO

O objetivo principal deste estudo foi analisar a possibilidade de realização do direito à saúde nas prisões, por meio da implantação nos estados da Política Nacional de Saúde à População Penitenciária.

Partindo da hipótese de que a Política de Atenção à Saúde à População Penitenciária possibilita avanços na organização do acesso a ações e serviços de saúde à população prisional, percorremos um caminho no qual foi possível a teorização e reflexão sobre diversos temas - entre eles o dos direitos sociais, das necessidades humanas básicas, da política de saúde e da política penitenciária.

A positivação dos direitos humanos e, conseqüentemente, dos direitos sociais teve seu marco na Declaração Universal dos Direitos do Homem, em 1948. No âmbito dos direitos sociais, vimos que a sua concretização supõe prestar à população serviços e benefícios que se configuram como respostas às necessidades humanas básicas, dentre as quais a saúde como direito básico devido. O grande desafio, como afirma Bobbio (2004), é o das garantias e possibilidades de realização desses direitos, ou a sua proteção.

Os direitos sociais inserem-se, pois, em um campo de disputas ideológicas: de um lado, a esquerda solicita o reconhecimento desses direitos como questão de igualdade, que remete a um sentido de obrigação positiva do Estado, em contraposição à defesa neoliberal da liberdade negativa; e, de outro lado, a nova direita (neoconservadores e neoliberais) defende a supremacia dos direitos civis e políticos, que são direitos de liberdade negativa que não prevêm a proteção social universal do Estado como um dever de cidadania.

Para os componentes da nova direita, a instituição formal dos direitos é capaz “de dar conta e garantia” da satisfação das necessidades, ou preferências subjetivas, que devem ser atendidas preferencialmente no âmbito do mercado e não pelo Estado.

Esse posicionamento polêmico leva à discussão das necessidades humanas, que na verdade constitui o ponto de partida para a discussão dos direitos, já que fundamentam a institucionalização dos mesmos.

A discussão das necessidades humanas apresenta o desafio da delimitação, ou da especificação de um conjunto de necessidades que sejam objetivas e universais, podendo assim ser vivenciadas por todas as pessoas, independentemente do contexto político, social, econômico e cultural em que se encontrem. Tal delimitação serve de fundamento para a formulação de políticas sociais coerentes com as necessidades a serem atendidas pelo Estado.

Para Pisón (1998), o fundamento dos direitos sociais são as necessidades reais dos homens, e a distinção das necessidades, das preferências e desejos, é o “cavalo de batalha” entre defensores e detratores dos direitos sociais.

As necessidades humanas que justificam os direitos sociais possuem as seguintes características: são básicas e, por isso, necessárias para se levar uma vida digna; são objetivas, porque a sua especificação teórica e empírica não se orienta por preferências individuais e sua privação é externa ao indivíduo, portanto constatável; são também universais, uma vez que dizem respeito a todas as pessoas de qualquer lugar do planeta, mesmo que com diferenças de contextos sociais; e são históricas, porque as circunstâncias concretas de vida as determinam.

Com o objetivo de delimitar o conjunto de necessidades humanas básicas, Len Doyal e Ian Gough (1994) levam em conta o fato de o não atendimento das mesmas causar sérios e prolongados prejuízos à vida material dos homens, comprometendo a sua atuação e participação em sociedade.

Por conseguinte, as necessidades que, para Pereira (2002), se apresentam como essenciais e devem ser satisfeitas para uma vida saudável são a saúde e a autonomia. E para possibilitar o atendimento dessas necessidades, vimos que um conjunto de determinantes e condicionantes (educação, alimentação, moradia, trabalho, saneamento básico, acesso a bens e serviços essenciais, entre outros) deve também ser provido como direito fundamental, de caráter social.

A satisfação ou o grau de atendimento dessas necessidades pode variar, mas elas são as mesmas para todos em todos os contextos. Aliás, é imprescindível que sejam consideradas as necessidades singulares de segmentos específicos da população, no sentido de ampliar os direitos e de garantir que a equidade e a integralidade da atenção sejam o contraponto da universalidade.

Constatamos, no decorrer da pesquisa, que a Política de Saúde para o Sistema Penitenciário mostra-se como possibilidade real de ampliar o acesso da população reclusa ao SUS e de atendimento às necessidades de saúde dessas pessoas. Assim, ela pode possibilita a ampliação do acesso a direitos e ao SUS.

Essa Política prevê a inclusão da população penitenciária no SUS e possibilita que o direito à cidadania se realize na perspectiva dos direitos sociais. Como se indicou neste trabalho, o acesso dessa população a ações e serviços de saúde é definido legalmente pela Constituição Federal de 1988, pela Lei n° 8.080, de 1990, que regulamenta o SUS, e por outros atos legais já mencionados. Isso significa que as ações e os serviços de saúde que constam da Política Nacional de Saúde são condizentes com os princípios e as diretrizes do SUS.

Construído de forma democrática, o SUS representa um avanço constitucional e um ganho para os direitos sociais, na medida em que as diretrizes que orientam a organização dos sistemas e serviços de saúde pautam-se pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção.

Entretanto, o processo de institucionalização e implantação do SUS, na década de 1990, não foi isento de “intempéries e trovoadas”, ou de uma contra-reforma conservadora, no dizer de Fagnani (2005). A prática política do neoliberalismo e o seu reflexo na elaboração de políticas sociais, residuais e compensatórias, representam a “contramão” da implementação do SUS, uma política pública de caráter universal e distributivo.

Contribuiu também para essa “contramão” a forma como foram instituídos os direitos de cidadania no país, até a promulgação da Constituição Federal em 1988 – vinculados à inclusão no mercado de trabalho, à “cidadania regulada” – que refletem uma herança cultural e institucional que não muda do dia para a noite.

São muitos os avanços do SUS no decorrer de seus 20 anos de implantação e o seu processo de consolidação é permanente, porém o desafio do acesso universal também deve ser permanente. Portanto, a inclusão no SUS, de um setor da população que estava excluído e que apresenta uma série de problemas em relação à saúde – a população carcerária – precisa ser assumida como prioridade e como dever do Estado, por todas as unidades da federação. Colaborando com a organização do acesso à saúde desse segmento específico, a Política Nacional de

Saúde para o Sistema Penitenciário contribui com a efetividade da equidade em saúde no SUS.

A implantação dos Planos Operativos Estaduais no Distrito Federal e em Minas Gerais mostrou que nos processos de organização dos sistemas estaduais e municipais de saúde as condições e necessidades da população prisional devem ser consideradas. Esse processo – o reconhecimento das necessidades de saúde da população prisional – que foi desencadeado com o diagnóstico inicial dos estados na elaboração dos Planos Operativos, possibilitou a ação institucional na implantação dos serviços de saúde nas unidades prisionais. Foram estabelecidos espaços de discussão entre os gestores e técnicos das Secretarias Estaduais de Saúde, Defesa Social e Segurança Pública e entre as Secretarias Municipais de Saúde.

Do ponto de vista do impacto nas gestões estaduais, consideramos como avanço a inclusão da demanda dos serviços de saúde das unidades prisionais e da população reclusa nos Planos Plurianuais de Governo, Planos Estaduais e Municipais de Saúde, no Limite Financeiro de Assistência das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, bem como na Programação Pactuada e Integrada da Assistência<sup>23</sup>.

Mudanças positivas também ocorreram no âmbito da gestão das Secretarias de Defesa Social e Segurança Pública, e das unidades prisionais. As demandas decorrentes da estruturação dos serviços de saúde nas unidades prisionais e da vinculação e definição de profissionais (inclusive as equipes de saúde), para viabilizar o funcionamento e a escolta aos serviços de saúde, foram incluídas no planejamento de recursos das mesmas e executadas no processo de implantação dos Planos Operativos no Distrito Federal e em Minas Gerais.

A implantação dos serviços de saúde nas unidades prisionais propiciou mudanças no cotidiano dessas unidades, nas práticas de saúde e no acesso das pessoas reclusas aos serviços de saúde. Conhecer as condições de reclusão e o funcionamento das unidades prisionais foi fundamental para o planejamento e organização das ações realizadas pelas equipes, que devem considerar os determinantes sociais – além dos epidemiológicos – do processo saúde/doença.

---

<sup>23</sup> A Programação Pactuada e Integrada da Assistência é um processo instituído no âmbito do SUS, onde, em coerência com o processo de planejamento, são definidas e quantificadas as ações de saúde para a população de cada território e realizada a pactuação intergestores para a garantia do acesso da população aos serviços de saúde.

Outro aspecto que também destacamos é o de que a universalidade, a integralidade e a equidade da atenção constituem um conceito tríplice, que expressa o ideário da Reforma Sanitária e do SUS. A satisfação das necessidades de saúde como direito de todos – ou direito de cidadania – assim como a satisfação das necessidades intermediárias, estão implícitas nesse conceito.

Assim, podemos dizer que a integralidade é o esforço para atender às necessidades de saúde, e a equidade, o esforço em atender às necessidades singulares por meio de políticas específicas, ou respostas governamentais diferenciadas.

No processo permanente de implementação dos Planos Operativos nos Estados, ou da Política de Saúde para o Sistema Penitenciário, há que se considerar que a integralidade da atenção pressupõe a articulação dos serviços de saúde das unidades prisionais com a rede de serviços de saúde. Mas pressupõe também que a gestão e coordenação dos serviços de saúde tenham capacidade de escutar as necessidades de saúde da população prisional e de atendê-las. A demanda aos serviços de saúde muitas vezes é “orientada” pela oferta dos mesmos, mas as necessidades de saúde podem ser outras. No espaço dos serviços de saúde, a integralidade pressupõe o esforço da equipe de saúde em traduzir e atender a essas necessidades, e de promover e aplicar a atuação interdisciplinar.

Diante do que foi apresentado e discutido nesta Dissertação, acreditamos que a hipótese que orientou a pesquisa foi confirmada, ficando evidente a contribuição da Política de Atenção à Saúde à População Penitenciária na organização do acesso a ações e serviços do SUS, ou seja, à saúde física das pessoas reclusas, ampliando também a possibilidade do exercício da autonomia de ação dessas pessoas.

Todavia, é importante ressaltar que, apesar dos avanços ocorridos, muitas das ações desenvolvidas podem ser ampliadas e outras - como a desprecarização dos vínculos de trabalho das equipes de saúde, a relação dos serviços de saúde com os serviços das unidades prisionais, a regulação do acesso aos serviços especializados, a organização dos serviços de saúde em todas as unidades prisionais - precisam ser implementadas. A ampliação do acesso da população às ações e serviços do SUS relaciona-se com todas essas variáveis.

Contudo, pelas informações analisadas é necessário considerar que o sistema penitenciário brasileiro “não acompanhou” os avanços conquistados em termos de direitos, no contexto democrático em curso no país.

As mudanças observadas no sistema penitenciário a partir da década de 1980 dizem respeito ao incremento da sua *estrutura institucional*. No entanto, não ocorreram modificações institucionais significativas para alterar o modelo de gestão dessas instituições em coerência com o Estado Democrático de Direito.

O Brasil possui um sistema federativo em que os Estados são os responsáveis pela organização e gestão dos sistemas penitenciário e policial. Os desequilíbrios e diversidades regionais que se refletem nos indicadores econômicos e sociais dos Estados provocam diferentes características e problemas no sistema penitenciário, sendo determinantes na organização e funcionamento das unidades prisionais.

Nas prisões brasileiras, colocam-se como desafiadores para a realização dos direitos sociais os problemas crônicos relativos a precárias condições de habitabilidade – construções mal conservadas, celas e galerias sujas, escuras e sem ventilação, prática de tortura e imposição de maus tratos, inexistência de serviços de assistência previstos na execução penal e prioridade das ações de segurança e disciplina sobre as demais, considerando-se essas ações como o objetivo primeiro e último da execução penal.

Há muito a ser feito para que as condições carcerárias de reclusão sejam condizentes com as normatizações legais. Conforme Wacquant (2001), não há justificativa jurídica e tampouco penalógica para a privação dos direitos sociais nas instituições prisionais. Ao contrário, esses direitos têm que ser garantidos pelo Estado na realização da custódia às pessoas reclusas, as quais, embora privadas de liberdade, são detentoras de necessidades básicas que devem ser atendidas.

Estabelecidas as necessárias considerações, chegou o momento de dar um fecho a este trabalho, embora se entenda que uma pesquisa nunca está completa, que ela representa um processo sempre "a caminho".

As considerações aqui tratadas, antes de serem conclusivas, merecem ser vistas como um ponto inicial para novos debates e pesquisas acadêmicas na esfera de políticas públicas, no sentido de contribuir para que o direito à saúde nas prisões não seja apenas uma distante possibilidade, mas (e sobretudo!) uma realidade.

## REFERÊNCIAS

- BOBBIO, Norberto. **A Era dos Direitos**. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. 5ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.
- BRASIL. Câmara dos Deputados. **II Caravana Nacional de Direitos Humanos: relatório: uma amostra da realidade prisional brasileira**. Brasília, 2000.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Situação do Sistema Prisional Brasileiro**: relatório: síntese de videoconferência nacional realizada pela Comissão de Direitos Humanos e Minorias da Câmara dos Deputados. Brasília, 2006.
- \_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. 2. ed. Brasília, 2007.
- \_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil** (1988). 22. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2004.
- \_\_\_\_\_. Presidência da República. **Lei nº. 7.210**, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal – LEP.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Direitos Humanos: documentos internacionais**. Brasília: Presidência da República, Secretaria Especial de Direitos Humanos, 2006.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. **Regras Mínimas para o Tratamento do Preso no Brasil**. Brasília: Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, 2007.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Resoluções do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária – 1981 a 2007**. Brasília: Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, 2007.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária: O Que É? O Que Faz? O Que Pode Fazer?** Brasília: Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, 2004.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 1.777**, de 09 de setembro de 2003. Aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, destinado a prover a atenção integral à saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Portaria/GM nº 399**, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Assistência à Saúde. **Regionalização da assistência à saúde**: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria Executiva. **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara A. Pereira (organizadoras). **Política Social e Democracia**. 3. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2007.

CASTEL, Robert. **A Insegurança Social**: O que é ser protegido? Tradução de Lúcia M. Endlich. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

CENTRO PELA JUSTIÇA E PELO DIREITO INTERNACIONAL. **Relatório sobre mulheres encarceradas no Brasil**. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <[http://www.ajd.org.br/ler\\_noticia.php?idNoticia=129](http://www.ajd.org.br/ler_noticia.php?idNoticia=129)>. Acesso em: 13 abr. 2008.

DOYAL, Len; GOUGH, Ian. **Teoría de las necesidades humanas**. 1. ed. Barcelona: ICARIA, 1994.

FAGNANI, Eduardo. **Política social no Brasil (1964-2002)**: entre a cidadania e a caridade. Tese de doutorado apresentada ao Instituto de Economia da Unicamp. Campinas, 19 de agosto de 2005.

IANNI, Octávio. **Construção de categorias**. São Paulo: PUC/SP. Transcrição de aula ministrada no Curso de Pós-Graduação em Ciências Sociais, 1º sem. 1986.

LAFER, Celso. **A reconstrução dos direitos humanos**: um diálogo com o pensamento de Hannah Arendt. São Paulo: Companhia das Letras, 1988.

MARX, Karl. **Crítica ao programa de Gotha**. In: MARX, K., ENGELS, F. Obras. Madrid: Ayuso, Tomo I, 1975. p. 5-41

MESQUITA NETO, Paulo de; AFFONSO, Beatriz S. Azevedo. **Segundo Relatório Nacional sobre os Direitos Humanos no Brasil**. São Paulo: Comissão Teotônio Vilela de Direitos Humanos, 2002.

MYNAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento** – Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1998.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. A saúde no sistema de seguridade social brasileiro. **Ser Social**, Brasília, n. 10, p. 33-56, 2002.

\_\_\_\_\_. **Necessidades humanas** – subsídios à crítica dos mínimos sociais. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

PISÓN, José Martínez de. **Políticas de bienestar** – un estudio sobre los derechos sociales. Madrid: Tecnos, 1998.

SANTOS, Wanderley Guilherme dos. **Cidadania e justiça**: a política social na ordem brasileira. 2. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1987.

SPOSATI, Aldaíza. **Exclusão social abaixo da linha do Equador**. In: Seminário Exclusão Social, São Paulo: PUC/SP, 1998. Disponível em: <<http://www.dpi.inpe.br/geopro/exclusao/exclusao.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2007.

TELLES, Vera da Silva. **Direitos sociais** – afinal do que se trata? 2ª reimpressão. Belo Horizonte: UFMG, 2006.

WACQUANT, Loïc. **As prisões da miséria**. Tradução de André Telles. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

## BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

BERGER, Peter L. **A Construção Social da Realidade**: tratado de sociologia do conhecimento. Tradução de Floriano de Souza Fernandes. 16. ed. Petrópolis: Vozes, 1998.

BOSCHETTI, Ivanete et al. A recomposição do campo assistencial: natureza do direito, descentralização e colaboração vigiada. **Ser Social**, Brasília, n. 9, p. 217-242, 2001.

BOTTOMORE, Tom. **Dicionário do Pensamento Marxista**. Tradução de Waltensir Dutra. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. **Síntese das Ações do Departamento Penitenciário Nacional**: Ano de 2007 e Metas para 2008. Brasília: Ministério da Justiça, 2007.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **FUNPEN em Números**. 4. ed. Brasília: Ministério da Justiça, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde**: avanços, desafios e reafirmação de seus princípios e diretrizes. 2. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

CARNOY, Martin. **Estado e Teoria Política**. Tradução Instituto de Letras da PUC-Campinas. 2. ed. Campinas, SP: Papiros, 1988.

CARVALHO, José Murilo de. **Cidadania no Brasil**: o longo caminho. 6. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social**: uma crônica do salário. Tradução de Iraci D. Poletti. Petrópolis, RJ: Vozes, 1988.

CÉSAR, Maria Auxiliadora. **Mulher e política social em Cuba**: o contraponto socialista ao bem estar capitalista. Tradução de Therezinha de Jesus Arruda. Brasília: Edições Alva, 2004.

CORDEIRO, H. A. **Descentralização e equidade em saúde**. In: IV Congresso da Associação Latinoamericana de Medicina Social. Rio de Janeiro, 2001.

COYLE, Andrew. **Administração Penitenciária**: uma abordagem de direitos humanos – manual para servidores penitenciários. Tradução de Paulo Liégio. Brasília: Ministério da Justiça, 2002.

DEMO, Pedro. **Novos paradigmas em política social**. In: Denise Bomtempo Birche de Carvalho, Nair Heloísa Bicalho de Souza, Pedro Demo. **Novos Paradigmas da Política Social**. Brasília: UnB, Programa de Pós-graduação em Política Social, Departamento de Serviço Social, 2002.

\_\_\_\_\_. Pesquisa: método e cidadania. **Ser Social**, Brasília, n. 9, p. 33-52, 2001.

\_\_\_\_\_. Política pública de direitos humanos. **Ser Social**, Brasília, n. 8, p. 85-98, 2001.

FALEIROS, Vicente de Paula. Desafios para a pesquisa em política social. **Ser Social**, Brasília, n. 9, p. 53-76, 2001.

FERNANDES, Florestan. **In Marx / Engels**. São Paulo: Ática, 1983.

GRAMSCI, Antonio. **Concepção dialética da história**. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978.

JUNIOR, Jayme Benvenuto Lima. Os caminhos de realização prática dos direitos humanos econômicos, sociais e culturais. **Ser Social**, Brasília, n. 8, p. 59-84, 2001.

KUHN, Thomas S. **A estrutura das revoluções científicas**. Tradução de Beatriz Vianna Boeira e Nelson Boeira. 9. ed. São Paulo: Perspectiva, 2005.

LÖWY, Michael. **Ideologias e Ciência Social: elementos para uma análise marxista**. São Paulo: Cortez, 1988.

MARSHALL, Thomas H. **Cidadania e classe social**. In: Cidadania, Classe Social e Status. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

MARX, Karl. **O Capital: crítica da economia política**. Livro 1; Volume I. Tradução de Régis Barbosa e Flávio R. Kothe. São Paulo: Abril Cultural, 1984.

MORENO, Luís. **Lãs Europas del bienestar**. In: Ciudadanos precários: la "última red" de pretección social. Barcelona: Ariel, 2000.

NASCIMENTO, Daniela Barros do. et al. **Polêmica entre direita e esquerda sobre necessidades e direitos sociais: um confronto das idéias de Friedrich von Hayek e Raymond Plant**. Brasília: Universidade de Brasília, 2005. (série Política Social em Debate, Núcleo de Estudos e Pesquisas em Política Social)

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Direitos à saúde na sociedade contemporânea. **Ser Social**, Brasília, n. 10, p. 09-32, 2002.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. As vicissitudes da pesquisa e da teoria no campo da política social. **Ser Social**, Brasília, n. 9, p. 77-94, 2001.

\_\_\_\_\_. **Política social, cidadania e neoliberalismo: reflexão sobre a experiência brasileira**. In: Denise Bomtempo Birche de Carvalho, Nair Heloísa Bicalho de Souza, Pedro Demo. Novos paradigmas da política social. Brasília: UNB, Programa de Pós-graduação em Política Social, Departamento de Serviço Social, 2002.

\_\_\_\_\_. **Estado, regulação social e controle democrático**. In: Maria Inês Souza Bravo, Potyara Amazoneida Pereira Pereira. Política Social e Democracia. 3. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2007.

\_\_\_\_\_. **Sobre a política de assistência social no Brasil.** In: Maria Inês Souza Bravo, Potyara Amazoneida Pereira Pereira. Política Social e Democracia. 3. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2007.

POLANYI, Karl. **A grande transformação:** as origens de nossa época. Rio de Janeiro: Campus, 1980.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Administração Penitenciária. **Perfil biopsicossocial das pessoas presas condenadas que ingressaram no sistema penitenciário do Estado do Rio de Janeiro:** um estudo de cinco anos. Rio de Janeiro: CNPCP/DEPEN/MJ, 2006.

SANTOS, Lenir; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. **SUS: O espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos:** aspectos jurídicos, administrativos e financeiros. Campinas, SP: Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2007.

SPOSATI, Aldaíza; FALCÃO, Maria do Carmo; FLEURY, Sônia. **Os direitos (dos desassistidos) sociais.** São Paulo: Cortez, 1989.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.