



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, DE SAÚDE E DE TECNOLOGIA
COORDENAÇÃO DE DIREITO
CURSO DE BACHARELADO EM DIREITO

GLEIDSON SOUSA DOS SANTOS

**O DESCUMPRIMENTO DA GARANTIA DE ACESSO À SAÚDE PREVISTA NA LEI
DE EXECUÇÃO PENAL ÀS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE NO BRASIL:
uma perspectiva acerca da sobrepenalização do encarcerado.**

IMPERATRIZ

2018

GLEIDSON SOUSA DOS SANTOS

**O DESCUMPRIMENTO DA GARANTIA DE ACESSO À SAÚDE PREVISTA NA LEI
DE EXECUÇÃO PENAL ÀS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE NO BRASIL:
uma perspectiva acerca da sobrepenalização do encarcerado.**

Monografia apresentada ao Curso de Direito da
Universidade Federal do Maranhão, como
requisito parcial para obtenção do Grau de
Bacharel em Direito.

Orientador: Prof. Me. Felipe Freitas Zenkner

IMPERATRIZ

2018

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

SOUSA DOS SANTOS, GLEIDSON.

O DESCUMPRIMENTO DA GARANTIA DE ACESSO À SAÚDE PREVISTA NA LEI DE EXECUÇÃO PENAL ÀS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE NO BRASIL: uma perspectiva acerca da sobrepenalização do encarcerado / GLEIDSON SOUSA DOS SANTOS. - 2018.

55 f.

Orientador(a): FELIPE FREITAS ZENKNER.

Monografia (Graduação) - Curso de Direito, Universidade Federal do Maranhão, IMPERATRIZ, 2018.

1. LEI DE EXECUÇÃO PENAL. 2. SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL. 3. VITIMIZAÇÃO. I. FREITAS ZENKNER, FELIPE. II. Título.

Gleidson Sousa dos Santos

**O DESCUMPRIMENTO DA GARANTIA DE ACESSO À SAÚDE PREVISTA NA LEI
DE EXECUÇÃO PENAL ÀS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE NO BRASIL:
uma perspectiva acerca da sobrepenalização do encarcerado.**

Monografia apresentada ao Curso de Direito da
Universidade Federal do Maranhão, como
requisito parcial para obtenção do Grau de
Bacharel em Direito.

Orientador: Prof. Me. Felipe Freitas Zenkner

Aprovada em 25 de julho de 2018

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Me. Felipe Freitas Zenkner

Prof. Me. Fernanda Arruda Leda Leite Zenkner

Prof. Me. Denisson Gonçalves Chaves

À minha família.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a Deus, por ter permitido que eu chegasse até aqui, com saúde e certeza de que Jesus é o caminho a verdade e a vida.

Agradeço ao Professor Felipe Freitas Zenkner, responsável pela orientação dessa monografia, que foi de suma importância para que esse trabalho fosse realizado. Gostaria de agradecer também às minhas queridas amigas Poliana Lopes e Marina Menezes, que foram de fundamental importância para a pesquisa e normatização desta monografia.

Agradeço à cada membro do corpo docente do Curso de Direito, da Universidade Federal do Maranhão, Campus Imperatriz, à direção e a administração dessa instituição de ensino.

Aos meus amados tios Maria e Bernardo, a quem devo eterna gratidão por sempre poder contar com eles, e também por servirem de inspiração para a formação do meu caráter, agradeço meu pai Gustavo, que muito o amo e mesmo à distância nunca deixou de me apoiar. Aos meus queridos irmãos Carlos, Carlene e Carliane, que me deram apoio e incentivo nas horas difíceis.

Sou grato à minha estimada namorada Karla Mirele, que sempre me incentivou a superar os desafios de cursar uma faculdade longe de casa, sempre me fez enxergar as dificuldades do presente como um incentivo para um futuro melhor e nunca permitiu que eu me deixasse abater.

Agradeço também a todos os alunos da Turma XXXVI de Direito da UFMA de Imperatriz, em especial aos meus queridos amigos: Alessandro, Adão, Fillipe, Sérgio Gabriel, Ian, Evando, Joaibe, Mateus, Bruna, Yngrid, Kaley, Beatriz, Willame, Mirely, Nuan, Esdras, Vinicius e outros aqui não mencionados, com quem também compartilhei momentos durante esses anos como aluno da UFMA.

Obrigado!

RESUMO

A garantia de acesso à saúde, prevista na Lei de Execução Penal às pessoas privadas de liberdade no Brasil, tem sido descumprida na maioria das unidades prisionais brasileiras desde a sua vigência. A falta de acesso à saúde ocasiona a chamada sobrepenalização do encarcerado, ou seja, o apenado é exposto à condições que acrescentam uma punição além da pena já aplicada ao indivíduo. As condições dos presídios, a superlotação, a falta de tratamento e prevenção de doenças que assolam os enclausurados, são os principais motivos que agravam as condições dos internos, os quais apontam uma fragilidade no Sistema Prisional, que torna a pessoa privada de liberdade mais vulnerável à vitimização. Abordados os planos criados pelo Estado com objetivo de pôr em prática o que já é garantido pela Lei de Execução Penal e também pela Constituição Federal de 1988, verificadas as ações do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário e suas características e mudanças impostas pelo PNAISP (Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional), nota-se uma preocupação do legislador para com o acesso à saúde das pessoas privadas, porém as medidas ainda são ineficazes, o que é constatado analisando a base de informações do Estado sobre a temática, os dados fornecidos pelo Infopen (Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias) acerca da saúde no Sistema Prisional, como o número de unidades com atendimento médico, os números da população carcerária brasileira, assim como o número de óbitos que acontecem durante o encarceramento e as suas causas, sendo que a maioria dos óbitos ocorridos no sistema prisional é ocasionado por doenças.

Palavras-chave: Vitimização. Saúde no Sistema Prisional. Lei de Execução Penal.

ABSTRACT

The guarantee of access to health, provided for in the law on the criminal execution of persons deprived of their liberty in Brazil, has been violated in most Brazilian prisons since its entry into force. The lack of access to health causes the so-called overcall of the incarcerated, that is, the victim is exposed to conditions that add a punishment beyond the penalty already applied to the individual. The conditions of prisons, overcrowding, lack of treatment and prevention of illnesses that devastate the enclosed, are the main reasons that aggravate the conditions of the inmates, which, point out a weakness in the prison system, that makes the person deprived of freedom more vulnerable to victimization. The plans created by the state to put into practice what is already guaranteed by the law of criminal execution and also by the federal constitution of 1988, verified the actions of the national health plan in the penitentiary system and its characteristics, the changes imposed by the pnaisp (national policy of comprehensive health care for persons deprived of their liberty in the prison system), there is a concern of the legislator regarding access to private health, but the measures are still ineffective, which is verified by analyzing the basis of information from the state on the subject, data provided by the infopen (national survey of prison information) about health in the prison system, such as the number of units with medical care, the numbers of the Brazilian prison population, as well as the number of deaths occurring during incarceration and its causes, and the greatest motivation is due to diseases in the prison system.

Keywords: Victimization. Health Care in The Prison System. Law Criminal Execution.

LISTA DE SIGLAS E ABREVEATURAS

LEP – Lei de Execução Penal

CRFB/88- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

PNSSP - Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário

CPI - Comissão Parlamentar de Inquérito CPI

CNJ - Conselho Nacional de Justiça (CNJ)

Depen/MJ - Departamento Penitenciário Nacional do Ministério da Justiça

CAPS - Centros de Atenção Psicossocial

SRT - Serviços Residenciais Terapêuticos

UPHG - Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais

Infopen - Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias

Sinpoljuspi - Sindicato dos Agentes Penitenciários do Piauí

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Capacidade do Sistema Prisional e déficit de vagas por Unidade da Federação	36
Tabela 2 - Percentual de pessoas privadas de liberdade em unidades do Sistema Prisional com módulo de saúde.....	37
Tabela 3 - Taxas de mortalidade para cada 10 mil pessoas privadas de liberdade no primeiro semestre de 2016 por natureza da morte e Unidade da Federação.....	38

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. REFERENCIAL TEÓRICO	13
2.1 Evolução histórica no processo de humanização das penas	13
2.2 Garantias do Encarcerado no Brasil.....	17
2.2.1 Os princípios constitucionais	19
2.2.2 Os direitos garantidos pela Constituição Federal de 1988 ao recluso.....	20
2.2.3 As garantias ao encarcerado definidas pela LEP	21
2.2.4 Princípios da legalidade.....	22
2.2.5 Princípio da Individualização da Pena	24
2.2.6 Princípio da Humanização da Pena.....	24
2.3 Garantia de Acesso à Saúde ao Encarcerado.....	25
2.3.1 Os Programas de Assistência à Saúde ao Encarcerado	26
2.3.2 Portaria Interministerial nº 1.777/2003	27
2.3.3 Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário	28
2.3.4 Revisão do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) ...	29
2.3.5 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)	32
2.4 A vulnerabilidade, os problemas de saúde e seu reflexo na sociedade prisional.....	34
2.4.1 O aumento na população carcerária brasileira.....	35
2.4.2 Óbitos no cárcere.....	38
2.4.3 As doenças que assolam a população privada de liberdade no Brasil	40
2.4.3.1 Esclerose	40
2.4.3.2 HIV/AIDS.....	41
2.4.3.3 Tuberculose	42

2.4.3.4 Doenças mentais na população privada de liberdade.....	44
2.4.1 CPI do sistema carcerário brasileiro e os relatos acerca da saúde no sistema carcerário	45
2.4.1.2 As condições das unidades prisionais visitadas pelos membros da CPI...45	
2.4.1.3 Atenção à saúde no Sistema Carcerário Feminino	47
3. METODOLOGIA.....	49
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
BIBLIOGRAFIA	53

1. INTRODUÇÃO

A Lei tem a finalidade de corrigir e de remediar o comportamento social, sendo que sem tal objetivo, torna-se ineficaz, fazendo-se necessário que a norma estabeleça uma forma de punição para cada ato ilícito que venha a ser praticado. A pena é o agir do Estado como meio de proteção aos bens mais importantes e necessários para a sobrevivência em sociedade, sendo necessário que o homem abdique de certas possibilidades para que o direito individual e o direito coletivo sejam, de fato, respeitados.

Entende-se que a pena não pode ser maior que o delito cometido pelo agente, assim sendo, o que diferencia uma pena violenta de uma pena justa é a proporcionalidade existente entre ela e o delito cometido.

Os primeiros estabelecimentos prisionais no Brasil tinham como características marcantes a injustiça, a discriminação e a violência, sendo exemplo de A Casa de Correição da Corte (Complexo Frei Caneca), no Rio de Janeiro, inaugurada em 1834, e a construção de um anexo a esta a Casa de Detenção, inaugurada em 1856. Dito estabelecimento foi criado com o intuito de receber os escravos fujões e os malfeitores das cidades e vilas coloniais, tendo sido a primeira a adotar as características do modelo panóptico de Jeremy Bentham, que consistia em induzir o detido a um estado consciente e permanente de visibilidade, que assegurava o funcionamento autoritário do poder, garantindo que a vigilância fosse permanente com os seus efeitos.

No Código Penal e no Código de Processo Penal brasileiros, encontramos os termos “vítima”, “ofendido” e “lesado” várias vezes, entretanto, a doutrina usa a terminologia “vítima” para designar aquele que o foi nos crimes contra a pessoa, o termo ofendido nos crimes contra a honra e contra os costumes e, por fim, lesado, nos crimes contra o patrimônio.

O processo de vitimização, que ocorre com as pessoas privadas de liberdade, possui diversas causas: agressões diretas entre os internos, físicas, psicológicas e materiais; danos provocados pela organização formal do estabelecimento ou do Estado, que estão relacionados com as privações excessivas que, extrapolando o necessário ou o legalmente estipulado, sobre penalizam o indivíduo custodiado

causando-lhe danos físicos, psicológicos e materiais, assim como ocorre entre os próprios custodiados.

As agressões materiais por parte do Estado ou de seus agentes, acabam tornando-se também agressões físicas, como o não fornecimento de bens e serviços essenciais, como água potável, alimentação adequada, material de higiene e limpeza, colchões, assistência médica etc. As condições gerais de insalubridade e a falta de assistência favorecem a prevalência mais elevada de doenças infectocontagiosas nessas instituições do que na população em geral. Embora, em alguns casos não se possa precisar se foram adquiridas dentro ou fora da instituição, as suas características facilitam o contágio e a aquisição de moléstias típicas de grupamentos e da falta de cuidados à saúde. O presente trabalho terá foco essa última forma de vitimização citada.

A Lei nº 7.210, de 11 de Julho de 1984, Lei de Execução Penal, descreve em seu artigo 14 que: “A assistência à saúde do preso e do internado, de cárcere preventivo e curativo, compreenderá o atendimento médico, farmacêutico e odontológico.”

Em 2003, através da Portaria Interministerial nº 1.777/2003, foi instituído o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), esse modelo foi constatado ineficaz aproximadamente dez anos depois da sua implantação. Em 2014, a Portaria Interministerial nº 01 de 02 de janeiro do mesmo ano, criou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), com o objetivo de ampliar as ações de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) para a população privada de liberdade, fazendo com que cada unidade básica de saúde prisional passasse a ser visualizada como ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde.

Conforme os fatos históricos, as garantias constitucionais e as leis específicas até aqui expostas, esse trabalho pretende expor as problemáticas que o Estado encontra para a execução de forma eficaz dessa garantia de acesso à saúde aos apenados, a maneira que atinge direta e indiretamente os presos, e ainda soluções para tal problema. É importante ressaltar, que segundo Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – Infopen, em julho de 2016, a população carcerária no Brasil atingiu o número de 726.712 pessoas privadas de liberdade no país.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Evolução histórica no processo de humanização das penas

Segundo os historiadores do direito penal, houve um processo de humanização das leis e dos métodos punitivos nas sociedades civilizadas, era a chegada de uma forma de organização em que as leis seriam fruto de um consenso, um contrato social livremente firmado entre os cidadãos, onde, ninguém poderia ser punido sem que desrespeitasse uma lei preexistente, dando assim legitimidade as penas aplicadas, de maneira em que todos estariam sujeitos a serem responsabilizados penalmente pelos atos cometidos. Esse processo inicia-se na Europa com o desenvolvimento industrial, o processo de humanização das leis, mostrou-se à primeira vista a solução para muitos problemas das sociedades, levando em conta que através desse contrato social, estinguem-se as formas de punições extremamente violentas, como o açoite, os suplícios, as fogueiras e métodos de intimação feitos diretamente sobre o corpo, em relação a essas penas citadas, houve aparentemente um abrandamento das penas.

Sobre o que representa o suplício, Foucault (1988, p. 46), assim, asseverou:

O suplício tem então uma função jurídico-política. É um cerimonial para reconstituir a soberania lesada por um instante. Ele a restaura manifestando-a em todo seu brilho. A execução pública por rápida e cotidiana que seja, se insere em toda a série dos grandes rituais do poder eclipsado e restaurado (coroação, entrada do rei numa cidade conquistada, submissão dos súditos revoltados): por cima do crime que desprezou o soberano, ela exhibe aos olhos de toda uma força invencível. Sua finalidade é menos de estabelecer um equilíbrio que de fazer funcionar, até um extremo, a dissimetria entre o súdito que ousou violar a lei e o soberano todo-poderoso que faz valer sua força [...] E esta superioridade, não é simplesmente a do direito, mas a da força física do soberano que se abate sobre o corpo do seu adversário e o domina: atacando a lei, o infrator lesa a própria pessoa do príncipe: ela – ou pelo menos aqueles a quem ele delegou sua força – se apodera do corpo do condenado para mostrá-lo marcado, vencido, quebrado [...] o suplício não restabelecia a justiça, reativava o poder [...].

A surgimento de novas tecnologias capazes de, que com diferentes métodos punitivos, conseguisse a docilidade dos indivíduos, e posteriormente, essa tecnologia apresenta o objetivo de ressocializar o apenado. O processo de desenvolvimento do sistema carcerário brasileiro é demonstrado através das constituições e dos códigos penais brasileiros.

A chegada da família real portuguesa ao Brasil, trouxe as bases da Constituição da Monarquia Portuguesa de 1821, preparando terreno para a Constituição do Império e para o Código Criminal de 1830, esse código foi criada para substituir as Orientações Filipinas, vigentes nas colônias portuguesas, as Orientações Filipinas tinha como a características penas severas, destacando-se as penas, de banimento, de perdimentos de bens, os açoites, morte por esquartejamento e forca, outra característica marcante era a seletividade de quem seria submetido às penas, ou seja, os fidalgos, os cavaleiros, os doutores em cânones ou em leis, os médicos os juízes e os vereadores, gozavam de privilégios e não poderiam serem submetidos a tais penas. O Código Criminal de 1830, aboliu penas violentas legitimadas pelas Orientações Filipinas, no entanto, estabelecia como penas, as prisões perpétuas com trabalhos forçados, pena de banimento e a pena de morte.

Segundo Dotti (2003, p. 228)

As Ordenações Filipinas não passavam de um acervo de leis desconexas, ditadas em tempos remotos, sem conhecimento dos verdadeiros princípios e influenciadas pela superstição e prejuízos, igualando às de Drácon na barbárie, excedendo-se na qualificação obscura dos crimes, irrogando nas penas a falta que a razão humana nega a existência e outras que estão fora do poder civil.

As leis eram ainda cruéis e também desiguais, misturando o direito e religião. Um dos grandes exemplos dessa seletividade na aplicação das penas, era a pena ao crime de adultério, que permitia que o marido traído matasse o adúltero desde que esse não fosse fidalgo.

60 anos após o primeiro código, com o advento da Proclamação República e a abolição da escravidão, foi criado o Código Penal dos Estados Unidos do Brasil, ao longo da Primeira República, suas características mais marcantes eram que esse código veio vigorar como uma ferramenta de repressão e controle dos movimentos sociais, é importante ressaltar que desde a sua promulgação o Código Penal de 1890, foi considerado ineficaz por não dar conta dos novos desafios colocados pelas transformações sociais e políticas do período republicano.

Segundo Dotti (2003, p. 296):

Entendiam que a eliminação da pena de morte pelo sistema anticriminal reclamava um sucedâneo adequado para proteger os interesses sociais lesionados pelos grandes assassinos, os delinquentes de índole ou estado, cuja incorrigibilidade e temibilidade se patenteassem.

O Código Penal de 1890, também trouxe avanços inegáveis ao processo de humanização das penas, primeiro por abolir a penas, de morte, penas perpetuas, açoites e as galés, em segundo por prever quatro tipos de prisões: prisão celular; reclusão em fortalezas, praças de guerra ou estabelecimentos militares, destinadas aos crimes políticos; prisão com trabalhos forçados, que era cumprida em penitenciárias agrícolas, para esse fim destinadas, ou em presídios militares; e a prisão disciplinar, cumprida em estabelecimentos especiais para menores de 21 anos. Outra grande evolução garantida por esse código foi o de estabelecer o limite de 30 anos para as penas.

Em 1932, foi aprovada e adotada pelo Decreto nº 22.213, dando origem a Consolidação das Leis Penais, a consolidação viu-se necessária devido as grandes mudanças que editaram o Código Penal de 1890, nas classificações dos delitos e intensidade das penas, as modificações e as tendências muito expressivas para a revisão do Código vigente, levaram o Governo a promover uma consolidação dos diplomas da época.

A Consolidação de Pirangibe, como ficou conhecida, era composta de quatro livros e quatrocentos e dez artigos, a Consolidação das Leis Penais realizada pelo Desembargador Vicente Pirangibe, passou a ser de maneira precária, o Estatuto Penal Brasileiro.

Em 1º de janeiro de 1942, passou a vigorar o novo Código Penal, esse promulgado em 1940, mas com intuito de que fosse melhor conhecido e também de que viesse a vigorar ao mesmo tempo que o Código de Processo Penal, passou aproximadamente dois anos até que vigorasse no país. O anteprojeto do Código Penal foi elaborado durante a Ditadura imposta por Getúlio Vargas, trazendo em seu corpo tendências jurídicas e humanistas contemporâneas, vale ressaltar que, o Código Penal de 1940, teve a importante colaboração de Néelson Hungria, Vieira Braga, Marcelio de Queiroz, Roberto Lyra, Costa e Silva e Abgar Renault.

Sob o referido Código, Hungria (1942, p. 226) afirmava que:

O Estado modelado na incude Revolução Francesa estava reduzido ao pouco edificante papel de um guarda noturno modorrento que só desperta a um rumor alto e se limita a soprar no seu apitado assustadiço e inócuo. Era o Estado negativo, era o Estado agnóstico, o Estado roifaineant. Enleado nas suas autolimitações, nem mesmo podia defender-se com êxito. A concepção filosófica dos direitos do homem, interpretada pela ortodoxia do demo-liberalismo, redundava numa permanente hostilidade do indivíduo contra o Estado. O Estado

era o mal necessário, que devia ser contido dentro das mais estreitas lindes.

Em 1963, o Ministro e Professor Nelson Hungria, por incumbência do governo, apresentou anteprojeto de sua autoria. Após submetido a várias comissões revisadoras, o anteprojeto Hungria, foi finalmente convertido em lei pelo Decreto nº 1004, de 21 de outubro de 1969.

A vigência do Código de 1969, como ficou conhecido, teve sua vigência sucessivamente postergada, até final revogação pela Lei 6.578 de 1978, constituindo o exemplo tragicômico da mais longa *vacatio legis* de que se tem notícias.

Foram estabelecidas pelo Código Penal de 1940 as medidas de segurança, aplicáveis aos inimputáveis ou semi-imputáveis. Consistiam em medidas detentivas, compreendidas em internação em manicômio judiciário, em casa de custódia e tratamento em colônia agrícola ou instituto de trabalho de reeducação ou de ensino profissional. Poderiam ser não detentivas, quais sejam, a liberdade vigiada, proibição de frequentar determinados lugares e o exílio local.

O Código Penal de 1940, sofreu várias alterações, as mais importantes ocorreram com o advento da Lei nº. 6.416/77, que alterou o rol das sanções, e da Lei nº. 7.209/84, que modificou a Parte Geral do Código. A alteração no rol de sanções suprimiu o isolamento celular contínuo, definindo penas privativas de liberdade em reclusão e detenção e prevendo também as penas restritivas de direitos, consubstanciadas em prestação pecuniária, perda de bens e valores, prestação de serviços à comunidade, interdição temporária de direitos e limitação de fins de semana, e pecuniárias, sendo estas as multas calculadas em dias. O regime de execução passou a ser fechado, semiaberto e aberto, tendo como parâmetro a quantificação da pena aplicada e não a periculosidade do condenado.

A Lei n. 7.209/84, que reformulou toda a Parte Geral do Código de 1940, humanizou as sanções penais e adotou penas alternativas à prisão, além de reintroduzir no Brasil o festejado sistema dias-multa. No entanto, embora tenhamos um dos melhores elencos de alternativas à pena privativa de liberdade, a falta de vontade política de nossos governantes, que não dotaram de infraestrutura nosso sistema penitenciário, tornou, praticamente, inviável a utilização da melhor política criminal – penas alternativas -, de há muito consagrada nos países europeus. A falta de estrutura do sistema, de certa forma, empobreceu a criatividade dos Judiciários –

estaduais e federais – na busca de solução de meios adequados para operacionalizar a aplicação, pelo menos, da prestação de serviço à comunidade, nos limites da reserva legal. Essa alternativa, a que melhor êxito tem na Europa, a partir da bem-sucedida experiência inglesa (1972), não demanda maiores custos, como bem demonstra a extraordinária experiência utilizada com sucesso na área metropolitana de Porto Alegre, desde 1987 (BITENCOURT, 2008).

Com as alterações do rol de penalidades, em 1977, e a da Parte Geral em 1984, posteriormente ocorreram poucas alterações significativas, as que ocorreram, foram em razões de adequação da legislação penal em relação às circunstâncias sociais contemporâneas.

2.2 Garantias do Encarcerado no Brasil

Henny Goulart, sustenta que no período anterior ao Código Criminal de 1830, “a prisão vigorou no Brasil basicamente no sentido de cárcere”, ou seja um local de permanência temporária ou de transito, por um período onde o encarcerado aguardava a condenação, ou mesmo a execução da pena (GOULART, 1998, p.57).

Em 1893, o Projeto de Código Penitenciário da República foi a primeira tentativa de codificação a respeito das Normas de Execução Penal no Brasil, elaborado por Cândido Mendes; Lemos de Brito e Heitor Carrilho, publicado no Diário do Poder Legislativo, Rio de Janeiro, edição 25/03/1937.

Posteriormente, no ano de 1957, o deputado Carvalho Neto, através da Lei 3.274, dispôs normas gerais de regime penitenciário. Neste mesmo ano foi apresentado ao Ministro da Justiça um anteprojeto do Código Penitenciário o qual foi abandonado. Outra tentativa aconteceu em 1963, quando Roberto Lyra elaborou também um anteprojeto relativo ao Código de Execuções Penais, no entanto, não se transformou em projeto pelo desinteresse do autor em virtude do movimento político de 1964, seis anos depois, em 1970, benjamim Moraes Filho, elaborou um novo anteprojeto de Código de Execução Penais, que encaminhado ao Ministério da Justiça não foi utilizado.

Em 1981, através da Portaria nº 429, de 22 de julho de 1981 foi instituída uma comissão pelo Ministro da Justiça e pelos professores, Miguel Reale Junior René Ariel Dotti, Francisco de Assis Toledo, Ricardo Antunes Andreucci, Rogério Lauria

Tucci, Sérgio Marcos de Moraes Pitombo, Benjamim Moraes Filho e Negi Calixto que apresentaram o anteprojeto da Nova Lei de Execução Penal ao então Presidente da República, João Batista Figueiredo, encaminhou ao Congresso Nacional, o qual foi aprovada a Lei de Execução Penal, promulgada em 11 de julho de 1984, vindo a vigorar juntamente com a Lei de reforma da parte Geral do Código Penal no dia 13 de janeiro de 1985.

Em seu artigo 1º, a Lei de Execução Penal e o artigo 59, do Código Penal, definem que o objetivo da pena é efetivar as disposições de sentença ou decisão criminal e proporcionar as condições para a harmonia e integração social do condenado e do internado. Entendimento da doutrina majoritária que três são as finalidades da pena: repressão, prevenção ao crime e recuperação do condenado.

Com efeito, temos a análise de Alexis Augusto Couto de Brito acerca dos objetivos da execução da pena:

O primeiro objetivo da execução penal é executar a pena de forma eficaz, submetendo o condenado ou internado à sanção imposta pelo Estado, colaborando para o reconhecimento dos valores dispostos na sociedade e seu crescimento em direção ao pacífico convívio social. Enfatizamos a finalidade preventiva (geral e especial) da pena, como o centro de gravidade da sanção penal. O segundo objetivo, indissociável do primeiro, é garantir que esta execução se pautem pelo devido processo legal e respeito à dignidade humana, para que a recuperação ou formação do condenado tenha legitimidade. O que justifica a potestade estatal para a aplicação e execução da pena é a ilusória ideia de que a sanção pelo ilícito praticado será auferida com imparcialidade, proporcionalidade e razoabilidade, atributos que o ofendido pelo delito presumidamente não possui. Então, qualquer pena para poder manter-se com esse escopo, não poderá se afastar do estado de direito, democrático e com foco na dignidade (BRITTO, 2006, p. 38).

Com a Lei de Execução Penal, em 1984, o preso brasileiro passou a ser sujeito de direitos e de obrigações, porque antes dela praticamente exigia-se dele exclusivamente deveres. Com a LEP, os legisladores resolveram estabelecer um conjunto de direitos e de obrigações. A Constituição Federal de 1988, de forma pioneira, solidificou a visão da LEP, consagrando direitos ao preso que jamais haviam sido objeto de alcance constitucional. Reconhecer direitos e exigir deveres do preso provisório ou já condenado, sem dúvidas, além de ser a visão da Constituição e da LEP, contribui para a sua reintegração social que, aliás, é uma das finalidades da execução (art. 1º, LEP). Nos termos do art. 38, do Código Penal, o

preso conserva todos os direitos não atingidos pela perda da liberdade, impondo-se a todas as autoridades o respeito à sua integridade física e moral.

Por sua vez o art.3º da LEP, estabelece que ao condenado e ao internado serão assegurados todos os direitos não atingidos pela sentença ou pela lei.

As garantias ao presidiário foram reguladas pela LEP, o artigo 3º dispõe que: “ao condenado e ao internado serão assegurados todos os direitos não atingidos pela sentença ou pela lei. Parágrafo único. Não haverá qualquer distinção de natureza racial, social, religiosa ou política.”

Nota-se desde então, a preocupação do legislador em resguardar os direitos do presidiário, tenta em vista, que anteriormente seus direitos eram em muitas situações ignorado pela legislação e conseqüentemente também ignorado pela sociedade. A LEP já foi criada respeitando os princípios constitucionais, elencados anos depois pela Constituição Federal brasileira de 1988.

2.2.1 Os princípios constitucionais

A Constituição de 1988, teve como uma das funções principais concretizar o Estado Democrático de Direito, criando regras e princípios com o único objetivo de assegurar a dignidade da pessoa humana. A dignidade da pessoa humana compreende a cidadania, pluralismo político e partidário, a soberania da nação.

O grande desafio da CRFB/88 era fazer com que o direito da dignidade da pessoa humana fosse inserido na sociedade de fato, e não tornasse apenas um modo formal de reconhecer os direitos dos cidadãos, Alexandre de expressa pensamento nesse sentido:

O Estado Democrático de Direito, caracterizador do Estado Constitucional, significa que o Estado se rege por normas democráticas (...) Assim, o princípio democrático exprime fundamentalmente a exigência da integral participação de todos e de cada uma das pessoas na vida política do país, a fim de garantir o respeito à soberania popular. O Estado Constitucional, portanto, é mais do que o Estado de Direito, é também o Estado Democrático, introduzido no constitucionalismo como garantia de legitimação e limitação do poder (MORAES, 2009).

Observando o sistema prisional brasileiro é perceptível que a constituição ainda não alcançou por completo esse objetivo, há nesse sentido uma discrepância entre aspecto formal e a efetiva prática dos princípios constitucionais na execução da pena, por diferentes motivos.

2.2.2 Os direitos garantidos pela Constituição Federal de 1988 ao recluso

Ao transformar o direito à saúde em uma obrigação do Estado, para que todas as pessoas sejam abrangidas por políticas de atendimento às diversas problemáticas que envolvem a questão da saúde, criou-se o Sistema Único de Saúde (SUS), referido no artigo 198 da Constituição Federal de 1988, apresentando-se como um sistema norteado por princípios que auxiliam no entendimento sobre suas atribuições, a exemplo do princípio da universalidade e da equidade.

O direito à saúde está previsto no artigo 60, no Capítulo II, Título II, da Constituição Federal, ressaltando que o disposto no artigo 196 do mesmo texto que de forma mais clara e explícita trata desta questão, aportando a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças. Portanto, o Estado tem um papel de garantidor positivo de uma política que abrange a todos, inclusive que alcance os indivíduos que se encontram no sistema penitenciário.

A CF/88, consagrou direitos exclusivos ao recluso, desde quando ainda detido por força de ordem judicial (prisão temporária, preventiva ou por condenação à pena privativa de liberdade) ou através do ato de prisão em flagrante, é evidente que a perda maior é a da liberdade do indivíduo e dos demais direitos, mesmo perdendo o direito de ir e vir, o encarcerado não pode perder outros direitos e garantias individuais. A Constituição Federal de 1988, com o intuito de preservar a dignidade, o respeito e a integridade física e moral do indivíduo privado de liberdade, garantiu que sempre que houver lesão ou ameaça aos seus direitos, o encarcerado poderá exigir a tutela judicial ou administrativa, até mesmo os meios processuais acessíveis a todos, como por exemplo: mandado de segurança, mandado de injunção, habeas data e habeas corpus.

No extenso rol de direitos e garantias enumerados no art. 5º da Constituição da República, há normas que instituem direitos subjetivos no plano material, (...) e outras que estabelecem garantias instrumentais de proteção àqueles direitos, como é o caso de inúmeros dispositivos de natureza processual ou procedimental que podem ser reunidos na cláusula do devido processo legal, cujo conteúdo é destinado à genérica proteção dos bens e da liberdade, dado que ninguém será privado de sua liberdade e de seus bens sem o devido processo legal (art. 5º, LIV) (PACELLI, 2000).

Uma série de direitos exclusivos ao recluso foram constitucionalizados pela Constituição de 1988 em seu artigo 5º, como: julgamento pelo tribunal do júri, nos crimes dolosos contra a vida, consumados ou tentados (XXXVII); não submissão a penas cruéis (XLVI); respeito à sua integridade física e moral (XLIX); permanência das presidiárias com o filho durante a amamentação (L); ser considerado culpado somente com o trânsito em julgado da sentença condenatória (LVII); prisão exclusivamente em flagrante delito ou por ordem escrita e fundamentada emanada de autoridade judiciária (LXI); comunicação da prisão, em caso de flagrante, ao juiz, à família ou à pessoa pelo preso indicada (LXII); identificação dos responsáveis pela prisão (LXIV).

2.2.3 As garantias ao encarcerado definidas pela LEP

Em seu artigo 10, a Lei de Execução Penal, determina que é dever do Estado, garantir a assistência ao preso e ao internado, com o objetivo de prevenir o crime e proporcionar o retorno ao convívio em sociedade do apenado. A assistência ao qual refere-se o artigo anteriormente mencionado, está especificada no artigo seguinte. O artigo 11, da LEP, defini que o encarcerado terá resguardada a assistência: material, garante ao preso e ao internado o fornecimento de alimentação, vestuário e instalações higiênicas, e ainda, o estabelecimento prisional deverá dispor de instalações e serviços que atendam às necessidades pessoais que a lei permita ao encarcerado; à saúde, será de caráter preventivo e curativo e compreenderá em atendimento médico, farmacêutico e odontológico; jurídica será garantida aos presos

e aos internados sem recursos financeiros para constituir advogado; educacional que compreenderá a instituição escolar e a formação profissional do preso e do internado; assistência social, essa tem a finalidade de amparar o encarcerado e prepara-los para o convívio em sociedade; religiosa, onde o apenado terá direito a participar, com liberdade religiosa, de serviços organizados no estabelecimento penal, bem como a posse de livros de instrução religiosa.

O art. 41 da LEP enumera-os, dentre outros, à alimentação e vestuário, trabalho remunerado, assistência material, religiosa, jurídica, educacional, saúde (médica, odontológica e farmacêutica), entrevista pessoal e reservada com advogados, visitas de familiares e amigos, audiência especial com o diretor da unidade prisional e contato com o mundo exterior por meio de correspondência escrita ou por outros meios que não comprometam a segurança interna da prisão, chamamento nominal, liberdade de petição e de representação, permissão de saídas extraordinárias ou temporárias, dependendo do regime prisional a que está submetido, filiação à previdência social, entre outros.

2.2.4 Princípio da Legalidade

A Lei de Execução Penal, em sua própria Exposição de Motivos, afirma que “o princípio da legalidade domina o corpo e o espírito do Projeto, de forma a impedir que o excesso ou desvio da execução comprometam a dignidade e a humanidade do Direito Penal.” (Exposição de Motivos da Lei de Execução Penal, item 19).

A Lei de Execuções Penais demonstra desde a sua exposição de motivos que o legislador preocupou-se com os excessos cometidos pelo Estado durante a repressão ou punição do crime e para a segurança jurídica quanto a definição clara das condutas elencadas na legislação penal.

Com relação ao objetivo do princípio da legalidade inserido na execução penal Alberto Silva Franco: “a aplicação do princípio constitucional da legalidade, como garantia executiva, implica, assim, o reconhecimento de que o preso não pode ser manipulado pela administração prisional como se fosse um objeto; de que, não obstante a perda de sua liberdade, é ainda sujeito de direitos, mantendo, por isso, com a administração penitenciária, relações jurídicas das quais emergem direitos e

deveres, e de que a jurisdição deve fazer-se presente não apenas nos incidentes próprios da fase executória da pena, como também nos conflitos que possam eventualmente resultar da relação tensional preso-administração” (FRANCO, 1986).

2.2.5 Princípio da Individualização da Pena

A respeito do Princípio da Individualização da Pena, Nilo Batista aduz que, especialmente individualização judicial, ou seja, a exigência de que a pena aplicada considere aquela pessoa concreta à qual se destina, esse princípio regulamenta que a pena deve ser aplicada de forma individual, levando em consideração a conduta social, a personalidade do agente, a culpabilidade, as circunstâncias e consequências do crime, os motivos, sempre atentando-se ao caso concreto.

O artigo 5º, inciso XLVIII, da Constituição Federal de 1988, determina que “a pena será cumprida em estabelecimentos distintos, de acordo com a natureza do delito, a idade e o sexo do apenado”, nota-se claramente que o legislador visa assegurar os direitos do preso e ao estabelecer critérios quanto ao delito praticado, compreende que a ressocialização do indivíduo depende muito do seu convívio quando ainda no cumprimento de pena privativa de liberdade, há nesse sentido a intenção de formar grupos, dentro do sistema prisional, que tenham cometido crimes de proporções no mínimo.

O Título II, Capítulo I, da Lei de Execução Penal, trata da classificação do preso, regulamenta o que o artigo 5º preceitua como critérios quanto ao delito praticado, há portanto, uma classificação do encarcerado, como exposto no artigo 5º, da LEP, “os condenados serão classificados, segundo os seus antecedentes e personalidade, para orientar a individualização da execução penal.”

Nucci expressando opinião acerca do tema:

Por isso, conforme os antecedentes e a personalidade de cada sentenciado, orienta-se a maneira ideal de cumprimento da pena, desde a escolha do estabelecimento penal até o mais indicado pavilhão ou bloco de um presídio para que seja inserido (NUCCI, 2012, p.183)

Nos dias atuais percebe-se a relevância a esse cuidado que o legislador tomou ao dispor sobre a classificação, é compreendido que ao inserir em um mesmo

convívio presos acusados ou condenados por um crime de diferentes graus de potencial ofensivo. No entanto, devido as estruturas de diversos estabelecimentos prisionais existentes no país, levando em conta que parte dos presídios estão com superpopulação, fator que acumula uma série de problemas tanto aos encarcerados quanto ao Estado.

Acerca da individualização da pena, vejamos os dizeres de Mirabete: “Com os estudos referentes à matéria, chegou-se paulatinamente ao ponto de vista de que a execução penal não pode ser igual para todos os presos – justamente porque nem todos são iguais, mas sumamente diferentes – e que tampouco a execução pode ser homogênea durante todo o período de seu cumprimento. Não há mais dúvida de que nem todo preso deve ser submetido ao mesmo programa de execução e que, durante a fase executória da pena, se exige um ajustamento desse programa conforme a reação observada no condenado, só assim se podendo falar em verdadeira individualização no momento executivo. Individualizar a pena, na execução, consiste em dar a cada preso as oportunidades e elementos necessários para lograr a sua reinserção social, posto que é pessoa, ser distinto. A individualização, portanto, deve aflorar técnica e científica, nunca improvisada, iniciando-se com a indispensável classificação dos condenados, a fim de serem destinados aos programas de execução mais adequados, conforme as condições pessoais de cada um” (MIRABETE, 1992).

2.2.6 Princípio da Humanização da Pena

O art. 5º, inc. XLIX, da Constituição Federal: “é assegurado aos presos o respeito à integridade física e moral”.

O princípio da Humanização da Pena, foi inserido na Constituição Federal de 1988, com o objetivo de pôr fim nas penas cruéis que assolaram as prisões brasileiras desde a colonização, preservando a integridade física e moral do encarcerado.

Beccaria (2000) aduz sobre o tema:

O respeito à integridade física e moral da pessoa presa constitui o reconhecimento da existência de valores fundamentais e imperecíveis, que

fecundam o Direito Natural e, como tais, são admitidos na maioria dos sistemas jurídicos contemporâneos por força da elaboração do Direito Internacional, com destaque para as Declarações de Direitos.

Segundo Ferrajoli (2002, p. 112):

Um Estado que mata, que tortura, que humilha um cidadão, não só perde a legitimidade, como também exerce o contrário do que sintetiza a função da pena, e contradiz a sua razão de ser, colocando-se no nível dos mesmos delinquentes.

O Estado tem a obrigação de permitir e os encarcerados tenham total direitos sobre suas garantias, a falta destas o colocam em níveis de delinquência, bem como daquele que o Estado está punindo.

2.3 Garantia de Acesso à Saúde ao Encarcerado

Como disposto na Lei de Execução Penal em seus artigos 10 e 11: o Estado tem o dever de prestar assistência ao preso e ao internado, a assistência será: material, à saúde, jurídica, educacional, social e religiosa.

O artigo 14 da Lei nº 7.210 de 1984, assegura que a assistência à saúde do preso e do internado, será de caráter preventivo e curativo, compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico. Como já previsto, nem todas as unidades prisionais poderiam manter uma unidade de saúde em suas instalações, o parágrafo único do mesmo artigo, garantiu que 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.

O artigo 5º, inciso XLIX, da CRFB/88, “assegura aos presos o respeito a integridade física e moral.”

Mesmo com legislações claras a respeito do assunto, não cumpre-se de fato o que determina a lei, assim como em outras garantias asseguradas aos cidadãos, presos ou em liberdade.

A falta de acesso à saúde no cárcere, a princípio é gerado por vários fatores, como a superlotação dos estabelecimentos prisionais, a falta de investimentos na área e até mesmo o desinteresse por parte do Estado em buscar executar as leis já existentes na Constituição da República de 1988, na Leis de Execução Penal e nas

Portarias Ministeriais, essas últimas que regulamentam de maneira específica o presente tema.

A respeito do tema, Bitencourt (1993) expõe que:

Superlotação da população carcerária juntamente com insalubridade e as más condições estruturais transformam os estabelecimentos prisionais num ambiente ao contágio de doenças. Esses fatores aliados ao sedentarismo, uma vez que não são oferecidas atividades laborais e o uso de drogas, falta de profissionais especializados, dentre outros fatores, fazem com que um preso que adentrou lá numa condição estável, saia da lá acometido de uma doença ou com sua resistência física e saúde comprometida.

2.3.1 Os Programas de Assistência à Saúde ao Encarcerado

O acesso da população penitenciária a ações e serviços de saúde é legalmente definido pela Lei de Execução Penal n.º 7.210, de 1984, pela Constituição Federal de 1988, pela Lei n.º 8.080, de 1990, que regulamenta o Sistema Único de Saúde e pela Lei n.º 8.142, de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde.

No presente capítulo, serão elencadas as medidas que o Estado tem proposto, as legislações que procuram proporcionar o acesso à saúde do enclausurado, assim como os programas assistenciais executados no sistema prisional. Apesar de o Estado ter o dever de estabelecer políticas públicas que garantam acesso à saúde do cidadão e da população carcerária, isso não ocorre de forma eficaz, dentro e fora dos muros das prisões.

Em 2003, através da Portaria Interministerial n.º 1.777/2003, foi instituído o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), esse modelo foi constatado ineficaz aproximadamente dez anos depois da sua implantação. Em 2014, a Portaria Interministerial n.º 01 de 02 de janeiro do mesmo ano, criou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), com o objetivo de ampliar as ações de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) para a população privada de liberdade, fazendo com que cada unidade básica de saúde prisional passasse a ser visualizada como ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde.

2.3.2 Portaria Interministerial nº 1.777/2003

Em 09 de setembro de 2003, foi implantada a Portaria Ministerial de nº 1.777/2003, entre o Ministério de Estado da Saúde e o Ministério de Estado da Justiça, no ano em que foi criada a Portaria, estimava-se que a população carcerária no Brasil era de aproximadamente 200 mil pessoas. A portaria teve como objetivo principal contribuir para o controle e/ou redução dos agravos mais frequentes à saúde da população penitenciária brasileira, buscando a definição e implementação de ações e serviços que viabilizassem a atenção integral à saúde da população compreendida pelo Sistema Penitenciário Nacional, vale ressaltar que as medidas a serem implementadas à época, partiam dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Além da superlotação das unidades prisionais, alguns aspectos foram considerados para a edição da Portaria nº 1.777/2003, seguem enumerados abaixo:

1. A estimativa de 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 adulta brasileira, tais como hipertensão arterial e diabetes mellitus; a necessidade de ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças nos presídios;
2. A importância da realização de estudos de abrangência nacional que revelem o perfil epidemiológico da população presidiária brasileira;
3. A heterogeneidade, entre as unidades federadas, da assistência à saúde prestada às pessoas presas;
4. As recomendações da Comissão Interministerial, criada pela Portaria Interministerial MS/MJ N.º 2035, de 8 de novembro de 2001, com a atribuição de formular propostas destinadas a viabilizar a atenção integral à saúde dessa população (PORTARIA INTERMINISTERIAL nº 1.777/2003).

O artigo primeiro da Portaria nº 1.777, traz uma importante ferramenta na busca de garantir de fato o acesso à saúde da população carcerária, a portaria ministerial determina que seja aprovado o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), o PNSSP será estudado de maneira mais aprofundada no

presente trabalho. No mesmo artigo, no inciso V, o legislador demonstra uma preocupação com a prevenção de doenças, levando em conta as condições de superlotação dos 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.

Houve também através da portaria mencionada, a determinação que o financiamento das ações de saúde, no âmbito do Sistema Penitenciário, passou a ser compartilhado entre os ministérios responsáveis pela Portaria Interministerial supramencionada, a divisão de investimentos de recursos para atenção à Saúde no Sistema Penitenciário, cabendo ao Ministério da Saúde financiar o correspondente a 70% do recurso e ao Ministério da Justiça o correspondente a 30% do recurso.

2.3.3 Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário

A saúde é um direito de todos e um dever do Estado. A grave situação em que se encontram as pessoas privadas de liberdade, refletida, dentre outros fatores, nas práticas de violência, na precariedade de espaço físico e na carência do atendimento à saúde, é uma realidade que não se pode negar. Embora existam tratados internacionais que definam normas e orientações para uma melhor implementação das unidades penitenciárias de todo o mundo, observa-se que estas não vêm sendo seguidas. As unidades do Sistema Penitenciário, até a criação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, não tinham políticas definidas de maneira mais específicas para que fosse respeitada a garantia de acesso à saúde do recluso. No período entre os anos de 2003 a 2014, a política de saúde no sistema prisional passa a ser normatizada por legislações específicas que definem critérios para a organização da assistência, da gestão e do financiamento.

Em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS, a Portaria Interministerial MS/MJ nº 1.777, de 09 de setembro de 2003, aprovou o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) objetivando viabilizar o acesso da população privada de liberdade ao SUS, com a garantia de incentivos financeiros às unidades federativas qualificadas ao Plano (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

A criação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), em 2003, foi uma ação governamental estratégica, em consonância com a legislação vigente, que enfatiza a garantia do direito à saúde para o conjunto da população brasileira, inclusive aquela confinada em estabelecimentos prisionais. O PNSSP, dessa maneira, é um instrumento para inclusão, no SUS, das pessoas privadas de liberdade, e uma forma de fazer chegar às unidades prisionais ações, serviços e profissionais de saúde.

O balanço desses anos do PNSSP apresenta desafios e conquistas. No que diz respeito às ações de prevenção, promoção e recuperação, alguns estados têm desenvolvido iniciativas que merecem um olhar mais atento. Mediante articulação com as Secretarias de Saúde e as Secretarias responsáveis pela Administração Penitenciária, esses estados têm trabalhado na formação de presos como multiplicadores de saúde. Além da remição da pena, há um acompanhamento mais efetivo de agravos como a tuberculose e o HIV/aids, e garante-se a continuidade do trabalho desenvolvido pelas Equipes de Saúde. Iniciativas como essa têm obtido resultados relevantes, como a cobertura da maioria da população penitenciária nos locais onde são aplicadas.

Em 2009, a partir da análise dos Relatórios de Gestão dos estados, das visitas de monitoramento/acompanhamento aos nove primeiros estados qualificados, realizados em conjunto com o DEPEN/MJ, das recomendações das Consultas Regional e Nacional sobre HIV/Aids no Sistema Penitenciário, além de relatos de gestores e profissionais de saúde no sistema penitenciário, as equipes técnicas dos Ministérios da Saúde e da Justiça concluíram que era o momento adequado para se proceder uma ampla revisão do PNSSP, a fim de adequá-lo às realidades locais, objetivando a melhoria das ações de saúde direcionadas à população penitenciária.

2.3.4 Revisão do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP)

Como citado anteriormente, no ano de 2009, a partir das análises dos Relatórios de Gestão dos Estados, realizados em conjunto com o DEPEN/MJ.

Em fevereiro de 2010, uma Consulta Prévia, possibilitando a participação de profissionais de saúde que atuam no sistema penitenciário, gestores, órgãos de

classe, sociedade civil e outros. As contribuições formaram um consolidado que subsidiou os eixos de discussão do Encontro Nacional Para revisão do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, realizado nos dias 11 e 12 de março de 2010, em Brasília.

Além dos comentários feitos as políticas aplicadas durante o PNSSP, a revisão buscou realizar um mapeamento da situação a qual se encontrava o Sistema Penitenciário naquele ano.

No ano de 2010, segundo os dados levantados, a população privada de liberdade era de aproximadamente 473 mil pessoas, sendo que, a população feminina era de aproximadamente 31 mil. A população à época, não diferente da contemporaneidade, era composta por adultos jovens, negros e pardos, solteiros e com menos de 30 anos de idade. Em geral a população carcerária é composta por pessoas pobres, condenadas por crimes contra o patrimônio, a maioria conexas ao microtráfico de drogas ilícitas. Poucos, entre eles, foram alfabetizados ou completaram o ensino fundamental; tampouco possuíam profissão definida anteriormente à prisão, caracterizando uma situação de exclusão social anterior ao seu ingresso no Sistema Prisional. Mais da metade é reincidente na prática de crimes e comumente associam seus atos delituosos à situação de desemprego e pobreza em que se encontram.

Entre a população encarcerada feminina, foi notável o aumento entre os anos de 2000 a 2009, em proporcionalidade ao encarceramento masculino o aumento foi três vezes maior, segundo dados do Ministério da Justiça. As encarceradas em geral, são jovens, mães solteiras, afro descendentes, e na maioria dos casos condenadas por tráfico de drogas.

Em relação a consulta pública, é de relevância destacar o seguinte comentário: Unidades de Alimentação e Nutrição (UAN) destinadas à produção de refeições em condições de higiene e padronização física como determina a legislação da ANVISA, sob a Responsabilidade Técnica de profissional Nutricionista para atender a necessidade de fornecimento de alimentação adequada, saudável e segura. Justificativa: O art. 12 da Lei de Execução Penal, de 11 de junho de 1984, determina que a assistência material ao preso e ao internado deve abranger, além do fornecimento de alimentação e vestuário, instalações que sejam higiênicas. Por outro lado, o procedimento 20 das Regras Mínimas da ONU para tratamento de presos define que o Estado deve fornecer a cada preso alimentação de boa

qualidade, bem preparada e servida cujo valor nutritivo seja suficiente para a manutenção da saúde. O art. 13, da Resolução nº14, do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária CNPCP/ MJ, de 11 de novembro de 1994, acrescenta que a preparação da alimentação do preso deve se pautar nas normas de higiene e sob a supervisão de nutricionista. Cabe ressaltar que a Lei 8234, de 17 de setembro de 1991, que regulamenta a profissão de Nutricionista, define no art. 3º como atividades privativas dos nutricionistas o planejamento, organização, direção, supervisão e avaliação de serviços de alimentação e nutrição. Realizar assistência e educação nutricional a coletividade ou indivíduos sadios ou enfermos em instituições públicas e privadas. Para realizar as atribuições definidas o nutricionista deverá desenvolver as seguintes atividades obrigatórias: planejar e supervisionar a execução da adequação de instalações físicas, equipamentos e utensílios, de acordo com as inovações tecnológicas; planejar e supervisionar o dimensionamento, a seleção, a compra e a manutenção de equipamentos e utensílios; planejar, elaborar e avaliar os cardápios, adequando-os ao perfil epidemiológico da clientela atendida, respeitando os hábitos alimentares; planejar cardápios de acordo com as necessidades de sua clientela; planejar, coordenar e supervisionar as atividades de seleção de fornecedores, procedência dos alimentos, bem como sua compra, recebimento e armazenamento de alimentos; coordenar e executar os cálculos de valor nutritivo, rendimento e custo das refeições/preparações culinárias. Por outro lado, a Resolução CFN Nº 419/2008 define que o Nutricionista Responsável Técnico (RT) é o profissional que assume o planejamento, coordenação, direção, supervisão e avaliação na área de alimentação e nutrição, ou seja, atua para garantir a qualidade dos serviços prestados à sociedade. Por fim, chamamos a atenção que a realidade encontrada pela CPI do Sistema Prisional é diversa da preconizada pela legislação vigente que apontou na conclusão que: As condições das cozinhas dos estabelecimentos não atendem às normas da vigilância sanitária por ser mal projetadas, pequenas, sujas e mal ventiladas, sem manutenção rotineira, além de não dispor de nutricionistas. Unindo-se a superlotação à inadequação das áreas de preparação de alimentos, o resultado é uma comida ruim e de baixa qualidade. Diante deste item, a inclusão de espaços suficientes para o desenvolvimento de ações em saúde torna imprescindível que sejam voltadas também para a alimentação e nutrição com vistas a melhorar a qualidade de vida dos detentos partindo do princípio da integralidade proposta pelo SUS. Além disso, há também o

Direito Humano à alimentação recentemente acrescentado à Constituição Federal, pois cabe ao profissional Nutricionista o fornecimento de uma alimentação segura e adequada nutricionalmente inclusive, para a população carcerária. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

2.3.5 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional - PNAISP nasce da avaliação dos dez anos de aplicação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP); quando se constatou o esgotamento deste modelo e a necessidade urgente de promover a inclusão efetiva das Pessoas Privadas de Liberdade ao SUS, cumprindo os princípios de universalidade e de equidade.

Os Ministros de Estado da Saúde e da Justiça, no uso da atribuição que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição Federal, e considerando a necessidade de reintegração social das pessoas privadas de liberdade por meio da educação, do trabalho e da saúde, de acordo com a Lei de Execução Penal nº 7.210, de 11 de julho de 1984, institui 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).

O PNAISP tem como objetivo geral garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no SUS. E ainda, possui objetivos específicos, são eles: promover o acesso das pessoas privadas de liberdade à Rede de Atenção à Saúde, visando ao cuidado integral; garantir a autonomia dos profissionais de saúde para a realização do cuidado integral das pessoas privadas de liberdade; qualificar e humanizar a atenção à saúde no sistema prisional por meio de ações conjuntas das áreas da saúde e da justiça; promover as relações intersetoriais com as políticas de direitos humanos, afirmativas e sociais básicas, bem como com as da Justiça Criminal; e fomentar e fortalecer a participação e o controle social.

As diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), foram definidas com o intuito de integralizar, intersectorializar, descentralizar, hierarquizar e de humanizar o atendimento de acesso à saúde à população privada de liberdade.

Como forma de integralizar o acesso à saúde ao encarcerado, o PNAISP, determinou que as equipes de saúde no sistema prisional devem estar orientadas e capacitadas para prestar atenção integral à saúde para as pessoas privadas de liberdade, primando por ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e de recuperação, referenciando as ações de maior complexidade para a atenção especializada na Rede de Atenção à Saúde. As equipes de saúde no sistema prisional têm autonomia para realizar suas ações, principalmente para o estabelecimento de fluxos de demandas de saúde emergentes ou antigas, em todos os níveis de atenção.

Com o intuito de intersectorializar as ações de saúde no sistema prisional, o PNAISP regulamentou que essas ações deverão ser compreendidas em sua dimensão mais ampla, objetivando a criação de condições necessárias à garantia dos direitos das pessoas privadas de liberdade, no âmbito do SUS e em parceria com os setores governamentais e não governamentais relacionados.

Outra diretriz que o PNAISP trouxe a partir da sua vigência, foi a descentralização das responsabilidades em três níveis de gestão, de acordo com as competências de cada um, previstas na Lei nº 8.080, de 1990, no Decreto 7.508 de 2011 e na Portaria Interministerial nº1 de 2014.

Com a hierarquização imposta pelo PNAISP, o acesso passou a ser igualitário aos serviços de saúde iniciando pela porta de entrada do SUS e completa-se na rede hierarquizada e regionalizada, com objetivo de cumprir as demandas da população nos variados níveis de complexidades dos serviços de saúde oferecidos. Uma vez que os serviços de saúde prisional constituem unidades básicas de saúde, esses devem estar articulados com os demais serviços da Rede de Atenção à Saúde, seguindo os fluxos de referência e contra referência de forma a garantir à população privada de liberdade o acesso integral aos serviços e ações do SUS.

Uma das principais diretrizes do PNAISP é a humanização, onde as práticas de saúde deverão tê-la como objetivo, compreendidas como atitudes e comportamentos dos gestores e profissionais que contribuam para reforçar a caráter da atenção à saúde como direito do usuário. A Política Nacional de Atenção Integral

à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, determina que o atendimento à saúde da população carcerária, deverá ser norteado pelo respeito as diferenças, sem discriminação de qualquer espécie e sem imposição de valores e crenças pessoais por parte dos profissionais de saúde.

As ações para tornar o acesso à saúde das pessoas privadas de liberdade, de fato humanizado, foram enumeradas no PNAISP, e serão aqui apresentadas: a) valorização dos usuários, trabalhadores e gestores no processo de produção de saúde; b) estímulo da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; c) aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; d) estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; e) a identificação das dimensões de necessidades sociais, coletivas e subjetivas de saúde; f) mudança nos modelos de atenção e gestão, tendo como foco as necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho; e g) o compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento.

Responsabilidades foram delegadas entres a Esfera Federal, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Os estados, o Distrito Federal e os municípios que aderirem à PNAISP, cadastrarem suas EABP no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e habilitarem no Sistema de Apoio à Implementação de Políticas de Saúde – SAIPS estarão aptos a receber o incentivo financeiro de custeio mensal, que será transferido pelo Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde. O cadastramento deve ser feito conforme a Portaria nº 305, de 10 de abril de 2014, que estabelece normas para o cadastramento no SCNES das equipes de saúde prisional.

2.4 A vulnerabilidade, os problemas de saúde e seu reflexo na sociedade prisional

É sabido que a população carcerária no Brasil tem crescido em número alarmante nas últimas décadas, neste capítulo serão demonstrados os dados que confirmam essa informação, além de, expor aqui os números disponíveis no INFOPEN (Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias), referentes ao acesso à saúde do encarcerado.

A população prisional total no país, é composta pela soma das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional estadual e nas carceragens das delegacias, além daquelas custodiadas no Sistema Penitenciário Federal. Em Junho de 2016, existiam 726.712 pessoas privadas de liberdade no Brasil, sendo 689.510 pessoas que estão em estabelecimentos administrados pelas Secretarias Estaduais de Administração Prisional e Justiça, o sistema penitenciário estadual; 36.765 pessoas custodiadas em carceragens de delegacias ou outros espaços de custódia administrados pelas Secretarias de Segurança Pública; e 437 pessoas que se encontram nas unidades do Sistema Penitenciário Federal, administradas pelo Departamento Penitenciário Federal. Segundo o INFOPEN, as vagas no Sistema Prisional Brasileiro em 2016, eram 328.049, causando um número assustador no déficit de 358.663 vagas, que será melhor detalhado na tabela número 1.

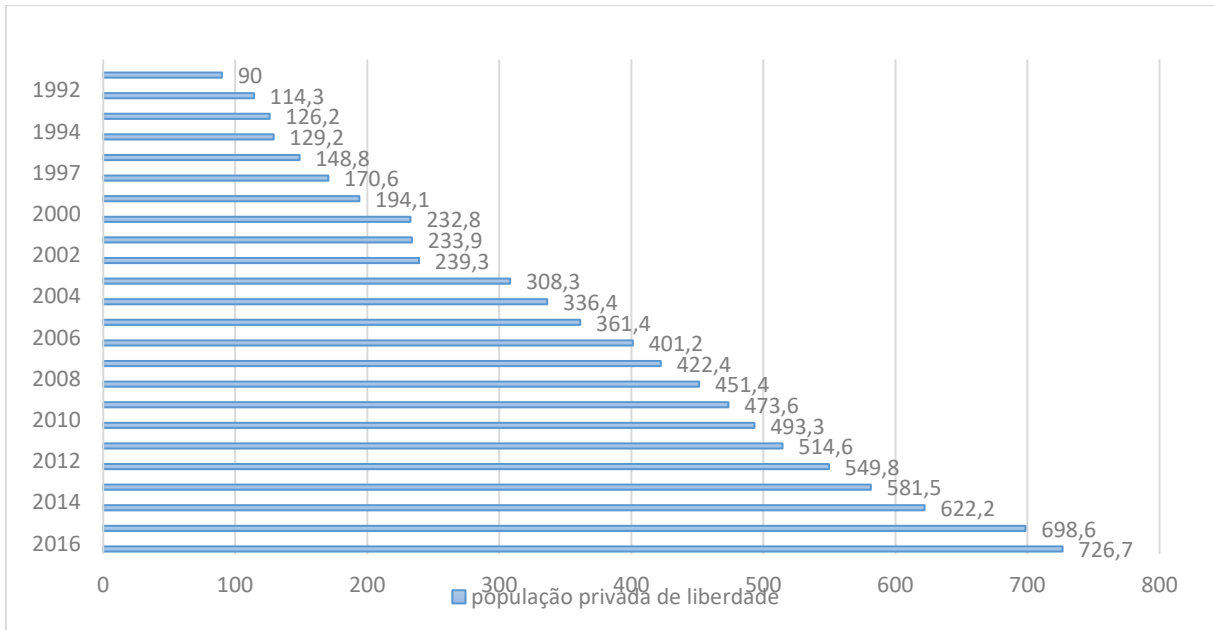
Com esse número, em 2016, o Brasil tornou-se o terceiro país de maior população carcerária, ficando atrás apenas de Estados Unidos e China. Levando em conta a esse número em relação a população total brasileira, por si só, já seria um número preocupante, quando analisamos o número de vagas nos estabelecimentos prisionais, temos uma ideia da gravidade da situação a qual encontra-se o Sistema Prisional Brasileiro.

2.4.1 O aumento na população carcerária brasileira

De 1990 a 2016, houve um aumento de 707% do número de encarcerados no ano de 1990, levando em consideração esses números é evidente que as políticas públicas de ressocialização, não tem surtido o efeito desejado.

Nesse sentido, o aumento da criminalidade não é um problema exclusivo de nosso país ou dos grandes centros urbanos e tem constituído objeto de estudo e preocupação para vários segmentos da sociedade. O avanço visivelmente incontrolável da violência tem gerado sentimentos coletivos de insegurança na população que, refém do medo, modificou seu comportamento e hábitos, passando a investir em segurança pessoal e a clamar por leis mais rigorosas. A sociedade da informação e da tecnologia tornou-se também a sociedade da insegurança e do medo. A imprensa, por sua vez, divulga amplamente a violência social sem elucidar suas raízes, as verdadeiras origens do problema (CAVALCANTE JUNIOR, 2004).

Gráfico 1. Evolução das pessoas privadas de liberdade entre 1990 e 2016



Fonte: Ministério da Justiça. A partir de 2005, dados do Infopen.

O gráfico 1, descreve o aumento em proporções gigantescas, como comparativo, a população brasileira, aumentou no mesmo período aproximadamente 36%, já a população de pessoas privadas de liberdade aumentou 707%.

Em 1990, o Brasil tinha 150.339 milhões de habitantes, no ano de 2016, a população brasileira era de aproximadamente 207.700 milhões de pessoas. Junto ao crescimento exorbitante da população carcerária brasileira, problemas como superlotação e o processo de vitimização dos apenados por uma série de fatores, um deles, que esse trabalho tem o objetivo principal de abordá-lo, é o acesso à saúde ao encarcerado.

Tabela 1. Capacidade do sistema prisional e déficit de vagas por UF

UF	Total de unidades	Total de vagas	Total de pessoas privadas de liberdade	Déficit de vagas
AC	12	3.143	5.364	2.221
AL	9	2.845	6.957	4.112
AM	20	2.354	11.390	9.036
AP	8	1.388	2.680	1.292
BA	21	6.831	15.294	8.463
CE	148	11.179	34.566	23.387
DF	6	7.229	15.194	7.965
ES	34	13.417	19.413	5.996
GO	102	7.150	16.917	9.767
MA	41	5.293	8.835	3.542
MG	189	36.556	68.354	31.798
MS	45	7.731	18.688	10.957
MT	51	6.369	10.362	3.993
PA	44	8.489	14.212	5.723
PB	65	5.241	11.377	6.136
PE	79	11.495	34.556	23.061
PI	15	2.363	4.032	1.669
PR	33	18.365	51.700	33.335
RJ	49	28.443	50.219	21.776
RN	32	4.265	8.809	4.544
RO	52	4.969	10.832	5.863
RR	6	1.198	2.339	1.141
RS	99	21.642	33.868	12.226
SC	45	13.870	21.472	7.602
SE	7	2.251	5.316	3.065
SP	164	131.159	240.061	108.902
TO	42	1.982	3.468	1.486
Total	1.418	367.217	726.275	359.058

Fonte: Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias - Infopen, Junho/2016 (BRASIL, 2016).

O déficit no número de vagas no Sistema Prisional, é de 359.058 vagas, como relatado na tabela 1, esse número reflete claramente nas condições das unidades do sistema prisional, tanto na infraestrutura, quanto nas condições da população privada de liberdade.

Como já citado acima, as ações do Estado para assegurar o acesso à saúde do encarcerado no Brasil, ganharam um destaque maior nas últimas décadas, mesmo assim, continua insuficiente. As unidades prisionais com módulos de saúde no sistema prisional, alcançam o número de 85% das unidades prisionais segundo o

IFOPEN, no entanto, é preciso destacar que é insuficiente para a demanda e ainda as unidades de saúde, observando que mesmo com a presença nas unidades, ainda assim, o acesso à saúde do encarcerado é mais uma garantia constitucional que o Estado não é eficaz em fornecer.

Tabela 2. Percentual de pessoas privadas de liberdade em unidades com módulo de Saúde.

UF	Pessoas privadas de liberdade		% de pessoas em unidades com módulo de saúde
	em unidades com módulo de saúde	em unidades sem módulo de saúde	
AC	3.514	1.850	66%
AL	3.824	2.715	58%
AM	8.889	1.388	86%
AP	544	2.136	20%
BA	12.548	0	100%
CE	11.965	10.736	53%
DF	15.035	0	100%
ES	19.156	257	99%
GO	12.301	3.971	76%
MA	7.203	474	94%
MG	62.788	1.237	98%
MS	16.284	1.795	90%
MT	8.545	1.817	82%
PA	13.480	331	98%
PB	7.927	3.446	70%
PE	32.938	1.618	95%
PI	3.911	121	97%
PR	20.485	21.389	49%
RJ	16.850	33.365	34%
RN	6.686	2.010	77%
RO	8.375	2.457	77%
RR	2.116	212	91%
RS	28.372	5.437	84%
SC	19.941	1.531	93%
SE	4.610	409	92%
SP	237.053	0	100%
TO	2.153	1.315	62%
Brasil	587.493	102.017	85%

Fonte: Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias - Infopen, Junho/2016 (BRASIL, 2016).

2.4.2 Óbitos no cárcere

Tabela 3. Taxas de mortalidade para cada 10 mil pessoas privadas de liberdade no primeiro semestre de 2016 por natureza da morte e Unidade da Federação

UF	Óbitos naturais	Óbitos criminais	Óbitos suicídios	Óbitos acidentais	Óbitos com causa desconhecida	Total de óbitos
AC	0,0	5,6	0,0	0,0	0,0	5,6
AL	3,1	4,6	0,0	0,0	0,0	7,6
AM	4,9	6,8	0,0	0,0	0,0	11,7
AP	0,0	7,5	0,0	0,0	11,2	18,7
BA	7,2	2,4	3,2	0,8	4,0	17,5
CE	2,2	11,5	0,0	0,0	26,4	40,1
DF	4,0	2,7	2,0	0,0	2,0	10,6
ES	5,7	0,5	0,0	0,0	0,0	6,2
GO	3,7	6,8	2,5	0,0	0,6	13,5
MA	16,9	5,2	2,6	0,0	0,0	24,7
MG	5,2	4,5	1,2	0,3	0,5	11,7
MS	12,7	2,8	2,2	2,2	0,0	19,9
MT	7,7	1,0	0,0	0,0	0,0	8,7
PA	6,5	10,9	0,7	1,4	4,3	23,9
PB	3,5	9,7	1,8	1,8	0,9	17,6
PE	11,3	6,7	0,6	0,6	0,6	19,7
PI	17,4	17,4	0,0	2,5	0,0	37,2
PR	6,0	1,0	0,2	0,0	0,2	7,4
RJ	NI	NI	NI	NI	NI	NI
RN	4,6	12,6	1,1	0,0	6,9	25,3
RO	7,4	2,8	0,9	0,0	0,0	11,1
RR	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
RS	11,2	1,8	0,0	0,6	0,6	14,2
SC	11,2	0,5	0,0	0,5	0,0	12,1
SE	10,0	2,0	0,0	10,0	2,0	23,9
SP	8,7	0,4	0,7	0,0	0,4	10,3
TO	8,7	11,5	5,8	0,0	0,0	26,0
Brasil	7,7	3,0	0,8	0,4	1,6	13,6

Fonte: Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias - Infopen, Junho/2016 (BRASIL, 2016).

A tabela 3, trouxe um dado alarmante, o levantamento de informações do Infopen referentes a Junho de 2016 contém questões acerca do total de óbitos registrados entre a população prisional ao longo do primeiro semestre do ano. Os dados foram distribuídos entre as categorias de: óbitos naturais (causados por

motivo de saúde), óbitos criminais, óbitos por suicídio, óbitos acidentais e óbitos por motivos desconhecidos.

De acordo com o cálculo exposto na tabela 3, a taxa de mortalidade para cada grupo de 10 mil pessoas privadas de liberdade, levando em consideração que no mesmo ano o Brasil tinha uma população de 726.275 presos, foram aproximadamente 970 pessoas privadas de liberdade que perderam a vida nas unidades prisionais brasileiras.

Segundo o Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias, a cada grupo de 10 mil encarcerados, 3 vieram a óbito por motivos criminais e 7,7 perderam a vida por motivos de saúde.

Os estados com os índices mais altos de morte por causas naturais são Maranhão e Piauí, no Maranhão, a taxa de óbitos é de 16,9 a cada 10 mil presos, já no estado vizinho o Piauí, essa taxa foi ainda maior chegando ao número de 17,4 óbitos, os dados do INFOPEN não relatam as principais doenças que causaram essas mortes.

2.4.3 As doenças que assolam a população privada de liberdade no Brasil

As condições estruturais das unidades penitenciárias, a superpopulação das unidades prisionais, a alimentação de péssima qualidade, a falta de política de prevenção, a não realização de uma triagem aos presos quando ingressam no sistema carcerário, esses e outros fatores acabam ocasionando a proliferação de muitos tipos de doenças, alguns com incidência rara para a população que vive em liberdade. Algumas das doenças serão abaixo citadas.

2.4.3.1 Escabiose

O site G1, apresentou uma reportagem em 2017, com destaque pra os casos em que os presos conviviam com ratos e um surto de sarna no Piauí e na Bahia. Metade das mortes que ocorrem dentro do sistema penitenciário é causada por doenças como HIV, sífilis e tuberculose. O repórter Estevan Muniz esteve em dois presídios no Piauí e uma na Bahia para mostrar as péssimas condições sanitárias. Há baratas na caixa d'água, esgoto dentro das celas e dezenas de ratos nos

corredores. Na penitenciária de Esperantina, um surto de sarna atingiu 150 detentos e até o diretor do presídio (Condições das Cadeias no Brasil, G1, 2017).

No mesmo ano, o Sindicato dos Agentes Penitenciários do Piauí, relatou ao site de notícias G1, as irregularidades na assistência médica e higiene dos estabelecimentos prisionais Penitenciária Irmão Guido, em Teresina, e da Penitenciária Regional Luís Gonzaga Rebelo, em Esperantina, ambos contaminados por um surto de escabiose, doença contagiosa popularmente conhecida por sarna.

José Roberto, Presidente do Sindicato dos Agentes Penitenciários do Piauí, os diretores das penitenciárias informaram sobre a contaminação e foi necessário ir averiguar pessoalmente a situação. “Eu estive lá e presenciei um pavilhão inteiro contaminado. Eles fazem questão de tirar a roupa, mostrar o corpo todo. Algumas situações lá são muito sérias”, informou o presidente do Sinpoljuspi (Sindicato dos Agentes Penitenciários do Piauí).

Segundo um artigo do Ministério da Saúde, a escabiose é uma doença parasitose da pele causada por um ácaro cuja penetração deixa lesões em forma de vesículas, pápulas ou pequenos sulcos, nos quais ele deposita seus ovos. As áreas preferenciais da pele onde se visualizam essas lesões são: regiões interdigitais, punhos (face anterior), axilas (pregas anteriores), região peri-umbilical, sulco interglúteo, órgãos genitais externos nos homens. Tem característica epidemiológica de ocorrência universal e é frequente em aglomerados populacionais e pode ser vinculada a atos de falta de higiene (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Uma doença considerada de fácil tratamento, acaba por se tornar uma epidemia, muito por culpa das condições em que os encarcerados se encontram.

2.4.3.2 HIV/AIDS

Brasília, 09 de Março de 2015 - A primeira reunião do Grupo Temático Ampliado da ONU sobre HIV/Aids (GT/UNAIDS), no ano de 2015, pautou pela primeira vez o tema HIV no Sistema Prisional e A Atuação das Forças Policiais e demais Operadores do Direito e HIV.

Renato de Vitto, Diretor do Departamento Penitenciário Nacional apresentou um panorama geral do atual sistema prisional brasileiro. "Nós não podemos naturalizar o fenômeno do hipercarceramento que está acontecendo no país. Somos o segundo país do mundo com maior crescimento da taxa de encarceramento nos últimos 15

anos e a quarta população prisional do mundo", afirmou o Diretor. De Vitto também comentou que as pessoas vivendo com HIV/Aids no sistema prisional brasileiro tem acesso ao coquetel oferecido pelo SUS, entretanto o número de pessoas vivendo com HIV/Aids no sistema prisional ainda é uma incógnita. Existe, portanto, a demanda pela produção de informações para lidar de maneira adequada com a situação dessa população (ONU, GT/UNAIDS, 2015).

Ainda sobre o tema,

Na sequência, o Dr. Francisco Job Neto, da área técnica de Saúde no Sistema Prisional do Ministério da Saúde e, na ocasião, representando o Coordenador da Área Técnica de Saúde do Sistema Prisional, Marden Marques, fez uma apresentação sobre a atual Política Nacional de Saúde no Sistema Prisional, refletindo sobre a dificuldade de se fazer saúde em um ambiente insalubre como os presídios. Job destacou que a população prisional merece atenção especial em relação às estratégias de saúde pública e que os índices de transmissão de DSTs são bastante elevados nas penitenciárias, destacando as altas taxas de sífilis e HIV presentes nos presídios femininos (ONU, GT/UNAIDS, 2015).

Mesmo com uma política de esclarecimento e prevenção, ainda assim a AIDS continua sendo uma das doenças que assolam as pessoas privadas de liberdade no sistema prisional.

2.4.3.3 Tuberculose

A tuberculose é uma doença infecciosa e transmissível que afeta prioritariamente os pulmões, embora possa acometer outros órgãos e sistemas. No Brasil, a doença é um sério problema da saúde pública, com profundas raízes sociais. A cada ano, são notificados aproximadamente 70 mil casos novos e ocorrem cerca de 4,5 mil mortes em decorrência da tuberculose.

O sistema prisional brasileiro tem 28 vezes mais incidência de casos de tuberculose que a população em geral, devido à superlotação e à falta de ventilação e luz solar nas penitenciárias. Segundo especialistas, os detentos respondem por 7% dos novos casos da doença a cada ano no Brasil.

Em 2014, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), do Ministério da Saúde, em parceria com o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) e com as Secretarias de Saúde, de Segurança Pública do Rio

Grande do Sul e da Administração Penitenciária do Rio de Janeiro, iniciou o projeto TB Reach no Brasil, com foco no sistema prisional.

O projeto permitiu um investimento na área de diagnóstico possibilitando a aquisição de equipamentos radiológicos digitais, além da montagem de laboratórios para o diagnóstico da tuberculose.

No Presídio Central de Porto Alegre foi possível avaliar 5.158 internos, entre outubro de 2014 e junho de 2015 e foram detectados 157 casos de tuberculose. Com essa informação, é possível concluir que o risco de adoecimento nessa unidade é 82 vezes superior ao risco de adoecimento por tuberculose na população em geral. (NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL, 2016).

Essa doença vem merecendo atenção não só por sua capacidade infectocontagiosa, mas também por ser um agravo de saúde pública que afeta a população socialmente vulnerável. Apesar das evoluções tecnológicas do setor saúde e a adoção de políticas públicas de combate, a doença atinge índices alarmantes, principalmente nos países de terceiro mundo (TEIXEIRA, 2001).

José Eduardo Bernardes, em um artigo ao site Saúde Popular, entrevista, *André Rogério dos Santos (nome fictício para preservar a identidade do entrevistado), que saiu do sistema prisional após cerca de dois anos e meio de detenção, lembra que “há falta de remédio e de atenção com o detento enfermo” dentro do sistema prisional. “Quando uma pessoa passa mal, tem que gritar da cela para chamar o funcionário. E muitas vezes não vem ninguém para atender. Enquanto eu estava lá, aconteceu de um preso morrer na enfermaria por falta de atendimento”, comenta Santos. Ele teve um problema no pé enquanto estava preso. “Era uma situação cirúrgica e eles [apenas] me engessaram. Fiquei três meses de gesso, foi complicado”, aponta. Santos explica que existe uma logística específica dentro do presídio para solicitar atendimento. “Para pedir uma enfermaria mesmo é complicado. O pedido não é direto, você tem que escrever um papel que chama “pipa” [como são chamadas as mensagens dentro do sistema prisional] e mandar para a direção. Eles avaliam o que você tem e, se o seu caso for de extrema urgência, eles te dão o atendimento no outro dia”, conta. Os papeis, segundo Santos, saem todo os dias pela manhã, a partir das 7h30. “Quem recolhe é um detento, que passa de cela em cela”. No caso das doenças infectocontagiosas, Santos explica que o detento doente permanece “isolado e fica em uma cela separada, na enfermaria”. “É muito fácil pegar tuberculose, é uma cela com grades,

então não tem com evitar o vento. O banho é gelado e eram 40 pessoas na cela”, explica (BERNARDES, 2017).

2.4.3.4 Doenças mentais na população privada de liberdade

Os chamados transtornos mentais, juntamente com as doenças infectocontagiosas, câncer e hanseníase, estão entre os problemas de saúde que mais acometem os indivíduos privados de liberdade (ASSIS, 2007). Neste sentido, levando em consideração o cenário de negligência do Sistema Prisional e as consequências à saúde, em especial à saúde mental, fica bastante evidente a relação entre este contexto e a incidência de transtorno mental; conforme apresentam algumas pesquisas, como a de Metzner e Fellner (2010) apud. Damas (2011), que associa o desencadeamento de sintomas psiquiátricos e o confinamento em solitária. O suicídio está entre a terceira causa de morte no sistema prisional, correspondendo a uma média de 5,79% do total de mortes no período de 1995 e 2005 (NEGRELLI, 2006).

Para Goffman (2001, p. 45):

O caráter total da instituição conduz o indivíduo a transformações dramáticas do ponto de vista pessoal e do seu papel social, obrigando-o ao despojamento do eu e de seus bens, um processo com implicações diretas na saúde mental dos institucionalizados que foi descrito pelo autor como “processo de mortificação do eu”.

O relatório referente ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciários, traz dados Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), embora tenham a palavra hospital em sua denominação, não são exatamente unidades hospitalares. Trata-se de uma Unidade Prisional ou Ala de Tratamento Psiquiátrica, destinada a pessoas que cumprem medida de segurança, por preencherem dois requisitos: 1) terem cometido crime passível de punição e 2) serem portadores de transtornos mentais e, conseqüentemente, considerados inimputáveis.

Nesse sentido, a equipe de saúde constante nessas unidades prisionais ou alas de tratamento deve seguir as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental, que tem como objetivo reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos, qualificar, expandir e fortalecer a rede extrahospitalar – Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e Unidades Psiquiátricas em

Hospitais Gerais (UPHG) –, incluir as ações da saúde mental na atenção básica, implementar uma política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, implantar o programa “De Volta Para Casa”, manter um programa permanente de formação de recursos humanos para reforma psiquiátrica, promover direitos de usuários e familiares incentivando a participação no cuidado e garantir tratamento digno e de qualidade a pessoas submetidas à medida de segurança (superando o modelo de assistência centrado no Manicômio Judiciário), primando pelas diretrizes do SUS e da Lei Federal 10.216/01.

2.4.4 CPI do sistema carcerário brasileiro e os relatos acerca da saúde no sistema carcerário

A Comissão Parlamentar de Inquérito do Sistema Carcerário Brasileiro, foi criada em 2015, com objetivo de investigar a realidade do Sistema Carcerário Brasileiro, com ênfase nas crescentes e constantes rebeliões de presos, na superlotação dos presídios, nas péssimas condições físicas das instalações e nos altos custos financeiros de manutenção destes estabelecimentos.

2.4.4.2 As condições das unidades prisionais visitadas pelos membros da CPI

Durante a CPI, foram realizadas reuniões, audiências e diligências, foram realizadas nos estados da Bahia, Maranhão, São Paulo, Pará e Minas Gerais.

Em junho de 2015, foi realizada uma diligência no Complexo Penitenciário de Pedrinhas, em São Luís, Maranhão, durante a visita, observou-se que as condições físicas do estabelecimento são precárias, com celas contendo mais detentos do que suportam. Muitos dos detentos reclamaram que nunca tinham participado de audiência em seu processo criminais, além de não terem acesso aos cuidados médicos adequados. Em relação ao serviço médico, foi informado, pelos funcionários, que o Sistema Único de Saúde não estava aceitando tratar aqueles que não possuíam documento de identidade, por isso, alguns detentos não estavam conseguindo ter acesso ao tratamento médico.

Em março de 2015, a entidade de direitos humanos Conectas (2015), divulgou o documento Violação Continuada: dois anos da crise em Pedrinhas, no

qual elenca inúmeros abusos cometidos contra os presos do Complexo Penitenciário de Pedrinhas, em São Luís - MA (BRASIL, 2015).

O relatório mostra presos vivendo em celas insalubres, repletas de mofo e infestadas de ratos e baratas. Além disso, eles comem alimentos estragados. Por isso, no horário do almoço, muitas marmitas são dispensadas na lixeira antes que os presos matem a fome. “O odor azedo da comida misturado ao cheiro de mofo, esgoto e falta de banho dos detentos torna o ambiente irrespirável”, diz o relatório realizado pela ONG.

Em Santa Catarina, Na Penitenciária da Agrônômica em Florianópolis, observou-se que as condições físicas do estabelecimento são boas e respeita a quantidade recomendada de detentos por cela. Em conversas com detentos, não foram ouvidas reclamações, pelo contrário, muitos elogiaram as condições e a forma pela qual são tratados pelos funcionários. A direção do estabelecimento informou que há dificuldades para manter um corpo médico na unidade básica de saúde, uma vez que os médicos não querem se sujeitar às condições salariais, nem ao horário estabelecido pela unidade.

O que coopera para essa diferença de dados observados em comparação com o Sistema Prisional do Maranhão, que a unidade fornece locais adequados para a promoção da ressocialização dos presos, por meio de oficinas laborais, onde os presos realizam atividades de marcenaria, corte e costura, produção de produtos químicos de limpeza e produção de cercas. Além disso, há espaços adequados para o desenvolvimento de práticas desportivas, banho de sol e visitas.

Ainda no estado de Santa Catarina, no Presídio Masculino de Lages, administrado por meio da cogestão entre o Estado de Santa Catarina e a empresa privada Reviver, também se constatou que as condições físicas do estabelecimento são boas, respeitando a quantidade recomendada de detentos por cela. Não foram ouvidas reclamações pelos detentos. O corpo técnico da unidade básica de saúde está completo com médico, psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional. A direção do estabelecimento afirmou que, apesar das dificuldades, consegue manter o quadro completo de profissionais. A unidade possui locais para prática desportiva e banho de sol. Além disso, disponibiliza aos detentos oficinas laborais. Ressalta-se que a administração penitenciária está envidando esforços para que se abra mais postos de trabalhos, para, assim, proporcionar mais vagas aos detentos desenvolverem atividade laboral.

Em Minas Gerais, durante a visita à Unidade Prisional Público-Privada, que é administrada pelo Estado em parceria com a iniciativa privada, os membros da Comissão Parlamentar de Inquérito uma realidade completamente diferente da maior parte das unidades prisionais do Brasil, nesta penitenciária, são recebidos somente detentos dos regimes semiaberto e fechado. Com apenas um ano de funcionamento, o presídio tem três unidades inauguradas e já abrigou quase quatro mil presos. 80% deste contingente tem até 35 anos de idade e em sua maioria foram condenados por roubo ou tráfico de drogas. Nesta unidade, grande parte dos presos tem direito à chamada saída temporária: cinco saídas por ano, durante sete dias. E o número de evasão do sistema privado é baixíssimo. Apenas 14 presos beneficiados não retornaram para a unidade prisional dentro do prazo estabelecido.

A penitenciária tem uma grande estrutura educativa para os detentos, com números significativos. São 586 estudantes do ensino regular na primeira escola particular em Minas Gerais, dentro do sistema prisional e, além disso, 17 destes são alunos do ensino superior à distância. Os atendimentos à saúde do detento também se destacam. O quadro de profissionais é considerável: são quatro psiquiatras, clínicos, enfermeiros, dentistas, psicólogos e assistentes sociais divididos por unidade.

Equipes multidisciplinares realizam campanhas de prevenção à tuberculose, doenças de pele, tabagismo e outras enfermidades.

2.4.4.3 Atenção à saúde no Sistema Carcerário Feminino

A Comissão Parlamentar de Inquérito, dedicou um capítulo inteiro do seu relatório para debater e analisar as condições de saúde da mulher encarcerada, demonstrando dados coletados do Sistema Prisional Feminino, nas visitas realizadas pelos membros da CPI, e também pelo Sistema Integrado de Informações Penitenciárias.

Segundo o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), a Ouvidoria do Departamento Penitenciário Nacional do Ministério da Justiça (Depen/MJ), recebe frequentemente queixas em função da revista íntima vexatória de visitantes; a separação precoce, abrupta, preconceituosa e, por vezes criminosa de crianças de suas mães encarceradas; a negligência com relação às necessidades específicas

das mulheres, como, por exemplo, acesso a absorventes, a atendimento ginecológico, a uniformes femininos.

O sistema penitenciário brasileiro conta com apenas 15 médicos ginecologistas para uma população de 35.039 presas, o equivalente a um profissional para cada grupo de 2.335 mulheres. Os dados são do Sistema Integrado de Informações Penitenciárias (Infopen), do Ministério da Justiça, de dezembro de 2012.

Para garantir pelo menos uma consulta ginecológica anual por mulher, como recomenda o Ministério da Saúde, cada um desses médicos teria que trabalhar 365 dias por ano e atenderia 6 pacientes diariamente.

Segundo o Departamento de Atenção à Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, cada mulher, presa ou não, deve procurar o ginecologista pelo menos uma vez por ano para a realização do exame de Papanicolau, fundamental para a prevenção do câncer de colo de útero. No caso das gestantes, o ministério recomenda a realização de pelo menos seis exames de pré-natal e mais um de puerpério e também é recomendado a realização de exame de mamografia. (BRASIL, 2008).

No relatório apresentado em julho de 2008 pela Comissão Parlamentar de Inquérito com a finalidade de investigar a realidade do Sistema Carcerário Brasileiro na Câmara dos Deputados constatou-se que “nas cadeias femininas, nem mesmo absorvente higiênico ou remédios para cólicas estão disponíveis. Se a menstruação for acompanhada de dor, não há remédio, a não ser reclamar. Quanto aos absorventes, quando são distribuídos, são em quantidade muito pequena, dois ou três por mulher, o que não é suficiente para o ciclo menstrual. A solução? As mulheres pegam o miolo do pão servido na cadeia e os usam como absorvente”.

Nas conversas com as detentas nas visitas nos presídios, constatou-se que em muitos essa realidade ainda persiste. Hoje infelizmente, os resultados ainda não são os desejados.

3. METODOLOGIA

Os procedimentos metodológicos são o conjunto de métodos e técnicas utilizados para a realização de uma pesquisa. O método de abordagem aqui utilizado foi o dialético, o qual pensa a realidade não como algo dado e estabilizado, mas procura identificar o processo, conflitos e contradições existentes e envolvidas na análise de um problema de pesquisa.

Primeiramente foi realizada uma pesquisa bibliográfica e documental, através de livros, artigos científicos, monografias, artigos de *sites* da internet e legislação vigente, tendo em vista proporcionar informações acerca do tema aqui estudado.

Em segundo plano foi realizada uma análise aos dados disponibilizados pelo Estado, números que descrevem a situação na qual se encontra o Sistema Prisional.

Quanto aos objetivos, a pesquisa foi classificada em duas modalidades: primeiramente como pesquisa exploratória, tendo em vista proporcionar mais informações sobre o tema aqui estudado, ao mesmo tempo em que se adequa à modalidade explicativa, na medida em que visa explicar os motivos pelos quais o direito de acesso à saúde da população carcerária no Brasil.

Também foram analisadas as legislações que tratam do assunto, assim como, as políticas públicas existentes no Brasil voltadas para o acesso à prevenção e tratamentos de saúde dos apenados e como estas podem contribuir para combate a vitimização dos custodiados, e ainda os números disponibilizado pelo Infopen, a respeito da saúde do encarcerado.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho, teve o objetivo de ampliar os olhares sobre as condições do Sistema Carcerário Brasileiro, com foco no acesso à saúde da população privada de liberdade, e os seus direitos expressos na Lei de Execução Penal e na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, e ainda nas regulamentações de ações impostas através Portarias Interministeriais.

A Lei de Execução Penal, em seu artigo 3º dispõe que: “ao condenado e ao internado serão assegurados todos os direitos não atingidos pela sentença ou pela lei. Parágrafo único. Não haverá qualquer distinção de natureza racial, social, religiosa ou política.”

Os artigos 10, 11 e 14, da Lei nº 7.210 (LEP), expressam de maneira ainda mais clara, a garantia do encarcerado ao acesso à saúde, determinando que é dever do Estado garantir que o apenado a tenha, objetivando prevenir o crime e para que o faça retornar à sociedade, impondo que o estabelecimento prisional disponha de instalações que atendam às necessidades dos reclusos, como o acesso à saúde, e ainda quando a instituição não dispuser de atendimento médico necessário, o atendimento será prestado em outro local. A LEP estabelece também, que a assistência à saúde do preso será de caráter preventivo, e ainda que a mulher encarcerada, terá acompanhamento médico, principalmente no pré-natal e no pós-parto e extensivo em relação ao recém-nascido.

A garantia Constitucional que prevê o direito à saúde, previsto no art. 6º da Constituição Federal (CF) de 1988, em conjunto com o disposto no art. 196. Assim, aparece este como direito social, 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.

O direito público subjetivo à saúde representa prerrogativa jurídica indisponível assegurada à generalidade das pessoas pela própria Constituição da República. Traduz bem jurídico constitucionalmente tutelado, por cuja integridade deve velar, de maneira responsável o Poder Público, a quem incumbe formular e implementar políticas sociais e econômicas que visem a garantir, aos cidadãos, o acesso universal e igualitário à assistência hospitalar. No que tange as pessoas

privadas de liberdade, o art. 5º, XLIX, CRFB/88, dispõe que “é assegurado aos presos a integridade física e moral”. Portanto, o Estado não pode omitir-se dessa obrigação, tendo em vista que a pessoa privada de liberdade está sob a responsabilidade do Estado.

Com uma ótica voltada ao acesso à saúde das pessoas privadas de liberdade, não pode passar despercebido que as más condições estruturais de grande parte das unidades prisionais, contribuem diretamente a proliferação de doenças no cárcere, seja por excesso de umidade, por contato com ambientes onde os apenados precisam dividir o espaço das celas e corredores com ratos e baratas, a falta de material básico de higiene pessoal, falta de coleta de lixo, a falta de ações de caráter preventivo e curativa. Esses são pontos cruciais para que sejam revistos pelo Estado e principalmente que sejam postos em prática o que já está previsto em legalmente.

Como é sabido, a falta de investimento financeiro suficiente para garantir o acesso à saúde da pessoa privada de liberdade, contribui negativamente para que a atual situação das unidades prisionais brasileiras, não ofereça condições adequadas para o cumprimento da pena, agravando o problema das doenças que acometem os reclusos, chegando ao ponto de maior falha do Estado em sua obrigação de manter a integridade física do encarcerado, como previsto no art. 5º, XLIX, da CRFB/88, que é a morte do apenado, como informam os dados do Infopen, a maior parte dos óbitos ocorridos dentro do Sistema Carcerário Brasileiro é causado por morte natural, ou seja, são causados por doenças.

A escassez de políticas públicas eficazes, na prevenção e remediação das doenças adquiridas durante a reclusão, ou até mesmo levadas por novos encarcerados, faz com que, o ambiente torne os apenados ainda mais vulneráveis à doenças, levando em conta que o diagnóstico e o tratamento de doenças infectocontagiosas é tardio, acaba permitindo que doenças ditas comuns e de fácil tratamento para o indivíduo que vive em liberdade, vire uma epidemia dentro de uma unidade prisional, atingindo até mesmo os profissionais que atuam nesses lugares.

Conclui-se que, o acesso à saúde, em maneira geral é precário para toda a população brasileira que necessita dos serviços prestados pelo SUS, no entanto, quando nos referimos ao acesso à saúde do encarcerado, é preciso levar em conta, que esse fator não torne-se uma ampliação da pena, que não seja uma forma a mais

do Estado penalizar a pessoa privada de liberdade, a falta do acesso à saúde no cárcere não pode ser uma forma de “legalizar a pena de morte”.

BIBLIOGRAFIA

BATISTA, Nilo. **Introdução crítica ao direito penal brasileiro**. 4. Ed. Rio de Janeiro: Ed. Revan, 1999.

BECCARIA, Cesare. **Dos Delitos e Das Penas**. 6º Ed. Tradução J. Cretella JR. E Agnes Cretella. São Paulo: Revista Dos Tribunais, 2003.

BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de direito penal**. Vol. 1. 13 ed. atual. São Paulo: Saraiva, 2008.

BRASIL. Congresso Nacional. **Câmara dos Deputados**. Comissão Parlamentar de Inquérito Destinada a Investigar a Realidade do Sistema Carcerário Brasileiro, relatório. 2. Regime penitenciário, Brasil. I. Título. II. Série. Disponível em: <http://bd.camara.gov.br/bd/handle/bdcamara/31899> Acesso em 29 de junho de 2018.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm Acesso em 21 de junho de 2018.

BRASIL. Lei n.º 7.210, **Lei de Execução Penal**. 1984. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7210.htm Acesso em 10 de junho de 2018.

BRASIL. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias** - Infopen, Junho/2016. Disponível em: <http://depen.gov.br/DEPEN/noticias-1/noticias/infopen-levantamento-nacional-de-informacoes-penitenciarias2016/relatorio_2016_22111.pdf> Acesso em: 10 de abril de 2018.

BRASIL. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP)**. 2004. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnssp> Acesso em 13 de abril de 2018.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional**, 2014. Disponível em: <http://www.sgas.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/sites/105/2016/06/Cartilha-PNAISP.pdf> Acesso em 13 de abril de 2018.

BRASIL. **Portaria Interministerial** n.º 1.777, 2003. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/sileg/integras/530359.pdf> Acesso em 29 de junho de 2018.

BRASIL. **Portaria Interministerial** n.º 3.343 de 28 de dezembro de 2006. Disponível em: http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao_civel/cadeias/pe_legislacao/2006Portaria3343.pdf Acesso em: 29 de junho de 2018.

BRITTO, Alexis Augusto Couto de. **Execução Penal**. São Paulo: Quartier Latin, 2006.

CAVALCANTE JUNIOR, F. S. **Psicologia Humanista Experiencial**. In: Tendência Formativa na Abordagem Centrada na Pessoa – ACP. Campinas: A 2008.

CONECTAS DIREITOS HUMANOS. Pedrinhas | **Higiene, alimentação e saúde**. Disponível em: <http://www.conectas.org/noticias/higiene-alimentacao-e-saude> Acesso em 29 de junho de 2018.

CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO. **A visão do Ministério Público Sobre o Sistema Prisional brasileiro** - 2016 / Conselho Nacional do Ministério Público.– Brasília: CNMP, 2016.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, **Saúde Prisional**, 2016. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/sistema-carcerario-e-execucao-penal/saude-prisional> Acesso em 26 de junho de 2018

DOTTI, René Ariel. **Casos criminais célebres**. 3 ed. rev. e ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2003.

FERRAJOLI, Luigi. **Direito e razão**: teoria do garantismo penal. Trad. Ana Paula Zomer, Fauzi Hassan Choukr, Juarez Tavares e Luiz Flávio Gomes. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, 2002

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir: Nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes, 1988, 10ed.

FRANCO, Alberto Silva. **Temas de direito penal**: breves anotações sobre a lei n. 7209 de 1984. São Paulo: Saraiva, 1986.

G1.**Profissão Repórter** vai mostrar as condições das cadeias no Brasil. Disponível em: <http://g1.globo.com/profissao-reporter/noticia/2017/06/profissao-reporter-vai-mostrar-condicoes-das-cadeias-no-brasil.html> Acesso em: 2 de julho de 2018.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. Tradução: Dante Moreira Leite. 7.ed. São Paulo: Perspectiva, 2001.

GOULART, I. B. Expectativas de desempenho de psicólogos em modernas organizações. **Psicologia do Trabalho e Gestão de Recursos Humanos**: estudos contemporâneos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

HUNGRIA, Nelson. O código penal e as novas teorias criminológicas. **Revista Forense**, Rio de Janeiro, v. 91, 1942.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Plano Nacional de Política Criminal e Penitenciária 2015**, BRASIL. Disponível em: <http://www.justica.gov.br/seus-direitos/politica-penal/cnppc-1/imagens-cnppc/plano-nacional-de-politica-criminal-e-penitenciaria-2015.pdf> Acesso em 23 de junho de 2018.

MIRABETE, Julio Fabbrini. **Execução penal**: comentários a Lei n. 7.210 de 11.07.1984. 5. Ed. São Paulo: Atlas, 1992.

MORAES, Alexandre de. **Direito Constitucional**. 24ª ed., São Paulo: Atlas, 2009.

NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL, **Combate a Disseminação da Tuberculose nos Presídios Brasileiros**, 2016 Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil.pdf Acesso em 27 de junho de 2018

NUCCI, Guilherme de Souza. Leis penais e processuais penais comentadas, vol. 2. 6ª edição. São Paulo: Ed, **Revista dos Tribunais**, 2012.

OLIVEIRA, Eugênio Pacelli de. **Curso de processo penal**. 11. Ed. São Paulo: Atlas, 2009.

SAÚDE POPULAR. **Superlotação dos presídios facilita proliferação de doenças, afirma médica**. Disponível em: <https://saude-popular.org/2017/08/superlotacao-dos-presidios-facilita-proliferao-de-doencas-afirma-medica/> Acesso em 1 de julho de 2018.

UNODOC. **HIV no Sistema Prisional**. Disponível em: <https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2015/03/09-hiv-no-sistema-prisional-e-a-atuacao-das-forcas-policiais-e-operadores-do-direito-e-o-hiv-e-tema-do-primeiro-gt-unaid-de-2015.html> Acesso e 3 de julho de 2018.