

Élida Lúcia Carvalho Martins

**“O DIREITO À SAÚDE E A PRISÃO: O CASO DE UMA UNIDADE PRISIONAL DE MINAS
GERAIS”**

Universidade Federal de Minas Gerais
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública
Belo Horizonte - MG
2012

Élida Lúcia Carvalho Martins

“O DIREITO À SAÚDE E O SISTEMA PENITENCIÁRIO:

O CASO DE UMA UNIDADE PRISIONAL DE MINAS GERAIS”

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública (área de concentração em Políticas de Saúde e Planejamento).

Orientadora: Elza Machado de Melo

Co-orientadora: Andréa Maria Silveira

Belo Horizonte – Minas Gerais

2012

Martins, Élide Lúcia Carvalho.
M386d O direito à saúde e o sistema penitenciário [manuscrito]: o caso de uma unidade prisional de Minas Gerais. / Elida Lucia Carvalho Martins.
-- Belo Horizonte: 2012.
141f.: il.
Orientador: Elza Machado de Melo.
Coorientador: Andréa Maria Silveira.
Área de concentração: Saúde Pública.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Direito à Saúde. 2. Prisões. 3. Violações dos Direitos Humanos. 4. Condições de Trabalho. 5. Acesso à Serviços de Saúde. 6. Dissertações Acadêmicas. I. Melo, Elza Machado de. II. Silveira, Andréa Maria. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.
NLM: WA 540

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor

Prof. Clélio Campolina Diniz

Vice-Reitora

Prof^a Rocksane de Carvalho Norton

Pró-Reitor de Pós-Graduação

Prof. Ricardo Santiago Gomez

Pró-Reitor de Pesquisa

Prof. Renato de Lima Santos

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor

Prof. Francisco José Penna

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social

Prof. Antônio Leite Alves Radicchi

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Coordenadora

Prof^a Ada Ávila Assunção

Sub-Coordenadora

Prof^a Sandhi Maria Barreto

Colegiado

Prof^a Ada Ávila Assunção – Titular

Prof^a Cibele Comini César – Suplente

Prof^a Eli Iola Gurgel Andrade – Titular

Prof^a Carla Jorge Machado – Suplente

Prof. Fernando Augusto Proietti – Titular

Prof^a Maria Fernanda Furtado de Lima e Costa – Suplente

Prof^a Mariângela Leal Cherchiglia – Titular

Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro – Suplente

Prof. Mark Drew Crosland Guimarães – Titular

Prof^a Soraya Almeida Belisário – Suplente

Prof^a Sandhi Maria Barreto – Titular

Prof. Francisco de Assis Acurcio – Suplente



FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533
Belo Horizonte - MG - CEP 30130-100
Fone (031) 3409 9641 FAX (31) 3409 9640



UFMG

ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de **ÉLIDA LÚCIA CARVALHO MARTINS** número de registro 2010652686. Às quatorze horas do dia **vinte e nove de fevereiro de dois mil e doze**, reuniu-se na Faculdade de Medicina da UFMG a Comissão Examinadora de dissertação indicada pelo Colegiado do Programa para julgar, em exame final, o trabalho intitulado: "**O DIREITO À SAÚDE E A PRISÃO: O CASO DE UMA UNIDADE PRISIONAL DE MINAS GERAIS**", requisito final para a obtenção do Grau de Mestre em Saúde Pública - Área de Concentração em Política de Saúde e Planejamento. Abrindo a sessão, a Presidente da Comissão, Profa. Elza Machado de Melo, após dar a conhecer aos presentes o teor das normas regulamentares do trabalho final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público para julgamento e expedição do resultado final. Foram atribuídas as seguintes indicações:

Profa. Elza Machado de Melo/Orientadora

Instit: UFMG

Indicação: Aprovada

Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Instit: UFMG

Indicação: APROVADA

Prof. José Luiz Quadros Magalhães

Instit: UFMG

Indicação: APROVADA

Pelas indicações a candidata foi considerada Aprovada

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, a Presidente encerrou a sessão e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 29 de fevereiro de 2012.

Profa. Elza Machado de Melo

Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Prof. José Luiz Quadros Magalhães

Profa. Ada Ávila Assunção/ Coordenadora

Profa. Sandhi Maria Barreto
Subcoord do PG em Saúde Pública
Faculdade de Medicina / UFMG

Obs: Este documento não terá validade sem a assinatura e carimbo do Coordenador

CONFERE COM ORIGINAL
Centro de Pós-Graduação
Faculdade de Medicina - UFMG

Este trabalho é dedicado aos sujeitos desta pesquisa e a todas as pessoas que estão na constante luta pela construção de um mundo sem muros e segregações, pela transformação radical da sociedade e pela socialização das riquezas sejam econômicas, sociais, naturais ou culturais.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a meus pais, Inácia e José Elias, e meus irmãos, Luciana e Vinícius, que me apoiaram durante esses dois anos, mesmo que apreensivos com o meu trabalho. Ao amigo de muitos anos Ulpiano Vásquez que, além de me incentivar, apoiou aos meus pais e irmãos. Às minhas afilhadas, Kely e Glênia, e aos meus primos, tios e avó.

Aos militantes e companheiros das Brigadas Populares e ao Grupo de Familiares e Amigos das Pessoas em Privação de Liberdade que reacenderam a chama e me chamaram para luta, em especial a Laila Vieira e Débora Del Guerra. Ao Fórum em Defesa do SUS e contra a privatização que foi uma grande construção em 2011. Em especial a Carlos Campos que além da parceria, das muitas conversas, risadas, contribuiu lendo criticamente meus escritos.

Aos amigos da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais pelas conversas intrigantes que me motivaram em especial Fernanda Maciel que me encorajou em todas as etapas – da seleção para o mestrado ao último ponto escrito neste caderno. Aos amigos das horas mais leves, felizes, aconchegantes, acolhedoras, compreensivas, chatas, tristes, difíceis: Tássia e Marcela, Gleydson e Fernanda Campos, Carol Ruckert, Rodrigo, Nadja e Leo, Vívian e Lu, Juliana e Sérgio, Diana, Lívia, Janaína, Cris, Thiago Silva, entre tantos outros que fizeram e fazem a minha vida ficar mais doce.

À companheirada crítica da pós-graduação e do NECSP, a saber: Daniel, Elaine, Gustavo e Orozimbo. As trocas de *e-mail* fizeram essa caminhada ser mais progressista. Em especial a Elaine que surgiu em minha vida há pouco tempo, mas de uma forma muito presente e profunda, apoiando tanto nas produções acadêmicas quanto na vida pessoal.

Há quatro pessoas, entretanto, que comigo tornaram este trabalho possível. Agradeço a Professora Elza por ter aberto as portas e orientado essa pesquisa desafiadora e marginal. À Professora Andréa que num momento crítico teve uma presença tranquila, orientadora e apoiadora. E, por fim, a Luciana Gomes amiga que “colocou a mão na massa comigo”, esteve em campo num gesto de solidariedade, apoio, dividiu comigo seu tempo, sua vida e seus sofrimentos e sempre contribuiu com críticas e risadas.

Minha Alma (A Paz Que Eu Nao Quero)

Marcelo Yuka

A minha alma tá armada e apontada

Para cara do sossego.

Pois paz sem voz, paz sem voz

Não é paz, é medo.

Às vezes eu falo com a vida,

Às vezes é ela quem diz:

Qual a paz que eu não quero conservar,

Pra tentar ser feliz?

As grades do condomínio

São pra trazer proteção

Mas também trazem a dúvida

Se é você que tá nessa prisão.

Me abrace e me dê um beijo,

Faça um filho comigo,

Mas não me deixe sentar na poltrona

No dia de domingo.

Procurando novas drogas de aluguel,

Neste vídeo coagido.

É pela paz que eu não quero seguir.

É pela paz que eu não quero seguir.

É pela paz que eu não quero seguir

Admitindo.

RESUMO

O direito à saúde das pessoas em privação de liberdade é garantido tanto pela Lei de Execução Penal de 1984 quanto pela Constituição Federal do Brasil de 1988, entretanto os estudos e relatórios indicam que este direito não se concretiza no cotidiano da vida das pessoas em confinamento. O primeiro estudo é qualitativo e foi realizado com pessoas em privação de liberdade, agentes penitenciários e profissionais de saúde de uma unidade prisional de Ribeirão das Neves, no ano de 2011. A pesquisa demonstrou que, de acordo com a percepção dos sujeitos, o direito à saúde é universal apenas em norma, uma vez que está inscrito na lei, mas que de fato apenas se concretiza para as pessoas que possuem dinheiro e há um descaso do Estado Democrático de Direitos com os serviços públicos. Na unidade prisional em questão, há uma transferência de responsabilidade do Estado para a família e uma recusa dos agentes penitenciários e profissionais de saúde em se atribuir o direito à saúde aos presos por questões disciplinares e por um julgamento moral. O segundo estudo é um ensaio teórico em que coloca de um lado a democracia e de outro a disciplina. À luz desta contraposição, apresentamos as correntes que hoje se colocam no debate para a construção de soluções à perda de legitimidade do sistema penal: eficientismo, minimalismo e abolicionismo penal. Sendo que, a primeira alia-se a uma sociedade de controle mantendo as regras disciplinares e aumentando o aparato coercitivo do Estado. E as duas últimas são pautadas em uma modificação da sociedade que tende a uma abolição do sistema penal e a transferência das soluções dos conflitos à sociedade civil, aliando-se à democracia apresentada. Desdobra-se desse debate a defesa de que o questionamento acerca das bases em que se assentam o sistema penal deve ser realizado para que se possibilite a construção de políticas públicas de saúde cujas finalidades de intervenção estejam voltadas à concretização do direito à saúde.

ABSTRACT

The right to health of persons deprived of their freedom is guaranteed by both the Criminal Sentencing Act of 1984 as the Federal Constitution of Brazil in 1988, however the studies and reports indicate that this right is not realized in the daily lives of the people inmates. The first study is qualitative and was conducted with persons deprived of their freedom, prison officers and health professionals from a prison unit in Ribeirão das Neves, in 2011. Research has shown that according to the perception of the subjects the right to health is universal in the norm, since it is in law, but that really only comes into being for people who have money and there is an neglect of the state and public services. In the prison unit in question, there is a transfer of state responsibility for the family and a refusal of prison officials and health professionals in assigning the right to health of prisoners in disciplinary matters and a moral judgment. The second study is a theoretical essay that puts democracy on one side and another discipline. The contrast of light chains that now stand in the debate for the construction of solutions to the loss of legitimacy of the criminal justice system: efficientism, minimalism and penal abolitionism. Since the first allied himself with a society of control while maintaining the disciplinary rules and increasing the coercive apparatus of the state. And the last two are based on a modification of a society that tends to abolish the penal system and the transfer of solutions to the conflicts of civil society, allying themselves to democracy presented. This debate unfolds the defense that the questioning about the basis on which sit the criminal system should be done, so that it enables the construction of public health policies with the purpose of intervention is aimed at realization of the right.

LISTA DE FIGURAS.

Figura 1 – Distribuição de pessoas presas por faixa etária. Brasil, 2010.....	19
Figura 2 – Distribuição de Pessoas presas por cor da pele/etnia. Brasil, 2010.....	19
Figura 3 – Distribuição de pessoas presas por escolaridade. Brasil, 2010.....	20
Figura 4 - Distribuição de pessoas presas no sistema penitenciário por regime. Brasil, 2010.....	20
Figura 5 - Distribuição por tipo de crime homens. Brasil, 2010.....	21
Figura 6 - Distribuição por tipo de crime mulheres. Brasil, 2010.....	21

LISTA DE SIGLAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

CF/88 – Constituição da República Federativa do Brasil de 1988

COEP/UFMG – Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais

DATASUS – Banco de Dados do Sistema Único de Saúde

DEPEN – Departamento Penitenciário Nacional

DST – Doença Sexualmente Transmissível

DUDH – Declaração Universal de Direitos Humanos

LEP – Lei de Execução Penal

ONU – Organização das Nações Unidas

OIT – Organização Internacional do Trabalho

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNSSP – Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário

PPI – Programação Pactuada e Integrada

SEDS/MG – Secretaria de Estado de Defesa Social de Minas Gerais

SES/MG – Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

SUS – Sistema Único de Saúde

Sumário

APRESENTAÇÃO.....	17
1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	18
1.1 Saúde e direito à saúde	18
1.2 Sistema penitenciário brasileiro e saúde	22
1.3 Aspectos do estudo	29
2 OBJETIVOS	30
2.1 Objetivo Geral	30
2.2 Objetivos Específicos.....	30
3 ARTIGO 1: O contraditório direito à saúde de pessoas em privação de liberdade: o caso de uma unidade prisional de Minas Gerais.....	31
3.1 Introdução	32
3.2 Percurso Metodológico	34
3.3 Resultados e Discussão	36
3.4 Considerações Finais	45
3.5 Referências Bibliográficas	46
4 ARTIGO 2: Democracia e disciplina: os lugares de debate a cerca do sistema penal.....	51
4.1 Introdução	53
4.2 Democracia e direito à saúde.....	54
4.3 Disciplina e a prisão.....	60
4.4 “E agora José?”	64
4.5 Considerações finais.....	73
4.6 Referências Bibliográficas	74
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	79
APÊNDICES	81
APÊNDICE A – PROJETO DE PESQUISA	82
APÊNDICE I - INSTRUMENTO PARA REALIZAÇÃO DOS GRUPOS FOCAIS.....	125

ANEXOS	128
ANEXO A – ARTIGO PUBLICADO.....	129

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho constitui Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais, área de concentração em Políticas de Saúde e Planejamento, na linha de pesquisa Política de Saúde, Economia e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública. É apresentado no formato Artigo Científico, conforme estabelecido no Regulamento do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, no seu Capítulo V, Art. 58, Parágrafo 2º.

São apresentados dois artigos que tratam do direito à saúde das pessoas em privação de liberdade no sistema penitenciário brasileiro. O estudo integra o projeto de investigação “O direito à saúde no sistema prisional de Minas Gerais: as várias percepções do direito à saúde das pessoas em privação de liberdade.”.

O primeiro artigo, intitulado “O contraditório direito à saúde de pessoas em privação de liberdade: o caso de uma unidade prisional de Minas Gerais.”, é resultado de um estudo qualitativo realizado no ano de 2011 em uma unidade prisional do município de Ribeirão das Neves. Os dados empíricos foram coletados por meio de grupos focais realizados com três atores inseridos na unidade: pessoas em privação de liberdade, agentes penitenciários e profissionais de saúde.

O segundo artigo, denominado “Democracia e disciplina: os lugares de debate a cerca do sistema penitenciário”, é um ensaio teórico em que se confronta a democracia proposta por Gramsci e a disciplina de Foucault para iluminar o debate e os lugares de discussão dos rumos e soluções para o enfrentamento da crise sistema penal entre três correntes: eficientismo, minimalismo e abolicionismo penal.

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 Saúde e direito à saúde

A conceituação de saúde pode ser dividida entre duas correntes: a que aborda a saúde como um conjunto de determinantes sociais e subjetivos e outra que trata a saúde como ausência de doenças. A primeira corrente data do século IV a. C. com Hipócrates que afirma a influência da cidade e das condições de vida sobre a saúde e foi também foco de estudo de Engels que em “A situação da classe trabalhadora na Inglaterra” conclui que as condições de trabalho, a cidade, o estilo de vida dos trabalhadores são fatores que influenciaram no nível de saúde da população. Os grupos que defendem essa corrente discutem os determinantes sociais da saúde como: alimentação, moradia, trabalho, educação, religiosidade¹. A segunda corrente, originada no início do século XVII por Descartes, comparou o corpo humano a uma máquina e explicou a doença como um defeito na linha de montagem que deveria ser reparado de forma especializada. Os estudos de doença são voltados para determinação de uma etiologia específica da doença (bactérias, vírus, parasitas, anormalidades genéticas). Essa corrente trouxe pesquisas de muita relevância no campo da saúde como o desenvolvimento de tratamentos específicos para algumas doenças, salvando inúmeras vidas¹.

Foi no debate entre essas duas correntes e com a consolidação do Estado de Bem-Estar Social, que a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948, definiu saúde como o “*completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doenças*”. A carta de criação da OMS acrescentou ainda que a saúde é um direito fundamental de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, ideologia política e condição socioeconômica, deve ser garantida pelos governos, por medidas sanitárias e sociais, depende da mais ampla cooperação entre as pessoas e o Estado e é uma condição fundamental para alcançar a paz e a segurança² (OMS, 1948).

A sociedade internacional decidiu reconstruir e positivar os direitos humanos frente às atrocidades ocorridas na Segunda Guerra Mundial com o Estado Moderno que entrelaça a condição de sujeito de direito à pertinência a uma determinada raça, como na era Hitler, e

¹ Dallari, SG. O direito à saúde. Revista de Saúde Pública. São Paulo. 1988; 22(1): 57-63.

² OMS. Constituição da Organização Mundial de Saúde. 1948. Disponível em: <http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf>. Acessado em 01/11/2010.

com a polarização do mundo entre países capitalistas e socialistas. Dessa maneira, em 1945 foi criada a Organização das Nações Unidas – ONU-, por meio da Carta de São Francisco, que foi um marco histórico da dedicação de um desejo da comunidade internacional de reconhecer e fazer respeitar os direitos humanos no mundo. Houveram formalizações de tratados internacionais de proteção aos direitos humanos importantes anteriores à criação da Organização das Nações Unidas (ONU) – cita-se a proibição da escravidão, a proteção dos trabalhadores com a criação da Organização Internacional do Trabalho (OIT). Entretanto, o passo decisivo, de acordo com Ramos³, para internacionalização da temática dos direitos humanos e do estabelecimento do dever dos Estados signatários em promovê-los foi estabelecida pela Carta de São Francisco. Segundo Ramos³, era primeira vez que se estabelecia num tratado de alcance universal que o Estado tem o dever de assegurar a dignidade e a vida humana a todos sob sua jurisdição, quer nacional ou estrangeiro.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos introduziu a concepção contemporânea de Direitos Humanos com três características fundamentais: universalidade, uma vez que a condição de pessoa é o único pressuposto para que seja conferida a titularidade do direito; indivisibilidade porque o elenco dos direitos civis e políticos são interdependentes e indivisíveis do elenco dos direitos sociais, econômicos e culturais; e, por último, internacionalidade, já que há uma consolidação da ideia de que todos devem ser protegidos não apenas pelos Estados nacionais, mas também no âmbito internacional na condição de sujeito de direito.⁴

Outro movimento importante se deu no sentido de universalizar os direitos humanos. Skink *apud* Piovesan⁵ observa:

“O direito internacional dos direitos humanos pressupõe como legítima e necessária a preocupação de atores estatais e não estatais a respeito do modo pelo qual os habitantes do outros Estados são tratados. A rede

³ Ramos, A.C. Teoria geral dos direitos humanos na ordem internacional. Rio de Janeiro: Renovar. 2005.

⁴ Piovesan, F. Direitos Sociais, Econômicos e Culturais e Direitos Civis e Políticos. Revista Internacional de Direitos Humanos. Ano 1. N^o 1. 2004

⁵ SkinkK, K. Human rights, principled Issue-Networks, and Sovereignty in Latin America. IO Foundation/ Massachusetts Institute of Technology, 1993. *Apud* Piovesan, F. Direitos Sociais, Econômicos e Culturais e Direitos Civis e Políticos. Revista Internacional de Direitos Humanos. Ano 1. N^o 1. 2004.

de proteção dos direitos humanos internacionais busca redefinir o que é matéria de exclusiva jurisdição doméstica dos Estados.”⁵

Para Piovesan⁶, essa concepção aponta duas importantes consequências: a revisão da noção de soberania absoluta do Estado e a cristalização da ideia de que o indivíduo deve ter seus direitos protegidos no âmbito internacional, na condição de sujeito de direito. A noção de soberania transita de uma concepção “hobbesiana”, na qual o centro da soberania é o Estado, para uma concepção “kantiana”, na qual a concepção de soberania é focada na cidadania universal, centrada no ser humano. Essa transição permite, então, uma intervenção internacional no plano nacional em prol da proteção dos direitos humanos.⁶

O Brasil, mesmo tendo sido signatário da DUDH em 1948, só garantiu o direito à saúde universal, e outros, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, após um amplo movimento de luta pelo fim da ditadura e por uma política pública de saúde universal, iniciado na década de 70 do século XX e batizado por Reforma Sanitária Brasileira. A Reforma Sanitária Brasileira, assim como outros movimentos de luta que se fortaleceram durante a ditadura militar (1964-1985), tinha como condução política ideológica uma transformação radical rumo ao socialismo⁷. A promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CF/88) é considerada um marco histórico na democracia brasileira, sobretudo no que diz respeito aos direitos sociais⁸. À luz dos tratados internacionais, o direito à saúde no Brasil é afirmado da seguinte maneira:

“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.”⁹

A Constituição Federal de 1988, portanto, cria o Sistema Único de Saúde (SUS) com os seguintes princípios e diretrizes: universalidade, ao admitir a saúde como um direito de todos; igualdade de acesso para todos, portanto, pressupõe equidade; integralidade do cuidado

⁶ Piovesan, F. Direitos Sociais, Econômicos e Culturais e Direitos Civis e Políticos. Revista Internacional de Direitos Humanos. Ano 1. N^o 1. 2004

⁷ Paim, JS. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador. EDUFBA. Rio de Janeiro. FIOCRUZ. 2008. 308p.

⁸ Cohn, A. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2009. 25(7):1614-1619.

⁹ Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília. DF. 1988.

envolvendo ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde; participação da comunidade e descentralização, regionalização e hierarquização das ações e serviços de saúde.

A cidadania, segundo Fleury e Overney¹⁰, é um *status* concedido aos membros incluídos e participantes de uma comunidade política nacional que compartilha crenças em relação aos poderes públicos, à sociedade e ao conjunto de direitos e deveres que são atribuídos aos cidadãos. Portanto se anterior à promulgação da constituição, no Brasil, havia uma relação de cidadania regulada¹⁰, na qual apenas os trabalhadores com vínculos formais eram sujeitos de direitos de acordo com a contribuição efetuada; após a promulgação, o país assume um modelo de proteção social no qual há condição de cidadania universal uma vez que a única condição posta para o uso dos direitos é a necessidade dos indivíduos¹⁰ e que remete ao Estado Democrático de Direito a responsabilidade de garantir uma vida digna a todos os cidadãos em relação à saúde, trabalho, educação, moradia, alimentação, entre outros.¹¹

No modelo de proteção social que implica uma cidadania universal, o exercício do direito à saúde compreende elementos de justiça e de autonomia. O elemento justiça se dá à medida que o direito à saúde pressupõe um sistema de proteção que trate de forma diferenciada os diversos contextos socioeconômicos e culturais, diminuindo as desigualdades de oportunidades entre os indivíduos. Em contrapartida, o direito à saúde deve considerar a autonomia do sujeito e sua vivência para conduzir, com liberdade, a sua própria saúde, sem discriminações, interferências e tratamentos não consentidos.¹² Para fazer que esses dois elementos sejam complementares, como posto pela OMS, é necessária cooperação entre as pessoas e o governo no sentido de definir as políticas sociais, econômicas e culturais que irão assegurar o direito à saúde da comunidade em questão.¹² Ainda que tardiamente, a consolidação do Estado Democrático de Direito no Brasil permitiu o desenvolvimento do SUS proporcionando um avanço nas ações e serviços de saúde, houve avanço na estratégia saúde da família, nos programas de saúde mental e AIDS.¹¹

¹⁰ Fleury e Overney. Política de Saúde: uma política social. In: Giovanella, L. *et.al.* Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro. FIOCRUZ. 2008

¹¹ Campos, GWS. SUS depois de vinte anos: reflexões sobre o direito à atenção à saúde. Boletim do Instituto de Saúde. Edição Especial de 20 anos do SUS. 2008.

¹² Dallari, SG. O direito à saúde. Revista de Saúde Pública. São Paulo. 1988; 22(1): 57-63.

Simultaneamente à promulgação da CF/88 há um avanço do modelo neoliberal e o desaparecimento da polaridade ideológica entre capitalismo e socialismo, ocasionando uma retirada dos direitos conquistados no contexto da Guerra Fria. Assim, no Brasil o direito à saúde tem se restringido à condição de consumidores.¹¹ O Estado apesar de ser, constitucionalmente, responsável pela construção e implementação de políticas públicas sociais e econômicas que promovam, proteja e recupere a saúde das pessoas, está cada vez mais recuado deixando grande parte da provisão social da saúde para a iniciativa privada, que, de acordo com a constituição, deveria ser apenas um setor suplementar.¹³

A política de saúde pensada como forma de assegurar justiça e autonomia não consegue criar macro políticas que garantam a universalidade e integralidade do acesso e das ações de saúde, não reduz as desigualdades sociais, o que torna ainda mais crítica, quando se analisa o direito à saúde de segmentos em situações de vulnerabilidade: pessoas presas, índios, negros, mulheres, crianças, idosos. Às populações em situação de vulnerabilidade são destinadas apenas políticas focalizadas que não contemplam a necessidade integral e nem diminuem as discriminações.¹⁴

1.2 Sistema penitenciário brasileiro e saúde

Em dezembro de 2010 foram informados, de acordo com Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN)¹⁵, uma população carcerária de 496.251 em 1.857 estabelecimentos penais (incluindo os que estão sob custódia da Polícia Civil), com uma taxa de encarceramento de 259 por 100.000 habitantes. Enquanto que o crescimento da população brasileira, em 20 anos, foi de 30%, o crescimento da população encarcerada foi de 451%. O perfil das pessoas presas é, em sua maioria: jovens de baixa escolaridade e afrodescendentes. Os crimes contra patrimônio predominam entre os homens e envolvendo entorpecentes, entre as mulheres. Além disso, há um grande número de pessoas presas em regime provisório, ou seja,

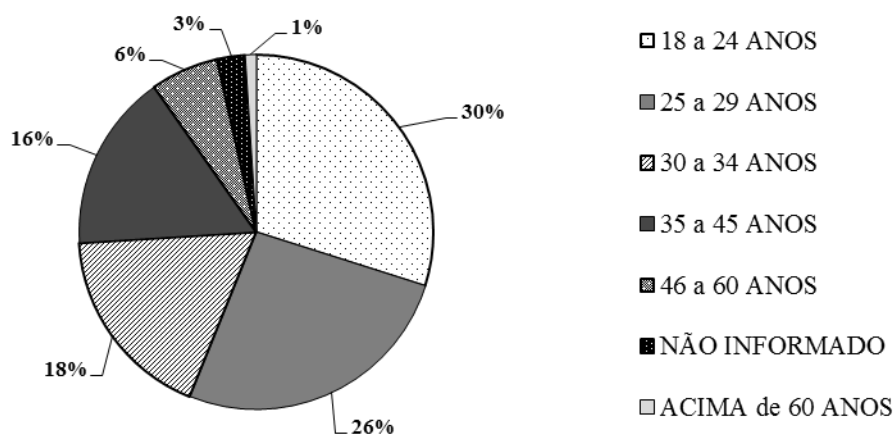
¹³ Carvalho, SR. Reflexões sobre o tema cidadania e a produção de subjetividade no SUS. In. Carvalho, SR; Barros, ME; Ferrigato, S. (org.). Conexões: saúde coletiva e políticas de subjetividade. São Paulo. HUCITEC. 2009.

¹⁴ QUEIROZ, R. Direitos Humanos e Saúde. In. *Saúde e Direitos Humanos*. Ministério da Saúde. FIOCRUZ. Núcleo de Estudos em Direitos Humanos e Saúde Helena Besserman. Ano 3, n.3. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2006

¹⁵ Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. Relatório Estatístico do Sistema Nacional de Informação Penitenciária (Infopen). 2010. <http://portal.mj.gov.br/data/Pages/MJD574E9CEITEMIDC37B2AE94C6840068B1624D28407509CPTBRNN.htm>. (acessado em 10/ago/2011).

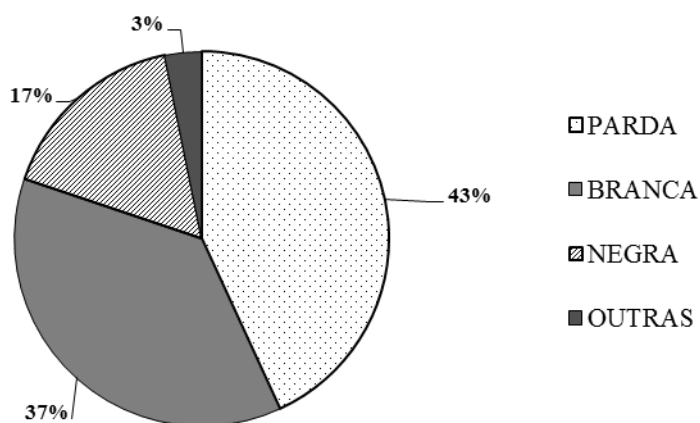
aguardando finalização do processo penal. Segue abaixo a consolidação em figuras de alguns indicadores disponibilizados pelo DEPEN¹⁵ relativos a dezembro de 2010.

Figura 1: Distribuição de pessoas presas por faixa etária. Brasil, 2010.



Fonte: Departamento Penitenciário Nacional, 2010.

Figura 2: Distribuição de pessoas presas por cor da pele. Brasil, 2010.



Fonte: Departamento Penitenciário Nacional, 2010.

Figura 3: Distribuição de pessoas presas por escolaridade. Brasil, 2010.

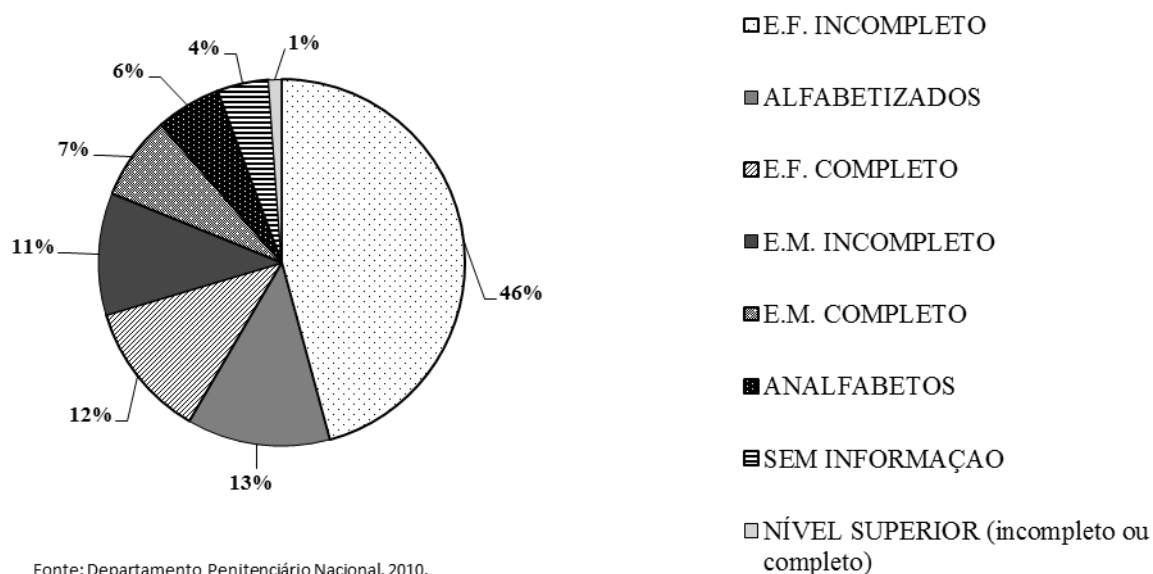


Figura 4: Distribuição de pessoas presas no sistema penitenciário por regime. Brasil, 2010.

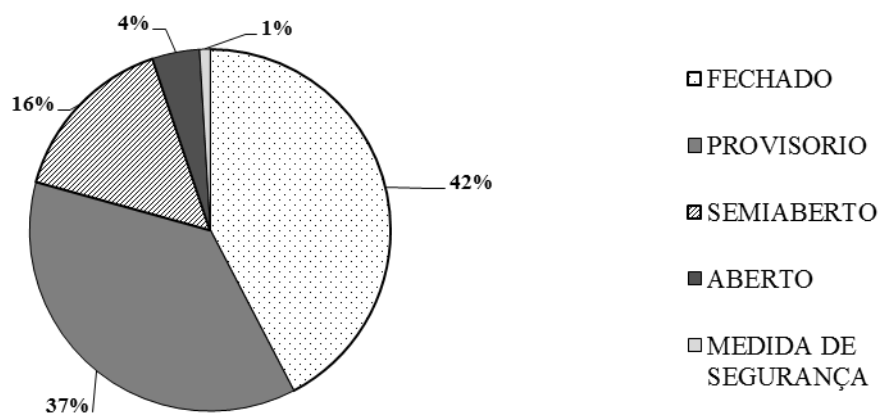
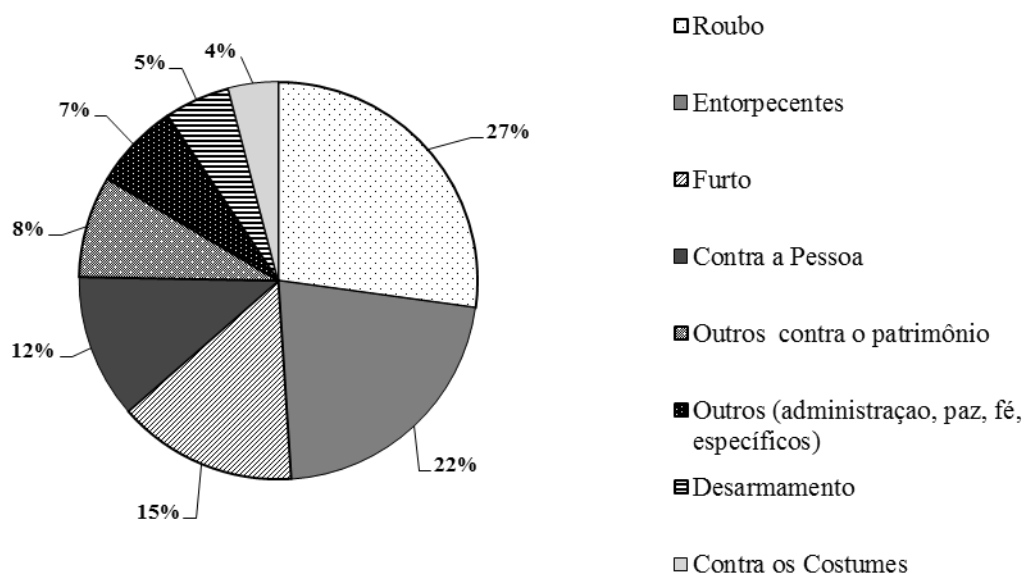
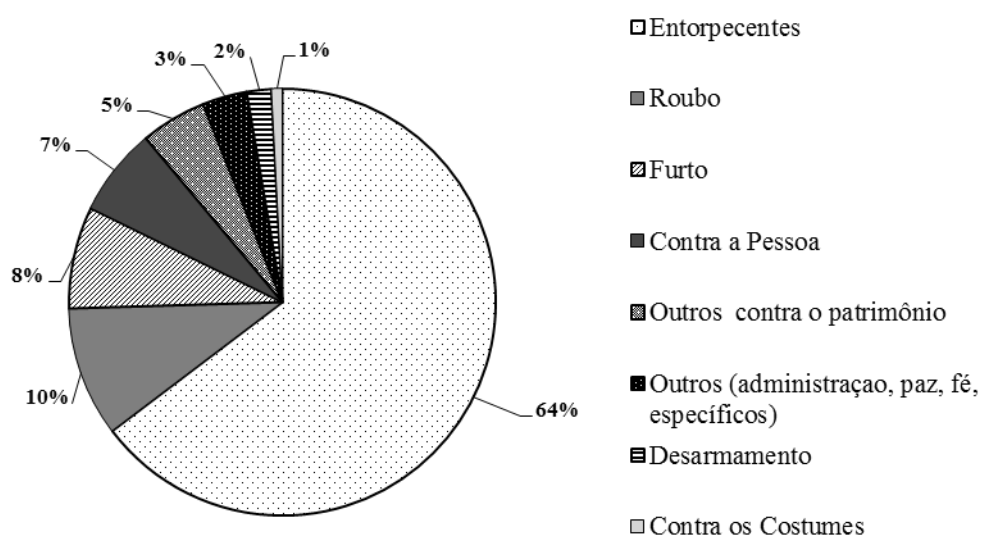


Figura 5: Distribuição por tipo de crime, homens Brasil, 2010.



Fonte: Departamento Penitenciário Nacional, 2010.

Figura 6: Distribuição por tipo de crime, mulheres. Brasil, 2010.



Fonte: Departamento Penitenciário Nacional, 2010.

A CF/88¹⁶ prevê que as pessoas em privação de liberdade têm parte de seus direitos civis e seus direitos políticos suspensos até que se cumpra a pena. Os direitos sociais, entretanto, não são atingidos pela sentença. Vários são os tratados internacionais¹⁷ que determinam que às pessoas presas deva-se garantir a vida digna, assegurando instalações físicas, alimentação, vestuário, lazer, assistência à saúde e jurídica, trabalho, educação e à reinserção social, a não submissão à tortura e castigos cruéis, ao não tratamento desumano e degradante, bem como as legislações nacionais.

A Lei de Execução Penal¹⁸ (LEP) Nº 7.210, de 11 de julho de 1984, anterior à criação do SUS, estabelece como direitos dos presos: alimentação e vestuário suficiente, atribuição de trabalho e remuneração, previdência social, recreação, visita de cônjuge, assistência material, à saúde, jurídica, educacional, social e religiosa, entre outros. Quanto ao direito à saúde, a LEP trata de assistência à saúde, no artigo 14, que deve ser de caráter preventivo e curativo compreendendo atendimento médico, farmacêutico e odontológico. Após 15 anos, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário¹⁹ (PNSSP) pela Portaria Interministerial nº 1.777, dos Ministérios da Saúde e da Justiça, de 9 de setembro de 2003, é instituído com objetivo de promover atenção integral à saúde das pessoas presas que visam a reduzir os agravos e danos provocados pelo confinamento. Além disso, a portaria definiu as unidades com mais de 100 pessoas confinadas deveria ter uma equipe de atenção à saúde para cada 500 presos, e as unidades de menor porte devem ser atendidas pelas equipes de saúde ligadas ao município.

No ano de 2000, a Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados realizou a inspeção de 17 estabelecimentos penais em seis estados brasileiros: Ceará, Pernambuco, Rio de Janeiro, São Paulo, Rio Grande do Sul e Paraná. Essas visitas resultaram no Relatório da II

¹⁶ Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília. DF. 1988.

¹⁷ Declaração Universal de Direitos Humanos (1948); Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966); Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos (1966); Convenção contra Tortura e outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos e Degradantes (1984); Regras Mínimas para o Tratamento de Reclusos (1977); Conjunto de Princípios para a Proteção de Todas as Pessoas Sujeitas a qualquer forma de Detenção ou Prisão (1988); Convenção Americana de Direitos Humanos (1969); Convenção Interamericana para Prevenir e Punir a Tortura (1985); Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em Matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1988).

¹⁸ Brasil. Lei de Execução Penal. Lei Nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Ministério da Justiça. Brasília. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7210.htm (acessado em: 15/ago/2011).

¹⁹ Brasil. Portaria Interministerial nº 1.777 de 9 de setembro de 2003. Ministério da Saúde e Ministério da Justiça. Brasília. 2003.

Caravana Nacional de Direitos Humanos²⁰, denominado “Uma amostra da realidade brasileira”. De acordo com o relatório, os estabelecimentos possuem péssimas condições estruturais, a alimentação é precária, há várias ocorrências de agressões aos presos cometidos entre eles e pelos agentes penitenciários, a maior parte dos presos não possuem qualquer tipo de atividade laborativa e educacional, a assistência jurídica e de saúde não são garantidas.

O 3º Relatório Nacional de Direitos Humanos²¹ também denuncia o não cumprimento das diretrizes estabelecidas pela Lei de Execução Penal e pelo PNSSP, bem como as violações dos direitos humanos existentes dentro das unidades prisionais no Brasil. De acordo com o referido relatório, a ausência de condições dignas de habitação, a falta de acesso à assistência judiciária e de saúde é causa de inúmeras rebeliões. O Relatório sobre mulheres encarceradas no Brasil²² revela que quando se trata do aprisionamento de mulheres há ainda mais ausência de políticas públicas que considerem a especificidade do gênero. As condições sub-humanas são agravadas pela invisibilidade da mulher encarcerada, que representa apenas 6% da população presa, e pelas frequentes violências sexuais cometidas pelos agentes penitenciários.

Os estudos publicados relativos à saúde das pessoas privadas de liberdade, bem como os relatórios de entidades ligadas aos direitos humanos, mostram que é uma problemática latente a ausência de estrutura adequada e suficiente para o atendimento médico e confinamento: há superlotação, a alimentação é de má qualidade e pouco, as celas são úmidas, mal ventiladas, não há inserção em atividades laborais.^{21,22,23,24}

Quanto à prevenção de doenças infecciosas e agravos psicossociais os estudos indicam que no Brasil pelo menos 20% da população presa é infectada pelo vírus da AIDS e de Hepatite B,

²⁰ Brasil. Câmara dos Deputados. II Caravana Nacional Direitos Humanos: uma amostra da realidade prisional brasileira. Brasília. 2000. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/dados/caravanas/br/iicaravana.html>. Acesso em: 04 de nov. 2010.

²¹ Brasil. 3º Relatório Nacional sobre os Direitos Humanos no Brasil: 2002 – 2005. Núcleo de Estudos da Violência. USP. São Paulo. 2007a.

²² Brasil. Relatório sobre as mulheres encarceradas no Brasil. 2007b. Disponível em: http://asbrad.com.br/conte%C3%BAdo/relat%C3%B3rio_oea.pdf. Acesso em: 04 de nov. 2010.

²³ Coelho, H.C. et al. Soroprevalência da infecção pelo vírus da Hepatite B em uma prisão brasileira. Rev Bras Epidemiol. 2009.12(2): 124-31.

²⁴ Sequeira, V.C. Uma vida não vale nada: prisão e abandono político-social. Psicologia Ciência e Profissão. 2006. 26 (4): 660-671.

10% pelo da sífilis e Hepatite C.²⁵ Um estudo realizado em uma penitenciária de Ribeirão Preto em São Paulo, no ano de 2003, apresentou uma prevalência de Hepatite B de 19,5%.²³ Outro estudo²⁶ realizado na zona oeste de São Paulo, entre os anos de 2000 a 2001, com o objetivo de verificar a associação entre o tempo de aprisionamento com a taxa de infecção por tuberculose, englobou 1.059 detentos, sendo que desses 932 concordaram em participar da pesquisa. O estudo apontou que 64,5% dos presos estavam infectados pela bactéria, sendo que quanto maior o tempo de confinamento, maior a porcentagem de detentos infectados. No caso de serem reincidentes e estarem presos por mais de 366 dias, a porcentagem de encarcerados com infecção por tuberculose era de 100%. As autoras apontam que o confinamento, a superlotação, as precárias condições de higiene, a baixa qualidade da alimentação e o abalo emocional causado pela situação são fatores que aumentam e propiciam a infecção.

Um estudo qualitativo realizado em três unidades prisionais e um hospital de custódia do Rio de Janeiro, Diuna *et.al.*²⁷ objetivou conhecer e entender as representações e práticas em matéria de saúde dos agentes penitenciários e dos próprios presos. De acordo com o estudo, a preocupação com os riscos ligados à integridade física é colocada em primeiro lugar como dano à saúde tanto para agentes penitenciários quanto para os privados de liberdade. No discurso dos agentes penitenciários a ameaça à integridade física aparece como algo intrínseco ao trabalho, sendo uma constante referência à tensão emocional. Para os presos esse risco está ligado à sua segurança intramuros nas relações entre os presos – pertencimento aos grupos e confronto existente entre eles – e com os agentes penitenciários que fazem uso da disciplina e de punições. Outras preocupações referentes aos riscos à saúde são a sujeira que lhes é imposta e as doenças infectocontagiosas que fazem da relação entre os presos e destes com os agentes uma ameaça à saúde.²⁷

Em Minas Gerais, de acordo com os dados do DEPEN²⁸, em dezembro de 2010, o número de pessoas em privação de liberdade era de 46.293 em 110 estabelecimentos com capacidade

²⁵ Menezes, R.P.O. Projeto de implantação do controle da tuberculose nas instituições penais do município de Salvador/BA. Boletim de Pneumologia Sanitária. 2002. 10(2).

²⁶ Nogueira, PA. & Abrahão, RMCM. A infecção tuberculosa e o tempo de prisão da população carcerária dos Distritos Policiais da zona oeste da cidade de São Paulo. Rev Bras Epidemiol. 2009. 12(1): 30-8.

²⁷ Diuna, V *et al.* Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2008; 24(8):1887-1896

²⁸ Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. Relatório Estatístico do Sistema Nacional de Informação Penitenciária (Infopen). 2010.

para 30.905 pessoas, revelando a mesma superlotação das unidades. Em Minas Gerais dos 110 estabelecimentos, apenas 28 possuíam equipes cadastradas, ou seja, menos de 30% das unidades de encarceramento possuem equipes de atenção à saúde.

1.3 Aspectos do estudo

Esse estudo é parte da pesquisa intitulada: “O direito à saúde no sistema prisional de Minas Gerais: as várias percepções do direito à saúde das pessoas em privação de liberdade.”, que se propôs a discutir o direito à saúde com os seguintes atores: pessoas em privação de liberdade, agentes penitenciários da unidade, profissionais de saúde da unidade e funcionários da Diretoria de Saúde e Atendimento Psicossocial da Secretaria de Estado de Defesa Social de Minas Gerais (SEDS/MG) e da Coordenação de Saúde das Pessoas em Privação de Liberdade da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG). Esse trabalho foi realizado no ano de 2011, em um presídio situado no município de Ribeirão das Neves, Minas Gerais, pelo Núcleo de Promoção da Saúde e Paz da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, onde passou pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (COEP/UFMG).

O projeto de pesquisa referente a essa dissertação foi aprovado por banca examinadora no dia 10 de dezembro de 2010, durante sessão de qualificação (Apêndice A). O projeto sofreu modificações de forma a proporcionar viabilidade e melhores evidências. A proposta inicial tinha também como objetivo realizar o trabalho em uma unidade da Associação de Proteção e Assistência aos Condenados (APAC), entretanto para dar viabilidade ao projeto de pesquisa que realizado para esta dissertação, decidimos que este campo não seria abarcado neste estudo. Em contrapartida agregamos outros sujeitos para o trabalho: profissionais de saúde e técnicos da Diretoria de Saúde e Atendimento Psicossocial da Secretaria de Estado de Defesa Social de Minas Gerais (SEDS/MG) e da Coordenação de Saúde das Pessoas em Privação de Liberdade da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG). Os grupos focais com estes últimos – técnicos das secretarias de estado – foram realizados em meados de setembro o que inviabilizou a análise para compor este trabalho. Além disso, entendemos que suas opiniões deveriam ser confrontadas também as opiniões dos superintendentes e secretário das respectivas secretarias de estado. Pretendíamos também abordar as consequências da

efetivação ou não efetivação dos direitos humanos percebidas pelos sujeitos, mas por hora este também é um trabalho que ficará para a próxima etapa.

Inicialmente foi definido que selecionaríamos as pessoas em privação de liberdade de acordo com a idade e o tempo de confinamento, entretanto, como a coleta de dados foi realizada por meio de grupos focais (Apêndice B), houve restrições de formação destes grupos por parte da Secretaria de Estado de Defesa Social e da diretoria da unidade estudada. A técnica de grupos focais exige um ambiente permissivo e não constrangedor o que impediu a formação de grupos com as pessoas presas escolhidas por aqueles critérios (idade e tempo de confinamento) sem a presença de agentes penitenciários. Para contornar tal limitação decidimos realizar os grupos com as pessoas confinadas e que frequentavam a escola da unidade. Este espaço nos foi cedido tanto pela direção da unidade quanto pela direção da escola da unidade.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Esse trabalho tem como objetivo elucidar, compreender e discutir os principais obstáculos na efetivação do direito à saúde das pessoas em privação de liberdade no sistema penitenciário.

2.2 Objetivos Específicos

- a. Elucidar as percepções das pessoas em privação de liberdade, profissionais de saúde e agentes penitenciários sobre o direito à saúde das pessoas presas e conhecer a realidade de efetivação ou não efetivação deste direito em uma unidade prisional de Ribeirão das Neves.
- b. Realizar um debate teórico sobre as concepções politico-ideológicas em que está assentado o direito à saúde e o sistema penitenciário e as soluções apresentadas para o enfrentamento da crise do sistema penitenciário.

3 ARTIGO 1: O contraditório direito à saúde de pessoas em privação de liberdade: o caso de uma unidade prisional de Minas Gerais¹

Élida Lúcia Carvalho Martins

Luciana Gomes Martins

Andréa Maria Silveira

Elza Machado de Melo

RESUMO

Este trabalho tem por objetivo analisar a efetivação do direito à saúde das pessoas em privação de liberdade, por meio de grupos focais realizados com três grupos focais com sujeitos envolvidos no contexto carcerário: pessoas presas, agentes penitenciários e profissionais de saúde de uma unidade prisional masculina em Ribeirão das Neves (MG). As discussões foram gravadas, transcritas e submetidas a análise de discurso. O direito à saúde, compreendido como acesso integral a serviços de saúde de qualidade, é questionado enquanto fenômeno real, uma vez que, estando os serviços públicos sucateados, esse acesso está restrito a quem pode pagar. O descaso do Estado em relação ao direito à saúde das pessoas presas é justificado pela função disciplinar da prisão. As precárias condições de trabalho e o julgamento moral sobre a conduta do preso indicam uma recusa em reconhecer a legitimidade de seu direito à saúde. Ainda que as leis brasileiras afirmem saúde como direito de todos e dever do Estado, constata-se a não realização desse direito tanto para as pessoas presas como para os profissionais que atuam no presídio.

Palavras-chave: Direito à Saúde; Prisões; Violência; Condições de Trabalho.

ABSTRACT

This paper aims to analyze the realization of the right to health of people deprived of liberty, by means of focus groups conducted with three subjects involved in the prison context: imprisoned people, prison officers, and health professionals in a male prison in Ribeirão das Neves, Minas Gerais, Brazil. The discussions were recorded, transcribed, and underwent discourse analysis. The right to health, understood as full access to good-quality health services, is put into question as an actual phenomenon, since, considering that public services

¹ Artigo publicado pela Revista Saúde e Sociedade (USP. Impresso)., v.23, p.1222 - 1234, 2014.

are scrapped, this access is restricted to those who can pay for it. State neglect with regard to the right to health of imprisoned people is justified by the disciplinary role played by prison. Poor working conditions and moral judgment on the prisoner's behavior indicate a refusal to recognize the legitimacy of his right to health. Although the Brazilian laws claim that health is a right of all and a duty of the State, we find out the lack of realization of this right both for imprisoned people and for the professionals working in the prison.

Keywords: Right to Health; Prisons; Violence; Working Conditions.

3.1 Introdução

O aumento da população carcerária é uma realidade nos países industrializados ou em processo de industrialização (Walmsley, 2009). Em 2008, a população mundial foi estimada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 6,75 bilhões de pessoas, das quais 9,8 milhões encontram-se presas, significando uma taxa de encarceramento mundial de 145 por 100.000 habitantes. O Brasil possui a maior população carcerária da América Latina (Walmsley, 2009). Em dezembro de 2012, eram 548.003 presos em 1.881 estabelecimentos penais (incluindo os que estão sob custódia da polícia civil)², com uma taxa de encarceramento de 287,31 por 100.000 habitantes (Brasil, 2012). Nos últimos cinco anos, em Minas Gerais, houve um aumento de 89,8% da população carcerária (Conselho Nacional de Justiça, 2010) e, em dezembro de 2012, a taxa de encarceramento registrada no Estado foi de 263,32/100.000 habitantes (Brasil, 2010a). As precárias condições do sistema penitenciário brasileiro são bem conhecidas: superlotação, condições sanitárias rudimentares, alimentação insuficiente, ausência de assistência médica, jurídica, educacional e profissional. Tem-se, ainda, constante violência entre os presos e entre esses e o Estado, representado por policiais e agentes penitenciários (Brasil, 2000, Mesquita Neto e Alves, 2007; CEJIL, 2007; Diuana e col., 2008). Tudo isso, somado ao uso de drogas e ao sedentarismo, torna a prisão um local de grande risco para a saúde (Assis, 2007). Apesar das penas de caráter cruel terem sido

² A Polícia Judiciária é responsável por realizar investigações, colher provas por meio do inquérito policial e entregar ao Ministério Público, que procederá a acusação do acusado. A Polícia Judiciária nos âmbitos estaduais e municipais é exercida pela Polícia Civil, no âmbito federal pela Polícia Federal. A custódia dos presos é legalmente exercida pelos agentes penitenciários, quando estão em prisões. Porém, foi atribuído, sem qualquer amparo legal (Borges Netto e Silva, 2007), à Polícia Judiciária o poder de custódia dos presos que estão em prisão preventiva ou até mesmo aqueles com sentença transitado em julgado. Por isso, as delegacias da Polícia Judiciária são usadas também como carceragem. Tal custódia é exercida pelo controle dos carcereiros policiais, que são funcionários da Polícia Judiciária.

vedadas pela Constituição Federal em vigência (Brasil, 1988) e a pena de prisão se restringir à perda da liberdade, não de outros direitos fundamentais (Brasil, 1988), há no sistema prisional riscos ligados à integridade física, à falta de infraestrutura e às doenças infectocontagiosas, além de uma desvalorização do preso e de suas queixas apresentadas inicialmente aos agentes penitenciários. Estes fazem uma avaliação informal do caso e decidem, com base em critérios pessoais, o encaminhamento ou não do preso ao serviço médico, resultando em um controle do acesso aos serviços de saúde. Segundo Diuana e colaboradores (2008), a produção de ações de saúde hierarquizadas e focadas na doença indica a resistência por parte dos agentes penitenciários, da administração penitenciária e da sociedade civil em considerar a saúde como um direito do preso. Marco legal O direito à saúde da população em privação de liberdade foi normatizado na legislação brasileira pela Lei de Execução Penal (LEP) n. 7.210, de 11 de julho de 1984 (Brasil, 1984), que dispõe sobre as condições de cumprimento das sentenças criminais e sobre as condições para proporcionar a integração social do condenado e do internado. Segundo a LEP (Brasil, 1984), a assistência à saúde é um direito das pessoas em privação de liberdade, tem caráter curativo e preventivo e compreende o atendimento médico, farmacêutico e odontológico. Além disso, a norma legal determina que o acesso a serviços de saúde de unidade prisional equipada ocorrerá mediante autorização da direção do estabelecimento (Brasil, 1984). Nesse cenário, não é mero acaso a institucionalização do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) pela Portaria Interministerial n. 1.777, dos ministérios da Saúde e da Justiça, de 9 de setembro de 2003, na qual se prevê a necessidade de organização de ações e serviços de saúde no sistema penitenciário orientados pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2003). O PNSSP é guiado pela lógica da atenção básica e define a corresponsabilidade das três esferas de governo pela gestão das ações e dos serviços de saúde no sistema penitenciário (Brasil, 2010b). O plano define como prioridades da política: reforma e equipagem das unidades prisionais; organização do sistema de informação de saúde; implantação de ações de promoção da saúde; implementação de medidas de proteção específicas para hepatites, tuberculose, hanseníase, diabetes, hipertensão, DST/Aids e agravos psicossociais decorrentes do confinamento; distribuição de preservativos e insumos para a redução de danos associados ao uso de drogas; garantia de acesso aos demais níveis de atenção à saúde, por meio das referências, incluídas na Programação Pactuada Integrada (PPI) estadual. O presente trabalho

propõe-se a compreender e discutir a efetivação do direito à saúde das pessoas em privação de liberdade como disposto nas legislações que o regulamentam.

3.2 Percurso Metodológico

Trata-se de estudo qualitativo sobre o direito à saúde das pessoas em privação de liberdade, realizado no ano de 2011 em um presídio destinado à população carcerária masculina, situado no município de Ribeirão das Neves, MG. Participaram do estudo: pessoas em privação de liberdade, agentes penitenciários e profissionais de saúde da unidade prisional. Aos grupos propusemos a discussão sobre o que era o direito à saúde, como ele se realizava na unidade prisional e quais os principais determinantes para se concretizar o direito à saúde na unidade. Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG), n. CAAE - 0323.0.203.000-11. Os dados foram coletados por meio de grupos focais, realizados na própria unidade prisional. A escolha dessa técnica fundamentou-se na sua potencialidade de se explorar e aprofundar os conceitos, interesses, preocupações e percepções comuns e conflituosas que emergem da interação social (Gaskell, 2008): “O grupo focal é um ambiente mais natural e holístico em que os participantes levam em consideração os pontos de vistas dos outros na formulação de suas respostas e comentam suas próprias experiências e as dos outros” (p. 76). Além disso, esse tipo de procedimento metodológico, dada sua natureza interativa (Wheshthal e col., 1996; Gatti, 2005; Gaskell, 2008), contribuiu para quebrar o constrangimento próprio do cenário de estudo e, ainda, propiciou um espaço não vigiado para a obtenção dos dados. A formação dos grupos foi feita a partir de um processo de negociação envolvendo a Secretaria de Estado de Defesa Social de Minas Gerais (SEDS/MG) e o diretor geral e os diretores de ressocialização e de segurança do presídio. Foram realizados três grupos focais, assim organizados:

- Grupos focais com as pessoas em privação de liberdade – GF1 Em virtude das dificuldades logísticas para se agrupar presos de diferentes pavilhões e de se fazer um convite aberto a todos os detentos, uma vez que o trânsito dos internos obedece a protocolos estabelecidos, foram incluídos na pesquisa os presos que estudam. Esse grupo é pré-formado, mas não selecionado, pela administração do presídio, uma vez que a inscrição na escola é realizada a pedido do detento. A pesquisa se limitou aos presos do ensino fundamental, único nível de escolarização para o qual existem turmas regulares. Foi permitida a entrada em apenas dois

pavilhões do presídio, obedecendo às normas e à direção do estabelecimento, o que reduziu as possibilidades de seleção e amostra. Os encontros foram realizados nas salas de aula, que se localizam dentro do pavilhão, sem a presença de agentes penitenciários, profissionais de saúde, professores ou qualquer outro funcionário do presídio. A utilização desse espaço contou com a autorização previa da SEDS/MG e da direção da escola do presídio. Foram formados dois grupos, um em cada pavilhão, um com oito participantes e outro com onze. A realização do grupo focal foi precedida de um encontro, no qual as pessoas em privação de liberdade foram convidadas a participar e os pesquisadores explicaram os objetivos do estudo e o método a ser utilizado. Foram realizados quatro encontros, com duração média de uma hora, previamente acordados com os sujeitos, durante os quais foram realizadas dinâmicas e conversações entre os participantes com o objetivo de facilitar a interação entre os participantes e os moderadores. Para iniciar a discussão sobre direito à saúde foi exibido o filme “Um ato de coragem”, de Nick Cassavetes.

- Grupo focal com agentes penitenciários – GF2 O recrutamento de agentes penitenciários para a pesquisa não foi uma tarefa fácil, pelo fato de eles não poderem abandonar os postos de trabalho nem continuar no presídio após o término do plantão. Para contornar essa limitação, foram escolhidos os agentes de trânsito interno que têm a responsabilidade de fazer o deslocamento dos detentos entre a cela e as demais dependências da unidade, tarefa que poderia ser coberta por outros agentes penitenciários, caso necessário. No início houve certa resistência, mas ao final do primeiro encontro, com as explicações dadas, formou-se um grupo com seis agentes penitenciários. Foram realizados quatro encontros, com duração média de uma hora cada, previamente acordados com os sujeitos, seguindo a mesma metodologia adotada para os grupos focais com as pessoas privadas de liberdade.

- Grupo focal com profissionais de saúde – GF3 Os profissionais de saúde foram reunidos nas dependências do Núcleo de Atendimento à Saúde da unidade prisional para a explicação da pesquisa. Em virtude da rotina de trabalho, dividida em plantões, e da dificuldade de se interromper o atendimento aos presos, os grupos foram formados com os profissionais que estavam em escala conjunta de plantão, a cada quinze dias. Apesar de a literatura recomendar o mínimo de seis participantes (Gatti, 2005), esse grupo foi realizado com cinco integrantes, para não se inviabilizar a pesquisa. Foram realizados dois encontros, com duração média de duas horas. Para o grupo dos profissionais de saúde não foi possível a realização da dinâmica

e exibição do filme, uma vez que a cada encontro os atendimentos de saúde eram interrompidos, sendo necessário que o tempo concedido fosse usado apenas para a discussão.

Os grupos foram conduzidos por duas pesquisadoras: uma atuando como moderadora, outra como observadora. A moderadora teve papel de estimular a participação de todos – distribuir a fala para que ninguém a monopolizasse – e promover o debate pontuando os consensos e as divergências entre as falas e colocando em pauta questões suscitadas pela discussão. A observadora auxiliou anotando os comportamentos, expressões, falas e a dinâmica do grupo. Esses papéis foram desempenhados pela primeira e segunda autora deste artigo, respectivamente. Os encontros foram suficientes para obtenção de material necessário para compreensão e saturação das opiniões sobre o problema. As discussões foram registradas por meio de um gravador digital e, posteriormente, transcritas. Após a transcrição, os discursos de cada grupo focal foram analisados por meio da análise de discurso (Gill, 2008) e triangulados, com intuito de avaliar o objeto desta pesquisa à luz do encontro das percepções dos três atores inseridos na mesma realidade, superando a dicotomia entre o subjetivo e o objetivo (Minayo, 2010). Portanto, os resultados apresentados são as percepções comuns aos três grupos focais.

3.3 Resultados e Discussão

A saúde e o direito à saúde

As falas dos profissionais de saúde do presídio mostram sintonia com o princípio da integralidade (Buss, 2000; Mattos, 2006; Paim, 2008): Segundo a Organização Mundial, saúde é o bem- -estar físico, mental, social e não só a ausência da doença, né? Então, é tudo engloba o ser humano, completo (GF3). O mesmo ocorre com as pessoas presas, para as quais a saúde é liberdade: “[...] liberdade pra mim é saúde [...]; respeito pelo outro: [...] começa pelo respeito ao próximo, porque se você falar da saúde, questão de mal tratar, não ter respeito com você, não te ver como um ser humano [...]; trabalho: [...] se eu ‘tive trabalhando’ lá honestamente, eu ‘vô tá’ de bem com a vida [...]; e local onde se vive: [...] uma casa, piscina, uma árvore, um canteirozinho de rosas, céu e as andorinhas voando [...]” (GF1). Para os agentes penitenciários, é tudo isso e mais as condições de trabalho: “Você não sabe onde você vai apoiar, onde você vai segurar, aí você se abala. Você não tem suporte suficiente pra tá fazendo qualquer coisa, abala mentalmente [...] todos os acessos aqui ‘é’ complicado, tanto pra gente quanto pro preso. Você não sabe como fazer nada, você tem

dificuldade pra fazer qualquer outra coisa, você não tá seguro de nada que você faz. E acaba abalando mentalmente, fisicamente, você fica nervoso, mas tem que ficar calado em diversas situações. Muitas vezes, não pode dar sua opinião sobre o que ‘tá’ certo e o que ‘tá’ errado. E isso vai te abalando, vai desmoronando aos poucos. Até que você chega e basicamente não sabe quem é você mais [...] Aí você vai só abaixando, abaixando, abaixando e fala: ‘acabou’.” (GF2). Os entrevistados compreendem a saúde, também, como um direito e assim o definem: *“Direito à saúde é quando a pessoa ‘tá’ passando mal e precisa ser ‘atendido’. A pessoa ‘tá’ precisando, ‘tá’ passando mal, precisa ser ‘atendido’. Se ‘ocê’ precisa de medicamento, de operação, de atendimento médico, do que precisar, entendeu?”* (GF1).

Conceito próximo ao formulado por Pinheiro e colaboradores (2010): *“[...] o direito à saúde é ter acesso universal aos cuidados em saúde, com recursos necessários para provê-los, sendo oferecidos por serviços de qualidade, nos quais as práticas culturais são consideradas, e a educação e informação sejam meios de sua produção e reprodução social”* (p. 17). Essa compreensão é, de acordo com Bodstein (2003), necessária para que o direito à saúde seja prática social inerente à condição humana concretizada no cotidiano da vida das pessoas. Para todos os entrevistados, esse direito está ligado à condição de cidadão: *“É o direito que eu tenho como cidadã de ser atendida [...] com um atendimento digno, com qualidade. Porque a pessoa, provavelmente, quando procura um atendimento, ela tá debilitada, né?”* (GF3). O direito à saúde está intimamente ligado a uma condição de cidadania ativa, ou seja, *“uma constante luta contra qualquer constrangimento que impeça o seu exercício”* (Nogueira e Pires, 2004, p. 755), e não pode ser resumido à formalização em leis sem a sua concretização no cotidiano das pessoas. Para os autores é necessário considerar o direito à saúde no plano político como uma instância de luta coletiva para que sejam deslocados do plano meramente formal e não histórico. Segundo Dallari (1988), a efetividade desse direito se dará de acordo com o grau de desenvolvimento socioeconômico e cultural do Estado e conforme a participação dos indivíduos no processo.

A universalidade do direito à saúde: formal ou real?

A efetividade do direito, como estabelecido no ordenamento jurídico brasileiro, é questionada pelos sujeitos desta pesquisa: *“A constituição fala também que saúde é um direito de todos, né? Só que na prática esse direito é restrito, né? Muito restrito [...]”* (GF3). Eles separam o direito à saúde enquanto norma, expressa em leis, do direito enquanto fenômeno real. Quando

se referem ao direito à saúde como universal referem-se ao que a norma determina; entretanto apontam que sua efetividade e seu usufruto não são para todas as pessoas.

Há um paradoxo apresentado entre a norma e a realidade. Pachukanis (1988) atenta-nos a perceber que a distância entre “Dever Ser” e “Ser” cria uma barreira intransponível para compreensão e a efetivação do direito, uma postura de manutenção do status quo. Para ele, o direito que se encerra em uma hierarquia de normas, dentro dos limites da categoria eterna do “Dever Ser”, sem contato com o fenômeno, o “Ser”, nada mais é do que a máscara que encobre as lutas de classe e as relações de poder. Como argumenta Merhy (2012), não é de hoje que no Brasil algumas vidas valem mais que outras e algumas pessoas possuem mais direitos que outras. Segundo esse autor, desde a Constituição de 1988 houve uma reversão da aposta inicial do Sistema Único de Saúde, tanto no sentido organizacional quanto no sentido diretivo, regulatório, avaliativo, financeiro e do próprio processo de cuidado em saúde.

Para Merhy (2012), o SUS exerce função complementar ao setor privado, quando deveria ser o contrário. Assim também descrevem os entrevistados desta pesquisa. *“Poucas oportunidades, às vezes a gente vê pelo Sistema Único de Saúde. O atendimento, como é demorado, ‘é’ poucas vagas pra muita gente”* (GF3). De um modo geral, todos apontam o descaso do Estado com a política de saúde pública por responder a interesses não prioritários da sociedade, sendo, antes, interesses particulares que deslocam a estruturação dos serviços públicos de saúde para segundo plano: *“Eles ‘tá’ preocupado é com a Copa do Mundo no Brasil, é com o campo, não quer saber de saúde, não. Quantos bilhões eles tão dando pro futebol? Não tão preocupando nem com um milhão pra saúde”* (GF1).

O Estado para Marx e Engels é produto da contradição da sociedade dividida por antagonismos irreconciliáveis entre as classes econômicas, em função das relações de produção, para a qual se faz necessário um poder aparentemente acima e distante dela. Há uma suposta separação entre o interesse público, salvaguardado pelo Estado, do interesse privado próprio da sociedade civil capitalista. Mas, como o Estado nasce do conflito de interesses das classes, é o interesse da classe economicamente dominante que ele representa, ao mesmo tempo em que é por intermédio dele que essa classe converte-se em politicamente dominante, utilizando dos meios repressivos para exploração da classe oprimida (Mascaro, 2002). O interesse privado se sobrepõe ao interesse público, mas de forma mascarada, pelo direito que se pretende universal: *“os direitos concedidos aos cidadãos são regulados de*

acordo com as posses dos referidos cidadãos, pelo que se evidencia ser o Estado um organismo para proteção dos que possuem contra os que não possuem” (Engels, 1982, p. 137). A promulgação do direito à saúde no Brasil, fruto de movimentos sociais envolvidos no processo de redemocratização do país e produtores da Reforma Sanitária Brasileira, ocorreu, como explica Campos (2008), concomitantemente ao neoliberalismo, que favoreceu o mercado e o afastamento do Estado dos setores sociais. Para Fleury (2009), nos últimos anos, há um retrocesso na construção de saúde como um valor público: sob orientação neoliberal, a saúde passa a ser um bem de consumo, individualizado, com anuência e promoção do Estado. A classe burguesa avança com incentivos fiscais, transferência de serviços e prestações para o setor privado, corte de gastos públicos nas políticas sociais e consequente atrofia do papel do Estado em efetivar os direitos sociais.

O que se vê com o capitalismo avançado é a retirada dos direitos conquistados pelos movimentos de lutas populares, tornando o acesso aos serviços de saúde passível de ser negociado e comprado, limitado a quem possui mais condições financeiras. Para tornar-se cidadão é necessária a integração do indivíduo ao mercado, como consumidor e como produtor (Queiroz, 2006). Essa análise se harmoniza com a fala dos entrevistados: *“Hoje em dia, se você tiver dinheiro você tem isso tudo e mais ainda. Agora, se você não tem dinheiro, você não tem nada. Saneamento básico, principalmente, comida, saúde, não tem nada”* (GF2). Há uma compreensão, para os sujeitos desta pesquisa, de que a efetivação do direito à saúde na vida das pessoas é intimamente ligada ao aspecto econômico. E essa situação contraditória, de um lado, o direito universal institucionalizado de outro, sua negação à população de menor nível socioeconômico, reedita a análise de Marx, para quem a afirmação do direito como universal esconde as diferenças entre explorados e exploradores, a luta de classes presente no capitalismo e, por fim, determina o império da lógica burguesa. O direito jusnatural evolui pela necessidade de se assegurar o funcionamento do sistema por meio de instâncias estabelecidas pelas relações produtivas, configurando o direito como de classe e no interesse da classe exploradora. Sendo assim, o direito universal e igual é formalizado apenas em lei e não em sua concretude, uma vez que no capitalismo o trabalhador e o capitalista, apesar de estarem em conflito, perante o direito são tratados da mesma forma, escondendo as desigualdades materiais (Mascaro, 2002).

E como é para as pessoas em privação de liberdade?

Do mesmo modo que o direito à saúde de todos, o direito à saúde das pessoas em privação de liberdade é percebido por elas próprias enquanto norma que não se concretiza no cotidiano da vida: *“Direito a saúde não é deixar a gente aqui, entendeu? O preso aqui tem que procurar saber como que ‘tá’ a saúde dele, do que ele ‘tá’ precisando, se não tem gastrite ou ulcera ou aids ou câncer ou um problema de pele. [...] Às vezes a família dele vai lá, marca um médico, entendeu? Às vezes não tem escolta, às vezes alguma coisa que precisava, algum procedimento não dá pra levar o preso e nisso vai ficando. E a saúde, como é que fica? Entendeu? É que eu gostaria, se teria disponibilidade, que o governo se preocupasse mais ‘da’ nossa saúde. [...] Eu não tenho ninguém pra me ajudar, então eu vou fazer o quê?”* (GF1).

Essa percepção é compartilhada tanto pelos profissionais de saúde quanto pelos agentes penitenciários que relatam a precariedade dos serviços de saúde dentro da unidade prisional estudada e a falta de atenção aos detentos: *“Eles não têm direito a nada aqui, ninguém dá atenção a eles aqui. Eles estão jogados”* (GF3). *“Praticamente não existe. A dentista vem pra bater ponto. Assim, que o aparelho tá quebrado já tem muito tempo. Então não tem. Tem o direito, mas não tem acesso. Eles vão lá, balangam³, balangam. A gente vai, escuta isso todo dia. E fala e fala, e não resolve outra coisa.”* (GF2).

Estudos publicados sobre a saúde das pessoas privadas de liberdade (Menezes, 2002; Sequeira, 2006; Coelho, 2009), bem como os relatórios de entidades ligadas aos direitos humanos (Brasil, 2010b; Mesquita Neto e Alves, 2007; CEJIL, 2007), demonstram que as condições insalubres do cárcere – o confinamento, a superlotação, as precárias condições de higiene, a falta de estrutura adequada e suficiente para o atendimento médico, alimentos de má qualidade e aquém do necessário, ausência de uma política substancial de inserção em atividades laborais, a violência e o abalo emocional – são fatores que aumentam e propiciam infecções. De acordo com Menezes (2002), no Brasil pelo menos 20% da população presa é infectada pelo vírus da aids e da hepatite B, 10% pelo bacilo da sífilis e vírus da hepatite C.

Segundo Pedroso (1997), essa é uma situação que marca a história do sistema penitenciário brasileiro e que revela o descaso das políticas públicas em matéria penal. Esse descaso, na

³ A expressão “balangam” se refere à prática adotada pelos detentos de bater na porta da cela quando se faz necessária uma assistência à saúde de urgência.

avaliação dos entrevistados, é justificado pelas funções da prisão, segurança e disciplina: *“Primeiro a gente trabalha com segurança. Entre o preso morrer dentro da cela e eu arriscar abrir uma brecha pra ter rebelião dentro do presídio, um pavilhão, infelizmente ele vai morrer dentro da cela. Entendeu?”* (GF2). [...] *“é aquele negócio... ‘direito preso? Preso tem que ter direito a alguma coisa? Preso tem que ter disciplina!’”* (GF3).

Para Foucault (1986) a disciplina como tática de poder se enraizou com o início do sistema de produção capitalista. A sociedade burguesa abriga-se num sistema de direitos formalmente universais e igualitários, sustentado por esses mecanismos de micropoder que constituem as disciplinas, que se apresenta como uma espécie de *“contradireito”* (Foucault, 1986). A disciplina insere uma relação de subordinação de um indivíduo sobre o outro, concentrando *“mais-poder”* (Foucault, 1986) sempre do mesmo lado, afirmando a desigualdade de posição entre os indivíduos em relação ao regulamento comum, enquanto que os sistemas jurídicos qualificam os sujeitos de direito de acordo com as normas universais. A pena de prisão assume um caráter de aparelho disciplinar exaustivo em todos os aspectos do indivíduo: treinamento físico do indivíduo, aptidão ao trabalho, comportamento, atitude moral, disposições individuais (Foucault, 1986). Como dizem os agentes: *“O sistema, ele é todo manipulado exatamente pra ficar num controle autoritário, totalmente assim, né?”* (GF2).

Assim, a prisão vai além da privação da liberdade como punição do delito e passa a ter a função de modular a pena, quantificar e graduar o castigo, segundo a obediência às ordens hierárquica do aprisionado (Foucault, 1986). *“Ele sabe que ele errou, que tem que ser feito daquela forma, tem que aplicar aquela punição, quase sempre é comunicação, ou COC (Centro de Observação Criminológica) mesmo, fica lá isolado e tudo. Mas a maioria dos problemas nossos não são diretamente ligados a eles, porque aqui a gente dá ordem, tem que cumprir, se ele não cumprir por bem vai cumprir por mal. Mal pra ele, pra gente nem tanto. Mas se precisar a força vai ter que ser usada a força, fazer o quê?”* (GF2).

O direito à saúde pode ser empregado, quando da reivindicação, como um direito individual privilegiando a liberdade para escolher o tipo de relação que a pessoa terá com o território, o tipo de vida que quer viver, o tipo de tratamento a que será submetida (Dallari, 1988). Mas, como apontam Diuana e colaboradores (2008), aos presos é negada a condição de paciente, uma vez que estão submetidos à ordem: para ter acesso aos serviços de saúde é preciso que os detentos se submetam aos valores hierárquicos e às relações de dívida e gratidão. *“E hoje até*

teve um preso que eu tava atendendo agora e eu achei interessante. Eu perguntei a ele se tinha aqui procedimento que eu posso ajudar. E ele: ‘Não, doutora, é só isso mesmo e tal. Toda vez que eu preciso ‘vim’ aqui no núcleo eles me trazem, eu sempre sou atendido. O meu tratamento tá sendo muito bem feito, eu sou hipertenso, tô recebendo toda a minha medicação e tal’. Aí eu falei assim: ‘e como é que é? Você?’ Ai, assim, ele falou: ‘eu nunca fui pro COC, eu não tenho problema nenhum com os agentes’. Então, assim, se você consegue ter bom relacionamento eu acho que é mais fácil de você conseguir que o seu direito seja respeitado” (GF3).

O acesso aos serviços de saúde também pode ocorrer por meio do pagamento pelos serviços de saúde extramuros: *“eu conversei com assistente social e ela ‘falô’ que só se a família tivesse dinheiro lá fora pra pagá lá fora, pra ‘levá’” (GF1).* O que, segundo as normas jurídicas, o Estado deveria prover, no caso das pessoas em privação de liberdade passa a ser responsabilidade da família, seja por ela ter condições financeiras para pagar, seja ela usuária que procura e pressiona os serviços públicos de saúde, extramuros e intramuros, aos quais os presos terão acesso. *“Na maioria das vezes só tira ‘nóis’ pra atendimento, na maioria das vezes com a família” (GF1).* *“Uma coisa eu já falo: ‘não prometo nada’. Eu chego falo isso: ‘vou tentar resolver’. Porque eu chego aqui em cima, às vezes eu preciso de autorização de coordenador, de um diretor. Aí, beleza, eu consigo aqui, mas não consigo lá fora, aí a gente liga pra família...” (GF3).*

A presença da família durante a execução penal e a importância de seu papel na sobrevivência dos presos, para garantia do acesso a serviços – jurídicos e de saúde – e denúncia de abusos e punições ilegais foram demonstradas por Guimaraes e colaboradores (2006), em estudo realizado na cidade de Porto Alegre. A família a que se refere é predominantemente composta por mulheres, de baixa condição socioeconômica, estigmatizadas pelos gestores da prisão que as responsabilizam pela criminalidade. Nós também encontramos as profissionais de saúde, mulheres, pejorativamente sendo chamadas de *“mães de preso por tentarem fazer valer o direito do preso” (GF3).*

Se por um lado, é consensual entre os entrevistados, a crítica de não efetivação do princípio de universalidade do SUS, por outro lado, porém – e de forma contraditória -- há certa recusa em atribuir este direito ao preso. A percepção de profissionais e de agentes penitenciários é de que o acesso aos serviços de saúde, mesmo que precários, proporciona uma condição de

vantagem aos detentos, de ter mais direito que os demais sujeitos envolvidos no contexto do sistema penitenciário: *“Mas se você for pensar, né? Mesmo assim eu acho que ainda no.. no sistema prisional ainda tem mais direito que quem tá lá fora”* (GF3). *“Mas o direito mesmo quem tem é o preso. Igual ele tem direito a advogado, a escola, essas ‘coisa toda’. Então, quem tem direito mesmo é o preso.”* (GF2).

O entendimento por profissionais de saúde e agentes penitenciários do acesso aos serviços de saúde como vantagem dada ao preso tem relação com a insatisfação com as precárias condições de trabalho a que estão submetidos, compreendidas como ausência de direito, provocando, por consequência, uma atitude de negação desse suposto mais direito do outro: *“É ruim, porque vai falar de profissional, de colegas de serviço, né? Mas às vezes se a colega não tiver bem pra trabalhar, ela esbarra nisso. Nega o direito que o outro tem porque eu não tô tendo.”* (GF3). *“É porque, querendo ou não, eles ‘é’ albergado, eles vêm todo dia na cadeia. Então, querendo ou não, eles pagam cadeia também, e é trabalhar definitivo. [...] O salário é baixo, né? Corre risco de vida desde os familiares deles. Mil e oitocentos reais, isso é dinheiro pra ter uma responsabilidade grande dessa?”* (GF1). As condições de trabalho – vínculos precarizados, baixos salários, falta de atendimento à saúde física e mental, violência institucional – a que estão submetidos tanto os profissionais de saúde quanto os agentes penitenciários da unidade prisional pesquisada, foram objetos de estudo em outros Estados. Essas pesquisas indicam existir relação forte entre tais condições e o comprometimento da saúde física e mental dos trabalhadores, bem como com o comportamento agressivo em relação às pessoas presas (Fernandes e col., 2002; Diuana e col., 2008).

Há, muitas vezes, na recusa ao direito à saúde do preso um julgamento moral: *“criminoso”* (GF3). Se o crime é algo que traz dano moral à sociedade, o criminoso passa a ser o *“inimigo social”* (Foucault, 2003); aquele que rompeu com um pacto que, em tese, havia estabelecido e, portanto, não pode ser tratado da mesma maneira que outras pessoas cujos comportamentos não ferem o moralmente concebido como conduta correta: *“65 anos. Sabe aquele homem assim conservador, de valores conservados, preservados? Ele tá aqui no fim do mundo, mas ele tava com cabeça baixa, humilde, nem gostava muito de falar. Graças ao Senhor ele já saiu, né? Justiça foi feita! Mas, ai, eu vou tratar esse senhor de 65 anos igual ao que, desde 11 anos, como eu atendi semana passada: ‘eu roubo desde 11 anos, então nunca gostei de*

trabalhar não, doutora, eu roubo desde os 11'. Não, não posso tratar da mesma maneira" (GF3).

O julgamento moral como um elemento discriminador que dificulta o acesso aos serviços de saúde é confirmado e denunciado pelos presos. Entretanto, a recusa ao direito é reproduzida por eles quando se referem aos detentos que estão no “seguro” – pavilhão segregado para pessoas que cumprem pena de prisão por estupro, não pagamento de pensão alimentícia, entre outros, e os presos que delatam outros à direção do presídio. A expressão “*mais-direito*” é também utilizada por detentos quando se remetem à concretização do direito à saúde para os presos do seguro. Há um julgamento moral de que crimes como os descritos acima são típicos de “*pessoas sem caráter*” (GF1), e que a punição a eles deveria ser mais severa, sugerindo pena de morte, execução: “*A lei tinha que ser mais severa, tanto no crime de estupro quanto nos duzentão*”⁴ (GF1). O direito à saúde em seus aspectos sociais privilegia a igualdade, sendo as limitações aos comportamentos humanos estabelecidas para que todos usufruam igualmente das vantagens da vida em sociedade e dos cuidados em saúde (Dallari, 1988). A igualdade formal, assim como a universalidade, para Pachukanis (1988) é, além de uma dissimulação da exploração capitalista, um princípio realmente atuante e incorporado pela sociedade burguesa como um princípio moral e de transformação das relações humanas em relações jurídicas.

Consequentemente se se reconhecer o outro como igual é imprescindível para o reconhecimento do direito, o julgamento moral sobre o comportamento de uma pessoa que quebra o pacto social a discrimina e impede o reconhecimento de que o direito à saúde seja efetivado de maneira igual. A quem possui uma conduta que fere o que é moralmente correto deve-se destinar menor atenção, menor acesso aos serviços de saúde, provocando o que chamamos de dupla penalização. Ela é entendida como o conjunto do isolamento da pena de prisão, oriunda do julgamento jurídico próprio do processo penal, e da constante violação de direitos a que uma pessoa em privação de liberdade é submetida, procedente do julgamento moral sob o comportamento do preso durante a execução da pena.

⁴ O termo “duzentão” é utilizado quando se deseja fazer referência aos crimes inseridos no Título VI - dos crimes contra a dignidade sexual - do Código Penal Brasileiro, Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940.

3.4 Considerações Finais

A saúde para os sujeitos desta pesquisa – pessoas presas, agentes penitenciários e profissionais de saúde – não se limita à ausência de doenças, físicas ou mentais, sendo o processo saúde-doença determinado por outras condições de vida como liberdade, família, respeito ao próximo, trabalho. Para eles, saúde é um direito cuja efetividade dar-se-ia pela garantia do acesso integral e com qualidade aos serviços de saúde, e está restrito à parcela da população que pode pagar por tais serviços. Dessa forma, o direito universal à saúde é questionado enquanto fenômeno real, apesar de ser garantido enquanto norma jurídica.

A pesquisa revela o descaso do Estado com os detentos, submetendo-os a condições desumanas e insalubres, o que aumenta a sua vulnerabilidade às doenças. As relações estabelecidas são de violência nas quais indivíduos vulneráveis – como o são as pessoas presas – veem-se constrangidos às posições de submissão a uma ordem disciplinar hierárquica para ter acesso aos serviços de saúde. Além disso, há um constante julgamento moral sobre o comportamento do preso, quando da operacionalização de seu acesso às ações de saúde, culminando muitas vezes na não efetivação desse acesso. As precárias condições de trabalho apontam também para a não realização dos direitos dos trabalhadores inseridos no contexto carcerário – profissionais de saúde e os agentes penitenciários –, o que acarreta, muitas vezes, ressentimentos e recusa em atribuir o direito à saúde à pessoa presa.

O campo de produção de conhecimento e do cuidado em saúde, desde o início da Reforma Sanitária até os dias de hoje, postula sujeitos de vontade, desejos e conhecimentos produtores de modos de vida, de significados e sentidos (Merhy, 2012), protagonistas da construção tanto de práticas de saúde no dia a dia de suas vidas, quanto de serviços e ações de saúde que possibilitem alcançar um patamar de produção e reprodução da vida (Reis e col., 2004) que lhes seja satisfatória. Ou seja, a partir da luta pela Reforma Sanitária, a saúde foi compreendida como uma prática de libertação das relações de opressão e de constante construção da cidadania (Reis, e col., 2004; Carvalho, 2009). Em uma situação de encarceramento, que objetifica as pessoas e as coloca em relações de opressão hierarquizadas, desumanas e embrutecedoras, aprisiona-se também a dimensão da saúde construída pela Reforma Sanitária Brasileira.

É preciso atentar-nos para o fato de que a lógica de encarceramento está, quase sempre, destinada a um mesmo público: jovens, pobres, afrodescendentes, envolvidos em atos de viés econômico, que historicamente vivem um processo de marginalização e exclusão social (Lopes e col., 2008). Reforça esta percepção o perfil da população brasileira presa: 55% dos membros são jovens de 18 a 29 anos, 46% têm até o ensino fundamental completo, 60% são afrodescendentes, 38% foram presos por crimes contra o patrimônio e 19% por envolvimento com entorpecentes, segundo os dados do Departamento Penitenciário Nacional (Brasil, 2012). Enquanto o direito universal à saúde como prática de democratização do Estado, da saúde, da sociedade e da cultura (Paim, 2008) não se concretiza para as pessoas em privação de liberdade, a pena de prisão é um fenômeno real que materializa o *contradireito* (Foucault, 1986), contraditoriamente sustentado pelo direito penal.

Ainda que leis nacionais postulem que a pena de prisão apenas pode privar a pessoa de sua liberdade, não de outros direitos, como o da saúde, e que é dever do Estado prover tais direitos, admitindo também uma possibilidade de caráter reformatório da prisão, o que se vê na materialidade é que a pena de prisão assume um caráter cruel, violento e de reprodução da violência institucional contra as pessoas presas e contra os profissionais ali inseridos. A partir desta pesquisa, concluímos que a efetivação do direito à saúde das pessoas em privação de liberdade vai além da garantia de acesso às ações e aos serviços públicos e estatais de saúde.

A efetivação desse direito requer o rompimento com a lógica punitiva de encarceramento da sociedade disciplinar, assim como o fez a luta antimanicomial. Esse rompimento pressupõe, como vêm discutindo os criminologistas, o deslocamento de eixo tanto do espaço quanto do modelo de solução dos conflitos, do Estado para comunidade, promovendo laços de solidariedade e o controle local (Zaffaroni, 1991). Alinhar a construção da política do cuidado em saúde das pessoas em privação de liberdade a essa nova perspectiva é estritamente necessário para a construção de um direito à saúde que vá além da formalidade e de um sistema único de saúde que seja concretamente universal, integral, equitativo e capaz de envolver o conjunto de sujeitos participantes do processo de produção da saúde.

3.5 Referências Bibliográficas

ASSIS, R. D. A realidade atual do sistema penitenciário brasileiro. Revista CEJ, Brasília, DF, v. 11, n. 39, p. 74-78, 2007.

BODSTEIN, R. C. Democracia e cidadania: notas para um debate sobre o direito à saúde. *Ciências & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 19-32, 2003.

BORGES NETTO, A. L.; SILVA, A. S. Os policiais civis e a custódia de presos. *Jus Navigandi*, Teresina, v. 12, n. 1469, jul. 2007. Disponível em: Acesso em: 6 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Justiça. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 13 jul. 1984. Seção 1, p. 10227.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em: . Acesso em: 7 out. 2013.

_____. Câmara dos Deputados. Relatório da II Caravana Nacional Direitos Humanos: uma amostra da realidade prisional brasileira. Brasília, DF, 2000. Disponível em: . Acesso em: 7 out. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Portaria Interministerial nº 1.777, de 9 de setembro de 2003. Institui o Plano Nacional Saúde no Sistema Penitenciário. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 11 set. 2003. Seção 1, p. 39-43.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Legislação em saúde no sistema penitenciário. Brasília, DF, 2010.

_____. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. Relatório estatístico/análises do Sistema Nacional de Informação Penitenciária - Infopen. Brasília, DF, 2012. Disponível em: . Acesso em: 5 jun. 2014.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência& Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CAMPOS, G. W. S. SUS depois de vinte anos: reflexões sobre o direito à atenção à saúde. *Boletim do Instituto de Saúde*, São Paulo, p. 36-38, out. 2008. Número especial.

CARVALHO, S. R. Reflexões sobre o tema cidadania e a produção de subjetividade no SUS. In: CARVALHO, S. R.; BARROS, M. E.; FERRIGATO, S. (Org.). *Conexões: saúde coletiva e políticas de subjetividade*. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 23-41.

CEJIL - CENTRO PELA JUSTIÇA E PELO DIREITO INTERNACIONAL. Relatório sobre as mulheres encarceradas no Brasil. Natal, 2007. Disponível em: . Acesso em: 7 out. 2013.

COELHO, H. C. et al. Soroprevalência da infecção pelo vírus da hepatite B em uma prisão brasileira. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 124-131, 2009.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Mutirão carcerário do Estado de Minas Gerais: relatório geral, 2010. Belo Horizonte, 2010. Disponível em: . Acesso em: 15 maio 2014.

DALLARI, S. G. O direito à saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 57-63, 1988.

DIUANA, V. et al. Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1887-1896, 2008.

FERNANDES, R. C. P. et al. Trabalho e cárcere: um estudo com os agentes penitenciários da Região Metropolitana de Salvador, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 807- 816, 2002.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 743-752, 2009.

FOUCAULT, M. A verdade e as formas jurídicas. Rio de Janeiro: Nau, 2003.

_____. Vigiar e punir: nascimento da prisão. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1986.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Ed.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som*. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 64-89.

GATTI, B. A. Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas. Brasília, DF: Liber Livro, 2005.

GILL, R. Análise de discurso. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Ed.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som*. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 244-270.

GUIMARÃES, C. F. et al. Homens apenados mulheres presas: estudos sobre mulheres de presos. *Psicologia & Sociedade*, Porto Alegre, v. 18, n. 3, p. 48-54, 2006.

LOPES, R. E. et al. Juventude pobre, violência e cidadania. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 63-76, 2008.

ENGELS, F. A origem da família, da propriedade privada e do Estado. In: MARX, K.; ENGELS, F. Obras escolhidas. São Paulo: Alfa-Omega, 1982. v. 3. p. 7-143.

MASCARO, A. L. Introdução à filosofia do direito: dos modernos aos contemporâneos. São Paulo: Atlas, 2002.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: MATTOS, R. A. (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, 2006. p. 48-54.

MENEZES, R. P. O. Projeto de implantação do controle da tuberculose nas instituições penais do Município de Salvador/BA. *Boletim de Pneumologia Sanitária*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 35-40, 2002.

MERHY, E. Saúde e direitos: tensões de um SUS em disputa e molecularidades. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 267-279, 2012.

MESQUITA NETO, P.; ALVES, R. Relatório nacional sobre os direitos humanos no Brasil. São Paulo: Universidade de São Paulo, Núcleo de Estudos da Violência, 2007. Disponível em: . Acesso em: 15 maio 2014. *Saúde Soc.* São Paulo, v.23, n.4, p.1222-1234, 2014 1233

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

NOGUEIRA, V. M. R.; PIRES, D. E. P. Direito à saúde: um convite à reflexão. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 753-760, 2004.

PACHUKANIS, E. Teoria geral do direito e marxismo. São Paulo: Acadêmica, 1988.

PAIM, J. S. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PEDROSO, R. C. Utopias penitenciárias projetos jurídicos e realidade carcerária no Brasil. *Revista de História*, São Paulo, v. 136, p. 121-137, jan./jun. 1997.

PINHEIRO, R. et al. Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade?: algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: UERJ, Cepesc: Abrasco, 2010.

QUEIROZ, R. Direitos humanos e saúde. *Saúde e Direitos Humanos*, Brasília, DF, v. 3, n. 3, p. 45-50, 2006.

REIS, A. O. A. et al. A humanização da saúde como instância libertadora. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 36-43, 2004.

SEQUEIRA, V. C. Uma vida não vale nada: prisão e abandono político-social. *Psicologia Ciência e Profissão*, Brasília, DF, v. 26, n. 4, p. 660-671, 2006.

WALMSLEY, R. *World prison population list*. 8th. ed. London: King's College London, International Center for Prison Studies, 2009. Disponível em: . Acesso em: 15 maio 2014.

WESTPHAL, M. F. et al. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, DC, v. 120, n. 60, p. 472-482, 1996.

ZAFFARONI, R. E. *Em busca das penas perdidas: a perda da legitimidade do sistema penal*. Rio de Janeiro: Revan, 1991.

4 ARTIGO 2: Democracia e disciplina: os lugares de debate a cerca do sistema penal.

Democracy and discipline: the where of debate about the criminal system.

Élida Lúcia Carvalho Martins

Andréa Maria Silveira

Elza Machado de Melo

RESUMO

A saúde foi reconhecida como um direito humano e afirmada como um direito de todos e dever do Estado no Brasil por meio de um amplo movimento de luta denominado Reforma Sanitária Brasileira, que tinha como objetivo a construção da democracia como um projeto rumo ao socialismo. Para Gramsci não há democracia sem socialismo e não há socialismo sem democracia, sendo que esta é construída por vontades coletivas que não são únicas e constantes, no interior de uma classe, mas que passam por um campo de disputa de hegemonia permanente no interior da sociedade civil que favorece o controle intersubjetivo e a diminuição do Estado-coerção. Em contraposição, a disciplina, segundo Foucault, é uma tática de poder que hierarquiza e submete os sujeitos às regras para que, docilmente, estes operem quando e como se quer. A prisão, assim como o sistema penal, faz uso da disciplina com fins ideológicos de prevenção de crimes e diminuição da violência. Entretanto, há um fracasso quanto ao fim ideológico e um sucesso quanto ao fim real: seleção de indivíduos a serem punidos de forma para atender objetivos socioeconômicos, culturais e étnicos de uma classe. A partir da perda da racionalidade do discurso do sistema penal três correntes se propõem a construir respostas e soluções para a resolução de conflitos: eficientismo, minimalismo e abolicionismo penal. Enquanto o eficientismo, e até mesmo o garantismo de Ferrajoli propõe a relegitimação do sistema penal, o abolicionismo e o minimalismo penal, que têm como finalidade a abolição do sistema penal, reivindicam a construção de uma nova sociedade capaz de, a partir de laços comunitários fortes, propor um modo de solução dos conflitos que se distancie dos aparelhos punitivos do Estado. Entender este debate é imprescindível para a construção de políticas públicas de saúde cujas finalidades de intervenção estejam voltadas à concretização do direito e à construção da democracia.

Palavras-chave: saúde; democracia; disciplina; prisões.

ABSTRACT

Health was recognized as a human right and affirmed as a universal right and duty of the state in Brazil through a broad movement of struggle called Brazilian Health Reform, which aimed at building democracy as a project towards socialism. For Gramsci there is no democracy without socialism and no socialism without democracy, and this one is built by collective wills that are not unique and constant within a class, but that pass through a field of dispute for hegemony within civil society permanently favors intersubject control and reduction of inter-state coercion. In contrast, the discipline, according to Foucault, is a tactic of power that ranks and submits the subject to the rules so that, docilely, when they operate and how they want. The prison, as well as the criminal system, makes use of the discipline for ideological crime prevention and reduction of violence. However, there is a failure as after success as an ideological and the its real purpose: selection of individuals to be punished in order to meet socio-economic objectives, cultural and ethnic. From the loss of rationality discourse of the system criminal, three current penal system is proposed to construct answers and solutions to conflict resolution: efficientism, minimalism and penal abolitionism. While efficientism, and even the guaranteeism Ferrajoli re-legitimation proposes the criminal justice system, penal abolitionism and minimalism, which aim at the abolition of the penal system, claiming the construction of a new society capable of, from strong community ties propose a way to solve the conflict that departs punitive apparatus of the state. Understanding this debate is essential to building public health policies with the purpose of intervention is aimed at implementation of the law and building democracy.

Key words: right health; democracy; discipline; prisons.

4.1 Introdução

A saúde foi reconhecida como um direito humano pela Organização das Nações Unidas em 1948, quando criou a Organização Mundial de Saúde (OMS)¹. Após um longo processo de luta contra a ditadura militar e, no campo da saúde, pela Reforma Sanitária Brasileira, iniciada na década de 70 do século XX, a Constituição Federal de 1988² reconhece o Estado Democrático de Direito e cria o Sistema Único de Saúde (SUS) com os seguintes princípios e diretrizes: universalidade, ao admitir a saúde como um direito de todos; igualdade de acesso para todos; integralidade do cuidado envolvendo ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde; participação da comunidade e descentralização, regionalização e hierarquização das ações e serviços de saúde.²

O direito à saúde é estendido a todos e passa a ser uma atribuição do Estado, podendo ser definido como ter acesso integral às ações e serviços de saúde que tenham qualidade para atender as necessidades dos indivíduos e de suas comunidades, sem discriminação, e que é determinado a partir de uma luta construída pelos indivíduos em comunidade como um exercício de cidadania ativa.^{3,4,5} Dallari⁵ nos aponta que o direito à saúde apropria-se tanto da liberdade quanto da igualdade e depende do grau de desenvolvimento político, cultural e socioeconômico do Estado e de uma organização estatal e social que privilegie a participação e o poder local. Segundo a autora, há um equilíbrio entre estes valores e a efetiva realização do direito à saúde, como um produto histórico de construção social.

Anterior à afirmação do direito à saúde na Constituição Federal de 1988² e também resultante do processo de luta de movimentos dos direitos humanos, o direito à saúde da população em privação de liberdade foi normatizado na legislação brasileira pela Lei de Execução Penal (LEP) Nº 7.210, de 11 de julho de 1984⁶. A lei dispõe sobre as condições de cumprimento das sentenças criminais, visando proporcionar uma harmônica integração social do condenado. Segundo a LEP⁶, a assistência à saúde é um direito das pessoas em privação de liberdade, tem caráter curativo e preventivo e compreende o atendimento médico, farmacêutico e odontológico. Após 15 anos, com a publicação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP)⁷ pela Portaria Interministerial nº 1.777, dos Ministérios da Saúde e da Justiça, de 9 de setembro de 2003, assume-se a necessidade de organização de ações e serviços de saúde no sistema penitenciário orientados pelos princípios e diretrizes do SUS.

No entanto, em dezembro de 2010, de acordo com os dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde⁸ – CNES -, havia apenas 275 equipes de saúde cadastradas para as 496.251 pessoas presas mantidos em 1857 prisões⁹. Assim, de acordo com os dados oficiais, apenas 15% das unidades do sistema penitenciário contavam com uma equipe de atenção à saúde da pessoa em privação de liberdade. Além disso, as unidades prisionais no Brasil possuem precárias infraestruturas - pouca luz, água não filtrada, lugares sem ventilação, superlotação – que adicionado ao confinamento e a violência física e simbólica tornam a prisão um local onde as condições de vulnerabilidade do processo saúde-doença se acentuam.^{10,11,12,13,14} Segundo Pedroso¹⁵, o sistema penitenciário assume uma estrutura de poder de punição do Estado que revela a exclusão social a que estão submetidos as pessoas confinadas.

Nesse contexto controverso, o presente trabalho se propõe a discutir o direito à saúde na perspectiva da Reforma Sanitária Brasileira como um *“projeto civilizatório articulado à radicalização da democracia na perspectiva do socialismo”*¹⁷ em contraposição à disciplina da prisão, inserindo-se no debate sobre o papel do aprisionamento no sistema penal e os rumos a ele atribuídos, segundo três importantes correntes: efficientismo, minimalismo e abolicionismo penal¹⁹.

4.2 Democracia e direito à saúde

A Reforma Sanitária Brasileira, um amplo movimento de luta pela democratização da saúde aliado a um projeto político ideológico de democratização do país inspirou a construção de um sistema público de saúde no Brasil, foi constituída como um projeto baseado em três elementos, segundo Paim²⁰:

- 1) *“Democratização da saúde, que implica a elevação da consciência sanitária sobre saúde e seus determinantes e o reconhecimento do direito à saúde, inerente à cidadania, garantindo o acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde e participação social no estabelecimento de políticas e na gestão;*
- 2) *Democratização do Estado e seus aparelhos, respeitando o pacto federativo, assegurando a descentralização do processo decisório e o controle social bem como fomentando a ética e a transparência dos governos;*

3) *Democratização da sociedade e da cultura, alcançando os espaços da organização econômica e da cultura, seja na produção e distribuição justa da riqueza, seja na adoção de uma totalidade de mudanças em torno de conjunto de políticas públicas e práticas de saúde, seja mediante uma reforma intelectual e moral.*”²⁰ (p.173).

Segundo Stotz²³, a Reforma Sanitária Brasileira foi fundamentada no referencial gramsciano e passou a ver a rede pública de saúde para além do espaço de controle e coerção do Estado, mas como um local de um longo processo de construção de hegemonia da sociedade. Trata-se aqui da concepção ampliada de Estado proposta por Gramsci, que comporta duas esferas principais: a sociedade política (ou Estado-coerção) e a sociedade civil. A sociedade política de Gramsci é formada, segundo Coutinho¹⁶:

*“pelo conjunto dos mecanismos através do quais a classe dominante detém o monopólio legal da repressão e da violência e que se identifica com os aparelhos de coerção sobre o controle das burocracias executiva e policial-militar;(...).”*²¹ (p.127).

Enquanto que a sociedade civil de Gramsci é:

*“(...) formada precisamente pelo conjunto das organizações responsáveis pela elaboração e ou difusão das ideologias, compreendendo o sistema escolar, as Igrejas, os partidos políticos, os sindicatos, as organizações profissionais, a organização material da cultura (revistas, jornais, editoras, meios de comunicação de massa), etc.”*²¹(p.127).

Apesar de tanto a sociedade política quanto a sociedade civil servirem para conservar ou promover uma determinada base econômica, que está de acordo com os interesses de uma classe social, existem duas problemáticas básicas que diferenciam a sociedade política da sociedade civil: a função da organização social e a materialidade (sócio institucional) própria. Se por um lado, a sociedade política conserva os interesses por meio da coerção utilizando como matéria os aparelhos repressivos do Estado (controlados pela burocracia executiva e policial-militar); por outro lado, a sociedade civil busca exercer sua hegemonia ganhando aliados para suas posições mediante direção política e consenso utilizando como meio os “aparelhos privados de hegemonia” que são os organismos sociais coletivos voluntários e

relativamente autônomos em face da sociedade política (exemplificando, meios de comunicação, escolas, Igrejas, partidos políticos, movimentos sociais, sindicatos, etc).¹⁶

É preciso ressaltar que, Gramsci, segundo Coutinho¹⁶, distingue sociedade civil e sociedade política apenas para fins metodológicos, sendo que na realidade efetiva o Estado é formado pela sociedade civil e pela sociedade política, ou seja, o Estado é a coerção somada à dimensão do consenso, da legitimidade. Gramsci amplia o conceito de Estado desenvolvido por Marx e Engels, pois para estes o Estado é entendido como coerção, o monopólio da violência a serviço da classe dominante.¹⁶

Coutinho¹⁶ nos atenta que para entender a concepção de democracia em Gramsci é necessário entender que o conceito de hegemonia é o momento do consenso. Um contrato feito no nível da sociedade civil gerado em consequência dos sujeitos coletivos – sindicatos, partidos, movimentos sociais – que determina as ações do Estado, podendo chegar a absorver em si e a eliminar os mecanismos coercitivos estatais – uma sociedade comunista. Em síntese:

*“a afirmação de que, numa relação hegemônica, expressa-se sempre uma prioridade da vontade geral sobre a vontade singular ou particular, ou do interesse comum ou público sobre o interesse individual ou privado; isso se torna evidente quando Gramsci diz que hegemonia implica uma passagem do momento “econômico-corporativo” (ou “egoístico-passional”) para o momento ético-político (ou universal)”*¹⁶ (p.272).

Não há aqui uma supremacia da vontade coletiva a partir da repressão das vontades particulares. De acordo com Coutinho¹⁶, para Gramsci a vontade coletiva (ético-político) conserva e eleva ao nível superior os interesses singulares, a partir de um processo histórico de construção intersubjetiva, cada vez mais livre de coerção, o que Gramsci denomina como “vontade coletiva nacional-popular”. Para Gramsci, pelo entendimento de Coutinho¹⁶, não há predomínio consensual, portanto, hegemônico, do interesse público sobre o privado se não em uma sociedade comunista, em uma sociedade que não está fundada nos antagonismos das classes sociais. Quanto mais o ser social se socializa tanto mais se amplia as margens da liberdade e da autonomia do indivíduo social. Dessa maneira, o aumento da participação da sociedade civil concretiza a construção de uma nova hegemonia que esteja cada vez mais

próxima do controle intersubjetivo das interações sociais, afastando-se daquela da “coerção”, quer provenha do Estado ou do mercado, do “poder” ou do “dinheiro”.¹⁶

Para a disputa e construção desta nova hegemonia socialista, portanto, da democracia, é necessário que a participação e a autonomia da sociedade civil sejam fomentadas, juntamente com os vínculos sociais, e afastem-se do predomínio econômico dos interesses de uma determinada classe social.

Primeiramente é necessário esclarecer que o entendimento de autonomia não é de “autonomia individual” como uma liberdade das limitações das relações e laços sociais, produzindo uma falsa aparência de independência e autossuficiência do indivíduo em relação ao mundo exterior. Esse entendimento é a *“camisa de força imposta ao homem pela evolução capitalista, e os valores da “autonomia individual” representam a sua glorificação ética.”*.²¹ (p.244). Segundo Mészáros²², autonomia envolve, necessariamente, o outro. A autonomia é resultado da participação na vida social:

*“Em outras palavras: a autonomia humanamente significativa não é, na realidade, diferente da reciprocidade social, no curso da qual os indivíduos envolvidos uns com os outros adaptam-se mutuamente às condições determinadas de intercâmbio e, ao mesmo tempo, conservam o poder de iniciativa. Se tal reciprocidade existe ou não depende do caráter da estrutura social dada.”*²² (p.244).

Dessa maneira, a autonomia que se estabelece do encontro do indivíduo com coletivo é a precondição necessária para o indivíduo adquirir sua personalidade possibilitando o afastamento da alienação produzida por um processo de trabalho fragmentado e individualizante. O sujeito individual possui uma compreensão limitada da cadeia produtiva, além de não se perceber como produtor do objeto, tornando o trabalho uma atividade cada vez mais abstrata, típica da produção capitalista. Esse processo alienante e fragmentador extrapola o local de trabalho, comprometendo também a consciência individual e a vida social.²² A autonomia social¹⁶ para Gramsci ou a reciprocidade social para Mészáros²² é o que garante a construção da hegemonia, da vontade coletiva historicamente construída pelo ser social que possui meios para elevação de consciência, permitindo que ele, na relação com o outro, defina

as melhores condições para produção e reprodução da vida, abrindo mão dos interesses puramente econômicos-corporativos.

É importante retomar, como dito anteriormente, que a hegemonia na sociedade capitalista – baseada na individualidade, na vida privada, na regulação do mercado – é o modo da sociedade civil manter e conservar os interesses econômicos de uma classe social. A democracia é construída por vontades coletivas que não são únicas e constantes, no interior de uma classe, mas que passam por um campo de luta por reconhecimento permanente no interior da sociedade civil e na diminuição do Estado-coerção. Em uma sociedade dividida em classes antagônicas, a classe que controla os aparelhos de repressão e violência do Estado submete a todos os demais interesses a ter uma mesma visão de mundo, controlando, inclusive, os aparelhos privados de hegemonia. Por isso, para Gramsci não há democracia sem socialismo e não há socialismo sem democracia.¹⁶ Mas Gramsci, de acordo com Coutinho¹⁶, afirma que a construção e busca do socialismo se dá de forma progressiva e mediante disputa de interesses, o que implica numa crescente conquista de espaços que ampliam as esferas deliberativas:

“O movimento para criar uma nova civilização, um novo tipo de homem e de cidadão,(...) [implica] a vontade de construir, no invólucro da sociedade política, uma complexa e bem articulada sociedade civil, na qual o individuo singular se autogoverne.” ²¹(p.266).

Gramsci, portanto, propõe uma forma de socialismo no qual o centro da nova ordem deve residir não no fortalecimento do Estado e seus aparelhos, mas na ampliação do espaço público não estatal, da sociedade civil e seus aparelhos privados de hegemonia, mas aos quais se adere voluntariamente para, por meio do contrato intersubjetivo de uma vontade geral, conceber a política. Para Gramsci é a própria democracia o caminho de construção do socialismo.¹⁶

O direito para Gramsci, como descrevem Buckel e Fischer-Lescano,²⁷ é luta por um novo costume. O direito hegemônico constitui o direito integral (consenso e coerção), mas que pode dispensar os aparelhos coercitivos do Estado porque há um clima de amplo reconhecimento.²⁷ Assim, é a ampliação da participação nos espaços de disputa das ideias hegemônicas – tais como na elaboração das políticas sociais e econômicas, nos meios de comunicação em massa, nas organizações sociais, nos partidos políticos, nas escolas – que possibilita a deliberação por

políticas centradas nas necessidades das pessoas e de suas comunidades, preservando o caráter universal e o interesse público.¹⁶ O direito hegemônico é, portanto, aquele que se faz por meio da participação que promova a autonomia social fortalecendo a “vontade coletiva nacional popular”¹⁶.

É evidente que desde a década de 70, com início da Reforma Sanitária Brasileira, até os dias atuais não chegamos nem próximo da democracia de Gramsci e muito pelo contrário, assistimos no Brasil e, internacionalmente, segundo Stotz²³, uma ofensiva do “capital reestruturado”²³: com a flexibilização dos direitos sociais, a desregulamentação do mercado, a terceirização e precarização dos vínculos de trabalho, o desemprego e o subemprego. Paim²⁰ conclui que embora a Reforma Sanitária Brasileira tenha como base um projeto político-ideológico que reivindicava a “revolução do modo de vida” (p.273), apenas obteve uma reforma parcial. Houve avanços como: o processo de descentralização política para municípios e estados; um aumento da participação social em saúde por meio dos conselhos e conferências de saúde; a organização da vigilância sanitária e dos sistemas de informação. Entretanto, a submissão a interesses partidários, o retorno à lógica clientelista própria do período ditatorial, a desmobilização dos aliados e do uso de cargos públicos no jogo partidário, a descontinuidade da administração pública, o subfinanciamento da política de saúde, entre outros fatores, exemplificam os entraves econômicos, políticos, jurídicos e ideológicos que culminaram em um distanciamento do projeto original que se propunha a uma revolução do modo de vida.

Cohn²⁸ diz haver um deslocamento da discussão da democracia, do papel do Estado para uma discussão tecnicista, levando a uma confusão e esterilização de conceitos que foram emancipatórios quando da Reforma Sanitária Brasileira. Cohn²⁸ ainda aponta que embora a democratização ainda seja um termo presente, há um constante processo de despolitização da participação social com a tecnificação das propostas e análises correntes.

Em outras palavras, a construção democrática do SUS, dentro de uma perspectiva de “revolução do modo de vida”, está comprometida e a institucionalização do direito da saúde, pautado nos princípios da universalidade, equidade, integralidade, reduz-se à formalidade; servindo, como afirma Paim, para assegurar o funcionamento do sistema por meio de instâncias estabelecidas pelas relações produtivas sem modificação do *status quo*.

4.3 Disciplina e a prisão

A instituição-prisão foi criada antes de ser definida por lei como o local de execução da pena por excelência. Na antiguidade, a prisão era um local destinado à custódia e à tortura, onde os delinquentes aguardavam a pena de morte ou as penas corporais. Na idade média as sanções eram determinadas pelos governantes de acordo com o *status* social do réu, sendo as penas corporais verdadeiros espetáculos de mutilação do corpo.¹⁸

A instituição da prisão como base do sistema penal ocorre com a mudança da sociedade do espetáculo, na qual se colocava à multidão a visibilidade de um número pequeno de objetos, para uma sociedade moderna “panóptica”, onde poucos possam ver a multidão.¹⁸ O modelo panóptico de Bentham desindividualiza o exercício do poder, uma vez que o vigilante pode ver sem ser visto, e o automatiza, o vigiado sempre estará num estado consciente e permanente da vigilância sem, necessariamente, estar sendo vigiado.

Para além de ser uma forma arquitetônica, o panóptico é uma forma de governo, de disciplinarização e é no início do século XIX que se assistiu à multiplicação das instituições disciplinares (prisões, manicômios, hospitais, escolas, etc). Em uma sociedade capitalista a vida privada é supervalorizada, em detrimento dos elementos de vida pública e em comunidade, as relações passam a ser reguladas pela vigilância, pela disciplina.¹⁸

A disciplina, segundo Foucault¹⁸, como exercício do poder é próprio do sistema de produção capitalista, com o objetivo de controle e sujeição do corpo alheio para produzir corpos dóceis, adestrados para que façam o que se quer e como se quer. A disciplina como tática de poder responde a três princípios: primeiro, a vigilância hierárquica, integrada a relações de controle verticalizadas, como um poder sobre o corpo alheio; segundo, a sanção normalizadora baseado num duplo sistema de recompensa e punição que toma como elementos o tempo, a atividade e a maneira de ser para corrigir e reduzir desvios; e, por ultimo, o exame que conjuga as técnicas de vigilância e de sanção para que relações de poder criem o saber e o individuo seja objeto deste poder e do saber.¹⁸

A disciplina atinge a três objetivos da sociedade capitalista: tornar o exercício do poder o menos custoso por motivos econômicos (pequena despesa) e políticos (o exercício deve ser invisível para suscitar pouca ou nenhuma resistência); maximizar a intensidade e extensão desse poder social, sem lacunas ou fracassos, sendo colocado a todos; e, por último, fazer com

que o crescimento econômico do poder seja somado ao rendimento dos aparelhos disciplinares. O aumento da produção e da acumulação de capital é realizado a partir da disciplinarização automática e invisível do corpo social, que visa à fabricação de indivíduos úteis, e do aumento dos aparelhos de produção. Com o início do sistema de produção capitalista, a disciplina passa a ser uma forma de impor um domínio sobre o corpo dos outros não apenas para que façam o que se quer, mas também para que operem como se quer.¹⁸

No decorrer do século XVIII a burguesia abrigou-se através de um quadro jurídico, explícito, formalmente igualitário e organizado por um regime parlamentar e representativo, dando ideia de que os direitos eram universais e igualitários. Entretanto, para a burguesia se manter no poder, esse sistema de direitos é sustentado por aparelhos desiguais e assimétricos que são constituídos pela disciplina. A disciplina apresenta-se como uma espécie de *contradireito*¹⁸, subordinando os indivíduos um em relação ao outro, excluindo a possibilidade da formação de vínculos sociais, de reciprocidades a partir do momento em que concentra o “mais-poder” sempre do mesmo lado, e afirma a desigualdade de posição entre os indivíduos em relação ao regulamento comum.¹⁸

Desde o século XIX, segundo Passeti²⁹, a sociedade disciplinar “vivenciou reviravoltas políticas que foram da tirania à democracia, da democracia ao socialismo, do socialismo à ditadura.” Os ideais democratas da sociedade disciplinar defendeu direitos que perpetuavam desigualdades e assimetrias e o socialismo de Estado construiu a ditadura que os colocou refém dos democratas. A sociedade disciplinar aumentou a produção e o acúmulo econômico e de poder de minorias que se opunham a políticas intervencionistas do Estado. A sociedade disciplinar buscou o equilíbrio da produção com o gerenciamento da miséria, rivalizando o *Welfare State* ao Estado socialista. Investiu no corpo produtivo, mas que poderia perder a vida a qualquer momento, e na docilidade política. Em resumo:

“Combateu na luta contra a exploração material e a dominação política liderada por uma minoria sapiente – também capaz de provocar sustos –, feita representante dos trabalhadores e miseráveis, portando nova e superior consciência estruturada. Instalou-se no Estado, pela planificação da economia e consagração do trabalho intelectual, após sua ocupação revolucionária, prometendo levar à dissolução do domínio do capital sobre o trabalho, do trabalho intelectual sobre o manual e da propriedade privada sobre a riqueza

social. Despertou a esperança no socialismo de Estado e foi subjugada pela realidade ditatorial.”²⁹

É num contexto de enraizamento do processo de disciplinarização da sociedade que a prisão passa a ser a forma de punição do início do século XIX. No Estado liberal, em que todos os indivíduos são tomados como livres e iguais, a nova legislação define o poder de castigar fundamentado na privação da liberdade e na transformação dos indivíduos. A prisão passa a ser um aparelho disciplinar exaustivo, hierarquizando os indivíduos pelas assimetrias das sujeições disciplinares.¹⁸ Assim Foucault¹⁸ aponta três métodos de ação para a organização da prisão: isolamento, trabalho e instrumento de modulação das penas.

O princípio do isolamento tem como objetivo tornar a pena não apenas individual, mas individualizante de duas maneiras: a primeira é que prisão deve impedir a formação de vínculos, de um corpo social entre os detentos; a segunda é que o isolamento deve garantir o exercício sobre os condenados e o encontro deles com um poder inabalável e com o máximo de intensidade. O isolamento propõe, portanto, o rompimento e substituição das relações horizontais por relações verticais de vigia e controle hierárquicos.¹⁸

O trabalho penal é princípio da ordem e da regularidade. A utilidade do trabalho penal é a transformação das pessoas presas em indivíduos mecanizados, segundo as normas gerais de uma sociedade industrial. É a sanção normalizadora que tem intuito de corrigir desvios e normalizar os corpos.¹⁸

E por último, Foucault¹⁸ apresenta a prisão como um instrumento modulador da pena tendo como função quantificá-la e graduá-la de acordo com a transformação “útil” do detento no decorrer da mesma. Ou seja, a pena não deve apenas variar com o ato e suas circunstâncias, mas com a própria execução penal. Sendo assim, a pena deve ser individualizada e o indivíduo punido nada mais é que um objeto de transformação do aparelho carcerário. Esse poder arbitrário de modulação da pena de acordo com o desenrolar da mesma é exercido pela própria administração carcerária, já que é ela responsável por transformar o objeto da pena, como uma parte da soberania punitiva. A isso Foucault¹⁸ dá o nome de Declaração de Independência carcerária.¹⁸ Assim, o indivíduo punido além de ser objeto das relações de poder é também das relações de saber, das técnicas de vigilância e de correção.

Mas para Foucault¹⁸ há uma diferenciação dos objetivos ideológicos do sistema carcerário – repressão e redução da criminalidade – dos objetivos reais que são a repressão seletiva da criminalidade e a organização da delinquência como tática política de submissão. Dessa forma, Foucault¹⁸ declara o fracasso dos objetivos ideológicos da prisão enumerando os argumentos: *“As prisões não diminuem a taxa de criminalidade, pode-se aumentá-las, modificá-las ou transformá-las”*¹⁸ (p.234); *“A detenção provoca reincidência”*¹⁸ (p.234), seja pelo processo de exclusão nos espaços extramuros seja pelas condições de vida da família; *“A prisão fabrica também os delinquentes impondo aos detentos limitações violentas; ela se destina a aplicar as leis, e a ensinar o respeito por elas; ora todo o seu funcionamento se desenrola no sentido de abuso de poder.”*¹⁸ (p.235); *“A prisão torna possível, ou melhor favorece a organização de um meio de delinquentes, solidários entre si, hierarquizados, prontos para todas as cumplicidades futuras”*¹⁸ (p.235).

Quanto aos objetivos reais da prisão, entretanto, não podemos declarar o fracasso. Para Foucault¹⁸ o sistema penal (lei penal, justiça penal e prisão) é instrumento de dominação de uma classe pela aplicação da lei penal às classes inferiores, pela seletividade da classe e dos crimes que serão punidos. A prisão é o centro da dissociação política da criminalidade uma vez que a repressão é destinada às classes inferiores e há uma imunização da criminalidade das elites do poder econômico e político; e cumpre a função de inculcar na classe operária a aceitação e o aprendizado das regras do mundo capitalista (regras da propriedade, dos trabalhos precarizados, etc).¹⁸

Seguindo a mesma ideia, Batista³⁰ comenta que quando se fala do Brasil como “país da impunidade” é uma generalização indevida, uma vez que para os pobres a punição está sempre presente, a impunidade refere-se à imunidade das classes dominantes. Isto é confirmado ao observarmos os dados publicados, em 2010, pelo Departamento Penitenciário Nacional⁹: a população carcerária é, predominantemente, jovem, 56% tinha idade de 18 a 29 anos; de baixa escolaridade, 46% com ensino fundamental incompleto; do sexo masculino, representam 94% da população presa; e 43% de cor de pele parda. Dentre as mulheres que estavam em 2010 no sistema penitenciário (sem contar as unidades policiais), 64% foram detidas por delito envolvendo entorpecentes; 10% por roubo; 8% por furto; 7% por crimes contra a pessoa e 12% por outros crimes (estelionato, receptação, latrocínio, estatuto do desarmamento, crime contra costumes). Enquanto que para homens, 27% foram detidos por

roubo; 22% por crimes envolvendo entorpecentes; 15% por furto; 12% crimes contra pessoa e 24% por outros crimes.

De acordo com Foucault¹⁸ a história da prisão é ciclo vicioso de fracasso e reforma. Este também é o entendimento de Pedroso¹⁵ para a história do sistema penitenciário brasileiro. A utopia penitenciária do discurso jurídico - que acredita na ressocialização e recuperação do apenado e na proteção dos “homens bons” - é refutada ao menor contato com a realidade. Para Zaffaroni³¹ a situação crítica do sistema penal na América Latina revela a perda da racionalidade do discurso penal: os sistemas penais não operam da forma como o discurso penal os supõe, há uma “*perda das penas*”, isto é *as penas como infligão de dor sem sentido* (“*perdido*” no sentido de *carentes de racionalidade*).”³¹(p.12).

Em resumo, Andrade¹⁹ reúne os fortes argumentos concorrentes para a deslegitimação do sistema penal: a) O sistema penal tem herança da doutrina medieval do bem x mal. Uma relação polarizadora entre vítima (bem) e autor (mal), a pena tem versão purgatória; b) a eficácia invertida do sistema penal que não atende às funções declaradas e cumpre funções reais em silêncio; c) não cumpre as funções reais (proteger bens jurídicos e combater e prevenir criminalidade) porque sua função real é fabricar criminosos; d) seleciona as camadas mais baixas dos estratos sociais, reproduz desigualdades sociais, produz sofrimentos estéreis e com alto custo social; e) apesar da extensão dos danos, atua apenas sobre um número reduzido de casos; f) é um sistema de difícil controle e que age a partir da violência.¹⁹

4.4 “E agora José?”

A famosa pergunta que inicia o poema “José” de Carlos Drummond de Andrade cabe perfeitamente para uma discussão de qual sociedade queremos para nosso futuro. Há como construir uma democracia, tal qual Gramsci propõe e que foi propulsora das lutas contra a ditadura militar no Brasil e pela Reforma Sanitária Brasileira, na sociedade controle? Em uma verdadeira democracia faz sentido ter a pena de prisão como centro da política para coerção e redução de crimes? É possível falar de direito à saúde – entendido como ter acesso às ações e serviços de saúde com qualidade, sem discriminação e que depende da autonomia e participação dos indivíduos em comunidade – em um local de exatidão disciplinar? É possível conceber um sujeito que em sua sociabilidade, participa da vida política e econômica, disputando as ideias hegemônicas de forma a privilegiar o interesse público sobre o privado, e acessa integralmente as ações e os serviços de saúde, de acordo com suas condições e

necessidade, inclusive como um protagonista essencial da gestão e elaboração da política desses serviços que atenda às especificidades do interesse público, inserido num local onde se privilegia as relações verticais hierárquicas, o exercício do poder que vigia e sanciona e a produção de um saber que submete o outro a regras, em sua maioria violentas?

“E agora José?”, o que faremos? Existem, atualmente, três linhas de debate sobre os rumos do sistema penal (constituído pelas leis, justiça penal e prisão): o efficientismo, o minimalismo penal e o abolicionismo penal.¹⁹

Começemos o debate pelo efficientismo uma vez que esta corrente propõe reforma, expansão e relegitimação do sistema penal, a partir de uma leitura que a crise da legitimidade é apenas conjuntural e de eficiência. Segundo Andrade¹⁹, esta linha é a que está em curso na era da globalização neoliberal (inclusive no Brasil com um aumento de 417% da população carcerária em 20 anos³²). Parte do pressuposto de que é preciso aumentar a repressão, por meio de leis mais severas, do aumento dos aparatos policiais, judiciários e penitenciários como mecanismos de redução da criminalidade. O discurso da “Lei e Ordem” é uma política de combate à criminalidade, iniciada nos Estados Unidos da América, denominada Tolerância Zero¹⁹ que resultou em quedas dos níveis de crimes cometidos acompanhado de um aumento radical do número de indivíduos presos.

A “Declaração dos Princípios da Tolerância”³³ culmina em uma política de ampliação do encarceramento do rigor punitivo aliado a penas alternativas rápidas e flexíveis com o objetivo de ampliar a punição na estratificação social e acabar com a seletividade penal e impunidades. Há também uma constante preocupação em se garantir os direitos humanos dentro das prisões, o que, muitas vezes, é argumento utilizado para a privatização das unidades prisionais, como por exemplo, a Parceria Público-Privada realizada pelo Governo do Estado de Minas Gerais.³⁴

Muitas são as críticas a essas alternativas entre elas é a de que a seletividade dos que serão punidos permanece. Para Wacquant³⁶ o encarceramento é a forma de regulamentar os segmentos mais baixos do mercado de trabalho, ou seja, de impor ofertas de trabalho precário e mal remunerado de duas maneiras: pelo fortalecimento do aparelho penal (aumento do número de prisões, aumento da presença policial e da agressividade da mesma, tribunais mais severos); e pela reorganização dos serviços sociais em instrumento de vigilância que obrigam

as classes mais pobres a cumprir regras para ter direito a alguma assistência. Temos como exemplo disso as políticas denominadas *Workfare*, que condicionam o direito à assistência estatal ao vínculo empregatício em quaisquer condições de trabalho e remuneração, *Learnfare* que vincula o benefício da família em função da presença escolar dos filhos ou dos adolescentes em cursos que pouco qualificam e aumentam a perspectiva de emprego. As duas estratégias - aumento do aparato penal e as políticas compensatórias: *Workfare* e *Learnfare* – quando articuladas forçam a classe trabalhadora a se distanciar dos trabalhos ilegais, como o tráfico de drogas ilícitas, e a aceitar um trabalho dessocializado, gerando um grande volume de trabalhadores marginais que podem ser explorados sem qualquer preocupação, fomentando, assim, o crescimento e acumulação do capital.³⁶

O aparato carcerário, de acordo com Wacquant³⁶, faz com que a taxa de desemprego diminua, pois, além do fato de os encarcerados não serem incluídos na matemática, o aumento do número de presídios e a contratação de serviços para administração penitenciária geram empregos. Nos Estados Unidos a população carcerária passou de 380 mil a 2 milhões, entre os anos de 1975 e 2000, enquanto que os beneficiários do *Welfare* caíram de 11 para menos de 5 milhões. Os recursos orçamentários para administração penitenciária aumentaram em 50 bilhões de dólares e foram criados 500 mil novos empregos, tornando as cadeias e penitenciárias do país no terceiro maior empregador do país. Portanto, o que se pode dizer é que o sistema penal passa a ser um instrumento de administração da pobreza, sendo o problema de exclusão social, criado pelo sistema capitalista globalizado, resolvido pelo encarceramento.³⁶

Para Zaffaroni³¹ nos países da América Latina a prisão não teve pretensão disciplinar para aumento de produção e lucro, o verdadeiro modelo ideológico da prisão nos países periféricos não foi o de Bentham, mas sim o de Lombroso. Este modelo partia do pressuposto de uma inferioridade biológica tanto dos delinquentes centrais como de toda a população dos países colonizados. O que se instaurou nos países periféricos, durante a colonização, foi um poder que privou a autodeterminação e impôs idiomas, culturas, valores sob a justificativa de que seriam conduzidos à “verdade”³¹. A prisão nos países da América Latina, tão somente, cumpria a função de ser uma instituição de sequestro dentro de outra: a própria colônia. A este projeto Zaffaroni³¹ deu o nome de “*apartheid criminológico natural*”³¹(p.79) uma vez que as majorias eram de selvagens nos países colonizados, a função que a prisão cumpria no centro,

aqui era cumprida pela própria colônia. Para Zaffaroni³¹, após a era Hitler, o modelo de Lombroso foi apagado nos países centrais pelos ideais liberais e substituído, então, por outros discursos. Ao passo que nos países marginais instalou-se a contradição entre a reprodução dos discursos teóricos dos países centrais e o discurso dos órgãos dos sistemas penais: “o velho discurso racista biologicista”³¹(p.79). perceber

Diante deste contexto, a necessidade de uma resposta que não relegate a prisão é para Zaffaroni³¹ primordial para que os países periféricos saiam da colonização impetrada pelos países centrais (à nova colonização técnico-científica, Zaffaroni³¹ dá o nome de *tecnocolonialismo*). Conforme o autor, por meio do tecnocolonialismo – domínio tecnológico dos países centrais em áreas como teleinformática, a tecnologia, a energia nuclear e a robótica – os países periféricos perdem sua importância para os países centrais que com o desenvolvimento tecnológico não necessitam nem de mão-de-obra barata nem de matérias-primas.³¹ Além de uma deteriorização da posição latino-americana no intercâmbio comercial, há um aumento dos gastos com pagamento das dívidas externas (por exemplo, no Brasil, o Projeto de Lei Orçamentária de 2012 destinou 46,59% do Produto Interno Bruto – PIB - para amortização da dívida e juros³⁷) que, segundo Zaffaroni³¹, provoca uma recessão e precarização das relações trabalhistas, impactando, principalmente, na vida da população urbana marginalizada. Para conter a marginalização aumentam a presença e agressividade policial em áreas mais pobres – a que Boaventura³⁸ tem chamado de Facismo Social. Nilo Batista³⁰ aponta que há instauração de um Estado de exceção nas favelas e que, com isso, a pena de prisão vira “divindade” no Brasil, o que para Zaffaroni³¹ é a perpetuação do genocídio e do etnocídio.

“Para a grande maioria dos brasileiros - do escravismo colonial ao capitalismo selvagem contemporâneo - a punição é um fato cotidiano. Essa punição se apresenta implacavelmente sempre que pobres, negros ou quaisquer outros marginalizados vivem a conjuntura de serem acusados da prática de crimes interindividuais (furtos, lesões corporais, homicídios, estupro, etc.). Porém essa punição permeia principalmente o uso estrutural do sistema penal para garantir a equação econômica. Os brasileiros pobres conhecem isso. Ou são presos por vadiagem, ou arranjam rápido um emprego e desfrutam do salário mínimo (punidos ou mal pagos). Depois que já estão

*trabalhando, nada de greves para discutir o salário, porque a polícia prende e arrebenta (punidos e mal pagos).”*³⁰ (p.38-39).

É preciso ressaltar a participação dos meios de comunicação em massa que interessada nos lucros, são fábricas das ilusões sobre a possível segurança que os sistemas penais podem oferecer e da continuidade de se atribuir os crimes a pobres e afrodescendentes. Segundo Zaffaroni³¹, em nível transnacional os meios de comunicação transmitem programas e séries policiais que glorificam os membros das agências penais que aniquilam o “mau” – no Brasil temos como exemplo Capitão Nascimento do famoso filme “Tropa de Elite” de José Padilha. E em nível nacional os meios de comunicação desencadeiam as campanhas “Lei e Ordem” relegitimando os sistemas penais e pedindo maior severidade dos órgãos (querendo inclusive diminuir maioria penal), produzindo uma falsa sensação de que há uma impunidade geral e instigando revoltas coletivas que justificam ações do Estado de exceção.

Polarizando com a proposta relegitimadora do sistema penal, há o abolicionismo penal de Hulsman, Mathiesen, Nils Christie e Foucault e o minimalismo proposto por Baratta e Zaffaroni¹⁹. Para Andrade¹⁹ o objeto de abolição ou minimização não é o Direito Penal, mas o sistema penal que institucionaliza o poder punitivo do Estado e a “organização cultural do sistema de justiça criminal”. O sistema penal compreende: a totalidade das instituições que operacionalizam o controle penal (Parlamento, Polícia, Ministério Público, Justiça, Prisão) e a totalidade das Leis, teorias e categorias (direitos, ciências e políticas criminais). Abolir ou minimizar não só a engenharia, mas também toda uma cultura punitiva que é reproduzida pela mídia, escola e universidade.

Há diferentes abolicionismos, segundo Zaffaroni³¹, mas aqui estamos tratando do abolicionismo radical do sistema penal, ou seja, “*sua radical substituição por outras instâncias de solução dos conflitos*”³¹(p.97) que sejam informais. E esta é uma corrente que aglutina forças de movimentos com a participação de familiares, técnicos, presos e simpatizantes – a exemplo do Grupo de Amigos e Familiares das Pessoas em Privação de Liberdade de Belo Horizonte. Zaffaroni³¹ e De Folter⁴⁰ descrevem a diferença entre os métodos, pressupostos filosóficos e táticas para alcançar os objetivos do abolicionismo e três são essas correntes: fenomenológica de Hulsman, marxista de Mathiesen e estruturalista de Foucault. Antes de fazermos uma breve exposição do que propõe cada um desses estudiosos,

é preciso esclarecer que não há uma proposta de substituição instantânea do sistema penal atual pelos mecanismos informais de solução de conflitos.

Para De Folter⁴⁰ e Zaffaroni³¹, Hulsman chega à conclusão radical de que se deve abolir o sistema penal a partir da constatação de que este não funciona de acordo com os pressupostos ideológicos da ressocialização e prevenção. Além de causar sofrimentos desnecessários, opera de forma desigual, sequestra o conflito e é de difícil controle. Por isso, ele propõe a abolição não como uma utopia, mas como uma necessidade de justiça, lógica, racional, uma gestão realista. Hulsman propõe que a administração centralizada seja substituída por formas descentralizadas de solução do conflito, envolvendo um nível direto e autônomo, nas relações entre os grupos ou diretamente entre as pessoas, como em sociedades tribais. Segundo De Folter⁴⁰, Hulsman aponta dois efeitos importantes: eliminação de problemas sociais ocasionados pelo sistema (estigmatização, marginalização das pessoas ou grupos e dramatização dos conflitos pelos meios de comunicação) e revitalização dos laços sociais e da solidariedade. Para atingir a abolição do sistema penal é necessário para Hulsman, segundo De Folter⁴⁰, a abolição dos conceitos: crime e criminalidade, e uma mudança de linguagem redefinindo-os como “situações problemáticas”, além da substituição de outras linguagens como: criminoso, delinquente, periculosidade, etc.³¹ Para Hulsman também é necessário acabar com a dicotomia entre bem e mal e com o entendimento de um mal individual lesar toda uma sociedade.⁴⁰

Conforme De Folter⁴⁰, Hulsman apesar de não ter elaborado um plano de abolição do sistema penal deixa estratégias. A primeira é de não criminalização: os fatos ainda não criminalizados devem ser cuidadosamente levados ao entendimento e resolução local da situação problema. A segunda a descriminalização: redução da competência formal do sistema penal por atos legislativos; e diminuição gradual da atuação do sistema de justiça penal em algumas condutas, mesmo que não tenha havido mudança de competência formal. Por último, é necessário a transferência de solução dos conflitos para espaços de controle social compensatórios, terapêuticos ou conciliatórios.⁴⁰

Assim como Zaffaroni³¹, De Folter⁴⁰ coloca Foucault no rol dos abolicionistas mesmo que ele nunca tenha se denominado assim. Este entendimento vem da grande crítica foucaultiana à política de confinamento como os manicômios, igrejas, casernas e as prisões. Este também foi o entendimento da famosa luta antimanicomial no Brasil. O objetivo da crítica de Foucault era

denunciar e questionar todas as formas de expressão do poder dominador que estavam inseridos na sociedade disciplinar. De Folter⁴⁰ diz que a própria arqueologia do saber de Foucault é a proposta metodológica de libertar de todos os conceitos prévios e desfazer das categorias para a invenção de um pensamento categórico. Para Foucault, segundo De Folter⁴⁰, é preciso buscar os espaços de possibilidade de formação dos objetos e sujeitos do conhecimento.

Por fim, Mathiense, denominado por Zaffaroni³¹ como “*estrategista do abolicionismo*”(p.99), vincula a existência do sistema penal à estrutura produtiva capitalista, em consonância com a tradição marxista. Mathiesen, conforme De Folter⁴⁰, atenta para o perigo de se substituir um sistema estabelecido por outro previamente determinado, mas que não muda a ordem. Por isso, é preciso manter um terreno vazio para que durante o processo de abolição do sistema estabelecido seja possível construir algo que ainda não existe, uma nova ordem. Portanto, Mathiense propõe a abolição não só do sistema penal, mas do modelo de produção da sociedade, entretanto, há que se ficar atento para as táticas de obstrução do movimento abolicionista. Por isso, segundo De Folter⁴⁰, Mathiesen tem uma teoria de ação política propondo uma estratégia de expansão do abolicionismo baseada na contradição e na competição. A primeira é ter uma relação de contradição com o sistema “*a alternativa é uma alternativa sempre que não estiver baseada nas premissas do velho sistema.*”⁴⁰; a segunda é um movimento político de competição político e ideológica com o sistema nos espaços de disputa hegemônico. Assim o desenvolvimento da contradição competitiva promove a manutenção do inacabado.

A polêmica gerada em torno do abolicionismo está em pleno desenvolvimento. Zaffaroni³² destaca que a crítica de Ferrajoli se refere à possibilidade de reações vingativas descontroladas, tanto estatais quanto individuais, ao perigo de um controle social exacerbado e de maneira puramente física que coloca em risco a liberdade de todos, ou, até mesmo, do uso de técnicas de vigilância policial ou tecnológica.³¹ Para Zaffaroni³¹, Ferrajoli ignora que o abolicionismo está amplamente vinculado a um novo modelo de sociedade e que não abre mão da solução dos conflitos, mas sim de um sistema estatal para tal. E acrescenta que o sistema penal também não protege nem a vida nem a liberdade de todos, como já discutido anteriormente. Entretanto, Zaffaroni³¹ entende que as literaturas abolicionistas pouco indicam como construir respostas racionais aos juristas para que operem no sistema penal atual.

A terceira e última corrente de debate - o minimalismo penal - pode ser dividida entre aqueles que o entendem como fim (Ferrajoli) e os que o entendem como meio para transformação da sociedade (Baratta e Zaffaroni). A diferença marcante é a de que enquanto Ferrajoli propõe o toma a pena como um mal menor, mas necessário para evitar maiores danos; Baratta³⁹ e Zaffaroni³¹ propõem o minimalismo penal como meio para se atingir o abolicionismo penal, como situação transitória de curto-médio prazo e que vislumbra o abolicionismo penal.¹⁹

Ferrajoli, cujo modelo minimalista é denominado garantismo e inspirou as penas alternativas no neoliberalismo globalizado¹⁹, apesar de afirmar a deslegitimidade do sistema penal atual, entende que seja possível relegitimá-lo a partir das diminuições das penas, da garantia do cumprimento do que Direito Penal tal qual posto em lei e da supremacia direitos humanos aos condenados e vítimas. Segundo Zaffaroni³¹, Ferrajoli propõe, então, que o Direito Penal uma dupla função da pena: prevenção do delito garantindo boas condições de aprisionamento para que não tenha um grande mal para a pessoa presa e evite a reincidência (limite mínimo: mínimo mal estar da pessoa presa); e prevenção das reações de vingança da vítima sob o delinquente (limite máximo: máximo bem estar da vítima).³¹ A pena de prisão só seria usada em crimes mais graves (contra a pessoa por exemplo) após todo o processo penal que deve limitando o poder punitivo aos direitos fundamentais do indivíduo. Segundo Zaffaroni³¹, o direito penal mínimo, como concebe Ferrajoli, seria a lei do mais fraco e passaria do binômio “vítima-ofensor” para uma relação trilateral em cuja autoridade judicial teria uma terceira posição (podendo ser imparcial ou não). Mas para Passetti³³ os resultados de certa incorporação do garantismo foram opostos ao proposto do uso devido da pena de prisão. Além do aumento da população carcerária, levou ao aparecimento no Brasil do Regime Disciplinar Diferenciado (RDD).

Para Zaffaroni³¹ o direito penal mínimo, que está vinculado a uma proposta de mudança de sociedade e que tem como perspectiva a longo prazo de abolir o sistema penal é uma solução dialeticamente possível. A retração do sistema penal implica numa mudança na rede de poder social, fortalecendo os laços sociais em busca de um bem coletivo; esta mudança das relações sociais é concomitante ao processo de mudança da sociedade o que promoveria a minimização da intervenção estatal na resolução dos conflitos até o abolicionismo radical. Assim como Baratta³⁹, Zaffaroni³¹ propõe princípios e estratégias para diminuição gradativa da intervenção estatal para solução dos conflitos (incorporando as propostas de redução da

criminalização e descriminalização de Hulsman). Os autores propõem limitações ao poder verticalizador e soluções menos violentas sem legitimar o sistema penal, de modo que a retração da intervenção estatal seja acompanhada pela ampliação da solução horizontalizada dos conflitos.

Retornando Gramsci, a democracia se constrói por meio das relações intersubjetivas que disputam ideias hegemônicas para a construção da “vontade coletiva nacional-popular”, e que se distanciam cada vez mais da coerção do Estado. Podemos afirmar que uma política de relegitimação do sistema penal e de aumento dos aparelhos de coerção e controle do Estado afasta-se da construção da democracia e aproxima-se dos métodos disciplinares que massificam as ideias, verticalizam as relações e, por fim, produz objetos docilmente comandados.

Ainda que o abolicionismo tenha várias correntes de pensamento, elas se unem em um só propósito: na abolição do sistema repressivo do Estado e da cultura punitiva que é reproduzida pelos aparelhos culturais e ideológicos. Trata-se de substituir o sistema penal e o discurso penal a partir do deslocamento de eixo tanto do espaço quanto do modelo de solução dos conflitos do Estado para comunidade, promovendo laços de solidariedade e o controle local. As propostas abolicionistas e minimalistas como meio de abolição do sistema penal aproximam-se da construção da democracia gramsciana e do entendimento de uma sociedade civil desenvolvida pelos aparelhos privados de hegemonia.

Compreender e questionar as atuais correntes de debates a respeito das soluções para a perda de racionalidade do sistema penal e, portanto, do sistema penitenciário, é elemento fundamental para localizar e alinhar os propósitos de uma política de saúde no sistema prisional. Atualmente, de acordo com Diuna *et.al.*¹³, as ações e serviços de saúde no sistema penitenciário são prescritivos, ou seja, ações desenvolvidas e assentadas sobre o regime disciplinar em que submetem as pessoas em privação de liberdade ao saber e às normas carcerárias, focam na doença e anulam o sujeito. Dessa forma, a atual política de saúde implementada no sistema prisional não contribui positivamente com a mudança das condições de vida das pessoas em privação de liberdade, com a redução da violência e com a construção de uma coletividade capaz de decidir o bem comum.

Enquanto uma luta inicialmente pensada na radicalização da democracia como um projeto que visa à construção do socialismo, é necessário que sejam pensadas ações de saúde fundamentadas numa prática transformadora dos vínculos - atualmente hierarquizados - em relações horizontais, de solidariedade e de fortalecimento enquanto coletivo visando à produção de intersubjetividades e à participação nos espaços de disputa de hegemonia para a construção da “vontade coletiva nacional popular”.

4.5 Considerações finais

Este estudo se propôs a confrontar democracia e disciplina e, a partir desta contraposição, situar o atual debate sobre soluções construídas para a deslegitimação do sistema penal. A democracia construída em um campo de controle intersubjetivo e de luta por reconhecimento, só é possível em uma sociedade que não esteja dividida em classe e distanciada dos aparelhos coercitivos do Estado. A disciplina, por sua vez, é uma tática de poder desenvolvida no interior de uma sociedade dividida em classes, que rompe reciprocidades e hierarquiza relações, para docilizar as pessoas e massificar os interesses de uma única classe como se fosse o interesse comum a todos.

As três linhas de debate - eficientismo, minimalismo e abolicionismo penal - a cerca da atual crise do sistema penal admitem que há uma perda da racionalidade do sistema penal, uma vez que este não cumpre com o discurso teórico. Além de não prevenir crimes e reduzir a violência, o sistema penal seleciona os indivíduos que serão punidos de acordo com critérios socioeconômicos, culturais e étnicos distantes do que pressupõe o Direito Penal. Enquanto o eficientismo, e até mesmo o garantismo de Ferrajoli, considera factível a relegitimação do sistema penal, reafirmando a sociedade do controle e a presença dos aparelhos coercitivos do Estado, mesmo que mínimos; o abolicionismo e o minimalismo penal como meio para abolição do sistema penal propõe que esta desconstrução seja parte integrante da construção de uma nova sociedade que distancia do Estado-coerção e promove o controle intersubjetivo dos conflitos. Em resumo, enquanto o eficientismo e o garantismo assentam-se na continuidade da sociedade disciplinar, o abolicionismo e o minimalismo penal como meio propõe a construção de uma sociedade democrática.

A partir desta contextualização, é indispensável entender as bases em que se assentam o sistema penitenciário como substrato para pensar e construir políticas públicas de saúde

capazes de contribuir para a efetivação hegemônica do direito à saúde, na perspectiva de uma transformação, tal qual se propôs o projeto político-ideológico da Reforma Sanitária Brasileira. A disputa por uma democracia que engloba a construção hegemônica da vontade coletiva popular nacional, promovendo um crescimento do poder da sociedade civil que toma até desaparecer a sociedade política passa pela garantia dos direitos sociais (inclusive de saúde) das pessoas presas, mas vai além. É necessário pôr fim a lógica punitivista e de encarceramento que seleciona os indivíduos e os coloca em situação de assujeitamento e exploração, assim como é necessário retomar o debate político ideológico do que é a Reforma Sanitária Brasileira e como caminhar com o Sistema Único de Saúde, ambos numa perspectiva de emancipação humana, revolução do modo de vida e de construção da vontade coletiva nacional-popular.

4.6 Referências Bibliográficas

1. Organização Mundial de Saúde. Constituição da Organização Mundial de Saúde. 1948. http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf. (acessado em 01/nov/2010).
2. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília. DF. 1988.
3. Roseni, P et.al. Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. In: Pinheiro, R e Mattos, RA, org. Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro. CEPESC/UERJ: ABRASCO. 2010.
4. Nogueira, VMR & Pires, DEP. Direito à saúde: um convite à reflexão. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2004. (3): 753-760.
5. Dallari, SG. O direito à saúde. Revista de Saúde Pública. São Paulo, 1988. 22(1).
6. Brasil. Lei de Execução Penal nº 7.210. Brasília. 1984.
7. Brasil. Portaria Interministerial nº 1.777 de 9 de setembro de 2003. Ministério da Saúde e Ministério da Justiça. Brasília. 2003.
8. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Equipe de atenção a saúde no sistema penitenciário. Disponível em:

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/equipebr.def>. (acessado em 04/fev/2012).

9. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. Relatório Estatístico do Sistema Nacional de Informação Penitenciária (Infopen). 2010. <http://portal.mj.gov.br/data/Pages/MJD574E9CEITEMIDC37B2AE94C6840068B1624D28407509CPTBRNN.htm>. (acessado em 10/ago/2011).
10. Del Negri, A.L. Um ensaio crítico-teórico sobre política criminal e direitos humanos na República Federativa do Brasil. Revista Jurídica UNIJUS. 2000. (3):1.
11. Cavallaro, J.L. e Carvalho, S. A situação carcerária no Brasil e a miséria acadêmica. Boletim do IBCrim, 2000. (86): p.14-15. <http://www.direitopenal.adv.br/artigo56.doc>. (acessado em: 12/ out /2010).
12. Assis, R.D. A realidade atual do sistema penitenciário brasileiro. Revista CEJ. Brasília, 2007. Ano XI, (39): 74-78.
13. Diuana, V. et al. Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2008. 24(8):1887-1896.
14. Cruz, C.L. e Amaral, S.T. Condições Desumanas e Superlotação: O caos do sistema penitenciário Brasileiro. Encontro de Iniciação Científica - Vol. 6, nº 6.2010.
15. Pedrosa, R.C. Utopias penitenciárias projetos jurídicos e realidade carcerária no Brasil. Revista de História. 1997; 136: 121-137.
16. Coutinho, C.N. Gramsci: um estudo sobre seu pensamento político. 3ª ed. Rio de Janeiro. Civilização Brasileira. 2007.
17. Arouca, A.S. Crise Brasileira e Reforma Sanitária. Divulg.Saúde Debate. 1991. (4): 15-18.
18. Foucault, M. Vigiar e punir: nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes. 4ª ed. 1986.

19. Andrade, VRP. Minimalismo, abolicionismos e eficientismo: a crise do sistema penal entre a deslegitimação e a expansão. *Revista Sequência*, 2006. (52):163-182.
20. Paim, J.S. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador. EDUFBA. Rio de Janeiro. FIOCRUZ. 2008.
21. Gramsci, A. Cadernos do Cárcere. 1975. Apud COUTINHO, C.N. Gramsci: um estudo sobre seu pensamento político. 3ª ed. Rio de Janeiro. Civilização Brasileira. 2007.
22. Meszáros, I. A teoria da alienação em Marx. Tradução: Isa Tavares. 1ª ed. São Paulo. Boitempo. 2006.
23. Stotz, EN. Trabalhadores, direito à saúde e ordem social no Brasil. São Paulo em Perspectiva. 2003. 17(1): 25-33.
24. Mascaro, AL. Introdução à filosofia do direito. São Paulo. Editora Atlas. 2002.
25. Konder. L. O futuro da filosofia da práxis. São Paulo. Paz e Terra. 1992.
26. Marx, K. e Engels, F. Obras escolhidas. São Paulo: Alfa Omega, s.d.v.1 apud Mascaro, AL. Introdução à filosofia do direito. São Paulo. Editora Atlas. 2002.
27. Buckel, S. e Fischer-Lescano, A. Reconsiderando Gramsci: hegemonia no direito global. Tradução: Lima, TH. *Revista Direito GV*. São Paulo. 2009. 5(2): 471-490.
28. Cohn, A. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2009. 25(7):1614-1619.
29. Passeti, E. Segurança, confiança e tolerância: comandos na sociedade do controle. São Paulo em Perspectiva, 2004. 18(1)151-160.
30. Batista, N. Punidos e mal pagos: violência, justiça, segurança pública e direitos humanos no Brasil de hoje. Rio de Janeiro. Revan. 1990.
31. Zaffaroni, RE. Em busca das penas perdidas: a perda legitimidade do sistema penal. Trad. Pedrosa, VR e Conceição, AL. Rio de Janeiro. Revan. 1991.

32. Gomes, LF. e Bunduky, MC. Crescimento da população carcerária ultrapassa vertiginosamente o da população nacional. Instituto de Pesquisa e Cultura Luiz Flávio Gomes. 2012. <http://www.ipclfg.com.br/artigos-do-prof-lfg/crescimento-da-populacao-carceraria-ultrapassa-vertiginosamente-o-da-populacao-nacional/> (acessado em 07/fev/2012).
33. Passetti, E. Punição e sociedade do controle. Com Ciência Revista Eletrônica de Jornalismo Científico. São Paulo. 2008. <http://www.comciencia.br/comciencia/index.php?section=8&edicao=35&id=416&print=true> (acessado em 07/fev/2012).
34. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Desenvolvimento Econômico de Minas Gerais. Aécio Neves assina contrato para início da construção da primeira penitenciária do país por meio de PPP. Belo Horizonte. 2010. <http://www.ppp.mg.gov.br/noticias/ultimas-noticias/aecio-neves-assina-contrato-para-inicio-da-construcao-da-primeira-penitenciaria-do-pais-por-meio-de-ppp/> (acessado em 09/fev/2012).
35. Lindgren Alves, J. A. Direitos humanos, cidadania e globalização. *Lua Nova*. 2000 N^o 50.
36. Wacquant, L. O lugar da prisão na nova administração da pobreza. Trad. Miraglia, P. e Mello Filho, H. *Novos Estudos*. CEBRAP. 2008. (80): 9-19.
37. Brasil. Congresso Nacional. Proposta Orçamentária para 2012: informativo conjunto. Brasília. DF. http://www9.senado.gov.br/portal/page/portal/orcamento_senado/arquivo/03.%20LOA-Elab/03.1.%202012/03.1.1.%20Projeto%20de%20Lei/400-Notas%20T%C3%A9cnicas%20e%20Estudos/410-PLOA%202012%20-%20Informativo%20Conjunto.pdf (acessado em 09/jan/2012).
38. Santos, BS. Cidadãos Europeus, Uni-vos! Carta maior. São Paulo. 2010. http://www.cartamaior.com.br/templates/materiaMostrar.cfm?materia_id=16656 (acessado em 09/fev/2012).
39. Baratta, A. Criminología y sistema penal. Colección: Memoria Criminológica. N^o1. Buenos Aires: Euros Editores. 2004

40. De Folter, RS. Sobre a fundamentação metodológica do enfoque abolicionista do sistema de justiça penal – uma comparação de ideias de Hulsman, Mathiesen e Foucault. Verve. 2008. 14: 180-215.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa foi fruto de uma inquietação pessoal e coletiva e permitiu-me ter um contato inicial e mais próximo ao campo, às metodologias de abordagem e as correntes teóricas de abordagem do direito à saúde e do sistema penitenciário. O método de pesquisa a ser utilizado no primeiro artigo, apesar de não permitir que os achados sejam generalizados, vai ao encontro dos estudos produzidos na área e dos relatórios provenientes de entidades ligadas aos direitos humanos.

A pesquisa nos aponta que o direito à saúde é percebido como para poucos, para aqueles que possuem dinheiro para acessar serviços e ações de saúde de qualidade e que isto se deve ao fato de que, como o Estado está comprometido com os interesses do mercado, os serviços públicos de saúde são sucateados. Esta é uma constatação que se estende às pessoas em privação de liberdade. Somado a isso, e por estarem inseridos num local de relações de poder hierarquizadas e disciplinares, tem no atendimento às regras impostas, aos procedimentos disciplinares e no julgamento moral sobre suas condutas, um empecilho para o acesso aos serviços de saúde e para terem concretamente o que lhes é de direito. A pesquisa nos aponta também que a não efetivação do direito à saúde para os trabalhadores fazem com que todo este ciclo de negação de direito se acentue ainda mais.

Ficaram para trás muitas perguntas: o direito das pessoas presas além de ser questionado pelos agentes penitenciários e profissionais de saúde é, também, questionado pela sociedade em geral? E pelos governos? Quais as consequências da ausência de serviços de saúde na vida dos sujeitos desta pesquisa? Quais as consequências percebidas das relações verticalizadas e de submissão a que estão expostos, tanto para as pessoas presas quanto para os trabalhadores?

O direito à saúde tal qual formulado pelo materialismo histórico-dialético não pode ser pensado como um conjunto de normas que se distancia e não tem contato com a realidade. O direito à saúde para a tradição marxista é um constructo social que precisa de relações sociais horizontais densas que promova a possibilidade de se estabelecer um local de disputa e construção coletiva do que é o melhor para os indivíduos no encontro com o outro em suas comunidades. O direito à saúde para ser hegemônico, como se refere Gramsci, tem que partir da sociedade civil e cada vez mais estar distante dos aparelhos estatais.

Tornar o acesso aos serviços e ações de saúde com qualidade, includente e integral requer uma construção a partir dos sujeitos envolvidos na problemática do território. Sem querer defender a continuidade do sistema prisional, uma vez que o debate já exposto nos remete a uma necessidade de abolição do mesmo, mas sim alcançar uma transformação da sociedade, é preciso também partir dessa própria sociedade, que tem na prisão a base do sistema penal.

Por isso a luta por uma política de saúde no sistema penitenciário deve-se aliar ao entendimento de que é preciso a construção de laços de confiança e espaços de compartilhamento de expectativas e de disputa de hegemonia promovendo autonomia ou reciprocidade social. Nada mais coerente do que pensar em iniciar a era da participação das pessoas presas, dos agentes penitenciários e dos profissionais de saúde de cada unidade prisional nas esferas de decisão das políticas, de gestão dos serviços da unidade e de condução das ações de saúde aliado ao projeto de minimização das penas para construirmos uma nova sociedade.

APÊNDICES

APÊNDICE A – PROJETO DE PESQUISA

Élida Lúcia Carvalho Martins

**“O Direito à saúde no Sistema Penitenciário de
Minas Gerais: percepção de presos e agentes
penitenciários”**

Universidade Federal de Minas Gerais
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública
Belo Horizonte - MG
2010

Élida Lúcia Carvalho Martins

“O Direito à saúde no Sistema Penitenciário de Minas Gerais: percepção de presos e agentes penitenciários”

Projeto de Qualificação da Dissertação de Mestrado, apresentado à Faculdade de Medicina da UFMG, Programa de pós-graduação em Saúde Pública – Área de Concentração em Políticas de Saúde e Planejamento.

Orientadora: Elza Machado de Melo

Belo Horizonte
2010

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor

Prof. Clélio Campolina Diniz

Vice-reitora

Profa. Rocksane de Carvalho Norton

Pró-Reitor de Pós-Graduação

Prof. Ricardo Santiago Gomez

Pró-Reitor de Pesquisa

Prof. Carlos Alberto Pereira Tavares

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor

Prof. Francisco José Penna

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social

Prof. Antônio Leite Alves Raddichi

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Coordenador

Profª Mariângela Leal Cherchiglia

Sub-coordenador

Prof. Mark Drew Crosland Guimarães

Colegiado

Representantes Docentes

Profª. Ada Ávila Assunção

Profª. Eli Iola Gurgel Andrade

Prof. Fernando Augusto Proietti

Prof. Francisco de Assis Acúrcio

Profª. Maria Fernanda Furtado de Lima e Costa

Profª. Soraya Almeida Belisário

Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Profª. Waleska Teixeira Caiaffa

Representantes Discentes

Orozimbo Henriques Campos Neto

Gustavo Laine Araujo de Oliveira

Aline Dayrell Ferreira

Graziella Lage Oliveira

Lista de Tabela

Tabela 1: Cenário do Sistema Penitenciário Brasileiro e das Unidades da Federação, 2009.

Lista de Siglas

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

APAC – Associação de Proteção e Assistência aos Condenados

CRS – Centro de Integração Social

DEPEN – Departamento Penitenciário Nacional

DUDH – Declaração Universal de Direitos Humanos

LEP – Lei de Execução Penal

DATASUS – Banco de Dados do Sistema Único de Saúde

TJMG – Tribunal de Justiça de Minas Gerais

ONU – Organização das Nações Unidas

OIT – Organização Internacional do Trabalho

OMS – Organização Mundial de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura

PPI - Programação Pactuada Integrada

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

USP – Universidade de São Paulo

CEJIL – Centro Pela Justiça e pelo Direito Internacional

CNBB – Conferência Nacional dos Bispos do Brasil

1. INTRODUÇÃO

A Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 introduziu a concepção contemporânea de Direitos Humanos com três características fundamentais: universalidade, uma vez que a condição de pessoa é o único pressuposto para que seja conferida a titularidade do direito; indivisibilidade porque o elenco dos direitos civis e políticos são interdependentes e indivisíveis do elenco dos direitos sociais, econômicos e culturais; e, por último, internacionalidade, já que há uma consolidação da ideia de que todos devem ser protegidos não apenas pelos Estados nacionais, mas também no âmbito internacional na condição de sujeito de direito. (PIOVESAN, 2004).

É necessário esclarecer que o Direito Internacional e o Direito interno de cada nação não se subordinam, mas se complementam e ampliam os Direitos Humanos. Nesse sentido, a Convenção de Viena de 1969 estabeleceu que os tratados ou normas internacionais só se aplicam aos Estados que expressamente consentiram sua adoção e acrescenta no artigo 27 “Uma parte não pode invocar disposições de seu direito interno como justificativa para o não cumprimento do tratado”.

À luz do Direito Internacional dos Direitos Humanos, a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 reproduziu as disposições dos tratados internacionais além de colocar explicitamente no artigo 5 que:

“§ 2º - Os direitos e garantias expressos nesta Constituição não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte.

§ 3º Os tratados e convenções internacionais sobre direitos humanos que forem aprovados, em cada Casa do Congresso Nacional, em dois turnos, por três quintos dos votos dos respectivos membros, serão equivalentes às emendas constitucionais.

§ 4º O Brasil se submete à jurisdição de Tribunal Penal Internacional a cuja criação tenha manifestado adesão.” (BRASIL, 1988).

De acordo com o exposto acima, mesmo que um direito não esteja previsto no âmbito nacional passa a ser incorporado à medida que o Estado brasileiro ratifique os instrumentos internacionais. Pode-se exemplificar este fato com o direito de toda pessoa a um nível de vida adequado para si próprio e para sua família, inclusive à alimentação, vestimenta e moradia,

nos termos do artigo 11 do Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIOVESAN, 2007).

Tanto o Direito Internacional quanto o Direito interno brasileiro assumiram a saúde como um direito social, ampliando o direito à saúde para além do acesso a serviços e cuidados médicos, como um direito à qualidade de vida, tanto no âmbito individual quanto no coletivo, intimamente ligado a outros direitos como alimentação, vestuário, habitação e trabalho. Nesse sentido, a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 estabelece que a saúde é um direito fundamental, universal e de dever do Estado que deve garanti-la por meio de políticas sociais e econômicas (BRASIL, 1988).

No Brasil, entretanto, o direito à saúde tem se restringido a consumidores. O Estado apesar de ser, constitucionalmente, responsável pela construção e implementação de políticas públicas sociais e econômicas que promovam, protejam e recuperem a saúde da pessoa humana levando-a a ter uma vida digna, está cada vez mais recuado deixando grande parte da provisão social da saúde para a iniciativa privada, que, de acordo com a constituição, deveria ser apenas um setor suplementar (CARVALHO, 2009). Por outro lado, a insuficiência estatal torna-se ainda mais crítica, quando se analisa o direito à saúde de segmentos em situações de vulnerabilidade³³: presos, índios, negros, mulheres, crianças, idosos. Esse estudo irá se restringir ao entendimento do direito à saúde da população encarcerada no sistema prisional de Minas Gerais.

A pena de prisão tem sido nas últimas décadas o modo institucional da sociedade de combater a criminalidade, uma vez que possui finalidade dupla: punir e recuperar, como dispõe o artigo 1º da Lei Execução Penal - LEP nº 7.210/84: *"a execução penal tem por objetivo efetivar as disposições de sentença ou decisão criminal e proporcionar condição para a harmônica integração social do condenado e do internado"* (BRASIL, 1984).

³³ Nesse projeto a vulnerabilidade é entendida de acordo com três dimensões interdependentes: individual, social e ambiental. A vulnerabilidade individual diz respeito à ação individual de prevenção frente a um risco: envolvendo aspectos relacionados a características pessoais (idade, sexo, raça, etc), ao desenvolvimento emocional, percepção do risco e atitudes voltadas à adoção de medidas de autoproteção; bem como a atitudes pessoais frente à sexualidade, crenças religiosas etc. A Vulnerabilidade social que se refere à participação política, à estrutura social e econômica, acesso a serviços e políticas públicas, em especial de educação e saúde, a cultura, ideologia, discriminação e relações de gênero que definem a vulnerabilidade individual. Vulnerabilidade ambiental se refere à populações que vivem em áreas de risco ou de degradação ambiental.

A LEP estabeleceu que a assistência ao preso e ao internado é dever do Estado e tem como objetivo prevenir o crime e orientar à convivência em sociedade (BRASIL, 1984). Dentre os direitos do preso ou do internado determinados no artigo 41 da LEP, estão: alimentação suficiente e vestuário; atribuição de trabalho e sua remuneração; previdência social; proporcionalidade na distribuição do tempo para o trabalho, o descanso e a recreação; exercício das atividades profissionais, intelectuais, artísticas e desportivas anteriores, desde que compatíveis com a execução da pena; assistência material, à saúde, jurídica, educacional, social e religiosa (BRASIL, 1984).

Entretanto, as precárias condições do sistema penitenciário brasileiro são bem conhecidas: superlotação, condições sanitárias rudimentares, alimentação insuficiente, ausência de assistência médica, jurídica, educacional e profissional consolidada. Somado a isso, tem-se, ainda, uma constante violência física e simbólica entre os presos e entre estes e o Estado, representado por policiais e agentes penitenciários. (BARATTA, 1990; CAVALLARO E CARVALHO, 2000; DEL NEGRI, 2000; ASSIS, 2007; CRUZ E AMARAL, 2010) Os processos de personalização e de estigmatização do detento, segundo CROSS (1998), representam uma vitimização institucionalizada visto que o máximo efeito que produzem é vitimizar o apenado e manter o ciclo vicioso de reincidência dos egressos do sistema penitenciário brasileiro. De modo algum, pretende-se com essa formulação esconder a violência do ato praticado pelo condenado ou dar margem para que à impunidade seja posta como alternativa, mas sim, enfatizar que a pena só cumpre seu papel no momento em que recupera e reinsere o infrator social e economicamente (CROSS, 1998).

Diante de tantas atrocidades cometidas no sistema penitenciário (BARATTA, 1990), em 1972, iniciou-se um trabalho comandado por Mario Ottoboni que se consolidou como o método da Associação de Proteção e Assistência aos Condenados – APAC, hoje mundialmente reconhecido como uma possibilidade de humanização e reinserção social dos presos. As APAC's têm obtido bons resultados tanto na redução da reincidência criminal dos egressos do método, como na criminalidade (SILVA, 2007). De acordo com os dados do TJMG (2009), 88 comarcas de Minas Gerais possuem APAC em funcionamento ou em fase de implantação divididas em:

- duas - Itaúna e Nova Lima - são grupo 1 cuja administração do Centro de Reintegração Social (CRS) é feita pela, sem o concurso das polícias e de agentes penitenciários e com

aplicação dos 12 elementos fundamentais do método. A APAC Itaúna é considerada modelo para as demais unidades.

- 25 APAC's do grupo 2 com administração do CRS (em prédio próprio, do estado, alugado ou anexo à cadeia pública) pela APAC, sem o concurso das polícias e de agentes penitenciários com aplicação parcial dos 12 elementos fundamentais;

- 61 do grupo 3 APAC em implantação, em estudo ou em fase de construção do Centro de Reintegração Social (CRS). Algumas APACs do Grupo 3 desenvolvem parcialmente a metodologia dentro das cadeias públicas.

É possível pressupor que há uma íntima relação entre a efetivação dos direitos humanos, no sistema prisional, sobretudo o direito à saúde, que nos interessa de perto, com a diminuição da violência intra e extramuros e, conseqüentemente, com a possibilidade de reinserção social e reincidência criminal do egresso (CONCHA-EASTMAN & MALO, 2007). Assim, esse estudo tem a intenção de compreender qual é a percepção dos direitos humanos e do direito à saúde da população encarcerada e de representantes do Estado (diretor e agentes penitenciários) de um presídio e de uma APAC, bem como a percepção desses atores sociais sobre a garantia à saúde no sistema penitenciário e os efeitos da efetivação ou não efetivação desse direito.

2. REVISAO DE LITERATURA

2.1. A pena de prisão

A instituição-prisão foi criada antes de ser definida por lei como a pena por excelência. Na antiguidade, a prisão era um local destinado à custódia e à tortura, onde os delinquentes aguardavam a pena de morte ou as penas corporais. Na idade média as sanções eram determinadas pelos governantes de acordo com o *status* social do réu, sendo as penas corporais verdadeiros espetáculos de mutilação do corpo (FOUCAULT, 1986).

A instituição da prisão como a base do sistema penal ocorre com a mudança da sociedade do espetáculo, na qual colocava à multidão a visibilidade de um número pequeno de objetos, para uma sociedade moderna “panóptica”, onde poucos possam ver a multidão (FOUCAULT, 1986). Panóptico de Bentham:

“na periferia uma construção em anel; no centro, uma torre; esta é vazada de largas janelas que se abrem sobre a face interna do anel; a construção periférica é dividida em celas, cada uma atravessando toda a espessura da construção; elas têm duas janelas, uma para o interior, correspondendo às janelas da torre; outra, que dá para o exterior, permite que a luz atravesse a cela de lado a lado. Basta então colocar um vigia na torre central, e em cada cela trancar um louco, um doente, um condenado, um operário ou um escolar. Pelo efeito da contraluz, pode-se perceber da torre, recortando-se exatamente sobre a claridade, as pequenas silhuetas cativas nas celas da periferia.” (FOUCAULT, 1986, p.177).

O modelo panóptico de Bentham desindividualiza e automatiza o poder, uma vez que o vigilante pode ver sem ser visto e o prisioneiro sempre estará num estado consciente e permanente da vigilância sem, necessariamente, estar sendo vigiado. Para além de ser uma forma arquitetônica, o panóptico é uma forma de governo, de disciplinarização e é no início do século XIX que se assistiu à multiplicação das instituições disciplinares (prisões, manicômios). Em uma sociedade cuja vida privada é supervalorizada, em detrimento dos elementos de vida pública e comunidade, as relações passam a ser reguladas pela vigilância, pela disciplina (FOUCAULT, 1986).

A disciplina como tática de poder responde a três critérios: tornar o exercício do poder o menos custoso por motivos econômicos (pequena despesa) e políticos (o exercício deve ser invisível para suscitar pouca ou nenhuma resistência); maximizar a intensidade e extensão desse poder social, sem lacunas ou fracassos; e, por último, fazer com que o crescimento econômico do poder seja somado ao rendimento dos aparelhos disciplinares, ou seja, a partir da disciplinarização automática e invisível do corpo social e do aumento dos aparelhos de produção ocorra o aumento da produção e da acumulação do capital (FOUCAULT, 1986).

Nesse contexto, a forma-prisão foi criada no final do século XVIII no momento em que há o processo geral de disciplinarização da sociedade moderna. Com o início do sistema de produção capitalista, a disciplina passa a ser uma forma de impor um domínio sobre o corpo dos outros não apenas para que façam o que se quer, mas também para que operem como se quer. É num contexto de enraizamento do processo de disciplinarização da sociedade que a prisão passa a ser a forma de punição do início do século XIX (FOUCAULT, 1986).

No Estado liberal, em que todos os indivíduos são iguais e livres, a nova legislação define o poder de castigar fundamentado na privação da liberdade e na transformação dos indivíduos, como um poder geral da sociedade e que se aplica a todos os seus indivíduos membros (FOUCAULT, 1986). Para FOUCAULT (1986), o liberalismo coloca a liberdade como um bem pertencente a todos, logo, a sua privação impõe um mesmo preço para todos e ainda possibilita a precificação da pena de acordo com tempo de aprisionamento. Foucault acrescenta ainda que, sendo o tempo, numa sociedade industrial, moeda de troca e a quantificação da pena por dias, meses e anos, uma obviedade econômico-moral, a prisão traduz em termos econômicos a ideia de que a infração não lesou apenas a vítima, mas toda uma sociedade. Outro aspecto em que se fundamenta o papel da prisão, de acordo com FOUCAULT (1986), é o caráter transformador dos indivíduos. Em síntese:

“Esse duplo fundamento – jurídico-econômico por um lado, técnico-disciplinar por outro – fez a prisão aparecer como a forma mais imediata e mais civilizada de todas as penas. E foi esse duplo funcionamento que lhe deu imediata solidez.”
(FOUCAULT, 1986, p.208).

É importante ressaltar que o movimento de reforma e as teorias sobre a prisão são contemporâneos à própria instituição da prisão como pena. As prisões são recodificadas para além da pura privação de liberdade, as prisões assumem um caráter reformatório integral, ou seja, um aparelho disciplinar exaustivo em todos os aspectos do indivíduo: treinamento físico do indivíduo, aptidão ao trabalho, comportamento, atitude moral, disposições individuais. A prisão deve ser a maquinaria que impõe uma nova codificação à existência do indivíduo. Assim FOUCAULT (1986) aponta três princípios para a organização da prisão: isolamento, trabalho e instrumento de modulação das penas.

O princípio do isolamento do detento está relacionado ao mundo exterior, a tudo que o motivou e propiciou a cometer o delito e aos demais detentos, tornando a pena não apenas individual, mas individualizante de duas maneiras: a prisão não deve formar uma população homogênea e solidária, deve impedir a formação de cumplicidades entre os detentos, a solidão deve ser um instrumento positivo de reflexão e remorso; e, principalmente, o isolamento garante que se possa exercer sobre os condenados um poder inabalável e com o máximo de intensidade, além de garantir o encontro do preso com esse poder (FOUCAULT, 1986). O

isolamento propõe, portanto, a suspensão de qualquer relação que não possa ser controlada por esse poder de vigia.

O trabalho penal, concebido pelos reformadores e teóricos como meio pelo qual é possível dar um exemplo à sociedade ou até mesmo repará-la, é princípio da ordem e da regularidade. A utilidade do trabalho penal é a “constituição de uma relação de poder, de uma forma econômica vazia, de um esquema da submissão individual e de seu ajustamento a um aparelho de produção.” (FOUCAULT, 1986). Portanto, o trabalho penal tem como objetivo transformar os detentos em indivíduos mecanizados, segundo as normas gerais de uma sociedade industrial.

E por último, FOUCAULT (1986) apresenta a prisão como um instrumento modulador da pena tendo como função quantificá-la e graduá-la de acordo com a transformação “útil” do detento no decorrer da mesma. Ou seja, a pena não deve apenas variar com o ato e suas circunstâncias, mas com a própria execução penal. Sendo assim, a pena deve ser individualizada a partir do indivíduo punido que nada mais é que um objeto de transformação do aparelho carcerário. Esse poder arbitrário de modulação da pena de acordo com o desenrolar da mesma, é exercido pela própria administração carcerária, já que é ela responsável por transformar o objeto da pena, como uma parte da soberania punitiva, a isso FOUCAULT (1986) dá o nome de Declaração de Independência carcerária. O poder arbitrário é próprio da prisão que precisa ir além da privação da liberdade de um condenado, mas transformá-lo tornando-o “útil”, pois para isso é necessária técnicas disciplinares, curativas, normalizadoras e, a esse suplemento disciplinar dá-se o nome de penitenciário.

2.2 O modelo carcerário na contemporaneidade

Após a Segunda Guerra Mundial e o início da Guerra Fria, quando se consolidam os Estados socialistas, desenvolve-se, nos países ditos democráticos, o Estado de Bem-Estar Social (*Welfare State*), que estabelece os direitos sociais e econômicos como elementos articuladores da cidadania visando a “atenuação dos malefícios sociais do capitalismo incontrolado” (LINDGREN ALVES, 2000) e, ao mesmo tempo, afasta a possibilidade de uma mudança do modo de produção capitalista para o socialista. Esse novo contexto configurou o direito penitenciário mais dirigido à ressocialização do delinquente que ao castigo. Então, nas sociedades contemporâneas, é atribuído ao processo de execução penal a finalidade de

reeducar e ressocializar o detento, o que também ocorre no Brasil, onde a LEP estabelece, em 1984, os dois princípios norteadores da execução penal: o de fazer cumprir a sentença ou decisão criminal e o de proporcionar condições harmônicas para integração social do condenado. Entretanto, sabe-se que o estabelecimento penitenciário não é capaz de cumprir esse objetivo e, ao contrário, exerce efeitos contrários ao da reeducação e da ressocialização dos aprisionados e favorece a reinserção no ciclo do crime. A educação alimenta um sentimento de liberdade e de espontaneidade do indivíduo o oposto de uma vida numa instituição uniformizante, disciplinária e repressiva como cárcere (BARATTA, 2004a).

Com o fim da Guerra Fria e da competição ideológica entre o capitalismo e o comunismo, ocorrem dois processos marcantes no mundo: a retração do Estado de Bem Estar Social e a aceleração do processo de globalização econômica. O neoliberalismo, como reforma do Estado social-democrata, trouxe a liberdade absoluta do mercado e o enfraquecimento do *Welfare State*. As proteções trabalhistas, previdenciárias e sociais desenvolvidas pelo Estado-providência são agora revertidas e todo o controle da sociedade passa à “mão invisível do mercado.” Por seu turno, o desenvolvimento vertiginoso da economia globalizada – mercado que supera todas as fronteiras, por meio do desenvolvimento tecnológico, traz consigo um fenômeno mundial de divisão socioeconômica em duas classes: a dos globalizados e a dos excluídos (mais de três quartos da humanidade). Os globalizados possuem ou querem ter altos padrões de consumo, enquanto os excluídos não possuem sequer as condições mínimas de sobrevivência e como não podem mais contar com as ações estatais de segurança social, são marginalizados da sociedade (LINDGREN ALVES, 2000). De acordo com ARGUELLO (2005), vinte por cento da população em condição de trabalhar, no século XXI, bastariam para manter o ritmo da economia do planeta, o quê, do ponto de vista do mercado, significaria que os demais trabalhadores são descartáveis.

As consequências do recuo do Estado-providência não são difíceis de adivinhar. Se em 1962, os 20% mais ricos da população mundial tinham recursos 30 vezes superiores aos dos 20% mais pobres, em 1994 essa proporção passa a ser de 60 vezes e em 1997, de 74 vezes. Essa exclusão não é somente concentrada nos países em desenvolvimento, em 1998, os Estados Unidos possuíam a maior renda média dos países desenvolvidos, entretanto, 17% do total estava abaixo da linha da pobreza, o maior índice entre os países desenvolvidos (LINDGREN ALVES, 2000).

O declínio do Estado-social trouxe consigo a degradação das condições de emprego, a diminuição e precarização dos contratos de trabalho, acompanhados pelo avanço do assalariamento precário. O trabalho temporário nos Estados Unidos teve um crescimento vertiginoso, em 2000, um em cada três trabalhadores, nesse país, é um assalariado temporário. Esse trabalho instável e precário deve ser entendido com uma forma constante de subemprego, sub-remunerado, dessocializado (WACQUANT, 2007). É no contexto da atrofia das políticas de assistência social do *Welfare State*, no avanço do trabalho dessocializado e no aumento das medidas neoliberais, com o privilegiamento do mercado, que se constitui o fortalecimento do Estado Penal como forma de conter o crescente fluxo de marginais nas ruas, jovens desempregados, famílias deserdadas, associação a trabalhos não legalizados (WACQUANT, 2007). Daí, a atuação predominante do Estado penal passa a ser, não a punição de todos os eventos criminais, mas apenas a de um grupo de indivíduos marginalizados dos “avanços” do capitalismo globalizado.

O Estado Penal não é uma diminuição da presença do Estado e de suas políticas, ao contrário, mantém seu papel de responsável pela segurança pública, o quê, dado o contexto sócio-econômico desigual e excludente, termina por implementar uma política de criminalização da pobreza. Para WACQUANT (2007) a estratégia adotada de contenção repressiva da pobreza pelo Estado Penal é o encarceramento que torna menos visível os problemas de marginalidade, desemprego, subemprego e trabalho precário. É importante salientar que o encarceramento é uma forma de regulamentar os segmentos mais baixos do mercado de trabalho, ou seja, impõe ofertas de trabalho precário e mal remunerado de duas maneiras: primeiramente pelo fortalecimento do aparelho penal (aumento do número de prisões, aumento da presença policial e da agressividade da mesma, tribunais mais severos) e a reorganização dos serviços sociais em instrumento de vigilância que obrigam as classes mais pobres a cumprir regras para ter direito a alguma assistência. Temos como exemplo disso as políticas denominadas *Workfare*, que condiciona o direito à assistência estatal ao vínculo empregatício em quaisquer condições de trabalho e remuneração, *Learnfare* que vincula o benefício da família em função da presença escolar dos filhos ou dos adolescentes em cursos que pouco qualificam e aumentam a perspectiva de emprego. As duas estratégias - aumento do aparato penal e as políticas compensatórias: *Workfare* e *Learnfare* – quando articuladas força a classe trabalhadora a se distanciar dos trabalhos ilegais, como o tráfico de drogas ilícitas, e a aceitar um trabalho dessocializado, gerando um grande volume de trabalhadores

marginais que podem ser explorado sem qualquer preocupação fomentando, assim, o crescimento e acumulação do capital (WACQUANT, 2007).

Segundo WACQUANT (2007), o aparato carcerário faz com que a taxa de desemprego diminua, além dos encarcerados não serem incluídos na matemática, o aumento do número de presídios e a contratação de serviços para administração penitenciária gera empregos (WACQUANT, 2007). Nos Estados Unidos a população carcerária passou de 380mil a 2 milhões, entre os anos de 1975 e 2000, enquanto que os beneficiários do *Welfare* caiu de 11 para menos de 5 milhões. Os recursos orçamentários para administração penitenciária aumentaram em 50 bilhões de dólares e foram criados 500 mil novos empregos, tornando as cadeias e penitenciárias do país no terceiro maior empregador do país (WACQUANT, 2007). Portanto, o que se pode dizer é que o sistema penal passa a ser um instrumento de administração da pobreza, sendo o problema de exclusão social, criados pelo sistema capitalista globalizado, resolvido pelo encarceramento sem objetivos disciplinares ou de recuperação.

De acordo com BARATTA (2004a), o cárcere passa a ser um *continuum* do conjunto das instituições ditas socializadoras e educadoras como a escola, família, assistência social, as organizações culturais, o ensino técnico, a preparação profissional, que assumem papel de políticas compensatórias para as classes mais desfavorecidas. O tratamento penitenciário e o pós-penitenciário previstos nas novas legislações são setores que deveriam dar continuidade ou início à socialização das camadas de menor *status* econômicos e sociais, que já vivem em condições de exclusão nos espaços extramuros e que passam a compor a maior parte da população carcerária. Além disso, para BARATTA (2004b) o cárcere não representa a solução para a questão da criminalidade em virtude de sua lógica do isolamento do convívio social. De acordo com ele, há dois elementos na privação de liberdade que fazem com que esse processo tenha efeitos negativos e contrários aos do processo de socialização.

O primeiro elemento é o de “desculturalização” do indivíduo que fica desadaptado às condições para uma vida em liberdade, acarretando em perda da força de vontade e da auto responsabilidade econômica e social; perde, progressivamente, os valores e padrões de comportamento da sociedade externa à prisão, bem como fica incapacitado de apreender a realidade do mundo externo formando uma imagem ilusória dele. Em contrapartida, ao

mesmo tempo em que ocorre a “desculturalização” ocorre a “prisionalização,” de modo que o indivíduo passa a assumir os valores e comportamentos da subcultura carcerária, cuja interiorização é inversamente proporcional às chances de haver socialização do detento. O processo de “prisionalização” possui duas vertentes: a educação para ser criminoso influenciado pela hierarquia entre os presos, ocupando o ápice da pirâmide aquele que tiver o maior comportamento antissocial e que serve de modelo para os demais, e a organização da comunidade carcerária baseada na violência, na qual uma minoria determina as relações de poder, regras de distribuição de recursos e de convivência, transmitindo ao preso valores antagônicos aos previstos pelo poder legal, com os quais ele passa a se comprometer (BARATTA, 2004b).

A segunda vertente é a corrupção da premissa de educação para ser um bom detento mediante a aceitação das normas formais e informais impostas pela administração penitenciária e pelos próprios presos. Essas normas, que deveriam incluir o processo de educação do detento, passam a serem formas de favorecimento, de oportunismo, marcando a relação do preso com os representantes da administração penitenciária com hostilidade, desconfiança e submissão não consentida (BARATTA, 2004b).

É necessário ressaltar que o sistema penitenciário reflete, em sua estrutura mais elementar, a forma de organização de uma sociedade capitalista, mesmo com muitas peculiaridades da subcultura carcerária. As relações estabelecidas são de individualismo e de violência nas quais os indivíduos mais vulneráveis são constrangidos às funções de submissão e exploração. Portanto, pode-se dizer que a verdadeira modificação almejada com o cárcere é o aperfeiçoamento do detento para que volte de forma pacífica à exclusão da sociedade capitalista, legitimando a relação de exclusão como parte ideológica do estado social, dessa forma, o preso não é um sujeito de transformação, mas sim um objeto (BARATTA, 2004b).

2.3 O sistema penitenciário brasileiro

O Brasil possui a maior população carcerária da América Latina, de acordo com DAMMERT E ZÚÑIGA (2008), em 2008, no Brasil eram 422.590 presos mantidos em 1097 prisões; na Argentina, 60.621 presos em 218 prisões e no Chile, 48.885 presos mantidos em 167 prisões. Segundo DEPEN³⁴ (2009), em 2000, havia 232.755 presos em 893 estabelecimentos com

³⁴ DEPEN – Departamento Penitenciário Nacional.

135.710 vagas, ultrapassando em 71% a capacidade total dos estabelecimentos; já em 2009 o número de presos era de 470.949 em 1.803 estabelecimentos com 293.248 vagas. Desses presos, em torno de 42% cumprem pena em regime fechado e, aproximadamente, 37% estão em regime provisório, aguardando o julgamento do caso. A partir dos dados, é possível afirmar que houve um aumento de aproximadamente 79% do número de presos acompanhado de uma duplicação do número de estabelecimentos penais no Brasil, de modo que continua defazada a capacidade total dos estabelecimentos, ultrapassada em 61%, relativamente ao número de presos. O quadro abaixo apresenta os dados do sistema penitenciário brasileiro separado por Unidade Federativa.

Tabela 1: Cenário do Sistema Penitenciário Brasileiro e das Unidades da Federação, 2009

REGIÃO/UF	NÚMERO DE ESTABELECIMENTOS	NÚMERO DE PRESOS	VAGAS	NÚMERO DE PRESOS/VAGA	NÚMERO DE EQUIPE DE ATENÇÃO A SAÚDE**	NÚMERO DE EQUIPES DE SAÚDE/ NÚMERO ESTABELECIMENTOS
.. Acre	12	3.426	1.833	1,87	1	0,08
.. Alagoas	7	2.379	1.941	1,23	1	0,14
.. Amapá	6	1.812	994	1,82	0	-
.. Amazonas	20	4.636	2.297	2,02	1	0,05
.. Bahia	26	14.289	10.945	1,31	14	0,54
.. Ceará	146	13.035	9.946	1,31	3	0,02
.. Distrito Federal	7	8.231	6.550	1,26	9	1,29
.. Espírito Santo	72	8.036	7.818	1,03	6	0,08
.. Goiás	73	11.118	6.367	1,75	1	0,01
.. Maranhão	17	5.222	1.797	2,91	0	-
.. Mato Grosso	63	11.061	5.235	2,11	7	0,11
.. Mato Grosso do Sul	49	10.844	5.670	1,91	16	0,33
.. Minas Gerais	98	46.447	23.199	2,00	27	0,28
.. Pará	36	10.289	6.115	1,68	0	-
.. Paraíba	79	8.524	5.313	1,60	6	0,08
.. Paraná	589	37.440	22.633	1,65	4	0,01
.. Pernambuco	85	21.041	9.675	2,17	5	0,06
.. Piauí	14	2.591	2.105	1,23	0	-
.. Rio de Janeiro	47	26.651	23.832	1,12	33	0,70
.. Rio Grande do Norte	17	4.162	3.356	1,24	0	-
.. Rio Grande do Sul	92	28.750	18.010	1,60	7	0,08
.. Rondônia	39	6.986	4.103	1,70	12	0,31
.. Roraima	5	1.659	538	3,08	0	-
.. Santa Catarina	41	13.340	7.591	1,76	1	0,02
.. São Paulo	132	163.915	101.774	1,61	72	0,55
.. Sergipe	9	3.130	2.007	1,56	0	-
.. Tocantins	22	1.935	1.604	1,21	1	0,05
TOTAL	1.803	470.949	293.248	1,61	227	0,13

Fontes: DEPEN/Ministério da Justiça

**DATASUS/ Ministério da Saúde

De acordo com os dados do DEPEN, a população carcerária brasileira é, predominantemente, jovem, sendo que, em 2009, 32% da população possuíam de 18 a 24 anos; 27% de 25 a 29 anos; 18% de 30 a 34 anos e 23% acima de 35 anos. Aproximadamente, 6% dos presos são analfabetos; 12% são alfabetizados; 43% possuem ensino fundamental incompleto; 16% ensino fundamental completo; 11% ensino médio incompleto; 7% ensino médio completo e, apenas, 5% dos presos chegaram ao nível superior (completo ou incompleto) e acima do superior completo. Dentre a população carcerária em torno de 6% são mulheres e 94% homens, sendo que 59% das mulheres que estavam presas, em 2009, foram detidas por delito envolvendo entorpecentes, 11% por roubo e 11% por furto. Enquanto que para homens, 29% foi por roubo, 20% por entorpecentes, 16% por furto e 12% por homicídio. Em relação à cor de pele/etnia 42% dos presos são pardos, 38% são brancos e 17% negros. Diante desse perfil, pode-se inferir, como WACQUANT (2007) afirma, que há um encarceramento em massa de pobres que ficaram à margem da sociedade e pouco tiveram acesso às políticas sociais do Estado.

No ano de 2000, a Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados realizou a inspeção de 17 estabelecimentos penais em seis estados brasileiros: Ceará, Pernambuco, Rio de Janeiro, São Paulo, Rio Grande do Sul e Paraná. Essas visitas resultaram no Relatório da II Caravana Nacional de Direitos Humanos (2000), denominado “Uma amostra da realidade brasileira”. De acordo com o relatório, os estabelecimentos possuem péssimas condições estruturais, a alimentação é precária, há várias ocorrências de agressões aos presos cometidos entre eles e pelos agentes penitenciários, a maior parte dos presos não possuem qualquer tipo de atividade laborativa e educacional, a assistência jurídica e de saúde não são garantidas.

O 3º Relatório Nacional de Direitos Humanos (2007) também denuncia o não cumprimento das diretrizes estabelecidas pela Lei de Execução Penal, bem como as violações dos direitos humanos existentes dentro das unidades prisionais no Brasil. De acordo com o referido relatório, a ausência de condições dignas de habitação, a falta de acesso à assistência judiciária e de saúde é causa de inúmeras rebeliões. O Relatório sobre mulheres encarceradas no Brasil (2007) revela que quando se trata do aprisionamento de mulheres há ainda mais ausência de políticas públicas que considerem a especificidade do gênero. As condições sub-humanas são agravadas pela invisibilidade da mulher encarcerada, que representa apenas 6% da população presa, e pelas frequentes violências sexuais cometidas pelos agentes penitenciários.

Além da discussão, já realizada, sobre a contradição de se retirar o delinquente do convívio social como tentativa de socialização, as condições precárias de encarceramento encontradas no sistema penitenciário brasileiro encontra-se muito distante daquilo que é necessário para fazer cumprir a missão de humanização da pena e de socialização do condenado. Pode-se verificar isso com os altos índices de reincidência criminal que, de acordo com GUIMARÃES JUNIOR (2005), a média é de 86% dos egressos desse sistema.

2.4 O método da Associação de Proteção e Assistência aos Condenados - APAC

Nesse cenário de falência do sistema penitenciário brasileiro, o Ministério da Justiça lança, em 2000, o programa Nacional de Apoio às Penas Alternativas como uma forma de garantir a efetivação dos direitos humanos, reverter o quadro de exclusão social dos delinquentes, bem como de prevenir a criminalidade. O método da APAC aparece como uma forma alternativa e humanizada de tratamento, atualmente, reconhecida no mundo inteiro (TJMG, 2009).

Em 1972, um grupo de voluntários liderado por Mário Ottoboni, passou a frequentar o presídio de Humaitá em São José dos Campos – São Paulo. O grupo evangelizava e dava apoio moral aos presos com o objetivo de resolver os problemas da população daquela comarca que estava alarmada com as constantes fugas, rebeliões e violências que ocorriam naquele presídio. Em 1974, o juiz da Vara de Execuções Criminais da comarca decidiu transferir a gerência do presídio para a aquele grupo, constituindo, assim, a Associação de Proteção e Assistência aos Condenados – APAC (OTTOBONI & FERREIRA, 2004).

A APAC é uma entidade civil de direito privado, sem fins lucrativos, dedicada à recuperação e à reinserção social dos condenados a penas privativas de liberdade. Para OTTOBONI (2001) a APAC protege a sociedade devolvendo ao seu convívio apenas homens em condições de respeitá-la. A filosofia do método APAC é “matar o criminoso e salvar o homem”

“A APAC considera os presos como reeducando, partindo do pressuposto de que todo ser humano é recuperável, desde que haja um tratamento adequado. Os princípios seguidos são os da individualização do tratamento; da redução da diferença entre a vida na prisão e a vida livre; da participação da família e da comunidade no processo de ressocialização; e do oferecimento de educação moral, assistência religiosa e formação profissional.” (SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA, 2002).

A APAC auxilia os poderes judiciário e executivo na execução penal e na administração do cumprimento das penas privativas de liberdade nos regimes: fechado, semiaberto e aberto. Diferencia-se do Sistema Carcerário Comum por envolver os recuperandos na segurança e disciplina do presídio com apoio dos funcionários, diretores das entidades e voluntários, dispensando, assim, a figura do policial e dos agentes penitenciários. Dessa forma, os condenados à pena privativa de liberdade tornam-se corresponsáveis pela própria recuperação e reintegração social e pela dos demais condenados (TJMG, 2009).

A LEP (1984) determina a assistência ao preso e ao internado visando prevenir o crime e orientar o retorno à convivência em sociedade, contemplando a assistência material, à saúde, jurídica, educacional, social e religiosa. Baseado nos disposto pela lei, o método APAC é composto por doze elementos fundamentais, baseados na participação da comunidade organizada na administração e no cumprimento da pena, ou como voluntária na prestação de

serviços (jurídicos, médicos, educacionais); na participação e responsabilização dos próprios recuperandos na manutenção e melhoramento das condições estruturais e na convivência respeitosa; na religião; na efetivação do direito à assistência jurídica, de saúde, de trabalho e educação; no envolvimento da família no processo de recuperação do condenado e como forma de prevenir as rebeliões e fugas; no cumprimento da pena o mais próximo possível do núcleo afetivo (família e amigos) com a criação dos Centros de Reintegração Social que oferece no mesmo estabelecimento os regimes penais: fechado, semiaberto e aberto com instalações independentes; e, por último, no mérito de acordo com a prestação de serviços na proposta socializadora (TJMG, 2009).

Os estabelecimentos penais que utilizam o método APAC são aproximadamente 100 em todo território nacional e já foram implantadas em outros países como: Alemanha, Bulgária, Chile, Costa Rica, Equador, Estados Unidos, Inglaterra, México, Noruega. Atualmente, a APAC Itaúna, em Minas Gerais, é referência para o mundo todo. Os dados disponibilizados na página da APAC Itaúna, atualizados em agosto de 2009, demonstram que a unidade abriga 153 recuperandos: 60 em regime fechado, 44 em regime semiaberto realizando trabalho intramuros, 12 em semiaberto com trabalho externo e 37 em regime aberto (TJMG, 2009). Segundo dados levantados por SILVA (2007), os índices dos crimes cometidos pelos condenados que cumprem pena na APAC Itaúna são, estatisticamente, próximos aos crimes cometidos pelos que cumprem pena no sistema carcerário comum.

Como o Método APAC trabalha com voluntariado, sem a presença constante de policiais e agentes penitenciários, sendo os próprios condenados responsáveis pela limpeza e manutenção do Centro de Reintegração Social, vigilância, entre outros serviços, percebe-se que os resultados são melhores do que os apresentados pelo Sistema Carcerário Comum. Segundo os dados do TJMG (2009) o Método APAC atinge cerca de 90% de recuperação do condenado, em contrapartida, o Sistema Penitenciário Comum apresenta um índice de 15% de reintegração social do egresso.

De acordo com os dados disponibilizados no sítio eletrônico da APAC Itaúna, a reincidência em crimes dos egressos do Método APAC é de 8,62%, quando há plena aplicação do método, e 18,43% dos egressos do Método APAC quando a aplicação é parcial, enquanto que a média nacional é de 85% e a mundial é de 70%. Desde 1991, quando se iniciou o processo de

implantação da APAC Itaúna não houve nenhuma rebelião (SILVA, 2007) e ainda, de acordo com SILVA (2007) citando CRUZ (2005), o número de processos criminais na Comarca de Itaúna, entre os anos de 1996 e 2000, reduziram em torno de 46%.

Para BARATTA (1990) é necessário assumir o fracasso da pena de prisão como possibilidade de ressocialização do condenado, entretanto, não se deve perder de vista a busca pela reintegração. BARATTA (1990) afirma que *“Nenhuma prisão é boa e útil o suficiente para essa finalidade, mas existem algumas piores que outras.”* e acrescenta:

“Qualquer iniciativa que torne menos dolorosas e danosas à vida na prisão, ainda que ela seja para guardar o preso, deve ser encarada com seriedade quando for realmente inspirada no interesse pelos direitos e destino das pessoas detidas e provenha de uma mudança radical e humanista e não de um reformismo tecnocrático cuja finalidade e funções são as de legitimar através de quaisquer melhoras o conjunto do sistema prisional.” (BARATTA, 1990).

Entretanto, as políticas de promoção de medidas alternativas ou socioeducativas, de ressocialização pela educação e trabalho, e de reintegração familiar, comunitária e profissional dos egressos de unidades penitenciárias, apesar de bem sucedidas, estão aquém das necessidades do país (BRASIL, 2007a). O que se encontra é a contínua marginalização dos indivíduos quando encarcerados que, ao perderem o direito de ir e vir com a pena privativa de liberdade, perdem, também, a legitimidade da condição de sujeito de direitos humanos (civis, políticos, econômicos, sociais e culturais), o que para ALVES (2000) significa a perda da cidadania, já que nos estados modernos a noção de cidadania está intimamente ligada à ideia de direitos humanos.

2.5 História e concepção dos direitos humanos

Frente às atrocidades ocorridas na Segunda Guerra Mundial que apresentou um Estado violador de direitos humanos, entrelaçando a condição de sujeito de direito à pertinência a uma determinada raça, como na era Hitler, a comunidade internacional decidiu reconstruir e positivar os direitos humanos. Dessa maneira, em 1945 foi criada a Organização das Nações Unidas – ONU-, por meio da Carta de São Francisco, que foi um marco histórico da dedicação de um desejo da comunidade internacional de reconhecer e fazer respeitar os

direitos humanos no mundo. De acordo com RAMOS (2005), por mais que tenha ocorrido tratados internacionais de proteção aos direitos humanos importantes anteriores à criação da ONU – cita-se a proibição da escravidão, a proteção dos trabalhadores com a criação da Organização Internacional do Trabalho (OIT) – o passo decisivo para internacionalização da temática dos direitos humanos e do estabelecimento do dever dos Estados signatários em promovê-los foi estabelecida pela Carta de São Francisco.

Os Estados signatários da Carta de São Francisco reafirmaram a fé nos direitos fundamentais do homem, na dignidade e no valor do ser humano, na igualdade de direito dos homens e das mulheres, e criaram a organização internacional que conhecida por Nações Unidas (ONU, 1945). A Carta assegura que todos os signatários da carta serão membros da ONU e assume o dever desses Estados em promover os direitos humanos. De acordo com RAMOS (2005), era primeira vez que se estabelecia um tratado de alcance universal e que o Estado era obrigado a assegurar a dignidade e o valor da pessoa humana. O Estado passa a ter o dever de garantir os direitos básicos a todos sob sua jurisdição, quer nacional ou estrangeiro.

Em 1948, a Declaração Universal de Direitos Humanos (DUDH), assinada por 58 Estados participantes, explicitou o que seriam os “direitos humanos”. Entretanto, como a DUDH foi aprovada com Resolução da Assembleia Geral, não possui força vinculante, ou seja, mesmo que o Estado a tenha assinado não fica obrigado a efetivar os direitos que foram estabelecidos pela declaração. Dessa forma, em 1966, foram adotados dois pactos pela Assembleia Geral da ONU: Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos e o Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Esses pactos foram colocados à disposição para que os Estados o ratificassem.

A Carta de São Francisco, a DUDH e os dois pactos supracitados compõem a *Carta Internacional dos Direitos Humanos*. Após 1960, a produção legislativa do Direito Internacional dos Direitos Humanos foi intensa, sendo que, atualmente, há mais de 140 tratados e protocolos que estabelecem deveres jurídicos dos Estados signatários (RAMOS, 2005). Concomitantemente aos textos oriundos da ONU, surgiram textos de proteção dos direitos humanos de âmbito regional: Convenção Européia de Direitos Humanos (Convenção de Roma, 1950); Convenção Americana de Direitos Humanos (Pacto de São José, 1969); Carta Africana de Direitos do Homem e dos Povos (1986); Carta Árabe de Direitos Humanos

(1994). Atualmente, também existem outras organizações que elaboram e trabalham para efetivação dos direitos humanos como a já citada OIT, a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (Unesco) visando a estratégia de internacionalização dos direitos humanos aumentando a garantia do indivíduo (RAMOS, 2005).

A concepção contemporânea de Direitos Humanos, introduzida pela DUDH e reiterada pela Convenção de Viena de 1993, é caracterizada pela universalidade e pela indivisibilidade desses direitos. A universalidade sob a ótica de que a condição de pessoa é o único requisito para a dignidade e titularidade de direitos; e a indivisibilidade, já que há uma interdependência entre os direitos civis e políticos e os direitos sociais, econômicos e culturais. A violação de um deles representa a violação do demais, sendo assim os direitos civis e políticos são indivisíveis, interdependentes e inter-relacionados aos direitos sociais, econômicos e culturais (PIOVESAN, 2004).

Outro movimento importante se deu no sentido de internacionalizar os direitos humanos. SKKINK *apud* PIOVESAN (2004) observa:

“O direito internacional dos direitos humanos pressupõe como legítima e necessária a preocupação de atores estatais e não estatais a respeito do modo pelo qual os habitantes dos outros Estados são tratados. A rede de proteção dos direitos humanos internacionais busca redefinir o que é matéria de exclusiva jurisdição doméstica dos Estados.” (SKKINK, 1993).

Para PIOVESAN (2004), essa concepção aponta duas importantes consequências: a revisão da noção de soberania absoluta do Estado e a cristalização da ideia de que o indivíduo deve ter seus direitos protegidos no âmbito internacional, na condição de sujeito de direito. A noção de soberania transita de uma concepção “hobbesiana”, na qual o centro da soberania é o Estado, para uma concepção “kantiana”, na qual a concepção de soberania é focada na cidadania universal, centrada no ser humano. Essa transição permite, então, uma intervenção internacional no plano nacional em prol da proteção dos direitos humanos (PIOVESAN, 2004).

2.6 Conceituação e direito à saúde

A conceituação de saúde pode ser dividida entre duas correntes: a que aborda a saúde como um conjunto de determinantes sociais e subjetivos e outra que trata a saúde como ausência de doenças. A primeira corrente data do século IV a. C. com Hipócrates que afirma a influência da cidade e das condições de vida sobre a saúde e foi também foco de estudo de Engels que em “A situação da classe trabalhadora na Inglaterra” conclui que as condições de trabalho, a cidade, o estilo de vida dos trabalhadores são fatores que influenciaram no nível de saúde da população. Os grupos que defendem essa corrente discutem os determinantes sociais da saúde como: alimentação, moradia, trabalho, educação, religiosidade (DALLARI, 1988). A segunda corrente, originada no início do século XVII por Descartes, comparou o corpo humano a uma máquina e explicou a doença como um defeito na linha de montagem que deveria ser reparado de forma especializada. Os estudos de doença são voltados para determinação de uma etiologia específica da doença (bactérias, vírus, parasitas, anormalidades genéticas). Essa corrente trouxe pesquisas de muita relevância no campo da saúde como o desenvolvimento de tratamentos específicos para algumas doenças, salvando inúmeras vidas (DALLARI, 1988).

Foi no debate entre essas duas correntes e com a consolidação do Estado de Bem-Estar Social, que a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948, definiu saúde como o “*completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doenças*” e acrescenta que a saúde é um direito fundamental de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, ideologia política e condição socioeconômica, deve ser garantida pelos governos, por medidas sanitárias e sociais, depende da mais ampla cooperação entre as pessoas e o Estado e é uma condição fundamental para alcançar a paz e a segurança (OMS, 1948). Dessa forma, a DUDH (1948), em seu artigo XXV, assume que:

“Toda pessoa tem o direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle.” (ONU, 1948).

Em 1997, ocorreu a Quarta Conferência Internacional de Promoção da Saúde em Jacarta que deu origem ao documento “A Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde no Século XXI”. Essa declaração reconhece que a promoção da saúde é um elemento indispensável para o desenvolvimento da saúde, atuando sobre os determinantes sociais de saúde para criar o

maior benefício para os povos, para redução das iniquidades em questão de saúde, para assegurar os direitos humanos e para formação de capital social. Estabelece, ainda, como pré-requisitos para saúde: paz, abrigo, instrução, segurança social, relações sociais, alimento, renda, direito de voz da mulher, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social, respeito aos direitos humanos e equidade (OMS, 1997). Esses importantes documentos conceituam saúde como qualidade de vida dependente de fatores civis, políticos, socioeconômicos e culturais. Dessa maneira, o direito à saúde é interdependente de outros direitos humanos que, juntos, devem garantir uma vida digna. A saúde ao mesmo tempo em que é um direito que permite o exercício de outros direitos, só é assegurada com satisfação de outros direitos que propiciam uma vida saudável.

É importante ressaltar que o exercício do direito à saúde compreende elementos de justiça e de autonomia. O elemento justiça se dá à medida que o direito à saúde pressupõe um sistema de proteção que trate de forma diferenciada os diversos contextos socioeconômicos e culturais, diminuindo as desigualdades de oportunidades entre os indivíduos. Em contrapartida, o direito à saúde deve considerar a autonomia do sujeito e sua vivência para conduzir, com liberdade, a sua própria saúde, sem discriminações, interferências e tratamentos não consentidos (DALLARI, 1988). Para fazer que esses dois elementos sejam complementares, como posto pela OMS, é necessária cooperação entre as pessoas e o governo no sentido de definir as políticas sociais, econômicas e culturais que irão assegurar o direito à saúde da comunidade em questão.

O Brasil, mesmo tendo sido signatário da DUDH em 1948, só garantiu o direito à saúde com a promulgação da Constituição Federal de 1988, enquanto que no cenário dos países desenvolvidos havia um recuo do Estado de Bem-Estar Social, e ratificou o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais em 1992. À luz dos tratados internacionais, o direito à saúde no Brasil é afirmado da seguinte maneira:

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

A Constituição Federal de 1988, portanto, cria o Sistema Único de Saúde (SUS) com os seguintes princípios e diretrizes: universalidade, ao admitir a saúde como um direito de todos;

igualdade de acesso para todos, portanto, pressupõe equidade; integralidade do cuidado envolvendo ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde; participação da comunidade e descentralização, regionalização e hierarquização das ações e serviços de saúde.

Anterior à promulgação da constituição, no Brasil, havia uma relação de cidadania regulada, na qual os trabalhadores com vínculos formais eram sujeitos de direitos de acordo com a contribuição efetuada, numa relação jurídica contratual. Após a promulgação, o país assume uma condição de cidadania social que remete ao Estado-providência a responsabilidade de garantir uma vida digna a todos os cidadãos em relação à saúde, trabalho, educação, moradia, alimentação, entre outros (SANTOS, 2006). Ainda que tardiamente, a consolidação do Estado-providência no Brasil permitiu o desenvolvimento do SUS proporcionando um avanço nas ações e serviços de saúde, houve avanço na estratégia saúde da família, nos programas de saúde mental e AIDS. Contudo, o movimento de aumento da intervenção estatal no setor saúde ocorre, concomitantemente, à onda neoliberal que favorece o mercado e o afastamento do Estado da economia e dos setores sociais (CAMPOS 2008).

Na atualidade, com o avanço do modelo neoliberal e o desaparecimento da polaridade ideológica entre capitalismo e socialismo, há uma retirada dos direitos conquistados no contexto da Guerra Fria, o que SANTOS (2006) denominou a colonização do Estado pelo mercado. O setor privado vem avançando com os incentivos fiscais, a transferência de serviços e prestações para o setor privado sem fins lucrativos, corte de gastos públicos nas políticas sociais, enquanto que há uma atrofia do Estado-providência (SANTOS, 2006).

Os serviços públicos são privatizados e os cidadãos, que antes acessavam esses serviços por terem direitos, passam a acessá-los pela via do consumo, reduzindo a cidadania social à condição de consumidores. Apesar da Constituição Federal, de 1988, estabelecer que a iniciativa privada no campo da saúde teria uma atuação complementar a do Estado, o que se vê com o capitalismo avançado é o oposto, tornando o direito à saúde, assim como outros direitos, um serviço passível de ser negociado e comprado (QUEIROZ, 2006). A partir do exposto, não é difícil de aceitar que o SUS vive uma crise de implementação de suas ações, os projetos e programas não atendem aos princípios e diretrizes da universalidade, da integralidade, da equidade e da participação (CAMPOS, 2008). A política de saúde pensada como forma de assegurar justiça e autonomia não consegue criar macro políticas que

garantam a universalidade e integralidade do acesso e das ações de saúde, não reduz as desigualdades sociais, às populações em situação de vulnerabilidade é destinado apenas políticas focalizadas que não contemplam a necessidade integral e nem diminuem as discriminações (QUEIROZ, 2006).

2.7 A saúde no sistema penitenciário brasileiro

A Constituição Federal de 1988 prevê que as pessoas privadas de liberdade têm parte de seus direitos civis e seus direitos políticos suspensos até que se cumpra a pena. Os direitos sociais, entretanto, não são atingidos pela sentença, pelo contrário, vários são os tratados internacionais³⁵ que determinam que às pessoas presas deva-se garantir a vida digna, assegurando instalações físicas, alimentação, vestuário, lazer, assistência à saúde e jurídica, trabalho, educação e à reinserção social, a não submissão à tortura e castigos cruéis, ao não tratamento desumano e degradante, bem como as legislações nacionais.

A Lei de Execução Penal de 1984, anterior à criação do SUS, estabelece como direitos dos presos: alimentação e vestuário suficiente, atribuição de trabalho e remuneração, previdência social, recreação, visita de cônjuge, assistência material, à saúde, jurídica, educacional, social e religiosa, entre outros. Quanto ao direito à saúde, a LEP trata de assistência à saúde, no artigo 14, que deve ser de caráter preventivo e curativo compreendendo atendimento médico, farmacêutico e odontológico, e no parágrafo único do artigo:

“§ 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.” (BRASIL, 1984).

Ao restringir o direito à saúde à assistência médica, farmacêutica e odontológica, já existe uma ampla violação desse direito por ter sido reduzido aos serviços assistencialistas que não traduzem políticas sociais redistributivas, emancipatórias, capazes de concretizar direitos. Outro aspecto importante da lei é estabelecer que a assistência à saúde do preso que necessitar

³⁵ Declaração Universal de Direitos Humanos (1948); Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966); Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos (1966); Convenção contra Tortura e outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos e Degradantes (1984); Regras Mínimas para o Tratamento de Reclusos (1977); Conjunto de Princípios para a Proteção de Todas as Pessoas Sujeitas a qualquer forma de Detenção ou Prisão (1988); Convenção Americana de Direitos Humanos (1969); Convenção Interamericana para Prevenir e Punir a Tortura (1985); Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em Matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1988).

sair da unidade deve ser mediante autorização do diretor, o que torna um direito em “favor”. De acordo com BRAUNSTEIN (2008), a redução da vulnerabilidade ao encarceramento inicia-se pela restituição da dignidade humana que foi anteriormente subtraída da pessoa presa, mas esse não pode ser um gesto de benevolência ou favor, mas sim de respeito e exercício dos direitos. FEIRE (2002) *apud* BRAUNSTEIN (2008):

“O assistencialismo, ao contrário, é uma forma de ação que rouba ao homem as condições de uma das necessidades fundamentais da alma humana – a responsabilidade. (...). No assistencialismo não há responsabilidade. Não há decisão. Só há gestos que revelam a passividade e “domestificação” do homem. Gestos e atitudes.”(FREIRE, 2002, p.10-17)

Com base nas diretrizes que orientam o SUS e na LEP, em 2003, os Ministérios da Saúde e da Justiça instituíram a Política de Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário através da Portaria Interministerial nº 1.777 de 2003 destinado a prover atenção integral à saúde da população prisional, bem como nas psiquiátricas.

A portaria estabelece à luz da Constituição Federal de 1988 e às leis que a regulamentam, mesmo após 15 anos da promulgação, uma política de saúde voltada consonante com o estabelecido como direito de todos, ressaltando a importância das ações de promoção da saúde para a consolidação de uma vida digna. Assim, portaria define como prioridades da política: reforma e equipagem das unidades prisionais visando: estruturação de serviços que atendam às necessidades de saúde em consonância com as especificidades do Sistema Penitenciário Nacional; organização do sistema de informação de saúde; implantação de ações de promoção da saúde em especial no âmbito da alimentação, atividades físicas, condições salubres de confinamento e acesso a atividades laborais; implementação de medida de proteção específica, como vacinação contra hepatites; a implantação de ações para a prevenção de tuberculose, hanseníase, diabetes, hipertensão, hepatites, DST/AIDS e dos agravos psicossociais decorrentes do confinamento, bem como a distribuição de preservativos e insumos para a redução de danos associados ao uso de drogas; a garantia do acesso da população penitenciária aos demais níveis de atenção à saúde, através das referências, que deverão estar incluídas na Programação Pactuada Integrada (PPI) estadual, mediante negociação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Os estudos publicados relativos à saúde das pessoas privadas de liberdade, bem como os relatórios de entidades ligadas aos direitos humanos, entretanto, demonstram o quanto a efetivação desse direito é negada. Os estabelecimentos prisionais continuam sem estrutura adequada e suficiente para o atendimento médico; os alimentos de má qualidade e aquém do necessário; não há uma política substancial de inserção em atividades laborais (BRASIL, 2007a; BRASIL, 2007b; COELHO, *et.al.* 2009; SEQUEIRA, 2006).

Quanto à prevenção de doenças infecciosas e agravos psicossociais os estudos indicam que no Brasil pelo menos 20% da população presa é infectada pelo vírus da AIDS e de Hepatite B, 10% pelo da sífilis e Hepatite C (MENEZES, 2002). Um estudo realizado em uma penitenciária de Ribeirão Preto em São Paulo, no ano de 2003, apresentou uma prevalência de Hepatite B de 19,5% (COELHO, *et.al.*, 2009). Outro estudo realizado na zona oeste de São Paulo, entre os anos de 2000 a 2001, com o objetivo de verificar a associação entre o tempo de aprisionamento com a taxa de infecção por tuberculose, englobou 1.059 detentos, sendo que desses 932 concordaram em participar da pesquisa. O estudo apontou que 64,5% dos presos estavam infectados pela bactéria, sendo que quanto maior o tempo de confinamento, maior a porcentagem de detentos infectados. No caso de serem reincidentes e estarem presos por mais de 366 dias, a porcentagem de encarcerados com infecção por tuberculose era de 100%. As autoras apontam que o confinamento, a superlotação, as precárias condições de higiene, a baixa qualidade da alimentação e o abalo emocional causado pela situação são fatores que aumentam e propiciam a infecção (NOGUEIRA & ABRAHÃO, 2009).

Quanto à garantia de acesso aos serviços de saúde que não são realizados nos estabelecimentos prisionais, não há nenhuma lei que tenha revogado o disposto na LEP – que só haverá acesso mediante autorização do diretor da unidade – e para reendossar essa conduta o Programa Nacional de Direitos Humanos-3, de 2009, propõe elaborar um projeto de reforma da LEP estabelecendo que a perda de direitos ou a redução de acesso a qualquer direito ocorrerá apenas como consequência de faltas de natureza grave no sistema penitenciário (BRASIL, 2010). Pode-se afirmar, portanto, que há uma previsão de violação dos direitos sociais à revelia da Constituição Federal de 1988 que não prevê a suspensão ou retirada dos direitos fundamentais – como o da saúde - e veda o tratamento desumano e degradante.

Um estudo qualitativo realizado em três unidades prisionais e um hospital de custódia do Rio de Janeiro, DIUNA *et.al.*(2008) objetivou conhecer e entender as representações e práticas em

matéria de saúde dos agentes penitenciários e dos próprios presos. De acordo com o estudo, a preocupação com os riscos ligados à integridade física é colocada em primeiro lugar como dano à saúde tanto para agentes penitenciários quanto para os privados de liberdade. No discurso dos agentes penitenciários a ameaça à integridade física aparece como algo intrínseco ao trabalho, sendo uma constante referência à tensão emocional. Para os presos esse risco está ligado à sua segurança intramuros nas relações entre os presos – pertencimento aos grupos e confronto existente entre eles – e com os agentes penitenciários que fazem uso da disciplina e de punições. Outras preocupações referentes aos riscos à saúde são a sujeira que lhes é imposta e as doenças infectocontagiosas que fazem da relação entre os presos e destes com os agentes uma ameaça à saúde (DIUNA, *et.al.*, 2008).

O estudo também tentou compreender o acesso à saúde e a relação com a ordem disciplinar. De acordo com DIUNA, *et.al.* (2008), a desvalorização do preso e de sua queixa é acompanhada de uma avaliação informal pelos agentes penitenciários, resultando em um controle do acesso aos serviços de saúde com critérios distantes aos da saúde. De acordo com os autores a concepção de saúde como um direito dos presos, apesar de ser reconhecida pelos agentes penitenciários, está intimamente ligada numa relação de dívida e gratidão garantindo a adesão dos presos aos valores hierarquizantes. Diante disso, DIUNA, *et.al.* (2008), que as ações de saúde prescritivas são produzidas no contexto carcerário devido à resistência por parte dos agentes penitenciários de saúde, da administração penitenciária e da sociedade civil em considerar a saúde como um direito do preso. Os autores sugerem que:

“qualquer transformação da realidade dos sujeitos e a melhoria da prevenção e da assistência à saúde nas prisões precisa levar em conta tanto as condições de organização e estruturação material e social da prisão quanto a dimensão simbólica das práticas dos diversos atores sociais envolvidos e sua interação, apontando para ações menos prescritivas que permitam maior participação de presos, agentes de segurança penitenciária e de outros atores que integram a vida no cárcere.”(DIUNA, *et.al.*, 2008).

O método APAC prevê a assistência à saúde nos moldes que estão colocados na LEP, entretanto por meio de trabalho voluntário prestado pela comunidade local, dessa forma não há garantia por parte do Estado de ações e serviços de saúde nas APAC`s.

Em Minas Gerais, de acordo com os dados do DEPEN (2009), no ano de 2003 havia 23.156 presos, já em 2009 esse número era de 46.447, apontando uma duplicação da população encarcerada. Os estabelecimentos, no ano de 2009, eram 98 com capacidade para 23.199, revelando a mesma superlotação das unidades. De acordo com a Portaria Interministerial nº 1.777/2003, cada unidade de isolamento deveria ter uma equipe de saúde, entretanto, como pode ser verificado na Tabela 1, em Minas Gerais dos 98 estabelecimentos, apenas 27 possuíam equipes cadastradas, ou seja, menos de 30% das unidades de encarceramento possuem equipes de saúde.

Como já descrito anteriormente, as APAC`s são classificadas em grupos de acordo com a implementação dos 12 elementos que constituem o método, apenas 2 APAC`s em Minas Gerais (Itaúna e Nova Lima), de acordo com o Tribunal de Justiça de Minas Gerais (2009), possuem todos os elementos do método aplicados. Com relação às 86 APAC`s que estão implantadas ou em fase de implantação, não há informações de quantas possuem equipes de saúde (TJMG, 2009).

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Esse trabalho tem como objetivo estudar, por meio de uma abordagem qualitativa, a percepção de representantes do estado (diretor e agentes penitenciários) e de presos sobre o direito humano à saúde da população encarcerada em dois estabelecimentos do sistema penitenciário de Minas Gerais, sendo um estabelecimento do sistema comum e outro do método APAC.

3.2 Objetivos Específicos

- c. Aprofundar conhecimentos teórico-metodológicos referentes aos direitos humanos, sobretudo o direito à saúde, da população carcerária;
- d. Elucidar as percepções dos presos e dos agentes penitenciários sobre os direitos humanos e o direito à saúde dos encarcerados;
- e. Conhecer a realidade de efetivação dos direitos humanos e do direito à saúde dos presos a partir das várias percepções dos atores envolvidos;

- f. Conhecer os principais obstáculos na efetivação dos direitos humanos e do direito à saúde no sistema penitenciário, de acordo com as percepções das pessoas privadas de liberdade e dos agentes penitenciários;
- g. Conhecer o efeito da efetivação ou não efetivação dos direitos humanos e do direito à saúde sobre o comportamento frente à violência dos presos e sua possibilidade de reinserção social segundo os vários atores participantes do estudo.

4. METODOLOGIA

A metodologia utilizada nesse estudo é qualitativa que, segundo Minayo (2008), se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. O objetivo dos estudos qualitativos é compreender a lógica interna de grupos, instituições e atores quanto: aos valores culturais e representações sobre sua história e temas específicos; a relações de indivíduos, instituições e movimentos sociais; e, por último, aos processos históricos, sociais e de implementação de políticas públicas e sociais.

Para essa pesquisa serão organizados grupos focais com as pessoas privadas de liberdade inseridas no sistema penitenciário comum e no método APAC, bem como com os agentes penitenciários desses estabelecimentos. De acordo com WESTPHAL *et.al.* (1996), grupo focal é uma técnica de pesquisa que utiliza sessões grupais como foros de facilitação que prevê a obtenção de dados a partir de discussões planejadas de um tema específico onde os participantes expressam suas percepções, crenças, representações sociais, valores e atitudes sobre uma questão específica num ambiente permissivo e não constrangedor. A utilização de grupos na pesquisa facilita a apreensão dessas percepções, bem como faz emergir as controvérsias existentes entre os participantes, bem como as maneiras de solução das mesmas (WESTPHAL, *et. al.*, 1996).

4.1. Amostra

Para realização dos grupos focais, WESTPHAL *et. al.* (1996) diz que grupos constituídos de 6 a 15 participantes que possuam um traço comum, importante para o estudo proposto.

4.2. Critérios de Inclusão

Como o sistema penitenciário não coloca no mesmo estabelecimento gêneros diferentes, tanto o estabelecimento penitenciário comum quanto o do Método APAC deverão ser destinados ao mesmo gênero, para esse estudo será o masculino. Para esse estudo será convidado uma média de 10 a 12 participantes em cada grupo focal realizado. Os grupos focais serão compostos da seguinte maneira:

4.2.1. Sistema Penitenciário Comum

Grupo 1: pessoas privadas de liberdade de 18 a 29 anos que estejam cumprindo pena pela primeira vez.

Grupo 2: pessoas privadas de liberdade de 18 a 29 anos que sejam reincidentes no cumprimento de pena.

Grupo 3: pessoas privadas de liberdade acima de 30 anos que estejam cumprindo pena pela primeira vez.

Grupo 4: pessoas privadas de liberdade acima de 30 anos que sejam reincidentes no cumprimento de pena.

Grupo 5: agentes penitenciários.

4.2.2. Sistema Penitenciário do Método APAC

Grupo 6: pessoas privadas de liberdade de 18 a 29 anos que estejam cumprindo pena pela primeira vez.

Grupo 7: pessoas privadas de liberdade de 18 a 29 anos que sejam reincidentes no cumprimento de pena.

Grupo 8: pessoas privadas de liberdade acima de 30 anos que estejam cumprindo pena pela primeira vez.

Grupo 9: pessoas privadas de liberdade acima de 30 anos que sejam reincidentes no cumprimento de pena.

Grupo 10: agentes penitenciários. É importante ressaltar que caso não haja agente penitenciário no estabelecimento do Método APAC escolhido, serão convidados para o grupo focal os voluntários que desenvolvem trabalhos junto às pessoas privadas de liberdade.

4.3. Critérios de Exclusão

Para esse estudo será excluída a participação de pessoas privadas de liberdade que estejam cumprindo pena no estabelecimento penitenciário com Método APAC que não tenham cumprido parte da pena no sistema penitenciário comum.

4.4. Instrumentos de coleta de dados

O grupo focal será conduzido por um moderador que tem como papel principal a proposição de perguntas a serem debatidas e o incentivo dos participantes a expressarem suas opiniões, sentimentos e pareceres sobre a questão em estudo livremente. Além do moderador, há também um observador que fica responsável por captar as informações não verbais e ajudar o moderador a perceber os possíveis vieses na condução do grupo. Toda a discussão será registrada por meio de um gravador e, posteriormente, transcrita para análise dos dados (WESTPHAL, *et.al.* 1996). As perguntas que suscitarão os debates se encontram no Anexo I desse documento.

MINAYO (2008) descreve que a entrada em campo merece preparação anterior à realização da pesquisa em si. Os primeiros contatos devem possibilitar a formação de uma rede de relações entre os pesquisadores e os atores sociais e a correção inicial dos instrumentos de coleta de dados. Como esse estudo será realizado com um grupo de pessoas que estão inseridas num contexto de vulnerabilidade, é de extrema importância um contato prévio com os atores para que um ambiente não constrangedor seja estabelecido. Por isso, pretende-se fazer visitas anteriores à realização da pesquisa com o intuito de aproximar os pesquisadores dos atores sociais.

4.5. Análise dos dados

Após a transcrição do áudio dos grupos focais, será realizada a Análise de Conteúdo do material. De acordo com MINAYO (2008), a análise de conteúdo incorpora técnicas de pesquisa qualitativa capazes de tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto. Essa análise é obtida por meio de procedimentos sistemáticos e

objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, tendo a mesma lógica das metodologias quantitativas, uma vez que busca a interpretação codificada do material qualitativo.

Entre as modalidades existentes da Análise de Conteúdo, esse estudo será realizado com a Análise Temática. Fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma fala. Segundo MINAYO (2008) a análise temática se desdobra em três etapas:

1. Pré-análise: essa etapa é de reconhecimento do material e elaboração de alguns indicadores que norteiam a compreensão e interpretação do material.
2. Exploração do material: essa etapa é de busca por categorias para alcançar o núcleo de compreensão do texto. A categorização é um processo de redução do texto a palavras e expressões significativas em função da qual será organizado o conteúdo de uma fala.
3. Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: nessa etapa os resultados brutos são submetidos a uma análise quantitativa (estatísticas simples) e, a partir daí, o analista propõe as inferências e realiza as interpretações. Pode-se também fazer uma abordagem de significados no lugar de uma inferência baseada no tratamento estatístico.

5. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

[illegible]

6. BIBLIOGRAFIA.

ARGUELLO, K. Do Estado social ao Estado penal: invertendo o discurso da ordem. *Conferência proferida no 1º Congresso Paranaense de Criminologia*. Londrina Novembro. 2005. Disponível em: <http://www.cirino.com.br/artigos/Artigo%20Katie.pdf>. Acesso em: 01 de nov. 2010.

ASSIS, R.D. A realidade atual do sistema penitenciário brasileiro. *Revista CEJ*. Brasília, Ano XI, n. 39, p. 74-78, out./dez. 2007.

BARATTA, A. Ressocialização ou controle social: uma abordagem crítica da “reintegração social” do sentenciado. *Apresentado no Fórum Internacional de Criminologia Crítica*. Belém, 1990. Disponível em: http://www.carceraria.org.br/fotos/fotos/admin/Sistema%20Penal/Sistema%20Penitenciario/baratta_ressocializacao%20ou%20controle%20social.pdf. Acesso em: 01 de nov. 2010.

_____. *Criminología y sistema penal*. Coleccion: Memoria Criminológica. Nº1. Buenos Aires: Euros Editores. 2004a.

_____. *Crminología crítica y crítica del derecho penal: introducción a la sociologia jurídico penal*. 1ª ed. 1ª reimp. Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina. 2004b.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília. DF. 1988.

_____. *Lei de Execução Penal nº 7.210*. Brasília. 1984.

_____. Câmara dos Deputados. *II Caravana Nacional Direitos Humanos: uma amostra da realidade prisional brasileira*. Brasília. 2000. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/dados/caravanas/br/iicaravana.html>. Acesso em: 04 de nov. 2010.

_____. 3º Relatório Nacional sobre os Direitos Humanos no Brasil: 2002 – 2005. *Núcleo de Estudos da Violência*. USP. São Paulo. 2007a.

_____. Relatório sobre as mulheres encarceradas no Brasil. 2007b. Disponível em: http://asbrad.com.br/conte%C3%BAdo/relat%C3%B3rio_oea.pdf. Acesso em: 04 de nov. 2010.

_____. *Portaria Interministerial nº 1.777 de 9 de setembro de 2003*. Ministério da Saúde e Ministério da Justiça. Brasília. 2003.

_____. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. *Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3)* rev. e atual. Brasília. 2010.

BRAUNSTEIN, H.R. Gênero e prisão: o encarceramento de mulheres no Sistema Penitenciário Brasileiro. *Revista de Ciências da Educação*. Ano X, nº 18 – 1º semestre. São Paulo. 2008.

CAMPOS, G.W.S. SUS depois de vinte anos: reflexões sobre o direito à atenção à saúde. *Boletim do Instituto de Saúde*. Edição Especial de 20 anos do SUS. Outubro de 2008.

CARVALHO, S.R. Reflexões sobre o tema cidadania e a produção de subjetividade no SUS. In. CARVALHO, Sergio Resende; BARROS, Maria Elisabeth; FERRIGATO, Sabrina (org.). *Conexões: saúde coletiva e políticas de subjetividade*. São Paulo. HUCITEC. 2009.

CAVALLARO, J. L.; CARVALHO, S. A situação carcerária no Brasil e a miséria acadêmica. *Boletim do IBCrim*, ano 07, no. 86, p.14-15. Janeiro de 2000. Disponível em: <http://www.direitopenal.adv.br/artigo56.doc>. Acesso em: 12 de out 2010.

COELHO, H.C. *et al.* Soroprevalência da infecção pelo vírus da Hepatite B em uma prisão brasileira. *Rev Bras Epidemiol*. 12(2): 124-31. 2009.

CONCHA-EASTMAN, A. & MALO, M. Da repressão à prevenção da violência: desafio para a sociedade civil e para o setor saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(Sup): 1179-1187, 2007.

CROSS, R. *A questão penitenciária*. São Paulo: Saraiva, 1998.

CRUZ, C.L. & AMARAL, S.T. Condições Desumanas e Superlotação: O caos do sistema penitenciário Brasileiro. *Encontro de Iniciação Científica* - Vol. 6, nº 6. 2010.

CRUZ, MCMT. "Humanização da Pena Privativa de Liberdade." FGV. 2005. Citado por Silva, FLA. Método APAC: modelo de justiça restaurativa aplicada à pena privativa de liberdade. Dissertação de mestrado. Faculdade de Direito de Campos, RJ. 2007.

DALLARI, S.G. O direito à saúde. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, 22(1): 57-63, 1988.

DAMMERT, L. & ZÚÑIGA, L. La cárcel: problemas y desafios para las Américas. *FLACSO*. Santiago, Chile 2008.

DEL NEGRI, A.L. Um ensaio crítico-teórico sobre política criminal e direitos humanos na República Federativa do Brasil. *Revista Jurídica UNIJUS*.v.3, n.1. UNIUBE. Uberaba. 2000.

DEPEN. Sistema penitenciário no Brasil: dados consolidados. *Ministério da Justiça*. 2009. Dados disponíveis em: <<http://portal.mj.gov.br/data/Pages/MJD574E9CEITEMIDC37B2AE94C6840068B1624D28407509CPTBRNN.htm>>. Acessado em: 31/10/10.

DIUANA V et al. Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(8):1887-1896, ago, 2008.

FOUCAULT, M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes. 4^a ed. 1986.

FREIRE. Educação atualidade Brasileira. São Paulo: Cortez, 2002. Citado por: BRAUNSTEIN, H.R. Gênero e prisão: o encarceramento de mulheres no Sistema Penitenciário Brasileiro. *Revista de Ciências da Educação*. Ano X, n^o 18 – 1^o semestre. São Paulo. 2008

GUIMARÃES JÚNIOR, GF. Associação de proteção e assistência aos condenados: solução e esperança para a execução da pena. *Jus Navigandi*, Teresina, ano 10, n. 882, 2 dez. 2005. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=7651>>. Acesso em: 16 jul.2010.

LINDGREN ALVES, J. A. Direitos humanos, cidadania e globalização. *Lua Nova*. N^o 50. 2000.

MENEZES, R.P.O. Projeto de implantação do controle da tuberculose nas instituições penais do município de Salvador/BA. *Boletim de Pneumologia Sanitária* - Vol. 10, N^o 2 - jul/dez – 2002.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11. ed.– São Paulo. Hucitec. 2008.

NOGUEIRA, P.A. & ABRAHÃO, R.M.C.M. A infecção tuberculosa e o tempo de prisão da população carcerária dos Distritos Policiais da zona oeste da cidade de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol*. 12(1): 30-8. 2009.

OMS. Constituição da Organização Mundial de Saúde. 1948. Disponível em: <http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf>. Acessado em 01/11/2010.

_____. *Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde no Século XXI*. Quarta Conferência Internacional sobre promoção da saúde. 1997. Disponível em: <http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_portuguese.pdf>. Acessado em 01/11/2010.

ONU. *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. 1948.

OTTOBONI, M E FERREIRA, VA. *Parceiros na ressurreição: jornada de libertação com Cristo e curso intensivo de conhecimento e aperfeiçoamento do Método APAC, especialmente para presos*. São Paulo: Paulinas, 2004.

OTTOBONI, M. *Ninguém é irreversível: APAC: a revolução do sistema penitenciário*, 2ª ed. São Paulo: Cidade Nova, 2001.

PIOVESAN, F. Direitos Sociais, Econômicos e Culturais e Direitos Civis e Políticos. *Revista Internacional de Direitos Humanos*. Ano 1. Nº 1. 2004

_____. *Direitos Humanos e o Direito Constitucional Internacional*. 8ª ed.rev., ampl. e atual – São Paulo: Saraiva, 2007.

QUEIROZ, R. Direitos Humanos e Saúde. In. *Saúde e Direitos Humanos*. Ministério da Saúde. FIOCRUZ. Núcleo de Estudos em Direitos Humanos e Saúde Helena Besserman. Ano 3, n.3. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2006.

RAMOS, A.C. *Teoria geral dos direitos humanos na ordem internacional*. Rio de Janeiro: Renovar. 2005.

SANTOS, B.S. *Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade*. 11ª ed. São Paulo: Cortez, 2006.

SEQUEIRA, V.C. Uma vida não vale nada: prisão e abandono político-social. *Psicologia Ciência e Profissão*. 26 (4), 660-671. 2006.

SIKKINK, K. Human rights, principled Issue-Networks, and Sovereignty in Latin America. IO Foundation/ Massachusetts Institute of Technology, 1993. Citado por PIOVESAN, F. Direitos Sociais, Econômicos e Culturais e Direitos Civis e Políticos. *Revista Internacional de Direitos Humanos*. Ano 1. N^o 1. 2004.

SILVA, FLA. Método APAC: modelo de justiça restaurativa aplicada à pena privativa de liberdade. *Dissertação de mestrado. Faculdade de Direito de Campos*, Rio de Janeiro. 2007.

TJMG. *Cartilha Projetos Novos Rumos na Execução Penal*. Belo Horizonte, 2009. Disponível em: http://www.tjmg.jus.br/info/pdf/?uri=/terceiro_vice/novo_rumos_execucao_penal/apacs_em_minas.pdf. Acesso em: 16/07/2010.

WACQUANT, L. *Punir os pobres: a nova gestão da miséria nos Estados Unidos [A onda punitiva]*. Tradução de Sérgio Lamarão. 3^a ed, revista e ampliada. Rio de Janeiro: Revan. 2007.

WESTPHAL *et.al*. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. *Bol. Oficina Sanit Panam*. 120(60). 1996.

APÊNDICE I - INSTRUMENTO PARA REALIZAÇÃO DOS GRUPOS FOCAIS

1 – O que vocês entendem por direito à saúde?

2 – Quem tem direito à saúde? Por quê?

3 – E no presídio, qual é a situação referente ao direito à saúde? Por quê?

4 – Quais as explicações vocês percebem para essa situação? Por quê?

5 – Existe alguma importância desse direito na vida de vocês? Qual? Por quê?

APENDICE II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O sr (a) está sendo convidado a participar da pesquisa “Percepções dos Direitos Humanos e do Direito à Saúde no Sistema Penitenciário de Minas Gerais ” que reunirá opinião das pessoas privadas de liberdade e dos agentes penitenciários sobre os Direitos Humanos e o direito à saúde, a efetivação desses direitos no sistema penitenciário e sua influência na reinserção social do egresso. A pesquisa pretende: 1) descrever a percepção dos presos e dos agentes penitenciários sobre os direitos humanos; 2) descrever a percepção dos obstáculos para efetivação desses direitos; 3) descrever a percepção de como a efetivação ou não efetivação desses direitos impacta na reinserção social do egresso desse sistema, bem como na reprodução da violência.

Caso o sr. (a) concorde com os termos da pesquisa, participará de um grupo focal com o objetivo de discutirmos algumas perguntas, o grupo será conduzido pela própria pesquisadora. O tempo previsto para realização desse grupo é de, em média, 2 horas, podendo ser realizado outros encontros para que se possa garantir a totalidade das opiniões. O encontro será gravado em áudio, por meio de gravador digital, e constará de perguntas sobre os direitos humanos e o direito à saúde.

Todos os dados dos participantes desse estudo serão mantidos em sigilo. A sua participação é gratuita e voluntária e, a qualquer momento, você pode retirar-se da pesquisa. Os dados obtidos serão utilizados somente nesta pesquisa e os resultados de sua análise apresentados em artigos e eventos científicos. Cabe ressaltar que as entrevistas gravadas serão destruídas após a publicação do trabalho.

Esta pesquisa não apresenta riscos a sua integridade física, pois não será realizado nenhum tipo de procedimento de avaliação ou tratamento. Quanto aos benefícios, acredita-se que os resultados podem fornecer subsídios para a efetivação dos direitos humanos no sistema penitenciário, visto que é importante para embasar políticas as opiniões do envolvidos no contexto do sistema penitenciário.

Durante toda a realização do trabalho, você tem o direito de sanar suas dúvidas sobre o procedimento a que está sendo submetido. As pesquisadoras estarão à disposição para qualquer esclarecimento necessário.

Agradecemos à disponibilidade.

Atenciosamente.

Baseado neste termo, eu, _____ RG _____, órgão expedidor _____, aceito participar da pesquisa “Relações comunicativas na gestão em saúde”, em acordo com as informações acima expostas.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 2011.

De acordo.

Pesquisadores:

Elza Machado de Melo – professora titular do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Tel. (31) 3409-9945

Élida Lúcia Carvalho Martins – mestrande da Pós Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Tel. (31) 8879-2796

Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG

Endereço: Avenida Antônio Carlos, 6627 Unidade Administrativa II - 2º andar Campus Pampulha UFMG – sala 2005 - Belo Horizonte, MG – Brasil CEP: 31270-901. Tel. (31) 3409-4592 Fax: (31) 3409-4027

ANEXOS

ANEXO A – ARTIGO PUBLICADO

O contraditório direito à saúde de pessoas em privação de liberdade: o caso de uma unidade prisional de Minas Gerais

The contradictory right to health of people deprived of liberty: the case of a prison in Minas Gerais, Brazil

Élida Lúcia Carvalho Martins

Mestre em Saúde Pública. Especialista em Políticas e Gestão da Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

E-mail: elidacarvalhomartins@gmail.com

Luciana Gomes Martins

Enfermeira.

E-mail: luciana.m.g@hotmail.com

Andréa Maria Silveira

Doutora em Sociologia Política.

Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina.

Departamento de Medicina Preventiva e Social.

E-mail: silveira@medicina.ufmg.br

Elza Machado de Melo

Doutora em Saúde na Comunidade.

Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina.

Departamento de Medicina Preventiva e Social.

E-mail: elzamelo@medicina.ufmg.br

Correspondência

Elida Lúcia Carvalho Martins

Rua Messias Coutinho, 272, CEP 31580-400, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Resumo

Este trabalho tem por objetivo analisar a efetivação do direito à saúde das pessoas em privação de liberdade, por meio de grupos focais realizados com três grupos focais com sujeitos envolvidos no contexto carcerário: pessoas presas, agentes penitenciários e profissionais de saúde de uma unidade prisional masculina em Ribeirão das Neves (MG). As discussões foram gravadas, transcritas e submetidas a análise de discurso. O direito à saúde, compreendido como acesso integral a serviços de saúde de qualidade, é questionado enquanto fenômeno real, uma vez que, estando os serviços públicos sucateados, esse acesso está restrito a quem pode pagar. O descaso do Estado em relação ao direito à saúde das pessoas presas é justificado pela função disciplinar da prisão. As precárias condições de trabalho e o julgamento moral sobre a conduta do preso indicam uma recusa em reconhecer a legitimidade de seu direito à saúde. Ainda que as leis brasileiras afirmem saúde como direito de todos e dever do Estado, constata-se a não realização desse direito tanto para as pessoas presas como para os profissionais que atuam no presídio. **Palavras-chave:** Direito à Saúde; Prisões; Violência; Condições de Trabalho.

Abstract

This paper aims to analyze the realization of the right to health of people deprived of liberty, by means of focus groups conducted with three subjects involved in the prison context: imprisoned people, prison officers, and health professionals in a male prison in Ribeirão das Neves, Minas Gerais, Brazil. The discussions were recorded, transcribed, and underwent discourse analysis. The right to health, understood as full access to good-quality health services, is put into question as an actual phenomenon, since, considering that public services are scrapped, this access is restricted to those who can pay for it. State neglect with regard to the right to health of imprisoned people is justified by the disciplinary role played by prison. Poor working conditions and moral judgment on the prisoner's behavior indicate a refusal to recognize the legitimacy of his right to health. Although the Brazilian laws claim that health is a right of all and a duty of the State, we find out the lack of realization of this right both for imprisoned people and for the professionals working in the prison.

Keywords: Right to Health; Prisons; Violence; Working Conditions.

Introdução

O aumento da população carcerária é uma realidade nos países industrializados ou em processo de industrialização (Walmsley, 2009). Em 2008, a população mundial foi estimada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 6,75 bilhões de pessoas, das quais 9,8 milhões encontram-se presas, significando uma taxa de encarceramento mundial de 145 por 100.000 habitantes. O Brasil possui a maior população carcerária da América Latina (Walmsley, 2009). Em dezembro de 2012, eram 548.003 presos em 1.881 estabelecimentos penais (incluindo os que estão sob custódia da polícia civil)¹, com uma taxa de encarceramento de 287,31 por 100.000 habitantes (Brasil, 2012). Nos últimos cinco anos, em Minas Gerais, houve um aumento de 89,8% da população carcerária (Conselho Nacional de Justiça, 2010) e, em dezembro de 2012, a taxa de encarceramento registrada no Estado foi de 263,32/100.000 habitantes (Brasil, 2010a).

As precárias condições do sistema penitenciário brasileiro são bem conhecidas: superlotação, condições sanitárias rudimentares, alimentação insuficiente, ausência de assistência médica, jurídica, educacional e profissional. Tem-se, ainda, constante violência entre os presos e entre esses e o Estado, representado por policiais e agentes penitenciários (Brasil, 2000, Mesquita Neto e Alves, 2007; CEJIL, 2007; Diuana e col., 2008). Tudo isso, somado ao uso de drogas e ao sedentarismo, torna a prisão um local de grande risco para a saúde (Assis, 2007).

A despeito das penas de caráter cruel terem sido vedadas pela Constituição Federal em vigência (Brasil, 1988) e a pena de prisão se restringir à perda da liberdade, não de outros direitos fundamentais (Brasil, 1988), há no sistema prisional riscos ligados à integridade física, à falta de infraestrutura e às doenças infectocontagiosas, além de uma desvalorização do preso e de suas queixas apresentadas inicialmente aos agentes penitenciários. Estes fazem uma avaliação informal do caso e decidem, com

¹ A Polícia Judiciária é responsável por realizar investigações, colher provas por meio do inquérito policial e entregar ao Ministério Público, que procederá a acusação do acusado. A Polícia Judiciária nos âmbitos estaduais e municipais é exercida pela Polícia Civil, no âmbito federal pela Polícia Federal. A custódia dos presos é legalmente exercida pelos agentes penitenciários, quando estão em prisões. Porém, foi atribuído, sem qualquer amparo legal (Borges Netto e Silva, 2007), à Polícia Judiciária o poder de custódia dos presos que estão em prisão preventiva ou até mesmo aqueles com sentença transitado em julgado. Por isso, as delegacias da Polícia Judiciária são usadas também como carceragem. Tal custódia é exercida pelo controle dos carcereiros policiais, que são funcionários da Polícia Judiciária.

base em critérios pessoais, o encaminhamento ou não do preso ao serviço médico, resultando em um controle do acesso aos serviços de saúde. Segundo Diuana e colaboradores (2008), a produção de ações de saúde hierarquizadas e focadas na doença indica a resistência por parte dos agentes penitenciários, da administração penitenciária e da sociedade civil em considerar a saúde como um direito do preso.

Marco legal

O direito à saúde da população em privação de liberdade foi normatizado na legislação brasileira pela Lei de Execução Penal (LEP) n. 7.210, de 11 de julho de 1984 (Brasil, 1984), que dispõe sobre as condições de cumprimento das sentenças criminais e sobre as condições para proporcionar a integração social do condenado e do internado. Segundo a LEP (Brasil, 1984), a assistência à saúde é um direito das pessoas em privação de liberdade, tem caráter curativo e preventivo e compreende o atendimento médico, farmacêutico e odontológico. Além disso, a norma legal determina que o acesso a serviços de saúde de unidade prisional equipada ocorrerá mediante autorização da direção do estabelecimento (Brasil, 1984).

Nesse cenário, não é mero acaso a institucionalização do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) pela Portaria Interministerial n. 1.777, dos ministérios da Saúde e da Justiça, de 9 de setembro de 2003, na qual se prevê a necessidade de organização de ações e serviços de saúde no sistema penitenciário orientados pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2003). O PNSSP é guiado pela lógica da atenção básica e define a corresponsabilidade das três esferas de governo pela gestão das ações e dos serviços de saúde no sistema penitenciário (Brasil, 2010b).

O plano define como prioridades da política: reforma e equipagem das unidades prisionais; organização do sistema de informação de saúde; implantação de ações de promoção da saúde; implementação de medidas de proteção específicas para hepatites, tuberculose, hanseníase, diabetes, hipertensão, DST/aids e agravos psicossociais decorrentes do confinamento; distribuição de preservativos e insumos para a redução de danos associados ao uso de drogas; garantia de acesso aos demais níveis de

atenção à saúde, por meio das referências, incluídas na Programação Pactuada Integrada (PPI) estadual.

O presente trabalho propõe-se a compreender e discutir a efetivação do direito à saúde das pessoas em privação de liberdade como disposto nas legislações que o regulamentam.

Percurso metodológico

Trata-se de estudo qualitativo sobre o direito à saúde das pessoas em privação de liberdade, realizado no ano de 2011 em um presídio destinado à população carcerária masculina, situado no município de Ribeirão das Neves, MG.

Participaram do estudo: pessoas em privação de liberdade, agentes penitenciários e profissionais de saúde da unidade prisional. Aos grupos propusemos a discussão sobre o que era o direito à saúde, como ele se realizava na unidade prisional e quais os principais determinantes para se concretizar o direito à saúde na unidade. Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG), n. CAAE - 0323.0.203.000-11.

Os dados foram coletados por meio de grupos focais, realizados na própria unidade prisional. A escolha dessa técnica fundamentou-se na sua potencialidade de se explorar e aprofundar os conceitos, interesses, preocupações e percepções comuns e conflituosas que emergem da interação social (Gaskell, 2008): “O grupo focal é um ambiente mais natural e holístico em que os participantes levam em consideração os pontos de vistas dos outros na formulação de suas respostas e comentam suas próprias experiências e as dos outros” (p. 76). Além disso, esse tipo de procedimento metodológico, dada sua natureza interativa (Whistphal e col., 1996; Gatti, 2005; Gaskell, 2008), contribuiu para quebrar o constrangimento próprio do cenário de estudo e, ainda, propiciou um espaço não vigiado para a obtenção dos dados. A formação dos grupos foi feita a partir de um processo de negociação envolvendo a Secretaria de Estado de Defesa Social de Minas Gerais (SEDS/MG) e o diretor geral e os diretores de ressocialização e de segurança do presídio. Foram realizados três grupos focais, assim organizados:

Grupos focais com as pessoas em privação de liberdade – GF1

Em virtude das dificuldades logísticas para se agrupar presos de diferentes pavilhões e de se fazer um convite aberto a todos os detentos, uma vez que o trânsito dos internos obedece a protocolos estabelecidos, foram incluídos na pesquisa os presos que estudam. Esse grupo é pré-formado, mas não selecionado, pela administração do presídio, uma vez que a inscrição na escola é realizada a pedido do detento. A pesquisa se limitou aos presos do ensino fundamental, único nível de escolarização para o qual existem turmas regulares. Foi permitida a entrada em apenas dois pavilhões do presídio, obedecendo às normas e à direção do estabelecimento, o que reduziu as possibilidades de seleção e amostra.

Os encontros foram realizados nas salas de aula, que se localizam dentro do pavilhão, sem a presença de agentes penitenciários, profissionais de saúde, professores ou qualquer outro funcionário do presídio. A utilização desse espaço contou com a autorização previa da SEDS/MG e da direção da escola do presídio. Foram formados dois grupos, um em cada pavilhão, um com oito participantes e outro com onze. A realização do grupo focal foi precedida de um encontro, no qual as pessoas em privação de liberdade foram convidadas a participar e os pesquisadores explicaram os objetivos do estudo e o método a ser utilizado.

Foram realizados quatro encontros, com duração média de uma hora, previamente acordados com os sujeitos, durante os quais foram realizadas dinâmicas e conversações entre os participantes com o objetivo de facilitar a interação entre os participantes e os moderadores. Para iniciar a discussão sobre direito à saúde foi exibido o filme “Um ato de coragem”, de Nick Cassavetes.

Grupo focal com agentes penitenciários – GF2

O recrutamento de agentes penitenciários para a pesquisa não foi uma tarefa fácil, pelo fato de eles não poderem abandonar os postos de trabalho nem continuar no presídio após o término do plantão. Para contornar essa limitação, foram escolhidos os agentes de trânsito interno que têm a responsabilidade de fazer o deslocamento dos detentos entre a cela e as demais dependências da unidade, tarefa

que poderia ser coberta por outros agentes penitenciários, caso necessário. No início houve certa resistência, mas ao final do primeiro encontro, com as explicações dadas, formou-se um grupo com seis agentes penitenciários.

Foram realizados quatro encontros, com duração média de uma hora cada, previamente acordados com os sujeitos, seguindo a mesma metodologia adotada para os grupos focais com as pessoas privadas de liberdade.

Grupo focal com profissionais de saúde – GF3

Os profissionais de saúde foram reunidos nas dependências do Núcleo de Atendimento à Saúde da unidade prisional para a explicação da pesquisa. Em virtude da rotina de trabalho, dividida em plantões, e da dificuldade de se interromper o atendimento aos presos, os grupos foram formados com os profissionais que estavam em escala conjunta de plantão, a cada quinze dias.

Apesar de a literatura recomendar o mínimo de seis participantes (Gatti, 2005), esse grupo foi realizado com cinco integrantes, para não se inviabilizar a pesquisa. Foram realizados dois encontros, com duração média de duas horas. Para o grupo dos profissionais de saúde não foi possível a realização da dinâmica e exibição do filme, uma vez que a cada encontro os atendimentos de saúde eram interrompidos, sendo necessário que o tempo concedido fosse usado apenas para a discussão.

Os grupos foram conduzidos por duas pesquisadoras: uma atuando como moderadora, outra como observadora. A moderadora teve papel de estimular a participação de todos – distribuir a fala para que ninguém a monopolizasse – e promover o debate pontuando os consensos e as divergências entre as falas e colocando em pauta questões suscitadas pela discussão. A observadora auxiliou anotando os comportamentos, expressões, falas e a dinâmica do grupo. Esses papéis foram desempenhados pela primeira e segunda autora deste artigo, respectivamente. Os encontros foram suficientes para obtenção de material necessário para compreensão e saturação das opiniões sobre o problema.

As discussões foram registradas por meio de um gravador digital e, posteriormente, transcritas. Após a transcrição, os discursos de cada grupo focal foram analisados por meio da análise de discurso (Gill,

2008) e triangulados, com intuito de avaliar o objeto desta pesquisa à luz do encontro das percepções dos três atores inseridos na mesma realidade, superando a dicotomia entre o subjetivo e o objetivo (Minayo, 2010). Portanto, os resultados apresentados são as percepções comuns aos três grupos focais.

Resultados e discussão

A saúde e o direito à saúde

As falas dos profissionais de saúde do presídio mostram sintonia com o princípio da integralidade (Buss, 2000; Mattos, 2006; Paim, 2008):

Segundo a Organização Mundial, saúde é o bem-estar físico, mental, social e não só a ausência da doença, né? Então, é tudo engloba o ser humano, completo (GF3)

O mesmo ocorre com as pessoas presas, para as quais a saúde é liberdade: [...] *liberdade pra mim é saúde [...]; respeito pelo outro: [...] começa pelo respeito ao próximo, porque se você falar da saúde, questão de mal tratar, não ter respeito com você, não te ver como um ser humano [...]; trabalho: [...] se eu 'tive trabalhando' lá honestamente, eu 'vô tá' de bem com a vida [...]; e local onde se vive: [...] uma casa, piscina, uma árvore, um canteirozinho de rosas, céu e as andorinhas voando [...](GF1).*

Para os agentes penitenciários, é tudo isso e mais as condições de trabalho:

Você não sabe onde você vai apoiar, onde você vai segurar, aí você se abala. Você não tem suporte suficiente pra tá fazendo qualquer coisa, abala mentalmente [...] todos os acessos aqui 'é' complicado, tanto pra gente quanto pro preso. Você não sabe como fazer nada, você tem dificuldade pra fazer qualquer outra coisa, você não tá seguro de nada que você faz. E acaba abalando mentalmente, fisicamente, você fica nervoso, mas tem que ficar calado em diversas situações. Muitas vezes, não pode dar sua opinião sobre o que 'tá' certo e o que 'tá' errado. E isso vai te abalando, vai desmoronando aos poucos. Até que você chega e basicamente não sabe quem é você mais [...] Aí você vai só abaixando, abaixando, abaixando e fala: 'acabou'. (GF2)

Os entrevistados compreendem a saúde, também, como um direito e assim o definem:

Direito à saúde é quando a pessoa 'tá' passando mal e precisa ser 'atendido'. A pessoa 'tá' precisando, 'tá' passando mal, precisa ser 'atendido'. Se 'ocê' precisa de medicamento, de operação, de atendimento médico, do que precisar, entendeu? (GF1)

Conceito próximo ao formulado por Pinheiro e colaboradores (2010):

[...] o direito à saúde é ter acesso universal aos cuidados em saúde, com recursos necessários para provê-los, sendo oferecidos por serviços de qualidade, nos quais as práticas culturais são consideradas, e a educação e informação sejam meios de sua produção e reprodução social (p. 17).

Essa compreensão é, de acordo com Bodstein (2003), necessária para que o direito à saúde seja prática social inerente à condição humana concretizada no cotidiano da vida das pessoas. Para todos os entrevistados, esse direito está ligado à condição de cidadão:

É o direito que eu tenho como cidadã de ser atendida [...] com um atendimento digno, com qualidade. Porque a pessoa, provavelmente, quando procura um atendimento, ela tá debilitada, né? (GF3)

O direito à saúde está intimamente ligado a uma condição de cidadania ativa, ou seja, “uma constante luta contra qualquer constrangimento que impeça o seu exercício” (Nogueira e Pires, 2004, p. 755), e não pode ser resumido à formalização em leis sem a sua concretização no cotidiano das pessoas. Para os autores é necessário considerar o direito à saúde no plano político como uma instância de luta coletiva para que sejam deslocados do plano meramente formal e não histórico. Segundo Dallari (1988), a efetividade desse direito se dará de acordo com o grau de desenvolvimento socioeconômico e cultural do Estado e conforme a participação dos indivíduos no processo.

A universalidade do direito à saúde: formal ou real?

A efetividade do direito, como estabelecido no ordenamento jurídico brasileiro, é questionada pelos sujeitos desta pesquisa: *A constituição fala também que saúde é um direito de todos, né? Só que na prática esse direito é restrito, né? Muito restrito [...]* (GF3). Eles separam o direito à saúde enquanto norma, expressa em leis, do direito enquanto fenômeno real.

Quando se referem ao direito à saúde como universal referem-se ao que a norma determina; entretanto apontam que sua efetividade e seu usufruto não são para todas as pessoas. Há um paradoxo apresentado entre a norma e a realidade.

Pachukanis (1988) atenta-nos a perceber que a distância entre “Dever Ser” e “Ser” cria uma barreira intransponível para compreensão e a efetivação do direito, uma postura de manutenção do *status quo*. Para ele, o direito que se encerra em uma hierarquia de normas, dentro dos limites da categoria eterna do “Dever Ser”, sem contato com o fenômeno, o “Ser”, nada mais é do que a máscara que encobre as lutas de classe e as relações de poder. Como argumenta Merhy (2012), não é de hoje que no Brasil algumas vidas valem mais que outras e algumas pessoas possuem mais direitos que outras. Segundo esse autor, desde a Constituição de 1988 houve uma reversão da aposta inicial do Sistema Único de Saúde, tanto no sentido organizacional quanto no sentido diretivo, regulatório, avaliativo, financeiro e do próprio processo de cuidado em saúde. Para Merhy, o SUS exerce função suplementar ao setor privado, quando deveria ser o contrário. Assim também descrevem os entrevistados desta pesquisa.

Poucas oportunidades, às vezes a gente vê pelo Sistema Único de Saúde. O atendimento, como é demorado, ‘é’ poucas vagas pra muita gente (GF3)

De um modo geral, todos apontam o descaso do Estado com a política de saúde pública por responder a interesses não prioritários da sociedade, sendo, antes, interesses particulares que deslocam a estruturação dos serviços públicos de saúde para segundo plano:

Eles ‘tá’ preocupado é com a Copa do Mundo no Brasil, é com o campo, não quer saber de saúde, não. Quantos bilhões eles tão dando pro futebol? Não tão preocupando nem com um milhão pra saúde (GF1)

O Estado para Marx e Engels é produto da contradição da sociedade dividida por antagonismos irreconciliáveis entre as classes econômicas, em função das relações de produção, para a qual se faz necessário um poder aparentemente acima e distante dela. Há uma suposta separação entre o interesse público, salvaguardado pelo Estado, do interesse privado próprio da sociedade civil capitalista. Mas,

como o Estado nasce do conflito de interesses das classes, é o interesse da classe economicamente dominante que ele representa, ao mesmo tempo em que é por intermédio dele que essa classe converte-se em politicamente dominante, utilizando dos meios repressivos para exploração da classe oprimida (Mascaro, 2002). O interesse privado se sobrepõe ao interesse público, mas de forma mascarada, pelo direito que se pretende universal: “os direitos concedidos aos cidadãos são regulados de acordo com as posses dos referidos cidadãos, pelo que se evidencia ser o Estado um organismo para proteção dos que possuem contra os que não possuem” (Engels, 1982, p. 137).

A promulgação do direito à saúde no Brasil, fruto de movimentos sociais envolvidos no processo de redemocratização do país e produtores da Reforma Sanitária Brasileira, ocorreu, como explica Campos (2008), concomitantemente ao neoliberalismo, que favoreceu o mercado e o afastamento do Estado dos setores sociais. Para Fleury (2009), nos últimos anos, há um retrocesso na construção de saúde como um valor público: sob orientação neoliberal, a saúde passa a ser um bem de consumo, individualizado, com anuência e promoção do Estado. A classe burguesa avança com incentivos fiscais, transferência de serviços e prestações para o setor privado, corte de gastos públicos nas políticas sociais e consequente atrofia do papel do Estado em efetivar os direitos sociais. O que se vê com o capitalismo avançado é a retirada dos direitos conquistados pelos movimentos de lutas populares, tornando o acesso aos serviços de saúde passível de ser negociado e comprado, limitado a quem possui mais condições financeiras. Para tornar-se cidadão é necessária a integração do indivíduo ao mercado, como consumidor e como produtor (Queiroz, 2006). Essa análise se harmoniza com a fala dos entrevistados:

Hoje em dia, se você tiver dinheiro você tem isso tudo e mais ainda. Agora, se você não tem dinheiro, você não tem nada. Saneamento básico, principalmente, comida, saúde, não tem nada (GF2).

Há uma compreensão, para os sujeitos desta pesquisa, de que a efetivação do direito à saúde na vida das pessoas é intimamente ligada ao aspecto econômico. E essa situação contraditória, de um lado, o direito universal institucionalizado,

de outro, sua negação à população de menor nível socioeconômico, reedita a análise de Marx, para quem a afirmação do direito como universal esconde as diferenças entre explorados e exploradores, a luta de classes presente no capitalismo e, por fim, determina o império da lógica burguesa. O direito jusnatural evolui pela necessidade de se assegurar o funcionamento do sistema por meio de instâncias estabelecidas pelas relações produtivas, configurando o direito como de classe e no interesse da classe exploradora. Sendo assim, o direito universal e igual é formalizado apenas em lei e não em sua concretude, uma vez que no capitalismo o trabalhador e o capitalista, apesar de estarem em conflito, perante o direito são tratados da mesma forma, escondendo as desigualdades materiais (Mascaro, 2002).

E como é para as pessoas em privação de liberdade?

Do mesmo modo que o direito à saúde de todos, o direito à saúde das pessoas em privação de liberdade é percebido por elas próprias enquanto norma que não se concretiza no cotidiano da vida:

Direito a saúde não é deixar a gente aqui, entendeu? O preso aqui tem que procurar saber como que 'tá' a saúde dele, do que ele 'tá' precisando, se não tem gastrite ou ulcera ou aids ou câncer ou um problema de pele. [...] Às vezes a família dele vai lá, marca um médico, entendeu? Às vezes não tem escolta, às vezes alguma coisa que precisava, algum procedimento não dá pra levar o preso e nisso vai ficando. E a saúde, como é que fica? Entendeu? É que eu gostaria, se teria disponibilidade, que o governo se preocupasse mais 'da' nossa saúde. [...] Eu não tenho ninguém pra me ajudar, então eu vou fazer o quê? (GF1).

Essa percepção é compartilhada tanto pelos profissionais de saúde quanto pelos agentes penitenciários que relatam a precariedade dos serviços de saúde dentro da unidade prisional estudada e a falta de atenção aos detentos:

Eles não têm direito a nada aqui, ninguém dá atenção a eles aqui. Eles estão jogados (GF3).

Praticamente não existe. A dentista vem pra bater ponto. Assim, que o aparelho tá quebrado já tem muito tempo. Então não tem. Tem o direito, mas

não tem acesso. Eles vão lá, balangam², balangam. A gente vai, escuta isso todo dia. E fala e fala, e não resolve outra coisa (GF2).

Estudos publicados sobre a saúde das pessoas privadas de liberdade (Menezes, 2002; Sequeira, 2006; Coelho, 2009), bem como os relatórios de entidades ligadas aos direitos humanos (Brasil, 2010b; Mesquita Neto e Alves, 2007; CEJIL, 2007), demonstram que as condições insalubres do cárcere – o confinamento, a superlotação, as precárias condições de higiene, a falta de estrutura adequada e suficiente para o atendimento médico, alimentos de má qualidade e aquém do necessário, ausência de uma política substancial de inserção em atividades laborais, a violência e o abalo emocional – são fatores que aumentam e propiciam infecções. De acordo com Menezes (2002), no Brasil pelo menos 20% da população presa é infectada pelo vírus da aids e da hepatite B, 10% pelo bacilo da sífilis e vírus da hepatite C. Segundo Pedrosa (1997), essa é uma situação que marca a história do sistema penitenciário brasileiro e que revela o descaso das políticas públicas em matéria penal.

Esse descaso, na avaliação dos entrevistados, é justificado pelas funções da prisão, segurança e disciplina:

Primeiro a gente trabalha com segurança. Entre o preso morrer dentro da cela e eu arriscar abrir uma brecha pra ter rebelião dentro do presídio, um pavilhão, infelizmente ele vai morrer dentro da cela. Entendeu? (GF2).

[...] é aquele negócio... direito preso? Preso tem que ter direito a alguma coisa? Preso tem que ter disciplina! (GF3).

Para Foucault (1986) a disciplina como tática de poder se enraizou com o início do sistema de produção capitalista. A sociedade burguesa abriga-se num sistema de direitos formalmente universais e igualitários, sustentado por esses mecanismos de micropoder que constituem as disciplinas, que se apresenta como uma espécie de “contradireito” (Foucault, 1986). A disciplina insere uma relação de subordinação de um indivíduo sobre o outro,

2 A expressão “balangam” se refere à prática adotada pelos detentos de bater na porta da cela quando se faz necessária uma assistência à saúde de urgência.

concentrando “mais-poder” (Foucault, 1986) sempre do mesmo lado, afirmando a desigualdade de posição entre os indivíduos em relação ao regulamento comum, enquanto que os sistemas jurídicos qualificam os sujeitos de direito de acordo com as normas universais.

A pena de prisão assume um caráter de aparelho disciplinar exaustivo em todos os aspectos do indivíduo: treinamento físico do indivíduo, aptidão ao trabalho, comportamento, atitude moral, disposições individuais (Foucault, 1986). Como dizem os agentes: *O sistema, ele é todo manipulado exatamente pra ficar num controle autoritário, totalmente assim, né?* (GF2). Assim, a prisão vai além da privação da liberdade como punição do delito e passa a ter a função de modular a pena, quantificar e graduar o castigo, segundo a obediência às ordens hierárquica do aprisionado (Foucault, 1986).

Ele sabe que ele errou, que tem que ser feito daquela forma, tem que aplicar aquela punição, quase sempre é comunicação, ou COC (Centro de Observação Criminológica) mesmo, fica lá isolado e tudo. Mas a maioria dos problemas nossos não são diretamente ligados a eles, porque aqui a gente dá ordem, tem que cumprir, se ele não cumprir por bem vai cumprir por mal. Mal pra ele, pra gente nem tanto. Mas se precisar a força vai ter que ser usada a força, fazer o quê? (GF2).

O direito à saúde pode ser empregado, quando da reivindicação, como um direito individual privilegiando a liberdade para escolher o tipo de relação que a pessoa terá com o território, o tipo de vida que quer viver, o tipo de tratamento a que será submetida (Dallari, 1988). Mas, como apontam Diuana e colaboradores (2008), aos presos é negada a condição de paciente, uma vez que estão submetidos à ordem: para ter acesso aos serviços de saúde é preciso que os detentos se submetam aos valores hierárquicos e às relações de dívida e gratidão.

E hoje até teve um preso que eu tava atendendo agora e eu achei interessante. Eu perguntei a ele se tinha aqui procedimento que eu posso ajudar. E ele: ‘Não, doutora, é só isso mesmo e tal. Toda vez que eu preciso ‘vim’ aqui no núcleo eles me trazem, eu sempre sou atendido. O meu tratamento tá sendo muito bem feito, eu sou hipertenso, tô recebendo

toda a minha medicação e tal’. Aí eu falei assim: ‘e como é que é? Você?’ Ai, assim, ele falou: ‘eu nunca fui pro COC, eu não tenho problema nenhum com os agentes’. Então, assim, se você consegue ter bom relacionamento eu acho que é mais fácil de você conseguir que o seu direito seja respeitado (GF3).

O acesso aos serviços de saúde também pode ocorrer por meio do pagamento pelos serviços de saúde extramuros: *eu conversei com assistente social e ela ‘falô’ que só se a família tivesse dinheiro lá fora pra pagá lá fora, pra ‘levá’* (GF1). O que, segundo as normas jurídicas, o Estado deveria prover, no caso das pessoas em privação de liberdade passa a ser responsabilidade da família, seja por ela ter condições financeiras para pagar, seja ela usuária que procura e pressiona os serviços públicos de saúde, extramuros e intramuros, aos quais os presos terão acesso.

Na maioria das vezes só tira ‘nóis’ pra atendimento, na maioria das vezes com a família (GF1).

Uma coisa eu já falo: ‘não prometo nada’. Eu chego falo isso: ‘vou tentar resolver’. Porque eu chego aqui em cima, às vezes eu preciso de autorização de coordenador, de um diretor. Aí, beleza, eu consigo aqui, mas não consigo lá fora, aí a gente liga pra família... (GF3).

A presença da família durante a execução penal e a importância de seu papel na sobrevivência dos presos, para garantia do acesso a serviços – jurídicos e de saúde – e denúncia de abusos e punições ilegais foram demonstradas por Guimaraes e colaboradores (2006), em estudo realizado na cidade de Porto Alegre. A família a que se refere é predominantemente composta por mulheres, de baixa condição socioeconômica, estigmatizadas pelos gestores da prisão que as responsabilizam pela criminalidade. Nós também encontramos as profissionais de saúde, mulheres, pejorativamente sendo chamadas de *mães de preso* por tentarem *fazer valer o direito do preso* (GF3).

Se por um lado, é consensual entre os entrevistados, a crítica de não efetivação do princípio de universalidade do SUS, por outro lado, porém – e de forma contraditória – há certa recusa em atribuir este direito ao preso. A percepção de profissionais e de agentes penitenciários é de que o acesso aos serviços de saúde, mesmo que precários, proporcio-

na uma condição de vantagem aos detentos, de ter *mais direito* que os demais sujeitos envolvidos no contexto do sistema penitenciário:

Mas se você for pensar, né? Mesmo assim eu acho que ainda no.. no sistema prisional ainda tem mais direito que quem tá lá fora (GF3).

Mas o direito mesmo quem tem é o preso. Igual ele tem direito a advogado, a escola, essas ‘coisa toda’. Então, quem tem direito mesmo é o preso (GF2).

O entendimento por profissionais de saúde e agentes penitenciários do acesso aos serviços de saúde como vantagem dada ao preso tem relação com a insatisfação com as precárias condições de trabalho a que estão submetidos, compreendidas como ausência de direito, provocando, por consequência, uma atitude de negação desse suposto *mais direito* do outro:

É ruim, porque vai falar de profissional, de colegas de serviço, né? Mas às vezes se a colega não tiver bem pra trabalhar, ela esbarra nisso. Nega o direito que o outro tem porque eu não tô tendo (GF3).

É porque, querendo ou não, eles ‘é’ albergado, eles vêm todo dia na cadeia. Então, querendo ou não, eles pagam cadeia também, e é trabalhar definitivo. [...] O salário é baixo, né? Corre risco de vida desde os familiares deles. Mil e oitocentos reais, isso é dinheiro pra ter uma responsabilidade grande dessa? (GF1).

As condições de trabalho - vínculos precarizados, baixos salários, falta de atendimento à saúde física e mental, violência institucional - a que estão submetidos tanto os profissionais de saúde quanto os agentes penitenciários da unidade prisional pesquisada, foram objetos de estudo em outros Estados. Essas pesquisas indicam existir relação forte entre tais condições e o comprometimento da saúde física e mental dos trabalhadores, bem como com o comportamento agressivo em relação às pessoas presas (Fernandes e col., 2002; Diuana e col., 2008).

Há, muitas vezes, na recusa ao direito à saúde do preso um julgamento moral: *criminoso* (GF3). Se o crime é algo que traz dano moral à sociedade, o criminoso passa a ser o “inimigo social” (Foucault,

2003); aquele que rompeu com um pacto que, em tese, havia estabelecido e, portanto, não pode ser tratado da mesma maneira que outras pessoas cujos comportamentos não ferem o moralmente concebido como conduta correta:

65 anos. Sabe aquele homem assim conservador, de valores conservados, preservados? Ele tá aqui no fim do mundo, mas ele tava com cabeça baixa, humilde, nem gostava muito de falar. Graças ao Senhor ele já saiu, né? Justiça foi feita! Mas, ai, eu vou tratar esse senhor de 65 anos igual ao que, desde 11 anos, como eu atendi semana passada: ‘eu roubo desde 11 anos, então nunca gostei de trabalhar não, doutora, eu roubo desde os 11’. Não, não posso tratar da mesma maneira (GF3).

O julgamento moral como um elemento discriminador que dificulta o acesso aos serviços de saúde é confirmado e denunciado pelos presos. Entretanto, a recusa ao direito é reproduzida por eles quando se referem aos detentos que estão no “seguro” - pavilhão segregado para pessoas que cumprem pena de prisão por estupro, não pagamento de pensão alimentícia, entre outros, e os presos que delatam outros à direção do presídio. A expressão *mais direito* é também utilizada por detentos quando se remetem à concretização do direito à saúde para os presos do seguro. Há um julgamento moral de que crimes como os descritos acima são típicos de *pessoas sem caráter* (GF1), e que a punição a eles deveria ser mais severa, sugerindo pena de morte, execução: *A lei tinha que ser mais severa, tanto no crime de estupro quanto nos duzentão*³ (GF1).

O direito à saúde em seus aspectos sociais privilegiava a igualdade, sendo as limitações aos comportamentos humanos estabelecidas para que todos usufruam igualmente das vantagens da vida em sociedade e dos cuidados em saúde (Dallari, 1988). A igualdade formal, assim como a universalidade, para Pachukanis (1988) é, além de uma dissimulação da exploração capitalista, um princípio realmente atuante e incorporado pela sociedade burguesa como um princípio moral e de transformação das relações humanas em relações jurídicas. Consequentemente,

3 O termo “duzentão” é utilizado quando se deseja fazer referência aos crimes inseridos no Título VI - dos crimes contra a dignidade sexual - do Código Penal Brasileiro, Decreto-Lei n° 2.848, de 7 de dezembro de 1940.

se se reconhecer o outro como igual é imprescindível para o reconhecimento do direito, o julgamento moral sobre o comportamento de uma pessoa que quebra o pacto social a discrimina e impede o reconhecimento de que o direito à saúde seja efetivado de maneira igual. A quem possui uma conduta que fere o que é moralmente correto deve-se destinar menor atenção, menor acesso aos serviços de saúde, provocando o que chamamos de dupla penalização. Ela é entendida como o conjunto do isolamento da pena de prisão, oriunda do julgamento jurídico próprio do processo penal, e da constante violação de direitos a que uma pessoa em privação de liberdade é submetida, procedente do julgamento moral sob o comportamento do preso durante a execução da pena.

Considerações finais

A saúde para os sujeitos desta pesquisa - pessoas presas, agentes penitenciários e profissionais de saúde - não se limita à ausência de doenças, físicas ou mentais, sendo o processo saúde-doença determinado por outras condições de vida como liberdade, família, respeito ao próximo, trabalho. Para eles, saúde é um direito cuja efetividade dar-se-ia pela garantia do acesso integral e com qualidade aos serviços de saúde, e está restrito à parcela da população que pode pagar por tais serviços. Dessa forma, o direito universal à saúde é questionado enquanto fenômeno real, apesar de ser garantido enquanto norma jurídica.

A pesquisa revela o descaso do Estado com os detentos, submetendo-os a condições desumanas e insalubres, o que aumenta a sua vulnerabilidade às doenças. As relações estabelecidas são de violência nas quais indivíduos vulneráveis - como o são as pessoas presas - veem-se constrangidos às posições de submissão a uma ordem disciplinar hierárquica para ter acesso aos serviços de saúde. Além disso, há um constante julgamento moral sobre o comportamento do preso, quando da operacionalização de seu acesso às ações de saúde, culminando muitas vezes na não efetivação desse acesso. As precárias condições de trabalho apontam também para a não realização dos direitos dos trabalhadores inseridos no contexto carcerário - profissionais de saúde e

os agentes penitenciários -, o que acarreta, muitas vezes, ressentimentos e recusa em atribuir o direito à saúde à pessoa presa.

O campo de produção de conhecimento e do cuidado em saúde, desde o início da Reforma Sanitária até os dias de hoje, postula sujeitos de vontade, desejos e conhecimentos produtores de modos de vida, de significados e sentidos (Merhy, 2012), protagonistas da construção tanto de práticas de saúde no dia a dia de suas vidas, quanto de serviços e ações de saúde que possibilitem alcançar um patamar de produção e reprodução da vida (Reis e col., 2004) que lhes seja satisfatória. Ou seja, a partir da luta pela Reforma Sanitária, a saúde foi compreendida como uma prática de libertação das relações de opressão e de constante construção da cidadania (Reis, e col., 2004; Carvalho, 2009).

Em uma situação de encarceramento, que objetiva as pessoas e as coloca em relações de opressão hierarquizadas, desumanas e embrutecedoras, aprisiona-se também a dimensão da saúde construída pela Reforma Sanitária Brasileira. É preciso atentar-nos para o fato de que a lógica de encarceramento está, quase sempre, destinada a um mesmo público: jovens, pobres, afrodescendentes, envolvidos em atos de viés econômico, que historicamente vivem um processo de marginalização e exclusão social (Lopes e col., 2008). Reforça esta percepção o perfil da população brasileira presa: 55% dos membros são jovens de 18 a 29 anos, 46% têm até o ensino fundamental completo, 60% são afrodescendentes, 38% foram presos por crimes contra o patrimônio e 19% por envolvimento com entorpecentes, segundo os dados do Departamento Penitenciário Nacional (Brasil, 2012).

Enquanto o direito universal à saúde como prática de democratização do Estado, da saúde, da sociedade e da cultura (Paim, 2008) não se concretiza para as pessoas em privação de liberdade, a pena de prisão é um fenômeno real que materializa o contradireito (Foucault, 1986), contraditoriamente sustentado pelo direito penal. Ainda que leis nacionais postulem que a pena de prisão apenas pode privar a pessoa de sua liberdade, não de outros direitos, como o da saúde, e que é dever do Estado prover tais direitos, admitindo também uma possibilidade de caráter reformatório da prisão, o que se vê

na materialidade é que a pena de prisão assume um caráter cruel, violento e de reprodução da violência institucional contra as pessoas presas e contra os profissionais ali inseridos.

A partir desta pesquisa, concluímos que a efetivação do direito à saúde das pessoas em privação de liberdade vai além da garantia de acesso às ações e aos serviços públicos e estatais de saúde. A efetivação desse direito requer o rompimento com a lógica punitiva de encarceramento da sociedade disciplinar, assim como o fez a luta antimanicomial. Esse rompimento pressupõe, como vêm discutindo os criminologistas, o deslocamento de eixo tanto do espaço quanto do modelo de solução dos conflitos, do Estado para comunidade, promovendo laços de solidariedade e o controle local (Zaffaroni, 1991). Alinhar a construção da política do cuidado em saúde das pessoas em privação de liberdade a essa nova perspectiva é estritamente necessário para a construção de um direito à saúde que vá além da formalidade e de um sistema único de saúde que seja concretamente universal, integral, equitativo e capaz de envolver o conjunto de sujeitos participantes do processo de produção da saúde.

Contribuição dos autores

Martins, E. foi responsável pela concepção e realização do projeto, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual. Martins, L. foi responsável pela realização do projeto. Silveira fez a revisão crítica relevante do conteúdo intelectual. Melo foi responsável pela concepção do projeto e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual.

Referências

- ASSIS, R. D. A realidade atual do sistema penitenciário brasileiro. *Revista CEJ*, Brasília, DF, v. 11, n. 39, p. 74-78, 2007.
- BODSTEIN, R. C. Democracia e cidadania: notas para um debate sobre o direito à saúde. *Ciências & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 19-32, 2003.
- BORGES NETTO, A. L.; SILVA, A. S. Os policiais civis e a custódia de presos. *Jus Navigandi*, Teresina, v. 12, n. 1469, jul. 2007. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/10134>>. Acesso em: 6 jun. 2014.
- BRASIL. Ministério da Justiça. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 13 jul. 1984. Seção 1, p. 10227.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 7 out. 2013.
- BRASIL. Câmara dos Deputados. *Relatório da II Caravana Nacional Direitos Humanos: uma amostra da realidade prisional brasileira*. Brasília, DF, 2000. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/dados/caravanas/br/iicaravana.html>>. Acesso em: 7 out. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Portaria Interministerial nº 1.777, de 9 de setembro de 2003. Institui o Plano Nacional Saúde no Sistema Penitenciário. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 11 set. 2003. Seção 1, p. 39-43.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Legislação em saúde no sistema penitenciário*. Brasília, DF, 2010.
- BRASIL. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. *Relatório estatístico/análíticos do Sistema Nacional de Informação Penitenciária - Infopen*. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/main.asp?View=%7BD574E9CE-3C7D-437A-A5B6-22166AD2E896%7D&Team=¶ms=itemID=%7BD82B764A-E854-4DC2-A018-450DoD1009C7%7D;&UIPartUID=%7B2868BA3C-1C72-4347-BE11-A26F70F4CB26%7D>>. Acesso em: 5 jun. 2014.
- BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

- CAMPOS, G. W. S. SUS depois de vinte anos: reflexões sobre o direito à atenção à saúde. *Boletim do Instituto de Saúde*, São Paulo, p. 36-38, out. 2008. Número especial.
- CARVALHO, S. R. Reflexões sobre o tema cidadania e a produção de subjetividade no SUS. In: CARVALHO, S. R.; BARROS, M. E.; FERRIGATO, S. (Org.). *Conexões: saúde coletiva e políticas de subjetividade*. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 23-41.
- CEJIL - CENTRO PELA JUSTIÇA E PELO DIREITO INTERNACIONAL. *Relatório sobre as mulheres encarceradas no Brasil*. Natal, 2007. Disponível em: <http://asbrad.com.br/conte%C3%BAdo/relat%C3%B3rio_oea.pdf>. Acesso em: 7 out. 2013.
- COELHO, H. C. et al. Soroprevalência da infecção pelo vírus da hepatite B em uma prisão brasileira. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 124-131, 2009.
- CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. *Mutirão carcerário do Estado de Minas Gerais*: relatório geral, 2010. Belo Horizonte, 2010. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/images/programas/mutirao-carcerario/relatorios/minasgerais.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2014.
- DALLARI, S. G. O direito à saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 57-63, 1988.
- DIUANA, V. et al. Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1887-1896, 2008.
- FERNANDES, R. C. P. et al. Trabalho e cárcere: um estudo com os agentes penitenciários da Região Metropolitana de Salvador, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 807-816, 2002.
- FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 743-752, 2009.
- FOUCAULT, M. *A verdade e as formas jurídicas*. Rio de Janeiro: Nau, 2003.
- FOUCAULT, M. *Vigiar e punir*: nascimento da prisão. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1986.
- GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Ed.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som*. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 64-89.
- GATTI, B. A. *Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas*. Brasília, DF: Liber Livro, 2005.
- GILL, R. Análise de discurso. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Ed.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som*. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 244-270.
- GUIMARÃES, C. F. et al. Homens apenados mulheres presas: estudos sobre mulheres de presos. *Psicologia & Sociedade*, Porto Alegre, v. 18, n. 3, p. 48-54, 2006.
- LOPES, R. E. et al. Juventude pobre, violência e cidadania. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 63-76, 2008.
- ENGELS, F. A origem da família, da propriedade privada e do Estado. In: MARX, K.; ENGELS, F. *Obras escolhidas*. São Paulo: Alfa-Omega, 1982. v. 3. p. 7-143.
- MASCARO, A. L. *Introdução à filosofia do direito: dos modernos aos contemporâneos*. São Paulo: Atlas, 2002.
- MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, 2006. p. 48-54.
- MENEZES, R. P. O. Projeto de implantação do controle da tuberculose nas instituições penais do Município de Salvador/BA. *Boletim de Pneumologia Sanitária*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 35-40, 2002.
- MERHY, E. Saúde e direitos: tensões de um SUS em disputa e molecularidades. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 267-279, 2012.
- MESQUITA NETO, P.; ALVES, R. *Relatório nacional sobre os direitos humanos no Brasil*. São Paulo: Universidade de São Paulo, Núcleo de Estudos da Violência, 2007. Disponível em: <<http://www.nevusp.org/downloads/downo99.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2014.

- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa*. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- NOGUEIRA, V. M. R.; PIRES, D. E. P. Direito à saúde: um convite à reflexão. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 753-760, 2004.
- PACHUKANIS, E. *Teoria geral do direito e marxismo*. São Paulo: Acadêmica, 1988.
- PAIM, J. S. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- PEDROSO, R. C. Utopias penitenciárias projetos jurídicos e realidade carcerária no Brasil. *Revista de História*, São Paulo, v. 136, p. 121-137, jan./jun. 1997.
- PINHEIRO, R. et al. Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade?: algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: UERJ, Cepesc: Abrasco, 2010.
- QUEIROZ, R. Direitos humanos e saúde. *Saúde e Direitos Humanos*, Brasília, DF, v. 3, n. 3. p. 45-50, 2006.
- REIS, A. O. A. et al. A humanização da saúde como instância libertadora. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 36-43, 2004.
- SEQUEIRA, V. C. Uma vida não vale nada: prisão e abandono político-social. *Psicologia Ciência e Profissão*, Brasília, DF, v. 26, n. 4, p. 660-671, 2006.
- WALMSLEY, R. *World prison population list*. 8th. ed. London: King's College London, International Center for Prison Studies, 2009. Disponível em: <http://www.apcca.org/uploads/8th_Edition_2009.pdf>. Acesso em: 15 maio 2014.
- WESTPHAL, M. F. et al. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, DC, v. 120, n. 60, p. 472-482, 1996.
- ZAFFARONI, R. E. *Em busca das penas perdidas: a perda da legitimidade do sistema penal*. Rio de Janeiro: Revan, 1991.

Recebido: 15/03/2013
 Reapresentado: 20/09/2013
 Aprovado: 25/11/2013