

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL

NATÁLIA OSÓRIO SILVEIRA

A TRAJETÓRIA DA SAÚDE PRISIONAL NO BRASIL

Porto Alegre

2015

NATÁLIA OSÓRIO SILVEIRA

A TRAJETÓRIA DA SAÚDE PRISIONAL NO BRASIL

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública.

Prof. Dra. Andréa Fachel Leal

Porto Alegre

2015

RESUMO

O presente trabalho apresenta o cenário de surgimento da legislação em saúde prisional trazendo toda a trajetória das normativas existentes no Brasil, apontando sua evolução e trazendo o referencial teórico para o embasamento das leis e mostrando como vem ocorrendo essa evolução na prática. O texto demonstra como eram as normativas antes da legislação específica e como foi se concretizando ao longo do tempo, desde antes da Lei de Execução Penal até a atual Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional. Também explana as dificuldades da efetivação das normativas.

Palavras-chave: Saúde prisional. Saúde carcerária. Legislação.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	4
2	REVISÃO DE LITERATURA	6
2.1	CONDIÇÕES CARCERÁRIAS AO LONGO DA HISTÓRIA.....	6
2.2	A SAÚDE COMO DIREITO UNIVERSAL	8
2.3	SAÚDE PRISIONAL ANTES DAS LEGISLAÇÕES ESPECÍFICAS.....	11
3	METODOLOGIA.....	13
4	RESULTADOS	15
5	CONCLUSÕES E SUGESTÕES.....	27
	REFERÊNCIAS	29

1 INTRODUÇÃO

As condições de vida da população carcerária têm sido pouco discutidas na sociedade e na mídia. Longe de ser uma instituição de “recuperação”, o cárcere é, cada vez mais, o espaço de humilhação, da tortura, da violação dos direitos humanos e do adoecimento. O sistema carcerário brasileiro se mostrou totalmente ineficiente para a reinserção dos apenados na sociedade. O estigma da prisão faz uma segunda exclusão dos já excluídos. A superlotação, aliada à falta de condições mínimas, têm agravado a situação de vida dessa população, dificultando o acesso à assistência integral à saúde, em total descumprimento da lei de execução penal. Tal situação condena as pessoas presas a um aumento da pena, que se torna tortura psicológica com o sofrimento psíquico acarretado por essas condições sub-humanas as quais os detentos são submetidos.

De acordo com Damas (2012, p.6), as unidades prisionais deveriam proporcionar um espaço para a saúde, psicossocial e pedagógico, conforme direitos previstos em Leis. No contexto da Saúde Coletiva, isso implica dizer que as unidades de saúde prisional foram concebidas aos moldes de uma Estratégia de Saúde da Família, que deveriam ter o intuito de contemplar de forma ampla e integral a saúde da população carcerária brasileira. Kolling define o direito à saúde como:

Objeto de constante análise e, a cada momento, visualiza-se a necessidade de enfrentar diferentes interfaces desse direito fundamental. A complexidade inerente ao sistema social, e, por conseguinte, ao da saúde também, demandamos romper com a classificação de cidadãos de primeira e segunda classe. (KOLLING, 2014, p.1).

No entanto é possível observar que, desde as primeiras falas sobre a saúde e os direitos dessa população, até a atual Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), há uma trajetória cheia de percalços, que ainda necessita de ajustes, que podem colocar em cheque a efetividade desta Política. A PNAISP, como política pública, foi construída para superar os danos causados ao longo dos anos no sistema carcerário brasileiro. Para que sejam possíveis ajustes nessa questão, se faz necessária a avaliação dessa trajetória, para entendermos melhor o por quê das dificuldades de efetivação da Política.

Diante dessas questões, o objetivo deste trabalho é apresentar o cenário de emergência da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), traçando um comparativo de como se dava a saúde prisional antes e após as portarias e as políticas específicas, contextualizando com referencial, se há ou não dificuldade de implementação da mesma e por que.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Foi realizada uma busca da literatura, incluindo teses, dissertações, artigos e capítulos de livros sobre o tema Saúde Prisional. A busca permitiu que se observasse os seguintes temas relacionados: condições carcerárias ao longo da história, saúde como direito universal e saúde prisional antes das legislações específicas. Entender as condições carcerárias ao longo da história é pertinente para que haja uma compreensão sobre como se deu o processo de efetivação dos direitos aos apenados. Falar sobre saúde como um direito universal é de extrema importância para a temática do trabalho. Por fim, o tema das condições carcerárias ao longo do tempo surge em vários trabalhos e artigos e é pertinente para a contextualização do trabalho.

2.1 CONDIÇÕES CARCERÁRIAS AO LONGO DA HISTÓRIA

As condições das prisões, tanto em âmbito mundial como em âmbito nacional ao longo dos anos, foram de extrema importância para a construção do conceito de Saúde Prisional. Levando-se em conta que as condições estruturais das cadeias são parte indissociável para a saúde do cidadão privado de liberdade, podemos verificar que entender sobre as condições carcerárias e o tratamento de presos é essencial para a criação das legislações específicas. A compreensão de tais condições também é fundamental para a promoção de necessárias mudanças e para as efetivações de tais mudanças.

Antes do século XVI, não havia penas específicas para a população prisional em todo o mundo. Sem penas específicas, eram aplicadas torturas e mutilações. De acordo com Engbruch e Di Santis (2012), a forma de pena conhecida nos dias de hoje datam da reforma do Direito Penal, sendo baseadas em conceitos posteriores ao séc. XVI. Não existem relatos da utilização da privação de liberdade como pena antes deste século, e sim da utilização desta como uma forma de garantir que não houvesse fuga da pessoa condenada de qualquer posterior conduta, que seria, provavelmente, um castigo corporal. Os preceitos para a condenação de pessoas que cometiam crimes foram, durante mais ou menos 200 anos, regidos pelo dito “Livro V das ordenações

Filipinas” o qual, segundo Massola (2010), é considerado o “Diploma penal” que esteve em atuação por um maior período de tempo no Brasil, sendo seu início em 1603 e seu término, com o advento do Código Criminal do Império, em 1830. Neste contexto, os locais para o cumprimento das penas eram túneis subterrâneos ou calabouços, locais insalubres, conservados apenas com o intuito de isolar os presos, sem dar-lhes nenhuma condições, já que era prevista a ele uma pena de morte ou a sua mutilação.

No fim do século XVIII temos a criação do Código Criminal do Império, falando especificamente em Brasil, que traz o novo conceito de pena, transformando-o em sinônimo de reclusão e sugerindo o tratamento disciplinar com a substituição do castigo pela idealização dos presídios e normas para a construção de casas penitenciárias. Mesmo com as novas concepções acerca do tema, as condições físicas não tiveram as mesmas mudanças, pois as penitenciárias ainda tinham condições desumanas que não colaboravam em nada com a intenção de ressocialização dos seus apenados. Sendo assim, “[...] não possuíam quaisquer princípios de normas penitenciárias; em que a promiscuidade e a falta de higiene eram componentes do sistema punitivo, e também não havia preocupação com as medidas reeducativo-penais.” (OLIVEIRA, [2006], p.1).

Neste contexto, podemos verificar que pouca evolução houve pelos próximos anos, até o início do século XIX, onde tivemos uma melhora nas condições das prisões com a reformulação das propostas de ressocialização dos criminosos.

Já nessa época, houve a mudança definitiva na pena. No país abandona-se a pena de morte e passa a haver enfoque na privação de liberdade para que seja possível uma reeducação dos criminosos. Com a extinção das penas de morte, há um “acúmulo” de infratores nas prisões, as quais não dispunham de condições adequadas para a ressocialização dos mesmos, já que os espaços ficam pequenos, e não possuem a infraestrutura adequada. Tal situação contribui para a falta de higiene, aumento da violência, inclusive sexual, e agrava-se a situação epidemiológica de doenças infectocontagiosas na medida em que o processo de transmissão de doenças é ampliado nestas condições.

Houve um avanço considerável com a Nova Constituição de 1988 e com a Lei de Execução Penal. A partir daí, tivemos os primeiros passos para a construção da ideia de Saúde Prisional em si, com a afirmação na Constituição Federal de que a saúde é

um direito de todos e com a exposição dos direitos e deveres na Lei de Execução Penal.

Embora haja um consenso geral de que tivemos melhoras nas condições carcerárias, é importante salientar que as medidas adotadas para esse avanço ainda estão em um processo lento de mudança, pois a teoria está muito longe das práticas adotadas pelo Estado, que tem um grande desafio pela frente com a superlotação das prisões.

Para Ribeiro e Silva,

As prisões estão com um número grande de detentos. Mesmo com todos os esforços ainda não se conseguiu diminuir o problema, uma vez que o número de presos hoje é superior à capacidade dos estabelecimentos penais. Muitos dormem no chão das celas, ou até mesmo no banheiro. Já nos estabelecimentos mais populosos, os presos chegam a dormir amarrados nas grades ou em redes. (RIBEIRO; SILVA, [2013], p.4).

2.2 A SAÚDE COMO DIREITO UNIVERSAL

Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe, 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 em circunstâncias fora de seu controle [...]. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

Para Lopes (2011, p.22), o Instituto dos Direitos Humanos influenciou positivamente sobre a maneira de concepção e os resultados da utilização da pena no intuito de se controlar o fenômeno criminal desde suas primeiras manifestações.

A Declaração Universal Dos Direitos Humanos deveria ser a norteadora de todas as atuações sociais, porém nem todos os seus artigos são seguidos à risca. O direito à saúde e bem-estar é sabidamente o mais negligenciado, sendo disponível para uma parcela pequena da população. Mesmo não fazendo distinção de raça nem de situação, no que tange a prisão, há um vácuo na efetivação desse direito. De acordo com Ventura (2011, p.89) o reconhecimento desses direitos pela comunidade internacional decorre de uma exigência moral inscrita na máxima do respeito universal devido a todos os seres humanos. Milanez (2004) defende que o direito à saúde deve ser respeitado, protegido e implementado pelo Estado. Neste contexto, o respeito incluiria a não

intervenção na vida do indivíduo com a intuição de diminuir a sua saúde. Por protegido, entende-se que o Estado deve prover essa saúde e na implementação, facilitá-lo.

A saúde é entendida como necessidade humana básica há milhões de anos, desde que as doenças foram descobertas e o conceito de bem estar se tornou sabido. Para Capitani (2012),

Para se proporcionar o direito à saúde é preciso, além de evitar doenças e prolongar a vida (caráter e curativo), também assegurar meios e situações que ampliem a qualidade de vida, ou seja, é importante aumentar a capacidade de autonomia e o padrão de bem estar que, por sua vez, são valores socialmente definidos e importam em valores e escolhas. (CAPITANI, 2012, p.51).

O direito à saúde como o direito humano é considerado mais do que legal e de nível jurídico, pois ultrapassa essa área e é visto como um direito moral e ético, sendo dever do Estado e dos indivíduos, não só como cidadãos, mas como seres humanos, garanti-lo e, mais do que isso, não interferir no seu andamento. Entretanto, historicamente há uma dificuldade na efetivação desse direito, pois este está atrelado a outros direitos, sendo intersetorial.

Entretanto, na revisão da história do direito à saúde, temos os primeiros registros sobre nos anos 70 onde, pela primeira vez, se começou a falar na saúde como um direito universal. Fortes (2004, p.31) relata que a reflexão sobre a humanização na saúde começa pelos direitos hospitalares dos pacientes, onde o primeiro registro oficial se dá por um documento apresentado pelo Hospital Mont Sinai, em Boston/ USA, em 1972. Documento esse que foi considerado o primeiro registro oficial sobre o direito dos pacientes. Durante os anos 70, a evolução quanto ao assunto “saúde como direito universal”, foi mundialmente discutida atrás da Declaração da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Tal declaração enfatiza que a saúde, além de direito humano fundamental, deve ser a meta social mundial mais buscada.

Já em 1979, a Comunidade Europeia firma compromisso com o direito dos pacientes na “Carta do Doente Usuário de Hospital”, onde se tem:

Para além da regulamentação aplicada pelos estabelecimentos de saúde, devem zelar pelo respeito dos direitos do homem e do cidadão reconhecidos universalmente, e dos seguintes princípios gerais: não discriminação, respeito da pessoa, da sua liberdade individual, da sua vida privada e da sua autonomia. Também, as instituições e os profissionais devem zelar pela boa aplicação das regras de deontologia profissional. Enfim, devem assegurar que os doentes

tenham a possibilidade de fazer valer os seus direitos e afirmar a sua primazia como pessoa. (PORTUGUAL, [1979], p.2).

A partir de então, já na década de 80, temos uma reafirmação do compromisso da comunidade europeia com esta Carta, fazendo dela uma diretriz e sendo assim, fortalecendo o reconhecimento dos direitos dos usuários dos serviços em saúde.

Enquanto isso no Brasil, durante os anos 70 e 80, Luz (1991) relata que havia grandes movimentos sociais, junto com os pedidos de fim do regime militar, que se organizavam em torno de uma reflexão sobre saúde e política de saúde, tendo como principal motivação a crise na saúde, a qual se atrelava ao regime. A partir do fim do regime, começam então, as reorganizações dos movimentos para a evolução das políticas públicas e sociais que estavam por vir. Os movimentos sociais dessa época eram não só da população em geral, mas também das classes trabalhadoras da saúde, que lutavam pela socialização geral da mesma. Quando, enfim, no final dos anos 80 a nova Constituição é revogada, temos, finalmente, a afirmação legal, com o direito à saúde como um direito civil. A partir de então, foram aprimorando-se os preceitos de saúde como direito universal. Nas décadas de 80 e 90 ainda era para a maioria negligenciada, pois era tangível apenas para a população economicamente ativa, criando-se um problema que vai de encontro com a população prisional, que não é trabalhadora (assim como aposentados por invalidez) e, portanto, ainda estava longe de ter o direito garantido.

Nos anos 90, tem-se a criação do SUS, que vem com o intuito de diminuir ainda mais as diferenças na prestação de serviços em saúde. Para Cruz ([2007]), o SUS, que veio de uma longa e dura luta das massas, voltado para as massas, independe de cor, raça ou situação social em que se encontre. O SUS provém da Lei 8.080 e nela também está firmado o compromisso de saúde como um direito universal de todas as populações que deve ser fornecido pelo Estado.

Podemos inferir que houve um avanço no que diz respeito ao conceito de saúde como direito e ao seu acesso, porém, faz-se necessário a ampliação desse direito no sentido de mudanças sociais que ajudem a impulsionar as políticas públicas para o encontro das populações menos favorecidas e mais necessitadas do direito à saúde.

2.3 SAÚDE PRISIONAL ANTES DAS LEGISLAÇÕES ESPECÍFICAS

Anteriormente às legislações específicas sobre o tema, saúde prisional não existia, pois o único objetivo das prisões era punir e penalizar o prisioneiro, sendo assim as condições humilhantes e degradantes eram exaltadas. A privação de liberdade foi consolidada como substituta das penas de violência, porém ela tornou-se igual ou pior do que as mutilações, visto que as condições de reclusão foram e são as piores na maioria dos sistemas penitenciários. O governo não se preocupava com tal situação e os carcereiros tão pouco. As condições de higiene eram insalubres e, portanto, como expõem Valois (2003):

[...] diante do quadro que se tem, das péssimas condições das cadeias, situação aceita e normal naquela época, difícil imaginar que a saúde do preso ocupasse o precioso tempo dos governantes, ou mesmo dos carcereiros, geralmente, como hoje, insuficientemente remunerados. (VALOIS, 2003, p.3).

As ações em saúde eram competência do Ministério da Justiça, exclusivamente, o que dava margem para a negligência assistida, disfarçada pelas precárias condições de trabalho dos próprios agentes e de estruturas, sendo essas “desculpas” para o não desenvolvimento de ações capazes de dar a devida assistência.

Com o aumento no número de presos e a conseqüente superlotação das cadeias, houve um aumento da violência física e sexual que se tornaram constantes no meio prisional, dando margem para o aumento de DST e HIV e sendo o principal motivo de internações por fraturas e outros. Nesse contexto, Capitani (2012) diz que:

[...] além da ampliação das dificuldades já existentes, houve a expansão do narcotráfico e o aumento significativo da população carcerária e os estabelecimentos prisionais brasileiros passaram a ser dominados por facções criminosas. (CAPITANI, 2012, p.49).

Sendo assim, os cuidados passaram a ser voltados para a área hospitalar. Porém, não havia uma regra estabelecida e cada Estado prestava a assistência prisional da forma que lhe era conveniente, utilizando-se inclusive de internações e Santas Casas de Misericórdia. Neste contexto, Assis (2007) revela a dificuldade de acesso dos detentos a esses serviços de saúde que, por serem fora da prisão, demandam de escoltas para sua remoção, o que nem sempre era possível devido à baixa na efetividade de trabalhadores penitenciários.

Com o surgimento da epidemia de tuberculose e já nos anos 80 de HIV e hepatites, ficou evidente a necessidade de cuidados melhores para a população, entretanto os cuidados não eram preventivos, mas sim focados na redução de danos e sem continuidade, sem existência da promoção de saúde. Após o advento do SUS, as condições de saúde da população privada de liberdade deveriam mudar, porém pouca evolução houve, já que a interpretação da política do SUS depende de cada governante. Assim, não houve melhora na atuação da atenção básica voltada para a prisão. O SUS deveria ser universal e, portanto, disponível para toda a população independente de sua condição, porém não foi suficiente para atingir os direitos da população prisional, deixando a desejar.

Com a crescente epidemia de HIV/AIDS, fez-se necessária uma adequação do sistema de atendimento, com uma atuação voltada para a prevenção dessas e outras DST's. Entretanto, tal adequação foi imposta por se tratar de doenças virais que podem entrar e sair do presídio, disseminando-se. Conforme Queiroz et. al (2014) isto constitui um problema de saúde pública em potencial, uma vez que o sistema penal pode funcionar como um "concentrador" destas infecções e, portanto, como um foco de dispersão para a população em geral. De acordo com Barraca (2004) a SIDA é a principal causa de morte nas prisões brasileiras, seguida da Hepatite C. Porém tais infecções são preveníveis com promoção de saúde. A partir do aumento do número de infecções pelo HIV e Hepatites, então, a preocupação do governo com a prevenção de tais doenças foi aumentando, porém não houve uma política específica até meados dos anos 90.

3 METODOLOGIA

A análise enfocou nas mudanças na Saúde no Sistema Prisional ao longo dos anos, bem como apresentou a trajetória e avanços na área, apresentando alguns resultados obtidos nos seus primeiros anos de existência, considerando o desafio de concretização da Política de se constituir efetivamente. A concretização desta Política somente é possível com a união do Estado, tanto como Ministério da Saúde, quanto da Justiça e da sociedade enquanto agentes construtores da cidadania.

Foram buscados documentos públicos como Leis, Portarias e relatórios, que verssem sobre a saúde das pessoas privadas de liberdade ou no sistema prisional no país. Tais documentos foram buscados em sites oficiais do Estado. A busca foi feita através da Internet, nos sites do Ministério da Saúde, do Ministério da Justiça, da Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde – BVS MS, da Saúde Legis – Sistema de Legislação da Saúde, Portal de Legislação do Senado Federal e Diário Oficial da União.

Em uma busca no site SisLegis, foram pesquisadas legislações que constassem as palavras: “saúde prisional”, “saúde- prisões”, “saúde- carcerários”, “saúde presos” e “saúde privados de liberdade”. Foram encontrados apenas sete atos normativos referentes ao período de 1984 a 2011: a Portaria Interministerial 628 que foi substituída pela Portaria Interministerial 1.777. Ambas falam sobre a criação do Plano Nacional de Saúde Prisional (criado em 2003 e revogado pela 1.777); a portaria nº2.802, de 2011, que publicou a relação de Estados e Municípios que aderiram ao Plano Nacional de Saúde no Sistema prisional; a portaria nº482, de abril de 2014, que institui a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional; e a resolução nº 4, de julho de 2014, que aprova as diretrizes básicas para implementação da PNAISP. Usando os mesmo descritores nos outros sites foi possível identificar as demais portarias e resoluções apresentadas nos resultados. No site do Ministério da Saúde está disponibilizado um documento intitulado “Legislação em Saúde Prisional”, que traz algumas normativas até o ano 2010. Deste documento foram extraídas as portarias consideradas mais importantes para a trajetória da saúde prisional.

Os documentos foram analisados segundo o seu tipo, sua autoria, sua data e seu conteúdo, sendo considerados os documentos que traziam evoluções efetivas para a saúde prisional. A principal estratégia de análise foi a de conteúdo, onde se buscou primeiro identificar os principais temas abordados em cada documento e após, contextualizar com referencial teórico.

4 RESULTADOS

A Lei de execução penal é a primeira a falar especificamente sobre a saúde prisional. O objetivo dessa lei era organizar a execução das penas no país e fazer com que houvesse uma padronização das condições carcerárias, para uma possível reinserção dos apenados à sociedade. Além disso, a Lei fala sobre a colaboração da comunidade para que sejam cumpridas e efetivadas as disposições da mesma. “O Estado deverá recorrer à cooperação da comunidade nas atividades de execução da pena e da medida de segurança.” (BRASIL, 1984).

Nesta Lei fala-se também, pela primeira vez, na classificação dos presos visando uma individualização da pena e separando-os conforme os seus antecedentes e personalidade. Para tal classificação, fica instituída uma Comissão Técnica que conta com a participação de agentes, psicólogos, psiquiatras e assistentes sociais para a correta efetivação dessa classificação. No capítulo da Assistência, a Lei descreve o que se estende à assistência do Estado ao egresso, desde a assistência material até a religiosa, com fornecimento de itens básicos de necessidade pessoal e liberdade de culto religioso. Na assistência jurídica, prevê defensoria pública aos apenados que não tem condições de contratar advogados. A assistência educacional também é dever do Estado, bem como a assistência social para preparar o apenado para o retorno à comunidade. É neste contexto que a assistência à saúde se insere. No sentido de que, para que a saúde esteja em bom funcionamento e seja prestada de forma eficiente, é preciso que as outras estejam em andamento, já que é parte indissociável à saúde.

Entretanto, a lei não deixa claro como seria prestada essa assistência, nem menciona como seria o financiamento da mesma, porém, fica claro, apenas, que essa assistência deve ser prestada por quem tem a tutela do apenado, no caso o Estado, ficando a critério da Secretaria de Segurança Pública de cada estado como seria prestada. A LEP prevê apenas que a assistência seria de prevenção e curativa, prevendo apenas atendimento médico, farmacêutico e odontológico. Também discorre sobre a assistência à saúde da mulher e assistência ao parto. É dedicado um artigo simplificado sobre a assistência à saúde, que não deixa claro como essa será realizada e não dá demais especificações. Porém, para a época em que foi sancionada e com

todo o conteúdo jurídico sobre execução de penas, a lei foi um avanço considerável para o começo da trajetória da saúde prisional no país. Para Assis (2007):

No campo legislativo, nosso estatuto executivo-penal é tido como um dos mais avançados e democráticos existentes. Ele se baseia na idéia de que a execução da pena privativa de liberdade deve ter por base o princípio da humanidade, e qualquer modalidade de punição desnecessária, cruel ou degradante será de natureza desumana e contrária ao princípio da legalidade. (ASSIS, 2007, p.2).

Para falar em garantia de acesso à saúde, é inevitável falar na Constituição Federal de 1988. Esta, não traz especificamente nada sobre saúde prisional, porém fala na saúde como direito de todos e sobre a garantia de acesso igualitário e universal. Sendo assim podemos dizer que, mesmo sendo promulgada depois da Lei de execução penal, a Constituição faz parte da trajetória da saúde prisional, já que assegura o direito à saúde, inclusive por políticas específicas. A Constituição é baseada nos princípios de humanização e preservação dos direitos dos povos, sem distinção. Segundo Gomes (2010), a Constituição é a base de todas as outras leis presentes no país e nos mostra uma rede de direitos a favor da valorização do ser humano, protegendo-o, até mesmo, contra o próprio Estado.

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).

Entre a LEP de 1984 e a CF de 1988, não há registro de avanços legais na área da saúde prisional. Além disso, na prática da Lei de execução penal houve pouca ou nenhuma consolidação desta Lei e a prestação de serviços de saúde, de 1984 até os anos 90 foi estruturada com hospitais penitenciários montados em cada estado, cada um a seu critério, sem políticas ou planos específicos, sendo assim, os avanços legais são pontuais em cada Estado.

Em 1990, temos a Lei nº 8080 que regulamenta as ações e serviços de saúde em todo o país. Desta lei, temos o advindo do SUS e, mesmo que não haja nada específico a respeito da saúde prisional, consideramos que tenha trazido avanços no que tange à luta pelos direitos das pessoas privadas de liberdade, uma vez que traz

considerações a respeito dos determinantes em saúde e de como estes influenciam na saúde do indivíduo.

A Lei nº 8080 descreve as ações e serviços que devem ser prestados pelo SUS e do que se trata, bem como os objetivos específicos deste. Dentre esses, tem-se descrito que é de responsabilidade do sistema a identificação dos fatores que determinem a saúde e também que deverão ser estabelecidas políticas específicas para cada grupo população. Dispõe sobre as ações de vigilância e a saúde do trabalhador, que também são de responsabilidade do SUS. Nesta lei, também são apresentados os princípios e diretrizes do SUS que são os norteadores de qualquer política e ação desenvolvida no território brasileiro. Universalidade, integralidade, igualdade são alguns dos princípios. Estes, também fundamentais para a colaboração da formação de uma política específica para a saúde prisional. Da Lei de Execução Penal, passando pela Constituição Federal até a Lei 8080, houve um vácuo na evolução dos direitos das minorias e mesmo com direitos garantidos por essas, já promulgadas leis, não houve evolução. O que muda da LEP para a Lei 8080 é que à parte desta, a população carcerária poderia ter acesso a todos os serviços previstos no SUS pela diretriz da Universalização. Essa diretriz prevê que todos tenham direito ao acesso dos serviços prestados, com a diferença de que a população carcerária seria encaminhada aos serviços com escoltas.

O princípio de universalidade caracteriza a saúde como um direito de cidadania, ao ser definido pela Constituição Federal como um direito de todos e um dever do Estado. Neste sentido, abrange a cobertura, o acesso e o atendimento nos serviços do SUS e exprime a ideia de que o Estado tem o dever de prestar esse atendimento à toda população brasileira. (PONTES et al, 2009).

Sem evolução na aplicabilidade das leis e com aumento desordenado da população carcerária, ao invés de haver uma melhora na situação da saúde prisional, considerando o aumento da população, que permanecia (e permanece) em um aglomerado de humanos, houve um aumento da violência, pela luta por espaço e sobrevivência, além do aumento da transmissão de doenças infectocontagiosas, decorrentes da falta de higienização. Nesse contexto, começou a surgir uma preocupação do governo com relação às doenças que poderiam se espalhar, principalmente para o restante da população. De acordo com Assis (2007):

Os presos adquirem as mais variadas doenças no interior das prisões. As mais comuns são as doenças do aparelho respiratório, como a tuberculose e a pneumonia. Também é alto o índice da hepatite e de doenças venéreas em geral, a AIDS por excelência. Conforme pesquisas realizadas nas prisões, estima-se que aproximadamente 20% dos presos brasileiros sejam portadores do HIV, principalmente em decorrência do homossexualismo, da violência sexual praticada por parte dos outros presos e do uso de drogas injetáveis. (ASSIS, 2007, p.1).

Para a UNODC (2014), prevenir e tratar adequadamente as pessoas privadas de liberdade infectadas com o HIV é essencial para a resposta mundial do tratamento à doença.

Desde os primórdios do cárcere, a preocupação com HIV e suas coinfeções, tem sido a maior dos governos em geral. Entretanto, mesmo após a Lei de Execução Penal, não houve evolução nessa questão. Nesse contexto, o que podemos observar na trajetória da saúde prisional nesse âmbito é a Portaria Interministerial nº 400, de 20 de outubro de 1993 que instituiu a Comissão Interministerial para proceder a estudos e desenvolver ações de prevenção à AIDS e DST.

[...] a disseminação de doenças contagiosas, em especial a infecção pelo HIV/AIDS e tuberculose, constitui sério risco à saúde dos detentos, seus contatos (especialmente familiares e pessoal penitenciário) e para as comunidades nas quais irão se inserir após o livramento. (DIUANA et al., 2008).

Em 1994, a Resolução nº 14, de 11 de novembro, publica as Regras Mínimas para Tratamento do Preso no Brasil, considerando as disposições da própria LEP, a mesma dispõe sobre os princípios fundamentais, sobre os registros, a seleção e separação dos presos, dos locais destinados aos presos, da alimentação, exercícios físicos, da ordem, da disciplina, dos meios de informação e do direito às queixas. Fala também sobre o contato com o mundo exterior, da assistência religiosa, moral e jurídica, das regras aplicáveis a categorias especiais e dos serviços de saúde e assistência social. Neste capítulo, diz que a assistência compreenderá médico, psicólogo, farmacêutico, e odontólogo, dispõe também sobre a estrutura mínima necessária para este cuidado e estabelece que, caso a casa prisional não tenha condições de manter essa assistência, deverá transferir os presos para unidades hospitalar específicas. Logo em seguida, a Portaria nº485, de março de 1995, não trouxe nada sobre tratamentos ou especificidades das prisões, entretanto, criou os comitês de assessoramento para áreas específicas, tais como: prostituição,

homossexualidade e penitenciárias da Coordenação Nacional de DST e Aids do Ministério. Em março de 1995, o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, órgão responsável por nortear a execução de penas em todo o território nacional, sede aos presos de ambos os sexos o direito de visitas íntimas, porém deixa claro que é obrigação da casa prisional informar a visita e ao preso a importância da prevenção de DST e AIDS. E em julho de 1999, o mesmo conselho aprova a Resolução nº 6, onde resolve tornar público o repúdio à segregação de presos soro positivos em decorrência da discriminação. Registra que o isolamento de tais presos só deve ser prática em casos de recomendação médica e também registra o apoio e afirma a importância de campanhas de prevenção à infecção do HIV.

Já em 2001, a portaria Interministerial nº2.035 instituiu uma Comissão Intersetorial para definir um plano para a promoção e prevenção dessas doenças no âmbito prisional. Tal comissão integrava-se de órgãos e entidades ligadas ao Ministério da Justiça e da Saúde.

Observamos perante os fatos descritos na literatura e na própria legislação que a evolução de uma adequada prática na saúde prisional desde a sua primeira citação em 1984 com a Lei de Execução Penal até o final dos anos 90, teve pouco ou nenhum avanço. Mesmo com a Lei e algumas resoluções e portarias, o avanço foi quase mínimo e ainda nos anos 90 cada estado e município fazia a saúde prisional como lhe era conveniente, visto que não havia ainda legislação específica sobre como os repasses financeiros seriam feitos e quais as responsabilidades de cada esfera. Entretanto nos anos 2000, começamos a obter avanços consideráveis na legislação e uma melhor prática da saúde prisional em todo o país. Para tanto, foi dada a largada na melhoria da legislação com a Resolução nº07 do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária.

Em 2002, a Portaria Interministerial nº 628 considerou, pela primeira vez após a lei de Execução Penal, a necessidade iminente de definir e implementar as ações voltadas para a população privada de liberdade, visto que estava estimada em 200 mil presos, e que haviam múltiplos fatores de risco que poderiam aumentar as doenças infectocontagiosas, bem como as comorbidades como diabetes e hipertensão, tendo em vista a dificuldade de acesso aos serviços de saúde extra muros. Tal portaria foi

substituía pela de nº 1.777, de 2003 que institui o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário.

A Resolução nº 7 do Conselho Nacional de Política criminal e Penitenciária é revogada em abril de 2003 e surge como o maior avanço na história da saúde prisional, pois traz, pela primeira vez, a descrição do elenco mínimo para as ações em saúde no âmbito prisional. No texto, especifica que o trabalho nas unidades de saúde prisional deve respeitar a lei de execução penal, bem como o Plano Nacional de Atenção Básica, dando atenção para as peculiaridades do sistema carcerário assim como ênfase para as ações que norteiam a prevenção de DST, AIDS, tuberculose, hanseníase e demais comorbidades que acometem os jovens adultos. Também, o cuidado no pré-natal e saúde da mulher em geral e até as imunizações. Ainda, cobra a construção de ambulatórios dentro das casas prisionais, que devem contar com equipe mínima para o atendimento de população previamente adstrita, bem como o programa de atenção básica já previa. As unidades prisionais passam a contar também, de acordo com a resolução, com medicações, que são dispensadas via farmacêuticos e descreve como se dá o atendimento odontológico de acordo com o níveis de prevenção. Traz também, pela primeira vez, a possibilidade de referenciar os casos que necessitem de especialidades, de acordo com a rede SUS. No texto da resolução também há um anexo onde é apresentada uma padronização física dos ambulatórios onde serão atendidos 500 apenados. A parte mais importante da Resolução discorre sobre a implantação de um sistema de avaliação na chegada do apenado na casa prisional. De acordo com a Resolução nº 7:

Art. 1º. [...] IX - No momento de seu ingresso no sistema penitenciário, todos os apenados deverão passar por uma avaliação a fim de estabelecer um diagnóstico de saúde e iniciar a assistência. Nessa oportunidade serão realizados exames básicos que permitam a detecção das doenças e agravos elencados [...]. (BRASIL, 2003).

Ainda em 2003, temos o maior avanço da saúde prisional até então. Em setembro do mesmo ano, foi aprovada a Portaria Interministerial nº1.777 que trazia o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Este se destinava a atender a demanda prisional de forma integral, o que se tornou um marco na luta pela saúde da população privada de liberdade. A Portaria também foi conjunta com o Ministério da

Saúde e da Justiça, que por fim, consideraram essencial a necessidade de colocar no papel e em prática todas as diretrizes e princípios do SUS voltados para a atenção prisional. Tal Plano englobava todas as políticas já existentes, como saúde da mulher, saúde mental e política de atenção básica.

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Prisional vem com o propósito de viabilizar as recomendações da Portaria anterior que é a nº 2.035 e, sendo assim, evidencia a necessidade de ações e estudos na área carcerária. Ainda traz a importância das ações de promoção e prevenção para a diminuição dos agravos à saúde dos presos. Recomendam estratégias, tais como a reforma de equipamentos e o cumprimento das medidas de proteção ao usuário (imunização). Firma novamente o compromisso com a atuação efetiva para com as doenças infectocontagiosas (DST, AIDS, TBC), além do compromisso com a saúde mental dos apenados, que tendem a ter agravos após o encarceramento. Este Plano é um compromisso firmado entre todos os órgãos competentes do Ministério da Justiça e da Saúde e, portanto, estabelece que a implementação do mesmo seja um com um esforço mútuo mediante acordos e parcerias. É no Plano Nacional também, que se fala pela primeira vez em como é o financiamento para todas as ações previstas em saúde prisional criando assim, o incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário. Incentivo esse que deve ser pago pelo Ministério da Saúde (70%) e com 30% do recurso do Ministério da Justiça, ficando especificado como deve ser o repasse para cada tipo de unidade prisional, sendo esse financiamento responsabilidade das três esferas de governo. A equipe mínima é de um médico, enfermeiro, odontólogo, assistente social, psicólogo, auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório dentário. A redação da Portaria também garante o benefício aos Hospitais de Custódia e Tratamento psiquiátrico. Outro ponto interessante do texto traz que é possível definir um agente promotor de saúde entre os próprios presos. O Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário estimava que:

Em decorrência de fatores de risco a que está exposta grande parte dessa população, ocorra um número significativo de casos de DST/AIDS, tuberculose, pneumonias, dermatoses, transtornos mentais, hepatites, traumas, diarreias infecciosas, além de outros problemas prevalentes na população brasileira, tais, como hipertensão arterial e diabetes mellitus. (BRASIL, 2003).

A partir da Portaria que instituiu o Plano, as decorrentes serão para o aperfeiçoamento do mesmo e para esclarecer sobre como ficará o financiamento do mesmo, o qual será repassado para os municípios que assinarem o Plano de forma estabelecida previamente pelo Ministério da Saúde e da Justiça. Em 2003 também, uma importante portaria, a de número 268/SAS de 17 de setembro cria, no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, o serviço de classificação de Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário.

Em 2006, a Resolução nº 11 do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciário (BRASIL, 2006), considerando a importância das atividades de rastreamento e controle da Tuberculose recomendou que os órgãos competentes dos municípios e estados, dispensassem transporte exclusivo para o deslocamento do material a ser examinado, bem como melhorassem e adquirissem equipamentos de diagnósticos, bem como a detecção na chegada do apenado ao sistema, o que funcionaria como a “porta de entrada” dos mesmos para que fosse possível o tratamento (ou continuidade) e evitasse a contaminação de outros colegas de cela. Já a resolução nº 7, de 14 de abril de 2003, do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP) estabelece que, para a aquisição e dispensação de medicamentos, é necessário que a responsabilidade técnica sobre essas ações seja exercida por farmacêutico, bem como orienta a formação das equipes mínimas e sua população definida. Também define que os apenados deveriam, no primeiro contato com a casa prisional, passar por uma primeira avaliação ambulatorial.

O PNSSP não é um meio de prover ações e serviços de saúde à população penitenciária, pois geralmente já existem atendimentos em saúde nas unidades prisionais.⁵ Com mais frequência acontece dos estados que solicitam a adesão a esse Plano passarem a orientar suas ações na direção da promoção e prevenção em saúde, consolidando atividades de atenção básica dentro das unidades prisionais, através da inserção das equipes mínimas de saúde no sistema penitenciário (médico, odontólogo, enfermeiro, psicólogo, assistente social, auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório dentário). (SILVA, 2010).

Em 2012 o Estado de São Paulo, através da Lei 14832/12, Lei nº 14.832, de 19 de julho cria o Programa de Saúde da Mulher Detenta, que visava promover a atenção integral a saúde das detentas do Estado, com objetivo de aumentar e qualificar a

assistência ao pré natal, realizar o planejamento familiar, diminuir o índice de mortalidade infantil e aumentar os índices de amamentação, bem como ampliar a investigação de câncer do colo de útero e aumentar as parcerias para as referências e cuidado com HIV e DST`S. Além dos Planos e Políticas Estaduais, os avanços na legislação federal começam novamente no final do ano de 2012 com a Portaria 2.613, de novembro de 2012, onde se institui o Comitê de Especialistas em Saúde Prisional com a finalidade de orientar as ações na área. Já em agosto de 2012, a Portaria Interministerial 1.679, institui um o Grupo de Trabalho Interministerial para a elaboração da Política Nacional de Saúde no Sistema Prisional e o Comitê Técnico Intersectorial de Assessoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Saúde no Sistema Prisional, que vem com a missão de acompanhar a implantação da Política, apoiar e propor critérios para o modelo e a organização dos serviços no âmbito penitenciário. O grupo dispunha de 180 dias para apresentar a proposta da política e os participantes eram dos ministérios da Saúde, da Justiça, do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e das secretarias de Direitos Humanos, de Políticas para as Mulheres e de Políticas de Promoção da Igualdade Racial.

Desta Comissão, então, em 2 janeiro de 2014, é lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) que foi instituída pela Portaria Interministerial número 1. Com a publicação dessa portaria, revogou-se a 1.777, do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário e portaria 240 de 2007 que publicou os novos valores de repasse para o plano, em Abril de 2014, a Portaria 482 é a que institui as normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP).

Primeiramente dizendo que a carga horária das equipes dependerá da quantidade de apenados por casa prisional, e nos traz as equipes mínimas para cada número de presos, bem como a classificação e cadastramento das mesmas no CNES. Também expõem que os serviços do sistema prisional deveriam estar ligados as UBS dos municípios a qual a casa pertence, o que não era obrigatório na lógica do Plano, e que os profissionais da rede poderiam compor a equipe. De acordo com a portaria também, as unidades que contassem com até 100 presos seriam preferencialmente

gestadas pelos municípios. Institui também que os o incentivo financeiro aos municípios que aderirem a Política tal valor seria calculado de acordo com a classificação e número de equipes habilitados. As ações das equipes do municípios que assinassem o termo de adesão a política, seriam monitoradas e avaliadas por órgãos competentes com possibilidade de perda do incentivo no caso de não cumprimento de metas. As principais ações da PNAISP eram: garantir o acesso, continuar, como no Plano, promovendo ações e prevenindo agravos ligados ao confinamento, aumentar as ações de vigilância, aprofundar os programas do Ministério, prevenir o uso de álcool e drogas, ofertar medidas de proteção como as imunizações, promoção de saúde bucal, repasses financeiros da farmácia básica do SUS e trabalhar de acordo com a lógica do SUS. “A unidade de saúde prisional será um ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde do SUS, qualificando a atenção básica no âmbito prisional e articulando com outros dispositivos dessa Rede no território.” (BRASIL, 2014).

Em 16 de Janeiro de 2014 a portaria interministerial número 240 é instituída pelo Ministério da Justiça, porém, traz a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional que, apesar de ser voltada para a violação dos direitos das mulheres e para prevenção de violência, fala em garantia do direito a saúde.

Realizando uma busca na legislação com as palavras “saúde” e “prisional” do site JusBrasil, foram encontrados diversos decretos e afins, que nos mostram que os estados de São Paulo e Rio de Janeiro já estavam articulados para a prestação de serviços à população privada de liberdade. No estado de São Paulo, por exemplo, tem-se vários decretos que incluem as unidades de detenção e hospitais penitenciários ao SUS. O Decreto nº 45.683, de 22 de fevereiro de 2001 é um deles, que integra no Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo - SUS/SP, o Núcleo de Atendimento de Saúde do Centro de Detenção Provisória de Sorocaba, subordinado à Coordenadoria de Unidades Prisionais da Região Central do Estado. Outro exemplo é o Decreto nº 45.865, de 21 de junho de 2001 que organiza a Coordenadoria De Saúde do Sistema Penitenciário, da Secretaria de Administração Penitenciária.

Entre a publicação do Plano e o ano de 2009, todos os estados brasileiros solicitaram a assinatura, mostrando preocupação em firmar o compromisso de uma

melhoria para a saúde dos apenados, através dos Planos Operacionais. Sendo assim, houve um grande avanço no acesso dessa população à saúde, mesmo ainda enfrentando algumas dificuldades, como falta de profissionais e falta de hospitais de referência em alguns estados.

Após a adesão dos Estados e municípios ao plano, houve um esforço notório para a qualificação dessa atenção tanto para a melhoria da assistência médica quanto para promoção e prevenção das doenças infectocontagiosas, bem como o atendimento psicológico e psiquiátrico. Este último, em conjunto com a luta antimanicomial. Sendo assim, a legislação que prevalece é ao redor do esforço para o atendimento de saúde mental ser efetivo. A resolução nº 009/2010, do Conselho Federal de Psicologia, por exemplo, regulamenta a atuação do profissional da psicologia no âmbito da saúde prisional. Resolve que o profissional deve promover a saúde mental desfazendo o preconceito e realizando estratégias para promover laços sociais, bem como veda a realização de exames criminológicos e a participação em castigos. E ainda, deve realizar sua atividade pautada na individualidade de cada apenado.

Em 2012, o Estado de São Paulo, através da Lei nº 14.832, cria o Programa de Saúde da Mulher Detenta, que visa promover a atenção integral à saúde das detentas do Estado. Tem como objetivos aumentar e qualificar a assistência ao pré-natal, realizar o planejamento familiar, diminuir o índice de mortalidade infantil e aumentar os índices de amamentação, bem como ampliar a investigação de câncer do colo de útero e aumentar as parcerias para as referências e cuidado com HIV e DST`S.

5 CONCLUSÕES E SUGESTÕES

Esta pesquisa possibilitou revisar o contexto histórico bem como a trajetória das políticas públicas destinadas às pessoas privadas de liberdade. Permitiu também a maior aproximação teórica com o tema, o que muito contribui para melhorar a compreensão dos eventos que resultaram na obtenção do modelo atual. Observou-se que a evolução dos direitos na saúde carcerária tem sido lenta, porém gradual e com a conquista de muitas vitórias perante a legislação brasileira. Entre os anos 80 e 90 as realizações foram poucas, mas nos anos 2000, tivemos um salto no que se refere aos direitos humanos nas prisões. Direitos esses, que já estavam garantidos na Declaração dos Direitos Humanos em 1948.

No que tange ao Brasil, a Lei de Execuções Penais, a e a Resolução nº 14 de 1994, foram as primeiras a tratar especificamente sobre o direito do preso à saúde. Mesmo que a Constituição Federal (em 1988) falasse em saúde como um direito universal e a Lei 8.080 tenha garantido acesso universal e igualdade, não há nada específico para a categoria. E o que se observa nesse período de 1984 (LEP) aos anos 90 é que havia atendimento aos apenados, mas que eram realizados a título de emergência em hospitais penitenciários, sem preocupação com prevenção e promoção de saúde e com recursos dos Estados e pelas Secretarias de Justiça, sem regras específicas e sem financiamentos específicos, já que o dever de promover saúde era de quem tinha a tutela do apenado, no caso, o Estado, as unidades prisionais que existiam realizam atendimento cada um a seu critério, sem políticas resolutivas.

Foi possível também observar as mudanças na legislação, que apesar de lentas, vem sendo o norte para uma maior garantia dos direitos das pessoas privadas de liberdade e, conseqüentemente, uma contribuição para que a cadeia se torne uma instituição de recuperação dos infratores. Percebe-se, pois, que de porões e prisões de torturas tivemos um salto para uma maior atenção aos direitos desses usuários do SUS.

Na obtenção de material científico para análise dos dados, fica claro que ainda dispomos de pouca literatura sobre a temática. As políticas que visam à reinserção do indivíduo privado de liberdade ainda têm muito que avançar tanto no quesito saúde

quanto na garantia de direitos no geral, pois ainda há, apesar do grande avanço da legislação, uma lacuna entre a teoria e a prática.

Chamou à atenção o quanto ainda é recente e o quanto são necessárias melhorias para que possamos ter uma saúde prisional mais qualificada. Apesar da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional ter trazido um importante avanço para a área, devido à organização do trabalho e da questão dos recursos, ainda precisamos da qualificação profissional e de mais estudos na área.

Os resultados mostram fundamentalmente que existe um movimento de mudança em busca da melhoria das leis de saúde prisional, que vem de encontro a uma crescente demanda. Há, apesar das dificuldades, uma boa valorização do tema pelo Estado e pela sociedade em geral, pois nota-se que as unidades federativas têm firmado, cada vez mais, o compromisso de executar a assistência aos apenados do país.

Este estudo possibilitou alcançar seus objetivos e seus resultados nos remetem a outras indagações, que poderão ser respondidas em estudos posteriores como, por exemplo, como dar maior visibilidade para saúde prisional e relatos de experiência a serem realizados pelas equipes de saúde prisional.

REFERÊNCIAS

ASSIS, Rafael Damaceno de. A realidade atual do sistema penitenciário brasileiro.

Revista CEJ, Brasília, DF, ano 11, n.39, p.74/78, out./dez. 2007. Disponível em: <<http://www2.cjf.jus.br/ojs2/index.php/revcej/article/viewFile/949/1122>>. Acesso em: 26 dez. 2014.

BARRACA, Conceição. O Relatório do Provedor de Justiça. **Boletim Abraço**, mar./abr. 2004.

BRASIL. Conselho Federal de Psicologia. **Resolução CFP nº009/2010**. Regulamenta a atuação do psicólogo no sistema prisional. 2010. Disponível em:

<http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2010/07/resolucao2010_009.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. Resolução nº07, de 14 de abril de 2003. **Diário Oficial**, Brasília, DF, n.78, 24 abr. 2003. Disponível em: <http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao_civel/cadeias/pe_legislacao/2003resolu07.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. **Resolução nº14 1994, de 11 de novembro de 1994**. Estabelece regras mínimas para o tratamento do preso no Brasil. **Diário Oficial**, Brasília, DF, 02 dez. 1994.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**.

Brasília, DF, 1988. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 25 mar. 2015.

BRASIL. **Decreto de 25 de maio de 2007**. Institui o Grupo de Trabalho Interministerial com a finalidade de elaborar propostas para a reorganização e reformulação do Sistema Prisional Feminino. 2007. Disponível em:

<<http://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/94750/decreto-07>>. Acesso em: 04 jun. 2015.

BRASIL. **Decreto nº 45.865, de 21 de junho de 2001**. Organiza a Coordenadoria de Saúde do Sistema Penitenciário, da Secretaria da Administração Penitenciária, e dá providências correlatas. 2001. Disponível em: <<http://governo-sp.jusbrasil.com.br/legislacao/93286/decreto-45865-01#art-5>>.

Acesso em: 04 jun. 2015.

BRASIL. **Lei nº 14.832, de 19 de julho de 2012**. Cria o Programa de Saúde da Mulher Detenta. 2012. Disponível em: <<http://governo-sp.jusbrasil.com.br/legislacao/1032598/lei-14832-12>>.

Acesso em: 04 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Legislação em saúde no sistema penitenciário**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série Legislação de Saúde).

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 3.343, de 28 de dezembro de 2006**. Altera os valores do Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário e dá outras providências. 2006. Disponível em: <<http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1282663118343Portaria%20Interministerial%20No%203343.pdf>>. Acesso em: 04 jun. 2015.

CAPITANI, Rodrigo. **O meio ambiente prisional brasileiro e a saúde do preso: um estudo no Presídio Estadual de Bento Gonçalves**. 2012. 129 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Direito, Universidade de Caxias do Sul, Caxias do Sul, RS, 2012.

CARVALHO FILHO, Luiz Francisco. **A prisão**. São Paulo: Publifolha, 2002.

CRUZ, Joseandra Sanderson da. **Assistência integral a saúde dos prisioneiros: uma reflexão**. [2007]. Disponível em: <http://www.susepe.rs.gov.br/upload/1326803826_ASSIST%C3%8ANCIA%20INTEGRAL%20A%20SA%C3%9ADE%20DOS%20PRISIONEIROS%20UMA%20REFLEX%C3%83O.pdf>. Acesso em: 26 dez. 2014.

CONSULTA global do UNODC para prevenção e tratamento para o HIV/Aids, atenção e suporte às pessoas vivendo com HIV/Aids em sistemas prisionais. Viena: [s.n.], 2014. Disponível em: <http://www.unodc.org/documents/lpo-brazil//Topics_aids/Publicacoes/Consulta_global_do_UNODC_em_Prevencao.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2015.

D'ELIA, Fábio Suardi (Coord.). A evolução histórica do sistema prisional e a Penitenciária do Estado de São Paulo Werner Engruch e Bruno Morais di Santis. **Revista Liberdades**, São Paulo, n.11, set./dez. 2012. Disponível em: <http://www.revistaliberdades.org.br/site/outrasEdicoes/outrasEdicoesExibir.php?rcon_id=145#_ftn4>. Acesso em: 22 dez. 2014.

DAMAS, Fernando Baldavi. Assistência e condições de saúde nas prisões de Santa Catarina, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, Florianópolis, v.5, n.3, p.6-22, dez. 2012.

DECLARAÇÃO de Alma-Ata. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, Alma-Ata, URSS, 6 a 12 set. 1978. **[Anais eletrônicos...]**. Disponível em: <cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/.../Declaração-Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 28 dez. 2014.

DI SANTIS, Bruno Morais; ENGRUCH, Werner. A evolução histórica do sistema prisional e a Penitenciária do Estado de São Paulo. **Revista Liberdades**, n.11, p.143-160, set./dez. 2012. Disponível em:

<http://www.revistaliberdades.org.br/_upload/pdf/14/historia.pdf>. Acesso em: 22 dez. 2014.

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

FORTES, Antônio de Carvalho. Ética, Direito dos usuários e políticas de humanização da atenção básica. **Saúde e Sociedade**, v.13, n.3, p.30-35, set./dez. 2004.

KOLLING, Gabrielle Jacobi. O necessário olhar fraterno para o que está desumanizado: a saúde no sistema prisional. **Rev. de criminologia e ciência penitenciária**, São Paulo, ano 4, n.1, jun./jul./ago. 2014.

LUZ, Madel Therezinha. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática”: anos 80. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, v.1, n.1, 1991. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v1n1/04.pdf>>. Acesso em: 22 dez. 2014.

LOPES JR, Francisco Xavier. **O acesso à Saúde no Sistema Prisional Brasileiro Pós – 1988: a experiência da Penitenciária “José de Deus Barros” em Picos, Piauí, Brasil.** 2011. 117p. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, 2011.

MASSOLA, Luis Felipe Grandi. Breves considerações sobre o Livro V das Ordenações Filipinas e a Legislação Penal Pátria Contemporânea. **Conteúdo Jurídico**, Brasília, DF, 28 out. 2010. Disponível em: <<http://www.conteudojuridico.com.br/?artigos&ver=2.29482&seo=1>>. Acesso em: 22 dez. 2014.

MILANEZ, Daniela. O direito a saúde: uma análise comparativa da intervenção judicial. **Revista de Direito Administrativo**, Rio de Janeiro, v.237, p.197-221, 2004.

OLIVEIRA, Heloisa dos Santos Martins de. **O caráter ressocializador da atividade laborativa.** [2006]. Disponível em: <<http://inter temas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/article/viewFile/1176/1125>>. Acesso em: 28 dez. 2014.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos.** dez. 1948. Disponível em: <<http://www.dudh.org.br/wp-content/uploads/2014/12/dudh.pdf>>. Acesso em: 26 dez. 2014.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral de Saúde. **Carta dos direitos do doente internado.** [199-?]. Disponível em: <www.dgs.pt/documentos-e.../carta-dos-direitos-do-doente-internado.aspx>. Acesso em: 26 dez. 2014.

PONTES, Ana Paula Munhen et. al. O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários?. **Escola Anna Nery Revista de**

Enfermagem, v.13, n.3, p.500-507, jul./set. 2009. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n3/v13n3a07>>. Acesso em: 25 maio 2015.

RIBEIRO, Maria Amélia de Jesus; SILVA, Izabel Cristina. **A saúde no sistema prisional**. [2013]. Disponível em:
<www.cpgls.ucg.br/.../A%20saúde%20no%20sistema%20prisional.pdf>. Acesso em: 26 dez. 2014.

SÃO PAULO. **Decreto nº 46.193 de 18 de outubro de 2001**. Integra no Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo - SUS/SP, unidade de saúde que especifica, da Coordenadoria de Unidades Prisionais da Região Central do Estado, da Secretaria da Administração Penitenciária e dá providências correlatas. 2001. Disponível em:
<<http://www.jusbrasil.com.br/topicos/12349077/artigo-1-do-decreto-n-46193-de-18-de-outubro-de-2001-de-sao-paulo>>. Acesso em: 04 jun. 2015.

SILVA, Luzia Gomes da. Análise histórica do sistema penitenciário: subsídios para a busca de alternativas à humanização do sistema prisional. **Conteúdo Jurídico**, Brasília, DF, 24 nov. 2012. Disponível em: <<http://www.conteudojuridico.com.br/artigo,analise-historica-do-sistema-penitenciario-subsidios-para-a-busca-de-alternativas-a-humanizacao-do-sistema-pri,40751.html>>. Acesso em: 26 dez. 2014.

SILVA, Martinho Braga Batista e. As pessoas em medida de segurança e os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico no contexto do plano nacional de saúde no sistema penitenciário. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v.20, n.1, abr. 2010. Disponível em:
<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822010000100013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 jun. 2015.

VALOIS, Luís Carlos. Saúde, drogas e depressão. In: CONGRESSO NACIONAL DE EXECUÇÃO PENAL, 2003, Rio de Janeiro. **[Anais eletrônicos...]**. Disponível em:
<http://www.memorycmj.com.br/cnep/palestras/luis_carlos_valois.pdf>. Acesso em: 22 dez. 2014.

VENTURA, M. Direitos Humanos e Saúde: possibilidades e desafios. **Saúde e Direitos Humanos**, v.7, p.87-100, 2012.