

UNIVERSIDADE PRESBITERIANA MACKENZIE
FACULDADE DE DIREITO

BEATRIZ DE SANTANA PRATES

**POLÍTICAS PÚBLICAS DE ACESSO À SAÚDE NO CÁRCERE: UMA ANÁLISE
DO PLANO NACIONAL DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO**

São Paulo

2016

BEATRIZ DE SANTANA PRATES

**POLÍTICAS PÚBLICAS DE ACESSO À SAÚDE NO CÁRCERE: UMA ANÁLISE
DO PLANO NACIONAL DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO.**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade de Direito da
Universidade Presbiteriana Mackenzie
como requisito parcial para obtenção do
grau de Bacharel em Direito.

Orientador: Prof. Dr. Gianpaolo Poggio Smanio

Co-orientador: Prof. Ms. Luiz Ismael Pereira

São Paulo

2016

BEATRIZ DE SANTANA PRATES

**POLÍTICAS PÚBLICAS DE ACESSO À SAÚDE NO CÁRCERE: UMA ANÁLISE
DO PLANO NACIONAL DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO.**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade de Direito da
Universidade Presbiteriana Mackenzie
como requisito parcial para obtenção do
grau de Bacharel em Direito.

Orientador: Prof. Dr. Gianpaolo Poggio Smanio

Co-orientador: Prof. Ms. Luiz Ismael Pereira

Aprovada em _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Gianpaolo Poggio Smanio
Universidade Presbiteriana Mackenzie

Prof. Dr. Fabio Ramazzini Bechara
Universidade Presbiteriana Mackenzie

Prof. Ms. Luiz Ismael Pereira
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Aos que resistem às injustiças diárias de um mundo desigual e aos que sonham construir um mundo novo, sem grades.

AGRADECIMENTOS

À minha família, pai, mãe e Daril, por todo o carinho e dedicação. Especialmente minha mãe, responsável pelos aprendizados mais fundamentais da vida que tive até então.

Ao meu companheiro Thiago, por nosso amor e por todas as lições de dedicação à luta do nosso povo.

Ao Luiz, meu amigo, co-orientador e melhor professor que já conheci.

Ao professor Smanio pela orientação e pelos ensinamentos.

À Dandara, Maria Eugênia, Calebe e Melissa, por dividirem comigo as angústias e felicidades cotidianas.

“A estrada para a liberdade, o caminho da libertação é marcado pela resistência em cada encruzilhada: a resistência mental, resistência física, resistência direcionada para a tentativa de obstruir o caminho do cativo.”

- Angela Davis, *in: Lectures on Liberation*.

RESUMO

O encarceramento no Brasil é seletivo e tem aumentado exponencialmente nos últimos anos. Pessoas privadas de liberdade vivem condições de superlotação e extrema insalubridade, que fazem com o que sistema prisional brasileiro seja alvo de denúncias recorrentes. Conforme prevê a legislação penal brasileira, ao final do cumprimento da pena os detidos retornam ao convívio social e sua efetiva reintegração tem conexão intrínseca com as condições de reclusão. É nesse contexto que se situa a importância de debater a saúde no sistema penitenciário, afinal, a garantia de saúde física e mental é pressuposto básico para o convívio social. Além disso, os presos são considerados cidadãos e por isso tem garantidos todos os direitos que não sejam incompatíveis com a sentença penal condenatória. Entretanto, embora essa garantia exista formalmente, sua aplicação demonstra-se limitada. Uma alternativa é a construção de políticas públicas de saúde específicas para o Sistema Penitenciário. Neste trabalho, pretendemos analisar uma delas: o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário.

Palavras-Chave: Sistema Prisional; Direito à saúde; Políticas Públicas; Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário.

ABSTRACT

Imprisonment in Brazil is selective and has increased exponentially in recent years. persons deprived of liberty live in overcrowded conditions and extreme unhealthiness, which make the Brazilian prison system the subject of recurrent complaints. As envisaged in the Brazilian criminal law at the end of the sentence the prisoners return to social life and their effective reintegration has intrinsic connection with prison conditions. It is in this context that lies the importance of discussing health in the prison system, occurs that, the physical and mental health assurance is basic precondition for social interaction. In addition, prisoners are considered citizens and therefore has guaranteed all the rights which are not inconsistent with the criminal sentence. However, although such guarantee exists formally, their application is limited. An alternative is the construction of health public policies specifics for the prison system. In this work, we intend to analyze one of them: the National Health Plan in the Prison System (*Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário – PNSSP*).

Keywords: Prison System; Right to health; Public Policy; National Health Plan in the Prison System.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Variação da taxa de aprisionamento entre 2008 e 2003	14
Gráfico 2 - Unidades com e sem módulo de saúde.....	66

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Informações gerais sobre o Sistema Penitenciário brasileiro16

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BPA – Boletim de Produção Ambulatorial
CADSUS – Sistema de Cadastramento de usuários do SUS
CES – Conselho Estadual de Saúde
CF – Constituição Federal
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CMS – Conselho Municipal de Saúde
CNE/SUS – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNJ – Conselho Nacional de Justiça
DIEESE - Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos
GEVAC - Grupo de Estudos sobre Violência e Administração de Conflitos
INFOPEN - Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias
LEP – Lei de Execução Penal
NOB – Norma Operacional Básica
ONU – Organização das Nações Unidas
PAB – Piso de Atenção Básica
PIB – Produto Interno Bruto
PNAISP - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
PNSSP – Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário
SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
1. CONSIDERAÇÕES SOBRE O SISTEMA PENITENCIÁRIO BRASILEIRO.	15
1.1 A PECULIARIDADE DA SITUAÇÃO CARCERÁRIA 1.	15
1.2 MAPA DO SISTEMA PENITENCIÁRIO BRASILEIRO: DE QUEM ESTAMOS FALANDO?	20
1.3 ECONOMIA POLÍTICA DA PENA	24
1.4 PUNIÇÃO E RESSOCIALIZAÇÃO: REFLEXÕES SOBRE A FINALIDADE DA PENA	28
2. DIREITOS DE CIDADANIA NO CONTEXTO DO ESTADO DEMOCRÁTICO DE DIREITO	32
2.1 O QUE SÃO OS DIREITOS DE CIDADANIA?	32
2.2 O SIGNIFICADO DOS DIREITOS SOCIAIS NO ESTADO DEMOCRÁTICO DE DIREITO	36
2.3 A PESSOA PRIVADA DE LIBERDADE E O DIREITO À SAÚDE	39
3. A EFETIVAÇÃO DO DIREITO CONSTITUCIONAL À SAÚDE.	43
3.1 FUNDAMENTOS JURÍDICOS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS.	43
3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ACESSO À SAÚDE: A EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS DE CIDADANIA.	46
3.3 A PECULIARIDADE DA SITUAÇÃO CARCERÁRIA 2: CONTEXTO DAS POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE LIGADAS ÀS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE.	47
4. O PLANO NACIONAL DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO (PNSSP): CRIAÇÃO, DESENHO INSTITUCIONAL E EVOLUÇÃO.	50
4.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS: O DIREITO EM QUESTÃO, O PROCESSO DE CRIAÇÃO E A IMPLEMENTAÇÃO DO PNSSP – NOME OFICIAL DO PROGRAMA DE AÇÃO; GESTÃO GOVERNAMENTAL; BASE NORMATIVA E DESENHO JURÍDICO-INSTITUCIONAL.	50
4.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE A AMPLIAÇÃO DA CIDADANIA E DOS ESPAÇOS DE PLANEJAMENTO PARTICIPATIVO: AGENTES GOVERNAMENTAIS E NÃO GOVERNAMENTAIS E A ELABORAÇÃO DO PNSSP.	57
4.3 A QUESTÃO ORÇAMENTÁRIA DA SAÚDE NO CÁRCERE: INVESTIMENTOS PÚBLICOS NO PLANO NACIONAL DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO.	58
4.4 FOCALIZAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS: O PÚBLICO-ALVO.	60
4.5 ESTRATÉGIA DE IMPLANTAÇÃO E FUNCIONAMENTO DO PNSSP: DESENHO NORMATIVO X FUNCIONAMENTO EFETIVO.	61
CONCLUSÃO	67
REFERÊNCIAS	71

INTRODUÇÃO

Dado o aumento exponencial da população carcerária brasileira nos últimos anos e as condições degradantes em que as pessoas privadas de liberdade cumprem suas penas no país, nosso sistema prisional tem sido alvo de amplas críticas e debates no cenário nacional e internacional (CANCIAN, 2015; CONECTAS, 2016).

O confinamento e a superlotação são fatores que por si só afetam as condições de saúde e o bem-estar das pessoas presas. Além disso, as graves violações de direitos humanos reproduzidas cotidianamente no ambiente prisional, culminam em um cárcere que não cumpre seu papel social de reeducação e reinserção.

O anseio popular por efetividade na redução dos altos índices de criminalidade, pressiona as instituições públicas brasileiras ao planejamento e elaboração de políticas que visem a melhoria das atuais condições de vida no sistema carcerário. Afinal, encerrado o cumprimento da pena, essas pessoas retornam ao convívio social e para que consigam, por exemplo, inserir-se no mercado formal de trabalho, adequadas condições de saúde física e mental são requisitos mínimos.

Nesse contexto, torna-se indispensável a construção de uma política pública de acesso à saúde específica para aqueles que se encontram recolhidos aos estabelecimentos prisionais, efetivando o acesso à saúde para uma das parcelas mais vulneráveis da sociedade e reconhecendo-o como um direito da cidadania.

A Portaria nº 16/2015 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), que traz 12 propósitos que devem influenciar a elaboração e planejamento estratégico do órgão no biênio 2015-2016 e nos próximos anos, estipula em uma das metas a realização de um estudo sobre as condições de saúde da população carcerária.

A proposta que consta do documento, reflete a extrema relevância e atualidade do nosso tema, visto que as diretrizes do Conselho Nacional de Justiça são fonte inspiradora para iniciativas e projetos nos Tribunais brasileiros e também para outros órgãos ligados ao sistema de justiça de nosso país.

Fernando Aith, afirma:

A garantia do Direito à saúde depende da execução eficaz de políticas públicas – “políticas sociais e econômicas”, segundo a terminologia constitucional. Dentro dessa perspectiva, convém compreender que existem diferentes tipos de políticas públicas sociais ou econômicas e que tal classificação é bastante tênue. Existem as políticas públicas direcionadas para o desenvolvimento econômico do país e as políticas públicas direcionadas para o desenvolvimento social. Tanto uma quanto as outras contribuem ao mesmo tempo para o desenvolvimento econômico e social do Brasil. Parece evidente que todas as políticas públicas coordenam-se em direção ao mesmo sentido, ou seja, rumo aos objetivos nacionais fixados pelo artigo 3º da Constituição Federal. (AITH, 2007, p.134)

Portanto, os desafios para concretização do acesso universal, integral e igualitário à saúde, não podem ser pensados fora da esfera de compreensão das políticas públicas. Afinal, embora não se limitem a esse objetivo, no Estado Social e Democrático de Direito essa forma de prestação positiva do Poder Público assume um papel importante e central na concretização dos objetivos da nação e dos Direitos Fundamentais legitimados na ordem jurídica.

Foi partindo da necessidade de tornar o cárcere mais humano, de pensar uma política penal que não se limite à punição e de ampliar o acesso à saúde das pessoas privadas de liberdade, que o Estado desenvolveu o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), política que será analisada no presente estudo.

Nosso objetivo é avaliar se o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário pode ser considerado uma Política Pública de acesso à saúde e, para isso, utilizaremos o quadro de referência de políticas públicas elaborado por Maria Paula Dallari Bucci. Faremos também um mapeamento de dados sobre sua aplicação e buscaremos descobrir como se dá seu processo de avaliação no âmbito dos estados e municípios.

Além disso, a partir da análise de alguns relatórios de pesquisa e da leitura de obras da criminologia crítica, tentaremos demonstrar a peculiaridade da situação carcerária e a necessidade de pensar uma política de atenção à saúde exclusiva para as pessoas privadas de liberdade.

Nossa base será o último Levantamento de Informações Penitenciárias do Ministério da Justiça – INFOPEN e outros dados disponibilizados pelos ministérios da Saúde e Justiça, além da análise bibliográfica de obras, revistas e artigos sobre a temática.

1. CONSIDERAÇÕES SOBRE O SISTEMA PENITENCIÁRIO BRASILEIRO.

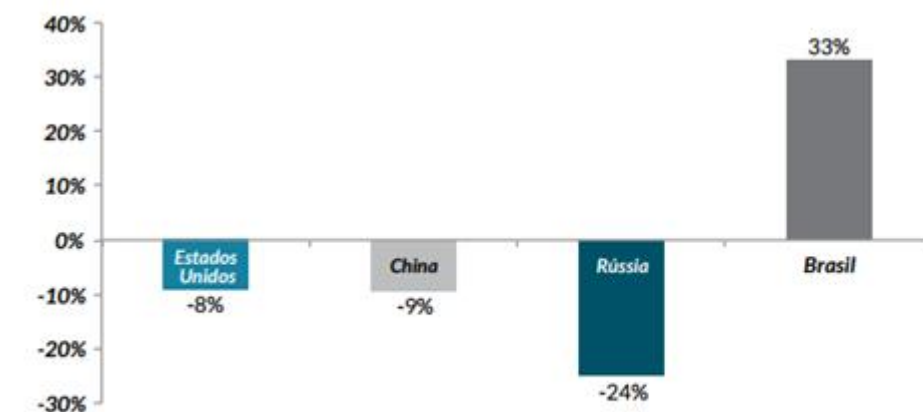
1.1 A peculiaridade da situação carcerária 1.

Dados do último Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – INFOPEN, indicam que, em números absolutos e relativos, o Brasil tem a quarta maior população carcerária do mundo (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2014a, p. 13).

Na mesma linha, o estudo aponta que entre os anos de 1995 a 2010, nosso país registrou, entre os cinquenta países com maior população prisional, a segunda maior variação na taxa de aprisionamento, com um crescimento na ordem de 136%.

Além disso, entre 2008 e 2014, enquanto a taxa de aprisionamento subiu 33% no Brasil, a variação foi negativa entre os demais países com maior população prisional no mundo.

Gráfico 1 – Variação da taxa de aprisionamento entre 2008 e 2013



* Comparação entre 2008 e 2013 (último dado disponível)

Fonte: Infopen. jun/2014

O gráfico acima retrata essa tendência contrária aos demais países. Enquanto Estados Unidos, China e Rússia reduzem o ritmo de encarceramento, o Brasil acelera exponencialmente.

Vejamos um panorama geral da população prisional brasileira:

Tabela 1 – Informações gerais sobre o Sistema Penitenciário brasileiro.

<i>Brasil - 2014</i>	
População prisional	607.731
Sistema Penitenciário	579.423
Secretarias de Segurança/ Carceragens de delegacias	27.950
Sistema Penitenciário Federal	358
Vagas	376.669
Déficit de vagas	231.062
Taxa de ocupação	161%
Taxa de aprisionamento	299,7

Fonte: Infopen.jun/2014

Conforme se depreende da tabela acima, para além da altíssima taxa de aprisionamento já destacada, o número de presos é substancialmente maior que a quantidade de vagas. Essa diferença resulta em um déficit de 231.062 vagas e uma taxa de ocupação média dos estabelecimentos de 161%. Na prática, em um espaço concebido para aprisionar 10 pessoas, existem, aproximadamente, 16 presos.

O Grupo de Trabalho das Nações Unidas sobre Detenção Arbitrária esteve no Brasil entre os dias 18 e 28 de março de 2013, quando realizou inspeção em presídios de cinco capitais brasileiras. O relatório¹ apresentado pela comitiva concluiu que embora o país tenha avançado na legislação penal nos últimos anos, a realidade prática do sistema penitenciário segue inalterada.

A existência de tortura deliberada é frequente e atinge níveis alarmantes, apresentando características específicas nas penitenciárias femininas e

¹ O relatório encontra-se disponível *online*. Disponível em: http://ap.ohchr.org/documents/dpage_e.aspx?si=A/HRC/31/57/Add.4. Acesso em 06 jun. 2016.

demonstrando-se, não uma exceção, mas uma prática instrumental do sistema penal brasileiro desde a abordagem policial, até o dia-a-dia nos estabelecimentos prisionais.

O texto descreve as condições de reclusão como: desumanas, cruéis e degradantes e há destaque para a excessiva privação da liberdade, que culmina em celas superlotadas e caóticas que afetam as condições de vida e saúde dos reclusos.

Com um tópico dedicado exclusivamente aos serviços de saúde, este mesmo relatório afirma que, com poucas exceções, a saúde no cárcere sofre de deficiências significantes como falta de saneamento básico, alimentação comestível e dificuldade no acesso à água potável. Além disso, a extrema insalubridade, combinada com os altos índices de doenças altamente contagiosas como tuberculose, lepra e hepatite, tornam as prisões lugares onde a prevenção de doenças é um desafio permanente e inalcançado.

Destacamos o seguinte trecho:

O Plano Nacional de Saúde para o Sistema Penitenciário e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde para as Pessoas Privadas de Liberdade na prisão estabeleceram o princípio de que, em teoria, o sistema público de saúde abrange todos os detentos. Entretanto, não é o que ocorre na prática. Devido à grave superlotação, serviços de saúde nas prisões estão falhando gravemente em sua missão de proporcionar efetivamente atenção médica básica para os presos.²

É importante mencionar também, o Relatório do Subcomitê de Prevenção da Tortura e outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes, da Organização das Nações Unidas, elaborado a partir de uma visita ao Brasil em setembro de 2011(ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2012), que registra a ocorrência de atrasos grandes no acesso aos serviços médicos nas penitenciárias brasileiras e a inexistência de atendimento médico noturno ou nos finais de semana.

Por fim, o relator da ONU contra a tortura, Juan Méndez, expôs e recomendou durante a 31ª sessão do Conselho de Direitos Humanos da ONU, em Genebra:

² Tradução nossa. Texto original: *“The national health plan for the penitentiary system and the national policy on comprehensive health care for people deprived of liberty in prison set out the principle that, in theory, the public health system covers all inmates. This is not the case in practice, however. Due to severe overcrowding, health services in prisons are critically lacking capacity to effectively accomplish their mission of providing basic medical attention to inmates.”*

A tortura e os maus-tratos por parte da polícia e dos agentes penitenciários segue sendo um fato alarmante e de ocorrência regular, principalmente contra pessoas que pertencem a minorias raciais, sexuais, de gênero e outros grupos minoritários [...]. Insto o governo brasileiro a tomar medidas que ponham fim à brecha existente entre a legislação e as políticas ambiciosas do país, por um lado, e a situação cotidiana das pessoas privadas de liberdade ou em conflito com a lei, por outro (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2016).

Nesse contexto, faz-se pertinente tecer breves considerações sobre a normatização específica do atendimento à saúde da pessoa privada de liberdade.

A assistência à saúde consta do artigo 41, VII da Lei de Execução Penal (Lei 7.210, de 11 de julho de 1984) - LEP, como direito fundamental da pessoa presa. Essa mesma Lei, em seu artigo 14, *caput*, estabelece que “a assistência à saúde do preso e do internado, de caráter preventivo e curativo, compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico”.

O parágrafo 2º deste mesmo artigo, garante que quando o estabelecimento penal não estiver aparelhado para prover a assistência médica necessária, esta deverá ser prestada em outro local, mediante autorização da direção do estabelecimento.

Do mesmo modo, as Regras Mínimas da ONU para Tratamento de Presos, que possuem caráter cogente no Estado Brasileiro por força do artigo 38 da Carta da ONU, internalizado via Decreto nº 19.841/45, estabelecem a necessidade de instalação de equipes de saúde de padrões adequados em estabelecimentos penais. Vejamos:

- 52.1. Nos estabelecimentos prisionais cuja importância exija o serviço contínuo de um ou vários médicos, pelo menos um deles residirá no estabelecimento ou nas suas proximidades.
- 52.2. Nos demais estabelecimentos, o médico visitará diariamente os presos e residirá próximo o bastante do estabelecimento para acudir sem demora toda vez que se apresente um caso urgente.
- 82.4. O serviço médico ou psiquiátrico dos estabelecimentos prisionais proporcionará tratamento psiquiátrico a todos os presos que necessitam de tal tratamento.

Ao ser sentenciado, o indivíduo passa à guarda do Estado, que tem o dever de zelar por todos os direitos não atingidos pela sentença penal condenatória. Entretanto,

a previsão descrita nas normas que regulamentam a execução penal, não condiz com a realidade observada nas penitenciárias.

A já citada Lei de Execução Penal, assegura, em seu capítulo II, assistência ao preso, garantindo às pessoas privadas de liberdade direito à alimentação, vestuário, instalações higiênicas, atendimentos de saúde, assistência jurídica, educacional, social e religiosa, além de acompanhamento ao egresso e assistência à família. Ademais, a Constituição Federal endossa o respeito à integridade física e moral dos reclusos, consignando que “ninguém será submetido a tortura nem tratamento desumano ou degradante” (artigo 5º, III).

Entretanto, a despeito do texto constitucional instituir um Estado Democrático de Direito, que tem como um de seus fundamentos a dignidade da pessoa humana, da legislação infraconstitucional assegurar tratamento digno às pessoas em privação de liberdade e do Brasil ser signatário de diversos tratados e convenções internacionais que preveem regras mínimas para o tratamento de reclusos, a realidade prisional não aplica, de maneira nenhuma, essas garantias. O que vemos, é uma calamitosa situação que rememora a afirmação de Eduardo Cardozo, Ministro da Justiça do Governo Dilma Rousseff: “os presídios brasileiros são masmorras medievais” (MARTINS, 2015).

Assim, pensar a materialização dos direitos sociais e da igualdade jurídica formal, passa necessariamente pela compreensão das peculiaridades e especificidades da situação carcerária, quais sejam: a completa falta de infraestrutura, a superlotação, recorrentes denúncias de maus-tratos e outras graves violações de direitos humanos que são frutos da distância entre teoria e prática penal.

A atual situação deflagra a necessidade urgente de se planejar e executar políticas públicas voltadas, exclusivamente, para a população privada de liberdade e de caminhar, paralelamente, no sentido de construir uma nova política penitenciária no Brasil.

É preciso exigir do Estado o reconhecimento do cidadão preso enquanto ser dotado de dignidade, a quem são garantidos todos os direitos que não tenham incompatibilidade com a liberdade.

Ressaltamos que este cidadão, depois do cumprimento da sentença penal condenatória, retorna ao convívio social, pois, como veremos adiante, nossa

legislação admite e incentiva a recuperação do detento. Entretanto, submetendo as pessoas presas à tantas espécies de violação de direitos, o cárcere acaba por estimular a delinquência, no lugar de diminuí-la, constatação que observamos na conclusão do relatório de pesquisa do CNJ sobre reincidência criminal, que prevê que a cada quatro apenados no Brasil, um é reincidente legalmente (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2015, p. 14).

Assim, há um imenso desafio colocado ao poder público diante da atual situação carcerária. Se a legislação brasileira prima pelo respeito à dignidade humana, fundamento do Estado Democrático de Direito, e abomina tratamentos cruéis ou degradantes como castigos físicos, é imperativa uma atuação eficiente para buscar reverter o atual cenário e garantir à essa parcela da população o acesso à saúde e outras garantias mínimas de bem-estar.

1.2 Mapa do sistema penitenciário brasileiro: de quem estamos falando?

Embora os números apontados no último tópico, por si só, apresentem uma realidade alarmante, traçar o perfil dos internos no sistema prisional brasileiro nos permite identificar especificidades de gênero, raça e classe no processo de exclusão social.

Segundo o “Mapa do encarceramento: os jovens do Brasil”, divulgado pela Secretaria-Geral da Presidência da República, em 2014, o encarceramento brasileiro incide sobre homens, negros³, jovens, autores de crimes patrimoniais e que em sua maioria, não chegaram a completar o ensino médio (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2014b, p. 38).

O Infopen Mulheres aprofunda a análise com um recorte de gênero e demonstra que a população carcerária feminina aumentou 567% em 15 anos no Brasil, sendo que a maioria das mulheres presas no país (68%) é negra e não concluiu o ensino médio. A título de exemplo, estatísticas do mesmo departamento, apontam

³ Segundo dados do último Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – INFOPEN, dois em cada três presos no Brasil são negros e a porcentagem de pessoas negras no sistema prisional é de 67%.

que em junho de 2014, 100% das detentas no Acre eram negras (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2015, p. 24).

Uma avaliação isolada destas informações nos faria concluir que a criminalidade é exercida em proporção maior (e no citado caso do Acre, exclusivamente) pela população negra e pobre do país. Por isso, é imprescindível que a interpretação de dados seja feita a partir do contexto histórico e social no qual se inserem estes números. Assim, vejamos:

Uma pesquisa realizada pelo Grupo de Estudos sobre Violência e Administração de Conflitos (GEVAC) da Universidade Federal de São Carlos, revelou a partir de dados da Secretaria de Segurança Pública do Estado de São Paulo, que no período de 2008 a 2012, 51,4% dos presos em flagrante foram negros.

Ou seja, enquanto que para cada 100 mil habitantes brancos, 14 são presos, para cada 100 mil habitantes negros, 35 são presos. Esses dados demonstram que os negros são flagrados com maior frequência cometendo delitos, pois há maior vigilância sobre esta parcela da população.⁴

A pesquisa conclui que:

Os resultados da ação policial violenta refletem a desigualdade racial na segurança pública, já que as ações policiais vitimam três vezes mais negros do que brancos, quando se considera a proporcionalidade entre brancos e negros na população paulista. No ano de 2011, por exemplo, em cada grupo de 100 mil negros 1,4 foi vítima de ação letal da polícia; enquanto que num grupo de 100 mil brancos a taxa de letalidade por ação da polícia é 0,5 (SINHORETTO; SILVESTRE; SCHLITTLER, 2014, p. 27).

Essa desigualdade fica demonstrada também na ação do Poder Legislativo, quando do processo de construção das normas penais. É o que expõe Márcia Martini:

A nossa legislação ordinária e especial é rica em demonstrações de seletividade da norma penal. À guisa de exemplo, tem-se a disparidade entre as penas previstas para os crimes contra o patrimônio público e privado. O crime de roubo é punido muito mais severamente do que o de sonegação fiscal, levando à conclusão de que, para o conjunto a sociedade brasileira, subtrair uma carteira mediante grave ameaça é mais gravoso do que sonegar milhões em impostos, ainda que o roubo de carteira apresente à vítima somente prejuízos materiais, enquanto a sonegação pode ceifar inúmeras

⁴ Grupo de Estudos sobre Violência e Administração de Conflitos da Universidade Federal de São Carlos. "Segurança Pública e relações raciais". 2014.

vidas, por subtrair recursos que seriam aplicados em políticas públicas. (MARTINI, 2007, p.45)

A estas opções políticas do Estado de seletividade punitiva, chamamos: “criminalização”, conforme lição de Zaffaroni e Nilo Batista:

Todas as sociedades contemporâneas que institucionalizam ou formalizam o poder (estado) selecionam um reduzido número de pessoas que submetem à sua coação com o fim de impor-lhes uma pena. Esta seleção penalizante se chama criminalização e não se leva a cabo por acaso, mas como resultado da gestão de um conjunto de agências que formam o chamado sistema penal. (ZAFFARONI; BATISTA, 2003, p. 43.)

Estes autores dividem o processo de criminalização em duas etapas, quais sejam, criminalização primária e secundária. Em suas palavras, a criminalização primária “é o ato de sancionar uma lei penal material que incrimina ou permite a punição de certas pessoas” (ZAFFARONI; BATISTA, 2003, p. 43). Esta primeira etapa deve ser cumprida pelas agências políticas e trata-se da elaboração de leis penais.

Já a criminalização secundária, segunda etapa da seletividade punitiva, é a ação punitiva em si, exercida sobre pessoas concretas. Para os autores, ela acontece quando:

As agências policiais detectam uma pessoa que supõe-se tenha praticado certo ato criminalizado primariamente, a investigam, em alguns casos privam-na de sua liberdade de ir e vir, submetem-na à agência judicial, que legitima tais iniciativas e admite um processo (ou seja, o avanço de uma série de atos em princípio públicos para assegurar-se, na realidade, o acusado praticou aquela ação); no processo, discute-se publicamente se esse acusado praticou aquela ação e, em caso afirmativo, autoriza-se a imposição de uma pena de certa magnitude que, no caso de privação de liberdade de ir e vir da pessoa, será executada por uma agência penitenciária (prisonização). (ZAFFARONI; BATISTA, 2003, p. 43.)

Os autores afirmam ainda que:

A regra geral da criminalização secundária, se traduz na seleção: a) por fatos burdos ou grosseiros (a obra tosca da criminalidade, cuja detecção é mais fácil), e b) de pessoas que causem menos problemas (por sua incapacidade de acesso positivo ao poder político e econômico ou à comunicação massiva). (ZAFFARONI; BATISTA, 2003, p. 46.)

E prosseguem dizendo:

Os atos mais grosseiros cometidos por pessoas sem acesso positivo à comunicação social acabam sendo divulgados por esta como os únicos delitos e tais pessoas como os únicos delinquentes. A estes últimos é proporcionado um acesso negativo à comunicação social que contribui para criar um estereótipo no imaginário coletivo. Por tratar-se de pessoas desvaloradas, é possível associar-lhes todas as cagas negativas existentes na sociedade sob a forma de preconceitos, o que resulta em fixar uma imagem pública do delinquente com componentes de classe social, étnicos, etários, de gênero e estéticos. O estereótipo acaba sendo o principal critério seletivo da criminalização secundária; daí a existência de certas uniformidades da população penitenciária. (ZAFFARONI; BATISTA, 2003, p. 47.)

Ou seja, o processo de seletividade na criminalização opera sobre pessoas que tem pouca possibilidade de defesa perante o poder punitivo e cria, a partir de suas características, o estereótipo do criminoso. Esse estereótipo reforça preconceitos de raça e classe, na medida em que aponta como únicos responsáveis pela criminalidade os setores mais vulneráveis da população. Para compreender, na prática, o que significa essa seletividade em nosso país, é importante ressaltar algumas questões.

O Brasil, classificado como o último país da América a abolir a escravidão, não garante ascensão social para a população negra. No ano de 2013, uma pesquisa feita pelo Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (Dieese) mostra que os trabalhadores negros ainda ganham menos que os brancos e que o crescimento profissional também é menor (DIEESE, 2013).

Uma pesquisa da ONU, divulgada em 2014, afirma que o racismo no Brasil é estrutural e institucionalizado e que permeia todas as áreas da vida. O documento constata ainda que os negros são os que têm menor escolaridade, menores salários, maior taxa de desemprego, menor acesso à saúde, são os que morrem mais cedo os que mais lotam as prisões.⁵

As mulheres também enfrentam dificuldades para a inserção profissional no país, muita resistência quanto à equiparação salarial e menos oportunidades de acesso à determinadas carreiras. Sobre isso, a ONU mulheres aponta:

A taxa de desemprego das mulheres é cerca de duas vezes a dos homens, uma diferença que aumenta quando se comparam homens brancos (5,3%)

⁵ Disponível em: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G16/021/38/PDF/G1602138.pdf?OpenElement> Acesso: 23/10/2016

com mulheres afrodescendentes (12,5%). Apenas um quarto das mulheres empregadas está no setor formal. O salário médio para os homens é 30% maior do que o de mulheres. Um terço das famílias brasileiras é chefiada por mulheres, e metade delas é monoparental. As mulheres dedicam mais do que o dobro de seu tempo para as tarefas domésticas do que os homens. A taxa de feminicídio para as mulheres dobrou entre 1980 e 2011, e hoje uma mulher é assassinada a cada duas horas, a maioria por homens com os quais têm relações íntimas, colocando o Brasil como o sétimo país do mundo com maiores taxas de feminicídio. Em 2012, o número de estupros foi superior a 50.000 (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2016).

Portanto, a despeito de estar entre os dez países com maior Produto Interno Bruto (PIB) do mundo, as desigualdades de gênero, raça e classe são estruturantes no Brasil. Essa exclusão social se reflete na seletividade do poder de vigiar e punir do estado, pois este é permeado por uma seletividade que atinge a parcela mais vulnerável da sociedade.

Feita uma análise do perfil da população encarcerada e da desigualdade social, podemos afirmar: falar em cárcere no Brasil é falar em dupla (e muitas vezes tripla) exclusão social. Como pudemos constatar, as duas etapas da criminalização atingem, prioritariamente a parte mais vulnerável de nossa população e o encarceramento destas pessoas já fragilizadas, somado às condições de precariedade extrema de nossas penitenciárias, resultam em consequências devastadoras e difíceis de reparar.

O Direito Penal alcança prioritariamente os indivíduos marginalizados, que se encontram fora da cadeia de consumo e que demandam maior investimento estatal. E com isso, a pena, que deveria ser aplicada excepcionalmente, como última saída e apenas quando absolutamente indispensável para a preservação dos valores maiores da dignidade da pessoa humana, acaba por tornar-se a regra. No próximo tópico, aprofundaremos o estudo destas questões.

1.3 Economia Política da Pena

Uma análise meramente jurídica não basta para compreender a realidade das penitenciárias. Ocorre que, as forças sociais (sobretudo econômicas), influenciam e determinam o desenvolvimento do sistema penal ao longo da história.

Como ensinam Rusche e Kirchheimer, todo sistema de produção tende a descobrir punições que correspondem às suas relações de produção. Em suas

palavras, “O sistema social de uma dada sociedade não é um fenômeno isolado sujeito apenas às suas leis especiais. É parte de todo o sistema social, e compartilha suas aspirações e seus defeitos” (KIRSHHEIM; RUSCHE, 1999, p. 282).

Os autores exemplificam a afirmação da seguinte forma:

(...) se uma economia escravista acha o suprimento de escravos insuficiente e a demanda pressiona, não se despreza a penalidade da escravidão. No feudalismo, por outro lado, (...) o retorno para antigos métodos, pena capital ou corporal foi então necessário, uma vez que a pena pecuniária para todas as classes era impossível em termos econômicos. A casa de correção foi o ponto alto do mercantilismo e possibilitou o incremento de um novo modo de produção. A importância das casas de correção desapareceu, entretanto, com o aparecimento do sistema fabril (KIRSHHEIM; RUSCHE, 1999, p. 35).

Assim, na medida em que o modelo econômico capitalista expandiu-se, o controle social também se transformou, substituindo, teoricamente, a utilização de castigos físicos diretos por métodos punitivos como a privação da liberdade. Isso significa que o processo de acumulação do capital e o desenvolvimento do poder disciplinar deram-se simultaneamente e tiveram influência recíproca.

Para o marxismo, toda formação social resulta de um modo de produção dominante. E para que uma formação social se mantenha, é necessária a reprodução das condições de produção, ou seja, das forças produtivas e das relações de produção existentes (ALTHUSSER, 1985, p. 54).

O capitalismo, entretanto, não é capaz de assegurar sua existência (HIRSH, 2010, p. 34), assim, cabe à estrutura estatal a função de manter a formação social coesa. Nas palavras de Alysson Mascaro:

Ao contrário de outras formas de domínio político, o Estado é um fenômeno especificamente capitalista. (...) Nas relações de produção capitalistas se dá uma organização social que em termos históricos é muito insigne, separando os produtores diretos dos meios de produção, estabelecendo uma rede necessária de trabalho assalariado. A troca de mercadorias é a chave para desvendar essa realidade. No capitalismo, a apreensão do produto da força de trabalho e dos bens não é mais feita a partir de uma posse bruta ou da violência física. Há uma intermediação universal das mercadorias, garantida não por cada burguês, mas por uma instância apartada de todos eles. O Estado, assim, se revela como um aparato necessário à reprodução capitalista, assegurando a troca das mercadorias e a própria exploração da força de trabalho sob forma assalariada. (MASCARO, 2013, p. 18)

Portanto, há no capitalismo um processo de separação entre quem produz a riqueza dos meios e objetos necessários à essa produção, e quem viabiliza essas separações e garante que os beneficiários dessa usurpação se mantenham anônimos, é o Estado. Segundo Hirsch:

Livre troca de mercadorias no mercado, concorrência e liberdade formal dos assalariados para vender a sua força de trabalho só podem ser garantidas caso a classe economicamente dominante deva renunciar à aplicação direta dos meios de força, tanto frente aos assalariados como no seu próprio interior; ou seja, quando as lutas concorrenciais não são travadas com armas e quando a força de trabalho não é recrutada coercitivamente. Apenas sob tais pressupostos é que a sociedade capitalista pode ganhar estabilidade e se desenvolver. (HIRSCH, 2010, p. 28).

Em síntese, é por esse motivo que “somente com uma instância estatal é possível a reprodução capitalista” (MASCARO, 2013, p. 17).

Apesar de termos estabelecido na Constituição Federal de 1988 um Estado Democrático de Direito, com garantias constitucionais e limites de atuação, ainda somos um Estado capitalista, que existe para garantir a reprodução do sistema capitalista.

Esse Estado, detém o monopólio da violência física e a utiliza como uma de suas estratégias fundamentais. É nesse contexto que se situa a aplicação frequente da punição, pois, como nos ensina Althusser:

O Estado é uma máquina de repressão que permite às classes dominantes (no séc. XIX à classe burguesa e à classe dos proprietários de terras) assegurar a sua dominação sobre a classe operária para a submeter ao processo de extorsão da mais-valia (quer dizer, à exploração capitalista) (ALTHUSSER, 1970, p 31).

Althusser prossegue na análise e evidencia que o poder do Estado não é organizado somente no aparelho de caráter repressivo, mas também nos denominados “Aparelhos Ideológicos de Estado”. São estes aparelhos: o religioso, escolar, familiar, jurídico, político, sindical, da informação e cultural (ALTHUSSER, 1970, p. 44).

Todas as relações e interações sociais se dão dentro destes aparelhos. Portanto, ideologia e repressão, agem como instrumentos de poder complementares, assegurando a normalização e aceitação pela sociedade do uso e monopólio da força

pelo Estado e fazendo com que seja possível a reprodução do modo de produção capitalista.

Marco Alexandre de Souza Serra, em *Economia política da pena*, expõe:

A forma encontrada para legitimar e ocultar a violência que a dominação de uma sociedade de classes traduz é a forma legal, mas sua interiorização, ou seja, sua assunção como modelo de socialização quase inconsciente, não se realizaria se o Estado não dispusesse do recurso da pena. (SERRA, 2009, p. 279)

Ou seja, a pena tem papel importante na manutenção das estruturas do sistema capitalista. E é necessário destacar que, embora a violência e a utilização da punição sejam características estruturais do exercício de poder em todos os sistemas penais, existem especificidades do funcionamento concreto de cada um deles.

Conforme conclui Marco Alexandre de Souza Serra:

Num Estado capitalista de tipo dependente, a dificuldade de acumular capital influi na estruturação e na forma de comportamento entre as classes, com reflexos nos padrões de dominação política. Um dos seus traços mais característicos assenta na produção de um enorme contingente de força de trabalho marginalizada, que funciona como estratégia de controle social e político. Sua manutenção reclama uma dominação altamente punitiva, a fim de impedir violentamente qualquer tentativa de insurgência das substanciais frações de excluídos. Por isso à normalidade institucional mais ou menos presente na história dos países centrais corresponde o estado de exceção permanente no qual se formou e reproduziu o Estado periférico. (SERRA, 2009, p. 278)

Ou seja, nos países periféricos, de baixa acumulação no sistema capitalista global (como é a realidade do Brasil), o aumento do recurso à punição ou sua utilização enquanto regra fica evidenciado. E seu objetivo é conter uma massa de pessoas marginalizadas, impedindo uma possível insurgência.

Em síntese, temos que o aumento exponencial do encarceramento em nosso país e as péssimas condições do cárcere brasileiro, conectam-se ao fato de sermos um Estado capitalista do tipo dependente, com dificuldade de acumular capital. A seletividade de nosso direito penal, demonstrada através do mapa do encarceramento, existe com o objetivo de reprimir qualquer ensaio de revolta por parte de uma massa de excluídos da nossa população, e a condição de exclusão destas pessoas resulta também de nossa posição no capitalismo global.

Entretanto, embora o Estado seja o instrumento de gestão e garantia do sistema capitalista, este não é instrumento das classes dominantes. Seu papel, não favorece interesses específicos da burguesia e é em seu seio que se dá a luta de classes. Como aponta Mascaro:

A forma política estatal é fundamental à reprodução da sociabilidade do capitalismo, mas, ao se assentar como forma de um poder separado dos próprios agentes econômicos, ela pode até mesmo, eventualmente, ser disfuncional e contrária aos interesses da valorização do valor. Atravessado pelas pressões e pelos conflitos sociais de um modo específico, o Estado pode se revelar um opositor de determinadas relações econômicas do capital. (MASCARO, 2013, p. 24)

Dessa forma, a luta da classe trabalhadora é, historicamente, o meio de reivindicar, garantir e efetivar direitos em uma sociedade estruturada a partir da desigualdade social. Grande exemplo disso é a Constituição Federal de 1988 que, enquanto resultado das reivindicações de muitos setores sociais, reconheceu e positivou inúmeros direitos e garantias para a população brasileira.

É exatamente no contexto de uma sociedade regida pelo capital e pelo antagonismo de classes que a luta pela criação de políticas públicas faz sentido. Afinal, não seriam necessárias quaisquer políticas sociais se a universalização dos direitos fosse uma realidade.

À vista disso, temos que o movimento social e a participação popular são elementos fundamentais e indispensáveis na construção de uma sociedade mais justa e igualitária, na efetivação da cidadania e na conquista, ampliação e consolidação de direitos sociais.

Por fim, embora o encarceramento brasileiro demonstre-se seletivo e o Estado, através de seus métodos punitivos, busque garantir a reprodução do sistema capitalista, é possível avançar na garantia de direitos e melhorar nossa situação carcerária.

1.4 Punição e ressocialização: reflexões sobre a finalidade da pena

Interessa-nos destacar breves aspectos sobre a finalidade da pena no ordenamento jurídico brasileiro. Afinal, compreender e problematizar a ideia de pena

no Brasil, sobretudo a espécie privativa de liberdade, nos permite avançar no estudo sobre políticas públicas para o sistema penitenciário.

Constituindo-se o Brasil em um Estado Democrático de Direito, a dignidade da pessoa humana adquire papel central e deve balizar todo o ordenamento jurídico. Esse princípio se expressa diversas vezes no Direito Penal e é ele que garante, por exemplo, que as pessoas privadas de liberdade conservem intactos todos os seus direitos fundamentais não atingidos pela perda da liberdade. Ou seja, aos presos é garantida a cidadania e os direitos e deveres dela decorrentes. ⁶

Ao tratar sobre a pena privativa de liberdade, a exposição de motivos da nova parte geral do Código Penal dispõe:

Uma política criminal orientada no sentido de proteger a sociedade terá de restringir a pena privativa de liberdade aos casos de reconhecida necessidade, como meio de restringir a ação criminógena cada vez maior do cárcere. Esta filosofia importa obviamente na busca de sanções outras para delinquentes sem periculosidade ou crimes menos graves. Não se trata de combater ou condenar a pena privativa de liberdade como resposta penal básica ao delito. Tal como no Brasil, a pena de prisão se encontra no âmago dos sistemas penais de todo o mundo. O que por ora se discute é a sua limitação aos casos de reconhecida necessidade. (BRASIL, 1984)

Ou seja, para o nosso ordenamento jurídico, sendo a pena privativa de liberdade a sanção mais violenta que nosso Estado pode impor ao cidadão, ela deve ser aplicada como último recurso, nos casos de violação dos bens jurídicos mais caros à sociedade.

Além disso, como afirma o artigo 1º da Lei de Execução Penal, “a execução penal tem por objetivo efetivar as disposições de sentença ou decisão criminal e proporcionar condições para a harmônica integração social do condenado e do internado” (BRASIL, 1984).

Portanto, mais do que a mera punição pela prática de uma conduta típica, a aplicação da pena deve visar a reabilitação social. Em síntese, a pena no Brasil tem finalidade lastreada no binômio retribuição e prevenção (função reabilitadora da pena).

⁶ Artigo 3º da Lei nº 7.210 de 11 de julho de 1984 – Lei de Execução Penal: “Ao condenado e ao internado serão assegurados todos os direitos não atingidos pela sentença ou pela lei”.

Logo, embora abarque a ideia de castigo e intimidação, a pena visa também a ressocialização.

A alta taxa brasileira de encarceramento e as condições de vida e saúde do sistema penitenciário contrapõe essa previsão. Embora nossa legislação penal, fundada a partir da dignidade da pessoa humana, objetive a reabilitação do sujeito apenado, a prevenção da criminalidade e alternativas à pena privativa de liberdade, a execução penal no Brasil tem dado efetividade, quase que exclusiva, à finalidade retributiva da pena.

A já destacada superlotação das celas e os relatórios internacionais que apontam para a falta de cuidados mínimos com o bem-estar da população privada de liberdade, comprovam que a ressocialização não sido um alvo da política carcerária brasileira. Afinal, se faltam, como já demonstramos, condições mínimas de saúde e alimentação para a população presa, como podemos pretender a recuperação destes indivíduos? Que condições nossas penitenciárias oferecem para que a prevista integração social se realize?

A garantia de proteção à saúde da pessoa presa é pressuposto mínimo para se falar em recuperação e reeducação. E mais do que pressuposto, este é um direito já positivado em nosso ordenamento jurídico. Portanto, há uma necessidade inadiável por parte do Estado de criar as condições para que a norma já estabelecida seja efetivada, tirando do campo formal a reintegração social.

Se é finalidade da pena preparar o indivíduo para o convívio social, torna-se inaceitável que seu cumprimento o exponha à péssimas condições de saúde e alimentação, que podem resultar em um processo ainda mais intenso de exclusão social.

E por fim, se a pena privativa de liberdade tem efetividade em uma única esfera (a esfera punitiva), é necessário repensá-la e aperfeiçoá-la. O horizonte de construção de uma sociedade mais justa, solidária e igualitária torna imprescindível uma problematização sobre a função social da pena e do direito penal.

Se comprovada a necessidade de sua utilização, é necessário que o Estado garanta que a pena não se limite à esfera punitiva, mas que cumpra a importantíssima tarefa de ressocializar os indivíduos.

Isso passa, como já exposto anteriormente, pela participação popular nas esferas de decisões políticas, buscando a concretização dos direitos sociais garantidos pela atual Constituição Federal. E aqui se situa também a necessidade de implementação de políticas públicas.

Para viabilizar a ressocialização e integrar (ou reintegrar) as pessoas privadas de liberdade, o Estado atuando de maneira racional e planejada, pode realizar programas de ação governamental que busquem garantir a consolidação e efetivação dos direitos fundamentais no sistema penitenciário.

2. DIREITOS DE CIDADANIA NO CONTEXTO DO ESTADO DEMOCRÁTICO DE DIREITO

2.1 O que são os direitos de cidadania?

Preceitua a Constituição Federal, em seu artigo 1º, que a República Federativa do Brasil, constitui-se em Estado Democrático de Direito. Esse modelo de Estado propõe-se a, através da participação popular na estruturação do Estado e do respeito à legalidade, assegurar a igualdade e realizar transformações sociais.

E dentre os fundamentos que alicerçam nossa República e possibilitam a construção de uma sociedade livre, justa e solidária, encontra-se a cidadania. Portanto, o conceito constitucional de cidadania é o de princípio fundamental do Estado Democrático de Direito, juntamente com a soberania, a dignidade da pessoa humana, os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa e o pluralismo político.

Conforme aponta Smanio (2015, p. 1), a ideia de cidadão como detentor de direitos vem sendo construída desde a formulação do Estado Moderno, a partir de Jean Bodin, em 1576, na *Les Six Livres de la Republique*.

Em uma abordagem da relação entre súditos e soberanos, Jean Bodin coloca o súdito como detentor de um *status* jurídico que possibilitava o exercício de direitos em relação ao soberano, ao qual devia obediência, enquanto o soberano devia ao cidadão obediência, proteção e justiça.

Com o advento do Iluminismo no século XVIII e o resgate dos ideais de liberdade do indivíduo e de participação política, inicia-se um processo de contraposição ao Absolutismo. As ideias que se desenvolvem a partir daí, durante os séculos XVIII e XIX, dão origem ao Estado Liberal e a uma nova concepção de cidadania.

O Estado liberal, entretanto, limitava a ideia de cidadania ao território estatal e a embasava nos seguintes princípios jurídicos fundamentais: nacionalidade, direitos naturais individuais, participação política e igualdade perante a lei. Portanto, embora fossem reconhecidos direitos estritamente individuais, esse modelo de Estado negava às mulheres, aos pobres e aos analfabetos, o pleno exercício da cidadania, estabelecendo um conteúdo meramente formal aos direitos de cidadania. Essa

contradição que levou ao questionamento destes postulados durante todo o século XIX e XX.

Como fruto da limitação física imposta ao exercício da cidadania pelo Estado Liberal, esta somente podia ser definida como “status” concedido pelo Estado a alguns de seus membros, sendo estes beneficiários iguais em direitos e obrigações. Referido “status”, embora conferisse direitos eleitorais para votar e ser votado, não acrescentava muito, como já salientamos, em relação às garantias sociais.

Foi na obra “Cidadania, classe social e *status*”, escrita em 1949 por Thomas Humphrey Marshall, que se ampliou a compreensão sobre cidadania. Nas palavras de Smanio:

T.H. Marshall, já no séc. XX, em obra denominada Cidadania, classe social e status, conceitua cidadania a partir da ótica do Estado Social, contraponto definitivamente a visão de cidadania do Liberalismo. A cidadania para Marshall é um conjunto de direitos civis, políticos e sociais. (SMANIO, 2015, p. 2)

Essa teoria é importante na medida em que define a cidadania como um conjunto de direitos, entretanto, sua concepção não supera a conceituação liberal de cidadania enquanto “status” e, portanto, não se faz compatível com o Estado Democrático de Direito.

Conforme ensina Ana Maria D’Avila Lopes:

Essa concepção individualista do cidadão é reforçada justamente na obra de Marshall, ao afirmar que o cidadão praticamente não tem obrigações para com a sua comunidade, salvo em situações excepcionais, como quando tem que lutar na guerra para defender seu Estado, dever que, por outro lado, não poderá ser concebido nem como eterno nem como contínuo.

O sucesso da concepção de cidadania de Marshall, dos anos cinquenta, explica-se, desse modo, pelo contexto no qual se inseriu. Os anos de sacrifício das pessoas durante a Segunda Guerra Mundial e o posterior fortalecimento das políticas sociais do pós-guerra – que tornavam o indivíduo um dependente do Estado, sem praticamente nenhuma contraprestação – explicam o fascínio que provocou essa definição na sociedade. Assim, a noção de cidadania, como um status que exigia do indivíduo apenas a sua participação política na forma simplista, voluntária e periódica do sufrágio, apoderou-se rapidamente da sociedade ocidental na segunda metade do século XX. (LOPES, 2006, p. 25 -26)

Assim, temos que um conceito de cidadania que não estimule a participação política ativa e direta do indivíduo na sociedade e que não estabeleça para isso direitos e deveres, é incapaz de auxiliar na erradicação das desigualdades.

Sobre a questão:

Em um mundo marcado pela violência e pelo egoísmo, a necessidade de redefinição da cidadania vislumbra-se como um imperativo impostergável, pois, enquanto a cidadania continuar sendo concebida como um status restrito à única obrigação política de votar, a desigualdade e a injustiça continuarão caracterizando a sociedade mundial. Somente a partir do momento em que se conceba a cidadania como um direito fundamental individual de todas as pessoas, que exige uma direta, constante e ampla participação política, poder-se-á afirmar que o caminho para a construção de uma sociedade justa, livre e solidária foi traçado. (LOPES, 2006, p. 33)

Essa nova concepção, portanto, supera uma visão individualista de cidadania e fomenta, através do valor da solidariedade, a participação ativa dos cidadãos na construção de uma sociedade mais justa.

Citando novamente Ana Maria D'Ávila Lopes:

A concepção brasileira de cidadania como participação política ativa e direta do indivíduo na vida da sua sociedade – e não apenas como o exercício do direito político de eleger e ser eleito – está ainda mais contundentemente prevista no inc. II do art. 1º da Constituição Federal de 1988, no qual a cidadania é vista como um fundamento do Estado Democrático brasileiro. Sendo assim, a cidadania passa a ser um direito que torna todo cidadão um protagonista na construção da sua própria história, e não apenas simples espectador. (LOPES, 2006, p. 25).

Ou seja, nossa Constituição Federal, na medida em que eleva a cidadania a um status jurídico diferenciado, considerando-a um fundamento da República Federativa do Brasil, adota uma conceituação avançada do tema que não abrange apenas direitos políticos.

Benevides sintetiza a questão ao afirmar que:

Os direitos da cidadania (...) são aqueles estabelecidos pela ordem jurídica de um determinado Estado e, juntamente com os deveres, restringem-se aos seus membros; os direitos do cidadão englobam direitos individuais, políticos e sociais, econômicos e culturais e, quando são efetivamente reconhecidos e garantidos podemos falar em “cidadania democrática”, a qual pressupõe, também, a participação ativa dos cidadãos nos processos decisórios da esfera pública. (BENEVIDES, 2004, p.44).

Ou seja, no âmbito do Estado Democrático de Direito brasileiro, a cidadania adquire um conceito amplo, de garantia de direitos fundamentais e de solidariedade.

Entretanto, ao analisar o histórico da aquisição de direitos da cidadania no Brasil, Smanio destaca:

O Brasil teve uma formação dos direitos de cidadania tardia, uma vez que, realizada, em suma, no decorrer do século XX e sempre com matiz excludente, pois nunca foram direitos universalizados, o que reflete a desigualdade social que persiste e é de difícil superação em nossos dias. (SMANIO, 2015, p. 03)

Essa formação desigual somada à forte concentração patrimonial e de renda, criaram no Brasil desigualdades imensas e são diversos os caminhos que temos de traçar para solucioná-las. Um desses caminhos, é a formulação de políticas públicas.

Conforme aponta Maria Paula Dallari Bucci: as desigualdades podem ser, se não modificadas, bastante perturbadas na sua inércia conservadora, mediante processos jurídico-institucionais bem articulados.⁷

Nesse contexto, é necessário destacar:

As políticas públicas a serem desenvolvidas em nosso país devem ter o norte da concretização da cidadania em todas as suas dimensões, integrando os diversos aspectos sociais, políticos e econômicos, bem como atendendo às necessidades de inclusão social, pois esta é a determinação constitucional de 1988.

Os valores fundamentais adotados pela Constituição Federal transformam-se em princípios gerais de direito e passam a ser a base racional-filosófica para qualquer exercício dos poderes constituídos do Estado. A cidadania, considerada em todas as suas dimensões, é um desses valores, refletida em princípio geral de direito para a atuação do Estado Democrático e Social de Direito. (SMANIO, 2013, p. 13)

Em outras palavras, para construirmos a sociedade livre, justa e solidária almejada pelo Estado brasileiro, tendo como foco os objetivos fundamentais da República (dentre os quais se encontra a redução das desigualdades sociais e regionais), é preciso reconhecer a importância da cidadania.

O Estado deve, através da atuação governamental, atuar de forma decisiva formulando e executando políticas públicas que tenham como fim a concretização dos

⁷ BUCCI, Maria Paula Dallari. Fundamentos para uma teoria jurídica das políticas públicas. São Paulo: Saraiva, 2013. P. 6

direitos de cidadania (civis, políticos, sociais, culturais, econômicos), materializando, assim, a inclusão social e a redução das desigualdades.

2.2 O significado dos direitos sociais no Estado Democrático de Direito

A partir da Constituição mexicana de 1917 e da Constituição de Weimer de 1919, os textos normativos começam a prever direitos que tem como função primordial assegurar o exercício de direitos individuais de primeira geração, a estes denominamos direitos sociais.

Essa transformação que ocorreu a partir do século XX, representa uma ruptura profunda com o paradigma do Estado Liberal. Nas palavras de Maria Paula Dallari Bucci:

O paradigma dos direitos sociais, que reclama prestações positivas do Estado, corresponde, em termos da ordem jurídica, ao paradigma do Estado intervencionista, de modo que o modelo teórico que se propõe para os direitos sociais é o mesmo que se aplica às formas de intervenção do Estado na economia. (BUCCI, 2006, p. 05)

Ou seja, essa garantia de direitos sociais, mediatizada pela ação do Estado, pressupõe a intervenção estatal na vida econômica e social. E em que pese essa necessária intervenção para destinar e garantir os direitos sociais, estes não podem ser limitados pela realidade econômica, pois são o núcleo do Estado Democrático de Direito.

Na esfera do direito interno, a Constituição Federal de 1988, em seu preâmbulo, propõe-se a instituir um Estado Democrático, destinado a assegurar o exercício, dentre outros, dos direitos sociais.

Para Bercovici:

A Constituição de 1988 possui expressamente um plano de transformação da sociedade brasileira, com o reforço dos direitos sociais, a proteção ao mercado interno (artigo 219), o desenvolvimento e a erradicação da miséria e das desigualdades sociais e regionais (artigos 3º e 170) como objetivos da

República, isto é, com a inclusão do programa nacional-desenvolvimentista no seu texto.⁸

Ou seja, além de ser uma constituição democrática e social, a Constituição de 1988 é também dirigente. Em suas palavras:

A Constituição de 1988 é uma constituição dirigente. O seu artigo 3º incorpora um programa de transformações econômicas e sociais a partir de uma série de princípios de política social e econômica que devem ser realizados pelo Estado brasileiro. (BERCOVICI, 2011, p. 208)

E sobre esse conceito de Constituição Dirigente, analisando a teoria de José Joaquim Gomes Canotilho, Gilberto Bercovici explicita que:

Para a Teoria da Constituição Dirigente, a constituição não é só a garantia do existente, mas também um programa para o futuro. Ao fornecer linhas de atuação para a política, sem substituí-la, destaca a interdependência entre Estado e sociedade: a constituição dirigente é uma Constituição estatal e social. No fundo, a concepção de constituição dirigente para Canotilho está ligada à defesa da mudança da realidade pelo direito. O sentido, o objetivo da constituição dirigente é o de dar força e substrato jurídico para a mudança social. A constituição dirigente é o de dar força e substrato jurídico para a mudança social. A constituição dirigente é um programa de ação para a alteração da sociedade. (BERCOVICI, 2013, p. 293)

Isso significa que nosso texto constitucional não se resume apenas a uma série de parâmetros, limites, direitos e deveres. Trata-se de uma Constituição que estabelece diretrizes claras para a ação do Estado e para a transformação da sociedade.

Essa proposta de transformação se condensa nos objetivos apresentados no artigo 3º da Constituição Federal de 1988, que em seu segundo inciso estabelece como objetivo fundamental da República Federativa do Brasil o desenvolvimento nacional e no terceiro inciso, a erradicação da pobreza e redução das desigualdades sociais e regionais.

Os direitos sociais visam concretizar essa sociedade prevista no artigo 3º. E ressaltamos aqui, a partir do ensinamento de André Ramos Tavares, a necessidade de intervenção estatal para sua realização:

⁸ Estado Intervencionista e Constituição Social no Brasil: O silêncio ensurdecido de um diálogo entre ausentes, p. 11

Os direitos sociais, como direitos de segunda dimensão, convém lembrar, são aqueles que exigem do Poder Público uma atuação positiva, uma forma atuante de Estado na implementação da igualdade social dos hipossuficientes. São, por esse exato motivo, conhecidos também como direitos a prestação, ou direitos prestacionais. (TAVARES, 2012, p.39)

Logo, os direitos sociais subtendem um papel ativo do Estado e são aqueles que criam as condições materiais para a efetivação da igualdade e para que ocorra o exercício dos direitos individuais. Vale destacar que:

O paradigma dos direitos sociais, que reclama prestações positivas do Estado, corresponde, em termos da ordem jurídica, ao paradigma do Estado intervencionista, de modo que o modelo teórico que se propõe para os direitos sociais é o mesmo que se aplica às formas de intervenção do Estado na economia. Assim, não há um modelo jurídico de políticas sociais distinto do modelo jurídico de políticas econômicas. (BUCCI, 2006, p. 5)

Ou seja, para atender a essas aspirações sociais, é necessária uma atuação estatal também no domínio econômico. Por isso a Constituição Federal possui uma política econômica definida, com objetivos claros e posição central no texto constitucional. Há, portanto, um projeto de país constitucionalmente desenhado, com formas estabelecidas para alcançá-lo.

O Estado Democrático, tem como base o princípio da soberania popular, que coloca o povo como titular do poder constituinte e legitimador de todo o poder político. Portanto, a materialização dos direitos sociais no âmbito do Estado Democrático de Direito, pressupõem a legitimação do poder do Estado.

Somente assim, a partir de um Estado intervencionista legítimo, que tenha como base de sua atuação as diretrizes constitucionais, é possível efetivar os direitos sociais e alcançar o desenvolvimento nacional, a erradicação da pobreza e a redução das desigualdades sociais e regionais.

Como nos ensina Bercovici:

O próprio fundamento das políticas públicas é a necessidade de concretização de direitos por meio de prestações positivas do Estado, sendo o desenvolvimento nacional a principal política pública, conformando e harmonizando todas as demais. (BERCOVICI, 2005, p. 63).

Portanto, um dos instrumentos (e talvez o principal deles) utilizados para efetivar direitos sociais e viabilizar o plano constitucional de desenvolvimento nacional é a criação e execução de políticas públicas.

2.3 A pessoa privada de liberdade e o direito à saúde

O direito à saúde encontra-se entre os direitos sociais garantidos por nossa Constituição. É reconhecido como direito fundamental e assegurado à todas as pessoas de maneira igualitária.

Prevê, em seu artigo 196, o texto constitucional:

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

Inspirada nessa previsão, a Lei nº 8.080/1990 – Lei Orgânica de Saúde, que institui e regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelece que os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

Essa mesma Lei, com base nas condicionantes expostas, prevê em seu artigo 3º, parágrafo único, que também dizem respeito à saúde as ações que se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

A instituição (artigo 196 CF) e regulamentação (Lei 8.080/1990) do Sistema Único de Saúde (SUS), viabilizou à toda a população brasileira o exercício desse direito e criou um mecanismo de efetivação da normativa constitucional do direito à saúde como direito de todos e dever do Estado.

Financiado com recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (artigo 195 da Constituição), o Sistema Único de Saúde (SUS) é “um sistema ímpar no mundo, que garante acesso integral, universal

e igualitário à população brasileira, do simples atendimento ambulatorial aos transplantes de órgãos” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, p. 1).

Assim, com base em nossa previsão legal e constitucional, adotaremos, dentre as diversas as definições do conceito de saúde, a seguinte:

A saúde é um bem jurídico relacionado de forma indissociável com o maior bem jurídico que existe, a vida. A saúde, longe de ser apenas a ausência de doenças ou enfermidades, configura-se no estado completo de bem-estar físico, social e mental. (AITH, 2007, p. 394)

Ou seja, a proteção da saúde é também o cuidado com as necessidades sociais e a proteção ao nosso bem maior, a vida humana, não podendo o Estado furtar-se de promovê-lo.

Entretanto, embora seja avançada a previsão constitucional e legal sobre o tema, a consolidação do direito à saúde e do Sistema Único de Saúde (SUS) ainda encontra diversos desafios. A busca pela efetivação dessa perspectiva integral e do acesso universal e igualitário é contínua e demonstra-se, ainda, uma realidade distante para alguns segmentos da população. É o caso da população penitenciária.

Os dados sobre a condição de saúde da população privada de liberdade são escassos e grande parte das informações consta do último Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – INFOPEN, base da presente pesquisa.

A população prisional foi inserida formalmente na cobertura do Sistema Único de Saúde (SUS) em 2014, através da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP), conforme veremos adiante.

Essa política, visa assegurar que cada unidade prisional seja um ponto integrante da Rede de Atenção à Saúde do SUS. Entretanto, segundo o Levantamento, cerca de um terço das unidades prisionais no Brasil tem módulo de saúde. Nas unidades femininas, a porcentagem é maior: 52% têm módulo de saúde.

Apesar de 37% (um terço) das unidades apresentarem módulo de saúde, apenas 63% das pessoas privadas de liberdade encontram-se nessas unidades. Isso significa que mais de um terço da população privada de liberdade não tem acesso a qualquer serviço de atenção básica de saúde na unidade. No Rio de Janeiro, por exemplo, quatro unidades indicaram ter módulo de saúde, essas quatro unidades

custodiam apenas 1% da população prisional do estado. Ou seja, 99% dos presos no Rio de Janeiro não conta com módulo de saúde.

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 1.271 de 2014, define a lista nacional de notificação compulsória de doenças e agravos. A Portaria impõe que notificações compulsórias devem ser inseridas no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) desse Ministério. Assim, frente a essa obrigação, o INFOPEN buscou identificar o número de agravos e doenças nos estabelecimentos prisionais para compará-los com os dados do SINAN.

O levantamento aponta que foram identificadas 2.864 pessoas portadoras do vírus HIV. Esse número representa 1,21% do total de presos nas unidades que informaram o dado, equivalendo-se a uma taxa de incidência de 1215,5 pessoas soropositivas para cada cem mil presos, proporção sessenta vezes maior que a taxa da população brasileira total, de 20,476. Além disso, ficou demonstrado que, nas unidades avaliadas, a taxa de pessoas presas com tuberculose é de 940,9, ao passo que na população total é de 24,4, frequência 38 vezes menor.

Essa realidade contrapõe-se às garantias legais conferidas à população privada de liberdade no Brasil. Como já dissemos, são assegurados ao preso todos os direitos não afetados pela sentença penal condenatória e, portanto, o Estado deve garantir que os custodiados cumpram pena sem perder a dignidade humana. A privação da liberdade e de direitos individuais decorrentes de condenação penal, não autoriza a restrição ou negação aos presidiários de serviços básicos de saúde garantidos constitucionalmente.

O atual paradigma de cidadania, embasado na efetivação dos direitos humanos, supera o exercício de direitos políticos e abrange, dessa forma, as pessoas privadas de liberdade. Assim, ainda que suspenso o exercício do direito ao voto, os presos continuam sendo sujeitos de direitos e deveres.

Sendo a saúde física a principal das necessidades humanas, somente a partir dela é possível falar em direito à vida e participação na sociedade. Logo, garantir o acesso à saúde nas penitenciárias é indispensável à materialização da cidadania e da igualdade.

O direito à saúde e sua aplicação são condicionados por diversos fatores, dentre eles a localização dos serviços, os recursos tecnológicos e a qualificação dos

profissionais. Portanto, é importante ressaltar que o atendimento à população privada de liberdade deve ser pensado a partir dessas singularidades.

3. A EFETIVAÇÃO DO DIREITO CONSTITUCIONAL À SAÚDE.

3.1 Fundamentos jurídicos das políticas públicas.

O estudo científico de políticas públicas nasce nos Estados Unidos da América, como ramo da ciência política, visando entender como e por que os governos optaram por determinadas ações. Sua utilização como ferramenta das decisões de governo, inicia-se no contexto da Guerra Fria. (SOUZA, 2006)

Foi H. Laswell, ainda nos anos 30, que cunhou a expressão *policy analysis* (análise de política pública), visando conciliar conhecimento científico e produção governamental empírica, para estabelecer um diálogo entre cientistas sociais, grupos de interesse e governo.

Diversos autores traçaram conceitos sobre o tema, mas Celina Souza sintetiza essa variedade de definições a partir do conceito de Laswell: “decisões e análises sobre política pública implicam em responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por que e que diferença faz”.

Independente do conceito ou teoria, há um pressuposto comum: a política pública tem caráter interdisciplinar. Essa área, embora seja, a princípio, um ramo da ciência política, também sintetiza outras disciplinas, teorias e métodos. Portanto, a necessidade de formulação de um conceito jurídico de Políticas Públicas surge dessa interdisciplinaridade.

Conforme nos ensina Maria Paula Dallari Bucci:

O direito tem um papel na conformação das instituições que impulsionam, desenham e realizam as políticas públicas. As expressões da atuação governamental correspondem, em regra, a formas definidas e disciplinadas pelo direito.

A importância de se teorizar juridicamente o entendimento das políticas públicas reside no fato de que é sobre o direito que se assenta o quadro institucional que atua uma política. Trata-se, assim, da comunicação entre o Poder Legislativo, o governo (direção política) e a Administração Pública (estrutura burocrática), delimitada pelo regramento pertinente. (BUCCI, 2006, p. 37)

Isto é, podemos afirmar que o direito confere formalidade aos propósitos políticos, ressaltando que, embora exista essa interdependência, não há qualquer hierarquia entre o sistema político e o sistema jurídico.

Smanio sintetiza a questão da seguinte forma:

Como fenômeno jurídico, notamos que as Políticas Públicas se traduzem por um complexo de normas jurídicas e assim podem ser definidas. Normas especiais, como proposto por Eros Grau, com fixação de objetivos a serem alcançados, mas também podendo realizar normas de conduta e normas de organização, como propôs Patrícia Helena Massa-Arzabe. (SMANIO; BERTOLIN, p. 10, 2013)

E aproximando-se da Ciência Política, Maria Paula Dallari Bucci entende política pública como:

Programa de ação governamental que resulta de um processo ou conjunto de processos juridicamente regulados – processo eleitoral, processo de planejamento, processo de governo, processo orçamentário, processo legislativo, processo administrativo, processo judicial – visando coordenar os meios à disposição do Estado e as atividades privadas, para a realização de objetivos socialmente determinados.

Como tipo ideal, a política pública deve visar a realização de objetivos definidos, expressando a seleção de prioridades, a reserva de meios necessários à sua consecução e o intervalo de tempo em que se opera o atingimento dos resultados. (BUCCI, 2006, p. 39)

Portanto, temos que políticas públicas são normas, constituídas por princípios e regras, que visam concretizar os direitos sociais constitucionalmente previstos, mas que em razão da interdisciplinaridade da questão, não ficam limitadas a essa esfera. As políticas públicas são, portanto, arranjos complexos, típicos da atividade político-administrativa, que incidem no sistema jurídico e são por ele realizados.

A partir de uma visão diferente, Fabio Comparato aponta:

A primeira distinção a ser feita, no que diz respeito à política como programa de ação, é de ordem negativa. Ela não é uma norma, ou seja, ela se distingue nitidamente dos elementos da realidade jurídica, sobre os quais os juristas desenvolveram a maior parte de suas reflexões, desde os primórdios da *iusprudentia* romana. (...)

Mas se a política deve ser claramente distinguida das normas e dos atos, é preciso reconhecer que ela acaba por englobá-la como seus componentes. É que a política aparece, antes de tudo, como uma atividade, isto é, um conjunto organizado de normas e atos tendentes à realização de um objetivo determinado. O conceito de atividade, que é também recente na ciência jurídica, encontra-se hoje no centro da teoria do direito empresarial (em substituição ao superado “ato de comércio”) e constitui o cerne da moderna noção de serviço público, de procedimento administrativo e de direção estatal na economia. (COMPARATO, 1997, p. 353-354)

Essa corrente parte do conceito de atividade administrativa para afirmar que a política pública deve ser compreendida como categoria jurídica nova. Dessa compreensão, decorre a existência de um regime jurídico específico para as políticas públicas.

Maria Paula Dallari Bucci, entretanto, desconsidera o raciocínio e aponta:

O entendimento da política pública como atividade administrativa redundante, no que diz respeito à sua sindicabilidade judicial, no conhecido tema do controle da discricionariedade administrativa, com seus também conhecidos problemas e limites. Daí, por esse prisma, não se reconhecer à noção de política pública o sentido de uma categoria nova no direito. (BUCCI, 2006, p. 25)

Logo, compreendemos que não é possível reconhecer as políticas públicas como categoria instituída pelo direito, mas como a atuação governamental se expressa através de formas e instrumentos jurídicos, é importante teorizar juridicamente sobre elas.

Ainda com base no entendimento de Maria Paula Dallari Bucci, há uma nítida confluência entre política e direito no campo das políticas públicas. Para ela, a política cumpre o papel de vislumbrar o modelo, contemplar os interesses em questão, arbitrar conflitos, equacionar o tempo e distribuir as expectativas de resultados entre curto, médio e longo prazo. Enquanto ao direito, cabe conferir expressão formal e vinculativa a esse propósito, através de leis, normas de execução, dispositivos fiscais e outros, pois a legalidade e a constitucionalidade são parâmetros de realização das políticas (o Estado só pode agir com base em habilitação legal).

3.2 Políticas públicas de acesso à saúde: a efetivação dos direitos de cidadania.

Como já observamos, os direitos sociais surgem com o objetivo de garantir, de forma igualitária aos cidadãos, o exercício das liberdades individuais e esses direitos exigem prestações positivas do Estado.

O direito à saúde é um direito social fundamental que se confunde com o direito à vida. Portanto, é a sua satisfação que garante a participação das pessoas em sociedade, sendo assim considerado um direito de cidadania.

Por estar contido em uma constituição dirigente, o direito à saúde deve ser considerado uma norma-objetivo ou norma-fim. Vejamos:

O artigo 3º da Constituição de 1988 é um instrumento normativo que transformou fins sociais e econômicos em jurídicos, atuando como linha de desenvolvimento de interpretação teleológica de todo o ordenamento constitucional. Em termos de teoria da norma, não é uma “norma programática”, concepção conservadora e teoricamente equivocada que justifica a não-vinculatividade e não-concretização dos dispositivos constitucionais. A norma do artigo 3º da Constituição de 1988 é uma “norma-objetivo” ou “norma-fim” (“norma di scopo”), ou seja, disponíveis para edificar uma nova sociedade, distinta da existente no momento da elaboração do texto constitucional. O Estado, assim, retira sua legitimidade de suas tarefas materiais. Neste sentido, o Estado deve ser entendido como o “portador da ordem social”, o que pressupõe uma vontade política disposta a colocar o programa constitucional em andamento. (BERCOVICI, 2011, p. 209)

Nessa linha de raciocínio, afirmamos que o direito à saúde tem caráter vinculativo, não sendo possível ao Estado furtar-se de promovê-lo. E destacamos que, embora existam diversas limitações à efetiva aplicação desse direito (como por exemplo, a questão da disponibilidade dos meios), as políticas públicas apresentam-se como um caminho para tanto, pois visam exatamente coordenar os meios à disposição do Estado para realização dos objetivos socialmente relevantes e politicamente determinados.

O próprio texto constitucional vincula a garantia do direito à saúde à execução de políticas públicas:

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

E, como ressalta Lucília Alcione Prata:

A constituição de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde (LOS) – a Lei nº 8.080/90 – trazem o rol de princípios, objetivos e garantias do direito de proteção à saúde, que representam as bases de planejamento das políticas públicas do SUS e servem de orientação para o planejamento estratégico desse setor pela Administração Pública.

Assim, podemos afirmar que a formulação de políticas públicas de acesso à saúde tem fundamento constitucional e legal, podendo ser consideradas políticas de Estado, com garantias, princípios e metas estabelecidos previamente no texto constitucional.

3.3 A peculiaridade da situação carcerária 2: contexto das políticas de atenção à saúde ligadas às pessoas privadas de liberdade.

Como já destacamos, a situação carcerária tem, em razão de inúmeros fatores, suas peculiaridades. Um desses fatores é a dupla e muitas vezes tripla marginalização que vivem as pessoas privadas de liberdade no Brasil considerada a discriminação de raça, classe e gênero que também sofrem.

Além disso, a superlotação, a insalubridade e o próprio confinamento tendem a facilitar a proliferação de doenças (especialmente respiratórias), resultando em números alarmantes, por exemplo, de tuberculose nessa parcela da população.

Reiteramos que o último levantamento do INFOPEN, identificou nas unidades prisionais analisadas uma taxa de incidência de pessoas soropositivas sessenta vezes maior que a taxa da população brasileira total. E a taxa de pessoas presas com tuberculose é trinta e oito vezes maior que a da população brasileira.

Assim, embora a implementação de políticas públicas apresente-se como um bom mecanismo de concretização do direito fundamental à saúde, uma política

pública abrangente, que vise atingir a sociedade de uma maneira geral, pode não se demonstrar eficiente para solucionar a questão da saúde da população privada de liberdade, justamente em razão de suas especificidades.

Essa é também uma preocupação central para os movimentos sociais atuantes na pauta do sistema penitenciário. Em relatório sobre a saúde da mulher presa, o Padre Almir José de Ramos da Pastoral Carcerária, afirma:

No processo de adoecer e morrer das populações e de cada pessoa em particular, as desigualdades sociais, econômicas e culturais se revelam de maneira diferenciada. As pessoas que são mais vulneráveis e vivem menos são populações expostas a condições precárias de vida, dentre elas estão as populações privadas de liberdade. Ao privar ou restringir uma pessoa de sua liberdade, o Estado, e a sociedade como um todo, não pode negar-lhe outros direitos, como o é o caso do direito a saúde (RAMOS, s/d, p. 1).

Ocorre que, em razão da imensa desigualdade social brasileira, o país apresenta necessidades de saúde que variam, a depender da região ou do contexto social. Logo, a mera construção de políticas públicas gerais não basta para garantir acesso ao direito à saúde.

Ao analisar o ciclo das políticas públicas, Clarice Seixas Duarte, aponta:

A formulação de uma política pública deve sempre objetivar imprimir racionalidade à ação estatal, de modo a permitir que se atinja o máximo de ganho social possível, ou seja, de modo a conferir a máxima eficácia possível aos direitos abstratamente previstos. Tudo isso a partir de um planejamento racional.

Para tanto, é necessário, em primeiro lugar, por meio da realização de estudos multidisciplinares, verificar os setores ou regiões que apresentam maiores carências, ou os grupos que apresentam maior grau de vulnerabilidade a justificar um tratamento diferenciado ou uma intervenção imediata. (DUARTE, 2013, p. 27)

Ou seja, o primeiro passo para a formulação de uma política pública é exatamente identificar o público alvo e o grau de vulnerabilidade em que se encontra, para então pensar políticas específicas, a partir de realidades específicas.

Vale ressaltar que um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) é a equidade. Esse princípio garante que cada indivíduo seja atendido de

acordo com suas necessidades, reconhecidas as diferenças nas condições sociais e de saúde. A equidade remete à necessidade de se “tratar desigualmente os desiguais” e deve pautar também as políticas públicas de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Considerando que a saúde é um direito de todos e que o princípio da equidade no atendimento público de saúde garante cuidados diferenciados aos mais vulneráveis para que se igualem aos outros, concluímos que são necessárias políticas de atenção à saúde específicas para as pessoas privadas de liberdade.

4. O PLANO NACIONAL DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO (PNSSP): CRIAÇÃO, DESENHO INSTITUCIONAL E EVOLUÇÃO.

4.1 Considerações iniciais: o direito em questão, o processo de criação e a implementação do PNSSP – nome oficial do programa de ação; gestão governamental; base normativa e desenho jurídico-institucional.

Visando contribuir para um método estruturado da abordagem jurídica das políticas públicas, Maria Paula Dallari Bucci criou o “quadro de referência de uma Política Pública”.

Esse quadro, nas palavras da autora:

(...) tem o singelo propósito de apoiar a demarcação mais clara dos limites do programa de ação. Para isso, aponta os elementos principais que permitem compreender sua organização interna, a partir da base jurídica, identificando as ligações com aspectos políticos, econômicos e de gestão mais importantes. (BUCCI, 2015)

Utilizaremos, portanto, essa ferramenta de apoio didático como metodologia de análise do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, política alvo da presente pesquisa.

Entretanto, antes de iniciarmos a análise, faremos breves considerações sobre o Sistema Único de Saúde e alguns de seus instrumentos, a fim de facilitar a leitura sobre o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Tomaremos como base, principalmente, a cartilha do Ministério da Saúde “Entendendo o SUS” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008), que explica de forma didática o funcionamento do Sistema Único de Saúde.

A Constituição Federal de 1988, prevê que a saúde é direito de todos e dever do Estado e garante acesso integral, universal e gratuito aos serviços de saúde. Para viabilizar essa previsão, foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), um dos maiores sistemas de saúde do mundo, que beneficia cerca de 180 milhões de brasileiros e realiza, por ano, cerca de 2,8 bilhões de atendimentos (BRASIL, 2014).

São princípios do SUS: a universalidade (o SUS é para todos), a integralidade (o SUS compreende o ser humano como um todo e promove todos os níveis de atenção à saúde) e a equidade (o SUS pensa os programas e ações de saúde a partir da necessidade de cada pessoa ou grupo, respeitando a diversidade da população).

Além desses princípios, o SUS estabeleceu algumas diretrizes organizacionais para garantir seu melhor funcionamento e articulação. São elas: a regionalização (que visa distribuir as ações de saúde e os recursos entre as regiões), a hierarquização (que pretende estabelecer os chamados “níveis de atenção”), a descentralização (que distribui entre os três níveis de governo a prestação dos serviços de saúde) e a complementariedade do setor privado.

Grande parte do financiamento do SUS advém da União. Metade dos investimentos em saúde é feita pelo governo federal, ficando por conta dos estados e municípios o restante do financiamento. Além de contribuir com grande parcela do financiamento, a União formula políticas nacionais de saúde, cuja implementação cabe aos demais entes federativos e à iniciativa privada.

O governo estadual tem o papel de implementar políticas de saúde nacionais e de organizar o atendimento à saúde em seu território. Entretanto, o principal responsável pela saúde pública da população é o município. Foi o Pacto pela Saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996), assinado em 2006, que municipalizou a gestão das ações e serviços de saúde oferecidos em seu território.

Vale destacar que, embora as competências sejam divididas, não há hierarquia entre União, estados e municípios na gestão do SUS. Além disso, a pactuação e aprovação as políticas de saúde, passam por algumas comissões e conselhos. No âmbito municipal, é o Conselho Municipal de Saúde (CMS) que deve aprovar as políticas. No âmbito estadual, as políticas são negociadas e pactuadas pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e deliberadas pelo Conselho Estadual de Saúde (CES). No âmbito federal, as políticas do SUS são negociadas e pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

Os Conselhos de Saúde, foram criados pela Lei nº 8142/1990, e são compostos por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atuando na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente. Já a Comissão Intergestores Bipartite é

composta por representantes das secretarias municipais de saúde e secretaria estadual de saúde e a Comissão Intergestores Tripartite, por representantes do Ministério da Saúde, das secretarias municipais de saúde e das secretarias estaduais de saúde. Ambas foram criadas pela Norma Operacional Básica – NOB/93 do Ministério da Saúde e são uma instância de discussão, elaboração de propostas e aperfeiçoamento das ações de saúde em todos os seus níveis.

Além de fragmentar-se através da regionalização, o Sistema Único de Saúde divide-se também em níveis. Essa separação, tem como objetivo direcionar os atendimentos conforme a gravidade do caso, evitando a superlotação de hospitais e facilitando o acesso à saúde. São os níveis de atenção à saúde: primário, secundário e terciário, entretanto, nos concentraremos ao nível primário, alvo principal do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário.

O nível primário, ou atenção básica, é considerado a porta de entrada do SUS. Seu objetivo é fornecer um primeiro atendimento, que, em geral, limita-se à consultas e exames básicos, além de procedimentos simples. A partir desse atendimento inicial, havendo necessidade, o cidadão pode ser encaminhado para serviços de maior complexidade.

A promoção da atenção básica fica a cargo do município e também visa promover políticas de conscientização em saúde e prevenção de doenças. Segundo a cartilha “Entendendo o SUS”, a atenção básica é capaz de resolver cerca de 80% das necessidades e problemas de saúde da população.

Existe um piso para distribuição de recursos da atenção básica. É o chamado “Piso da Atenção Básica” (PAB), calculado com base no total da população de cada cidade. O PAB foi instituído em 1997 como um novo mecanismo de financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e divide-se em dois componentes: Componente Piso da Atenção Básica Fixo – PAB Fixo e Componente Piso da Atenção Básica Variável – PAB Variável.

Como veremos adiante, o Componente Piso da Atenção Básica Variável – PAB Variável, é constituído por recursos financeiros destinados ao financiamento de estratégias de saúde da própria atenção básica, destinada a populações específicas, dentre as quais encontra-se a população privada de liberdade.

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, foi criado em 09 de setembro de 2003, no primeiro ano do primeiro mandato do governo Lula, através da Portaria Interministerial nº 1777.

Essa portaria, foi fruto de um trabalho construído com a participação dos Ministérios da Saúde e da Justiça, além do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária.

A norma que instituiu o Plano, foi resultado de recomendações de uma Comissão Interministerial, criada por outro instrumento normativo: a Portaria MS/MJ nº 2035, com a atribuição de definir estratégias e alternativas de promoção e assistência à saúde no âmbito do Sistema Penitenciário Nacional.

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário prevê a inclusão da população penitenciária no Sistema Único de Saúde, portanto, suas ações e serviços são definidos pelo Plano Nacional de Saúde e são consonantes com os princípios e as diretrizes do SUS.

Assim, são também referências normativas do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário: a Constituição Federal de 1988, a Lei nº 8.080 de 1990, que regulamenta do Sistema Único de Saúde, a Lei nº 8142 de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e a Lei de Execução Penal, nº 7.210 de 1984.

O Plano foi construído em coerência com a discussão sobre o processo de regionalização da saúde, logo, seu texto prevê que as ações e serviços de atenção básica em saúde serão organizadas nas unidades prisionais e realizadas por equipes interdisciplinares de saúde e que o acesso aos demais níveis de atenção será pactuado e definido no âmbito de cada estado. Tudo isso deve estar em consonância com os planos diretores de regionalização e deve ter a aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e do Conselho Estadual de Saúde (CES).

São as diretrizes estratégicas do Plano:

- Prestar assistência integral, resolutiva, contínua e de boa qualidade às necessidades de saúde da população penitenciária;

- Contribuir para o controle e/ou redução dos agravos mais frequentes que acometem a população penitenciária;
- Definir e implementar ações e serviços consoantes com os princípios e diretrizes do SUS;
- Proporcionar o estabelecimento de parcerias por meio do desenvolvimento de ações intersetoriais;
- Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde;
- Provocar o reconhecimento da saúde como um direito da cidadania;
- Estimular o efetivo exercício do controle social.

Para isso, o Plano prevê a criação de equipes de saúde, articuladas a redes assistenciais de saúde, que devem ser compostas da seguinte forma:

- 1) Nas unidades prisionais com mais de 100 presos, a equipe técnica mínima, para atenção a até 500 pessoas presas, obedecerá a uma jornada de 20 horas semanais e deverá ser composta por:
 - Médico;
 - Enfermeiro;
 - Odontólogo;
 - Psicólogo;
 - Assistente social;
 - Auxiliar de enfermagem; e
 - Auxiliar de consultório dentário (ACD).
- 2) Nas unidades prisionais com até 100 presos, o atendimento será realizado no próprio estabelecimento por profissionais da Secretaria Municipal de Saúde, respeitando a composição de equipe citada anteriormente, e com carga mínima de 4 horas semanais.
- 3) Estabelecimentos com menos de 100 presos não terão equipes exclusivas. Os profissionais designados para atuarem nestes estabelecimentos, com pelo menos um atendimento semanal, podem atendê-los na rede pública de saúde.

O Plano prevê ainda que, nos presídios em que já houver quadro de saúde construído a partir da previsão da Lei de Execução Penal, a equipe deverá ser complementada. O piso salarial para os profissionais deverá respeitar a política de recursos humanos estabelecida em cada unidade federada e os estados são livres para decidir sobre a forma de contratação dos profissionais.

Como a normativa que cria essa política considera a importância da realização de estudos de abrangência nacional que revelem o perfil epidemiológico da população presidiária brasileira, consta do Plano uma normatização sobre sistemas de informação. As unidades de saúde implementadas de acordo com o Plano Nacional de Saúde, assim como os profissionais atuantes nestas unidades, serão monitoradas por meio destes sistemas, que constituem o Sistema de Informações em Saúde do Sistema Único de Saúde.

As unidades deverão ser cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/SUS) e por lá deverão apresentar o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) com a produção dos serviços realizados no Sistema Penitenciário. Na prática, isso significa que aquela unidade, a partir deste cadastro, ficará sujeito à mesma regulação que qualquer outra unidade de saúde da rede SUS. A falta de alimentação dos Sistemas de Informações, por dois meses consecutivos ou por três meses alternados, gera a suspensão do repasse do incentivo.

Com relação ao cadastramento das pessoas presas, este será baseado na sistemática do Cartão Nacional de Saúde. Utilizados, para tanto, mecanismos municipais como: formulário de cadastramento, manual e aplicativo CadSUS.

Embora o responsável pela execução de políticas de saúde seja o SUS (principalmente através do município), a gestão das unidades prisionais é de responsabilidade estadual. Assim, visando garantia a intersectorialidade da política, o Plano prevê que a contratação das equipes de saúde que atenderão até 500 presos, deve ficar a cargo das Secretarias Estaduais de Justiça, enquanto que as equipes menores deverão ser compostas por profissionais de saúde do município.

Resumidamente, as competências dividem-se da seguinte forma:

Ministério da Saúde:

- Gestão deste Plano em âmbito federal;
- Co-financiamento da atenção à saúde da população penitenciária (70% do valor do Incentivo);
- Prestar assessoria técnica aos estados no processo de discussão, implantação e desenvolvimento dos Planos Operativos Estaduais;
- Monitorar, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas tendo como base o Plano Operativo Estadual.

Ministério da Justiça

- Co-financiamento da atenção à saúde da população penitenciária (30% do Valor do Incentivo);
- Repasse de informações atualizadas ao Ministério da Saúde acerca da estrutura, número de pessoas presas e classificação dos estabelecimentos penitenciários;
- Financiamento da adequação do espaço físico para os serviços de saúde nas unidades prisionais e aquisição de equipamentos;
- Participação na organização e implantação dos sistemas de informação em saúde a serem utilizados;

Secretarias Estaduais de Saúde

- Elaboração do Plano Operativo Estadual;
- Organização da referência e contra-referência para a prestação da assistência de média e alta complexidade;
- Participação no processo de educação permanente às equipes de saúde;
- Prestar assessoria técnica aos Municípios no processo de discussão e implantação dos Planos Operativos Estaduais;

Secretarias Estaduais de Justiça (ou correspondente):

- Elaboração do Plano Operativo Estadual;
- Adequação do espaço físico para a unidade de saúde e aquisição de equipamentos;
- Execução das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde no âmbito da atenção básica em todas as unidades penitenciárias sob sua gerência;

- Contratação e/ou complementação salarial das equipes de saúde atuantes no Sistema Penitenciário;

Secretarias Municipais de Saúde:

- Participação na elaboração do Plano Operativo Estadual;
- Monitorar, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas tendo como base o Plano Operativo Estadual;
- Execução de ações de vigilância sanitária e epidemiológica.

A adesão ao Plano é voluntária e são critérios para qualificação de Estados e Municípios:

- Formalização do envio do Termo de Adesão ao Ministério de Saúde;
- Apresentação, para fins de aprovação, do Plano Operativo Estadual no Conselho Estadual de Saúde e na Comissão Intergestores Bipartite.
- Envio do Plano Operativo Estadual ao Ministério da Saúde pelas Secretarias de Estado de Saúde;
- Credenciamento dos estabelecimentos de saúde e dos profissionais de saúde das unidades prisionais, por meio do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES);
- Aprovação dos Planos Operativos Estaduais pelo Ministério da Saúde como condição para que estados e municípios recebam o Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário; e
- Publicação no Diário Oficial da União da Portaria de Qualificação.

Há previsão de financiamento para o Plano, mas trataremos especificamente dessa questão no tópico 4.3.

4.2 Considerações sobre a ampliação da cidadania e dos espaços de planejamento participativo: Agentes governamentais e não governamentais e a elaboração do PNSSP.

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) prevê, em seu artigo 3º, que para a implementação das ações contidas no Plano Nacional, o Ministério da Saúde, o Ministério da Justiça, as Secretarias Estaduais de Saúde e de

Justiça e as Secretarias Municipais de Saúde poderão estabelecer parcerias, acordos, convênios ou outros mecanismos similares com organizações não governamentais, regularmente constituídas, que detenham experiência de atuação no Sistema Penitenciário.

Há também uma previsão de garantia da participação da sociedade civil, através de parcerias com instituições para orientação em saúde dos familiares da pessoa presa. Entretanto, no que diz respeito à execução do Plano, não encontramos quaisquer documentos relatando a participação de agentes não governamentais em sua fase inicial de elaboração.

Entretanto, em 2009, a partir da análise de Relatórios de Gestão dos estados, visitas de monitoramento/acompanhamento aos estados então qualificados no Plano, de relatos dos gestores e profissionais de saúde no sistema penitenciário e outros documentos, as equipes técnicas dos Ministérios da Saúde e da Justiça perceberam que era o momento adequado para se proceder uma revisão do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, a fim de aprimorar as ações de saúde direcionadas à população penitenciária.

Para isso, foi realizada em fevereiro de 2010 uma Consulta Pública Prévia, aberta para participação de profissionais de saúde que atuam no sistema penitenciário, gestores, órgãos de classe, sociedade civil e outros. As contribuições enviadas formaram um documento 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 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Assim, do que pudemos encontrar durante as pesquisas, a participação da sociedade civil e de agentes não governamentais na elaboração do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, deu-se a partir dessa consulta pública, realizada em fevereiro de 2010, e cujos debates resultaram em uma nova edição do Plano.

4.3 A questão orçamentária da saúde no cárcere: investimentos públicos no Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário.

O artigo 4º da Portaria Interministerial nº 1777, de 09 de setembro de 2003, que aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, determina que o financiamento das ações de saúde, no âmbito do Sistema Penitenciário, deverá ser compartilhado entre os órgãos gestores da saúde e da justiça das esferas de governo.

Para transformar o Plano em uma estratégia e possibilitar que se concretizem os objetivos nele estabelecidos, foi criado o “Incentivo 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.

Esse Incentivo é um componente variável do Piso de Atenção Básica, um mecanismo de financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), que como já explicamos anteriormente pertence ao Fundo Nacional de Saúde.

Prevê o Plano, que o Incentivo deve ser repassado em conformidade com o número de equipes implantadas nas unidades prisionais, da seguinte forma:

- Em unidades prisionais com o número acima de 100 pessoas presas, serão implantadas equipes de saúde, considerando uma equipe para até 500 presos, com incentivo correspondente a R\$ 40.008,00 por ano, por equipe de saúde implantada.
- Em unidades prisionais com o número de até 100 pessoas presas, as ações e serviços de saúde serão realizadas por profissionais da Secretaria Municipal de Saúde, à qual será repassado Incentivo, no valor de R\$ 20.004,00 por ano, por estabelecimento prisional.

O mecanismo de transferência dos repasses é chamado “transferência fundo a fundo”, e funciona da seguinte forma: os recursos do Componente PAB Variável são transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundo de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios, mediante adesão e implementação das ações constantes no Plano Nacional de Saúde e, mais especificamente, no Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário.

O plano, como dissemos no tópico 4.1, prevê que a ausência de alimentação dos Sistemas de Informação, por dois meses consecutivos ou por três meses alternados, resultará na suspensão do repasse do Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário.

Embora o repasse da União para os estados e municípios ocorresse, parte considerável do financiamento não foi sequer utilizado. Uma pesquisa da fiocruz aponta que de 35 milhões repassados até 2008, apenas 2% foram utilizados (SILVA; DELDUQUE, 2012, p. 6).

O Departamento Penitenciário Nacional do Ministério da Justiça, considerando essa não aplicação do Incentivo pelos Estados e/ou Municípios, constatado a partir de visitas de monitoramento deste órgão e do Ministério da Saúde em 2009, suspende, através da Portaria nº 29/MJ de 2010, os 30% dos recursos que lhe cabia no incentivo e deixando a cargo do Ministério da Saúde o custeio integral do Plano.

Em novembro do ano seguinte, o Ministério da Saúde, considerando a manutenção de postura inerte por parte dos Estados qualificados no Plano com relação ao envio dos Relatórios Anuais de Gestão pertinentes ao PNSSP, suspende temporariamente o repasse com efeito retroativo ao mês de junho de 2010 e condiciona o reinício do repasse ao envio, por parte dos entes federados, dos relatórios de gestão em atraso.⁹ O reinício dos repasses ocorreu somente em 2012.

4.4 Focalização de políticas públicas: o público-alvo.

Definir o público-alvo é parte essencial do bom funcionamento de uma política pública. Afinal, como já dissemos, é importante elaborar políticas específicas a partir das particularidades de cada parcela da população, chegando assim em resultados mais efetivos.

O tópico 2 do plano, define como público alvo: 100% da população penitenciária brasileira, confinada em unidades masculinas, femininas e psiquiátricas. Como destaca seu texto de introdução:

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário contempla, essencialmente, a população recolhida em penitenciárias, presídios, colônias agrícolas e/ou agroindustriais e hospitais de custódia e tratamento, não incluindo presos do regime aberto e presos provisórios, recolhidos em cadeias públicas e distritos policiais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

⁹ Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2801_28_11_2011.html. Acesso em 28 out. 2016

Destacamos que, no ano de 2003, quando o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário foi instituído, ainda não existia um sistema nacional de informações penitenciárias. O Sistema Integrado de Informações Penitenciárias - INFOPEN começa apenas em 2004. Por esse motivo, no momento de sua criação e implementação, haviam apenas estimativas sobre a população-alvo.

Se observados os números do Levantamento de Informações Penitenciárias – INFOPEN de 2014, temos que em números absolutos, o Brasil tem a quarta maior população de presos provisórios do mundo, com 222.190 pessoas. Portanto, olhando a partir desse recorte, o Plano exclui do seu público alvo parte considerável da população prisional, contemplando apenas a dita “população penitenciária” - pessoas privadas de liberdade que já tem sentença condenatória. Ficam excluídos do atendimento os presos que não se encontram em regime fechado.

4.5 Estratégia de implantação e funcionamento do PNSSP: desenho normativo x funcionamento efetivo.

Em síntese, a partir de ações que envolvem todos os entes de federação e com o financiamento descrito no item 4.3, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário pretende: organizar ações e serviços de atenção básica à saúde nas unidades prisionais, incluindo a população penitenciária no Sistema Único de Saúde.

Para isso, prevê-se a criação (ou reforma) de equipes de saúde que atuarão nas unidades prisionais, financiadas com recursos advindos dos Ministérios da Saúde e da Justiça, para garantir atenção à saúde da população privada de liberdade, contribuindo para o controle e/ou redução dos agravos mais frequentes à saúde desta.

A avaliação da aplicação do PNSSP no âmbito das unidades prisionais, é realizada pelos Ministérios da Saúde e da Justiça, a partir dos relatórios informatizados, enviados via Sistemas de Informação do SUS e também de visitas e auditorias conjuntas dos Ministérios nas unidades.

Essa avaliação resultou, como já destacamos no tópico sobre financiamento, na suspensão do Incentivo por longos períodos. Entretanto, embora fosse realizada, essa avaliação permitiu o atraso na entrega dos relatórios por mais de um ano e

permitiu também que de 2003 a 2008, quase a totalidade dos recursos investidos não fossem sequer utilizados no âmbito da atenção à saúde no sistema prisional.

Em razão dessa inaplicabilidade de recursos e de outras questões avaliadas, entre 2009 e 2010, o Plano passou por um processo de revisão no âmbito governamental, ficando em Consulta Pública por 30 dias, para aperfeiçoar as ações de saúde destinadas à essa parcela da população.

Da criação do Plano até o momento de sua revisão, muitas questões se alteraram no panorama do Sistema Penitenciário. Dentre elas o perfil da população presa. O texto original, ao fazer uma caracterização do público-alvo, afirma:

A população penitenciária brasileira é composta, predominantemente, por adultos jovens: homens brancos, solteiros de com menos de 30 anos de idade. São, em sua grande maioria, pobres e condenados pelos crimes de furto e roubo. Poucos entre eles foram alfabetizados e possuíam profissão definida anteriormente à prisão, caracterizando uma situação de exclusão social anterior ao seu ingresso no Sistema Prisional.¹⁰

Já quando do texto de revisão do Plano, a população carcerária caracterizava-se da seguinte forma:

A população penitenciária brasileira é composta, predominantemente, por adultos jovens – homens negros e pardos, solteiros e com menos de 30 anos de idade. O conjunto de atividades das equipes de saúde nas unidades prisionais deve englobar a prevenção em DST/aids, independente da raça, etnia, idade, sexo, orientação sexual, identidade de gênero e natureza do crime. Entre as mulheres presas, um novo panorama tem se apresentado para o Brasil entre os anos de 2000 a 2009.

O encarceramento de mulheres tem sido proporcionalmente três vezes maior que o encarceramento masculino, segundo dados do Ministério da Justiça (2009) e da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (2007). Estas mulheres são, em geral, jovens, mães solteiras, afro-descendentes, e “na maioria dos casos, condenadas por envolvimento com tráfico de drogas, sendo que a maioria ocupa uma posição secundária na estrutura do tráfico” (SPM 2007). Encontram-se, geralmente, reclusas em cadeias ou unidades para presas provisórias, destinadas à espera do julgamento, sendo que estes estabelecimentos não possuem estrutura adequada a um espaço de cumprimento de pena (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

¹⁰ Sobre o Plano, ver: Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_pnssp.pdf. Acesso em 26 out 2016.

Esse novo texto, portanto, aponta questões de raça e de gênero ausentes na primeira análise e destaca, ainda, a questão das presas provisórias. Há destaque também para a superlotação, a política repressiva contra drogas, a pressão social pelo endurecimento das penas e a insalubridade como fatores que contribuem para o surgimento e agravamento de problemas de saúde na população penitenciária.

Outra inovação: o texto revisado, inclui um tópico chamado “participação social”, que prevê que a elaboração, execução e avaliação das ações de saúde para a população penitenciária deverão ser estimuladas e apoiadas pela participação da sociedade civil organizada.

No que diz respeito à composição das equipes de saúde, o texto revisado acrescenta que é facultado às unidades prisionais o atendimento por profissionais que podem ser da Secretaria Estadual/Municipal de Saúde, respeitando a composição da equipe citada anteriormente, mantidas as recomendações sobre carga horária e formas de contratação pactuadas.

Por fim, com relação ao Incentivo, após o Encontro para Revisão do Plano, foi consensuada a mudança da lógica de repasse, passando o valor do incentivo a ser calculado a partir do número de presos por estado e monitorado e avaliado por meio de indicadores de desempenho e metas pré-definidas.

Essas foram as principais alterações realizadas na revisão do Plano Nacional de Saúde para o Sistema Penitenciário. Apesar disso, após 10 anos do Plano, o relatório de gestão do Ministério da Saúde concluiu pelo esgotamento desse modelo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Em 2013, encontravam-se qualificados ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), 100% dos estados e o Distrito Federal, o que representa 319 equipes cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, destas, 257 encontravam-se ativas para recebimento do incentivo financeiro de custeio, em 227 unidades prisionais, de 157 municípios.

O índice de 100% de qualificação dos estados foi alcançado em 2013 com a adesão do Rio Grande do Norte, único estado que ainda não tinha aderido ao Plano. Além disso, o relatório destaca que 72,7% dos presos encontravam-se em unidades

prisionais localizadas em 163 municípios com bons ou razoáveis desempenhos do SUS e capacidades de oferta de atenção em sua rede.

No entanto, como ressalta o próprio texto do relatório, esses números não significam que a população prisional usufrua de tais recursos. Na verdade, aos 10 anos do Plano, apenas 30% da população carcerária tinha acesso aos serviços de saúde (RODRIGUES, 2013). O relatório de gestão do Ministério da Saúde aponta diversos motivos para isso. Dentre eles:

- Equipes de saúde que são vinculadas à justiça e que não trabalham na lógica do SUS;
- Ausência de fluxo para Rede de Atenção à Saúde;
- Pouca alimentação dos sistemas de informação do SUS;
- Gestores locais apresentaram dificuldades em contemplar as pessoas custodiadas em suas estratégias e Planos Municipais de Saúde;
- Ausência de articulação entre as ações das equipes de saúde prisional e as das equipes de atenção primária das unidades básicas de referência dos municípios; e
- Investimento para manutenção das Equipes da Atenção à Saúde Sistema Penitenciário considerado baixo.

O relatório afirma ainda que apenas 14,8% dos estados brasileiros operavam na lógica do SUS, o restante possuía equipes de saúde baseadas na previsão da Lei de Execução Penal e vinculadas às Secretarias de Justiça ou Administração Penitenciária. Em razão disso é que ocorria a pouca alimentação dos sistemas de informação do SUS e a ausência de fluxo para a Rede de Atenção à Saúde.

Essas questões apontam para uma grande divergência entre o desenho normativo e o funcionamento efetivo do PNSSP. O Plano, tem como ideia central a inclusão da População Penitenciária no SUS, mas demonstrou-se absolutamente insuficiente para tanto.

Após uma década de financiamento e controle de aplicação do Plano, menos de 50% da população privada de liberdade teve acesso garantido à saúde e muitas das equipes de saúde existentes, ainda funcionavam em um modelo obsoleto, ainda nos termos em que previsto na LEP.

Além disso, a tentativa de garantir a intersetorialidade falhou. Como destaca o próprio relatório de gestão do Ministério da Saúde de 2013, grande parte das equipes de saúde ficavam vinculadas exclusivamente à justiça, o que demonstra que os Estados não incentivaram a municipalização do Plano.

O Plano demonstrou-se limitado também por não incluir a totalidade da população privada de liberdade como público-alvo da política, excluindo parcelas imensas dessa população, como os presos provisórios. Além disso, a destacada falta de alimentação dos Sistemas Informatizados, fez com que não fosse possível um mapeamento da saúde no Sistema Penitenciário e as equipes que não operavam na lógica do SUS.

Com base em constatações como essas, após 10 anos de PNSSP, entendeu-se necessário o processo de redesenho deste, sendo elaborada, em 2013, a Política Nacional para Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), publicada pela Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014.

Essa política, encerra os trabalhos do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário e insere formalmente a população prisional na cobertura do Sistema Único de Saúde (SUS), visando assegurar que cada unidade prisional fosse um ponto integrante da Rede de Atenção à Saúde do SUS.

A Rede de Atenção à Saúde do SUS, segundo informações do Ministério da Saúde, é um arranjo organizativo de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.¹¹

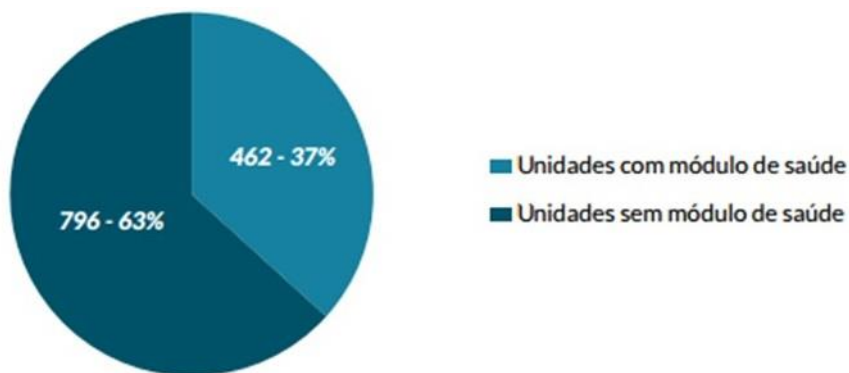
Não pretendemos aprofundar o estudo sobre a política, pois nossa pesquisa limitou-se a avaliar o PNSSP, mas é possível dizer, por exemplo, que ela aprimora os mecanismos de repasses e avaliação e supera a limitação do PNSSP com relação ao público alvo, entendendo por pessoas privadas de liberdade no sistema prisional aquelas com idade superior a 18 (dezoito) anos e que estejam sob a custódia do Estado em caráter provisório ou sentenciados para cumprimento de pena privativa de liberdade ou medida de segurança.

¹¹ Conforme a notícia disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php último acesso: 15 out. 2016.

A Política também remodela as equipes de saúde, reduzindo seu tamanho e dividindo-as por faixas de atenção. Há previsão expressa de vinculação às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e cria-se uma política de educação permanente para os trabalhadores em serviços penais, que visa humanizar o atendimento.

Embora sua implementação seja muito recente, o último Levantamento de Informações Penitenciárias buscou avaliar a aplicação da Política nas unidades prisionais do país, chegando aos números que constam do gráfico a seguir:

Gráfico 2 – Unidades com e sem módulo de saúde



Fonte: Infopen. jun/2014

Como já destacamos em tópicos anteriores, a despeito da previsão da PNAISP, cerca de um terço (37%) das unidades prisionais do Brasil tem módulo de saúde. E apesar de 37% das unidades apresentarem módulo de saúde, apenas 63% das pessoas privadas de liberdade encontram-se nessas unidades. Ou seja, mais de um terço da população privada de liberdade não tem acesso a qualquer serviço de atenção básica de saúde na unidade.

Esses números, somados aos altíssimos índices de tuberculose e outras doenças que destacamos durante a pesquisa, apontam para a dificuldade de garantir à população privada de liberdade o acesso constitucionalmente garantido à serviços de saúde.

CONCLUSÃO

Segundo o último relatório do INFOPEN, o Brasil já ultrapassou a faixa de 600 mil pessoas encarceradas. Com isso, em números absolutos e relativos, nosso país passa a ocupar o posto de quarta maior população carcerária do mundo.

Além da altíssima taxa de aprisionamento, as condições de reclusão são degradantes. Celas superlotadas, falta de higiene e saneamento básico, denúncias de tortura e a quase inexistência de acesso à saúde fazem parte do cotidiano da execução penal brasileira, ao arrepio da Constituição Federal e da legislação que rege a execução penal.

Esse encarceramento massivo também é carregado de seletividade e atinge majoritariamente a parte mais vulnerável da população, que já sofre discriminações de raça, classe e gênero. Como buscamos demonstrar neste trabalho, a seletividade punitiva tem origem em desigualdades estruturais, frutos do modo de produção capitalista.

Ocorre que, por sermos um Estado capitalista do tipo dependente, com dificuldade de acumular capital, existe em nossa população uma massa de pessoas marginalizadas, suscetíveis de rebelarem-se a qualquer momento. Para reprimir qualquer ensaio de revolta por parte dessa população, o Estado utiliza diversos mecanismos, dentre os quais se encontram a pena e o direito penal.

Entretanto, embora o Estado demonstre-se um instrumento de manutenção do sistema capitalista, ele não pode ser considerado um instrumento das classes dominantes. Portanto, em seu seio abre-se um campo de disputa por direitos e garantias.

Como ressaltamos, é no contexto de uma sociedade marcada pelo antagonismo de classes que a luta pela criação e execução de políticas públicas faz sentido. Afinal, se já fossem materialmente garantidos, de forma igualitária, os direitos e garantias constitucionais, não haveria necessidade de discutir-se quaisquer políticas sociais. Assim, é a partir da demanda popular por transformações sociais e por garantia de direitos, que será possível buscar uma sociedade mais justa e igualitária.

Nossa legislação penal, inscrita no seio de um Estado Democrático de Direito, é balizada pela dignidade da pessoa humana. Essa legislação, objetiva a reabilitação

do sujeito apenado e prevê que encerrado o cumprimento da pena, essas pessoas devem retornar ao convívio social. Para que a reintegração seja possível e para que se consiga, por exemplo, inserir os egressos do sistema prisional no mercado formal de trabalho, adequadas condições de saúde física e mental são pressupostos básicos.

Entretanto, analisadas as condições do cárcere, podemos afirmar que a execução penal no Brasil não tem dado efetividade a essa finalidade da pena, embora os presos sejam reconhecidos pelo Estado brasileiro como cidadãos. Como destacamos, pessoas privadas de liberdade são dotadas de dignidade e tem garantidos todos os direitos que não tenham incompatibilidade com a sentença penal condenatória.

Tendo em vista a centralidade da cidadania em nossa Constituição Federal e o papel importantíssimo que cumprem os direitos sociais no modelo de Estado por nós adotado, afirmamos que é imprescindível a atuação estatal para materializar a igualdade formalmente prevista, através da concretização de direitos (dentre eles o direito à saúde da população privada de liberdade). A elaboração e execução de políticas públicas, apresentam-se como um bom mecanismo para tanto.

Em nossa pesquisa, consideramos que políticas públicas são normas, constituídas por princípios e regras, que visam concretizar os direitos sociais constitucionalmente previstos, mas que em razão da interdisciplinaridade que envolvem, não ficam limitadas a essa esfera. Concluimos que as políticas públicas são, portanto, arranjos complexos, típicos da atividade político-administrativa, que incidem no sistema jurídico e são por ele realizados.

E para analisar se o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário pode ser considerado uma política pública, utilizamos como metodologia o “quadro de referência de uma política pública”, criado por Maria Paula Dallari Bucci. Através desse mecanismo e da análise dos elementos que constituem seu conceito de políticas públicas, concluimos que o Plano pode ser considerado uma política pública.

Resumidamente, a partir de ações que envolvem todos os entes de federação e com uma previsão de financiamento, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário pretende organizar ações e serviços de atenção básica à saúde nas unidades prisionais, incluindo a população penitenciária no Sistema Único de Saúde.

O PNSSP considera que as condições de vida e saúde afetam o comportamento das pessoas em sociedade, e com base nisso, pretende assegurar, através do exercício do direito à saúde, que a pessoa presa possa tornar-se produtiva, o que se enquadra perfeitamente nas ideias de reeducação e reinserção inscritas em nosso ordenamento jurídico.

Entretanto, embora represente um progresso na medida em que visa incluir a população privada de liberdade no Sistema Único de Saúde (SUS), relatórios e pesquisas por nós analisados, apontam que diversos anos após a criação desta política pública, pouco se alterou no âmbito da saúde prisional.

Parte disso, decorre da pouca destinação orçamentária para o Sistema Penitenciário, como concluiu o próprio relatório de gestão do Ministério da Saúde em 2013. Entretanto, parece-nos que a falta de avaliação e de uma melhor distribuição de competências, cumprem papel importante no fracasso da política.

Nos termos da Portaria que cria o Plano, os ministérios da Saúde e Justiça, tem o papel de monitorar, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas nas unidades prisionais, tendo como base o Plano Operativo Estadual. Entretanto, embora houvesse esse monitoramento, ficou demonstrado que os Estados qualificados, em sua maioria, executavam os serviços de saúde ainda com base nas determinações da LEP, descumprindo, por anos, as determinações do Plano.

Além disso, a despeito de ser a atenção básica à saúde municipalizada, o PNSSP delega à administração penitenciária grande parte da responsabilidade pela formação de equipes de saúde nas unidades prisionais. Isso dificulta a inclusão da população privada de liberdade no SUS, pois cria um mecanismo de funcionamento das unidades de saúde, que não atua dentro da lógica de funcionamento do SUS.

Assim, apontamos como caminho para aperfeiçoar as políticas públicas de saúde no sistema penitenciário uma melhoria nos mecanismos de controle e avaliação das políticas, aliada à ampliação das verbas destinadas à situação carcerária. É imprescindível também que haja uma melhor distribuição de competências e que sejam estimuladas relações intersetoriais efetivas. Afinal, a prestação à saúde no sistema penitenciário envolve, no mínimo, a atuação conjunta de dois entes: município (responsável pela atenção básica) e estados (responsáveis pela administração penitenciária).

Outro ponto fundamental, é a necessidade de um trabalho de educação em direitos para com a sociedade civil, a fim de conscientizá-la sobre os direitos e garantias das pessoas privadas de liberdade. Afinal, a legitimidade de uma política pública de saúde voltada para essa parcela da população, depende de que todos entendam os presos como cidadãos, sujeitos de direito, que retornarão ao convívio social.

A situação carcerária brasileira, como destacamos, tem uma série de peculiaridades. Dá má qualidade dos estabelecimentos à seletividade no encarceramento, o sistema penitenciário cumpre diversos papéis, exceto o legalmente previsto de ressocialização. Ainda que a população prisional brasileira tenha constitucionalmente garantido seus direitos (dentre eles o direito à saúde), a efetivação deles não é uma realidade.

Nesse contexto, a criação de políticas públicas de saúde para o sistema penitenciário representa um enorme avanço e sinaliza uma possibilidade de alteração da lógica de funcionamento de nossa situação carcerária. Entretanto, o modelo e o desenho dessas políticas devem ser pensados criteriosamente, sob pena de não atenderem ao seu objetivo e finalidade de efetivação dos direitos do cidadão preso, como ocorreu com o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário.

Apesar das inúmeras dificuldades, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário e seu redesenho, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, demonstram que nosso país tem dedicado esforços a construir uma política de saúde para o sistema prisional. A construção dessas políticas representa um passo importante na tarefa de efetivação de direitos no cenário prisional, e, mais do que isso, é um pressuposto básico para o desenvolvimento do Brasil e para o alcance dos objetivos fundamentais da República.

REFERÊNCIAS

AITH, Fernando. **Curso de direito sanitário: a proteção do direito à saúde no Brasil**. São Paulo: Quartier Latin, 2007.

ALTHUSSER, Louis. **Aparelhos ideológicos de Estado**. 2.ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

BATISTA, Nilo, ZAFFARONI, Eugenio Raúl, ALAGIA, Alejandro, SLOKAR, Alejandro. **Direito penal brasileiro – Volume 1**. Rio de Janeiro: Revan, 2003.

BENEVIDES, Maria Victoria. In: Carvalho, José Sérgio. **Educação, Cidadania, Direitos Humanos**. Petrópolis: Vozes, 2004.

BERCOVICI, Gilberto. Planejamento e políticas públicas: por uma nova compreensão do papel do Estado. In: BUCCI, Maria Paula Dallari. **Políticas públicas: reflexões para um conceito jurídico**. São Paulo: Saraiva, 2006.

_____. **Direito Econômico do Petróleo e dos Recursos Minerais**. São Paulo: Quartier Latin, 2011.

BRASIL. **Decreto Lei nº 7.209, de 11-7-1984**. Exposição de Motivos da Parte Geral do Código Penal.

Brasil. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_sistema_penitenciario_2ed.pdf. Acesso em: 01 de outubro de 2016.

_____. Lei nº 7.210 de 11 de julho de 1984. Lei de Execução Penal.

_____. Site promove reflexão e disponibiliza informações sobre o SUS. **Portal Brasil**. Brasília, 12 nov. 2014. Disponível em <http://www.brasil.gov.br/saude/2014/11/site-promove-reflexao-e-disponibiliza-informacoes-sobre-o-sus>. Acesso em: 26 out. 2016.

BUCCI, Maria Paula Dallari. **Fundamentos para uma teoria jurídica das políticas públicas**. São Paulo: Saraiva, 2013.

_____. O conceito de política pública em direito. In: _____ (Org. **Políticas Públicas: reflexões sobre o conceito jurídico**. São Paulo: Saraiva, 2006.

_____. **Quadro de referência de uma Política Pública – Primeiras linhas de uma visão jurídico institucional**. In: O Direito na fronteira das políticas públicas (Org. SMANIO; BERTOLIN; BRASIL). São Paulo: Páginas & Letras Editora e Gráfica, 2015.

CANCIAN, Natália. População carcerária cresce 7% ao ano e soma hoje 607 mil pessoas. **Folha de São Paulo**. Caderno Cotidiano. 26 jun. 2015. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2015/06/1646639-com-607-mil-presos-brasil-tem-a-4-maior-populacao-carceraria-do-mundo.shtml#>. Acesso em: 01 jun. 2016.

COMPARATO, Fábio Konder. Ensaio sobre o juízo de constitucionalidade de políticas públicas. DE MELLO, Celso Antonio Bandeira (Org). **Estudos em homenagem a Geraldo Ataliba**. São Paulo: Malheiros, 1997, v. 2, p. 353-354.

CONNECTAS. **ONU demanda redução do número de presos no Brasil: Informe de relator contra a tortura é o primeiro em 15 anos**. 25 fev. 2016. Disponível em: <http://www.conectas.org/pt/acoes/justica/noticia/41562-onu-demanda-reducao-do-numero-de-presos-no-brasil>. Acesso em: 01 jun. 2016.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Reincidência criminal no Brasil – Relatório de Pesquisa**. 2015. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/destaques/arquivo/2015/07/572bba385357003379ffeb4c9aa1f0d9.pdf>. Acesso em 14 jun. 2016.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília, 1996. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm>. Acesso em 26 out. 2016.

DIEESE. **Os negros no trabalho**. São Paulo: DIEESE, 2013. Disponível em: <http://www.dieese.org.br/analiseped/2013/2013pednegrosmetEspecial.pdf>. Acesso em 20 ago. 2016.

DUARTE, Clarice Seixas. In: SMANIO, Gianpaolo Poggio.; BERTOLIN, Patrícia Tuma Martins (Orgs.). **O Direito e as Políticas Públicas no Brasil**. São Paulo: Atlas S.A, 2013.

FERREIRA, Maria C. F. Necessidades Humanas, Direito à Saúde e Sistema Penal. Brasília: **Revista do Programa de Pós-Graduação em Política Social - Mestrado e Doutorado**. Universidade de Brasília, 2009.

HIRSCH, Joaquim. Teoria Materialista do Estado; Tradução: Luciano Cavini Martorano. Rio de Janeiro: Revan, 2010.

LOPES, Ana Maria D'Ávila. A Cidadania na Constituição Federal Brasileira de 1988: redefinindo a participação política. *In*: Paulo Bonavides; Francisco Gérson Lima de Marques; Fayga Silveira Bedê. (Org.). **Constituição e Cidadania - Estudos em Homenagem ao Professor J.J. Gomes Canotilho**. São Paulo: Malheiros, 2006

MARTINI, Márcia. **A seletividade punitiva como instrumento de controle das classes perigosas.** Disponível em: <https://aplicacao.mpmg.mp.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/650/3.4.1%20A%20seletividade%20punitiva.pdf?sequence=1>. Acesso em: 06 jun. 2016.

MARTINS, Luísa. 'Presídios do País são masmorras medievais', diz ministro da Justiça. **Estado de São Paulo**. Caderno Brasil. 05 nov. 2015. Disponível em: <http://brasil.estadao.com.br/noticias/geral,presidios-brasileiros-sao-masmorras-medievais--diz-ministro-da-justica,10000001226>. Acesso em: 23 out. 2016.

MASCARO, Alysson Leandro. **Estado e forma política**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2013.

MELOSSI, Dario; PAVARINI, Massimo. **Cárcere e fábrica: as origens do sistema penitenciário (séculos XVI-XIX)**. Tradução Sérgio Lamarão. Rio de Janeiro: Revan, 2006.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. **Departamento Penitenciário Nacional. Sistema Integrado de Informações Penitenciárias – InfoPen: Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – 2014.** 2014a. Disponível em: <http://www.justica.gov.br/noticias/mj-divulgara-novo-relatorio-do-infopen-nesta-terca-feira/relatorio-depen-versao-web.pdf>. Acesso: 22 abr. 2016.

_____. **Levantamento nacional de informações penitenciárias – INFOPEN Mulheres – junho de 2014.** 2015. Disponível em: <http://www.justica.gov.br/noticias/estudo-traca-perfil-da-populacao-penitenciaria-feminina-no-brasil/relatorio-infopen-mulheres.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2016.

_____. **Mapa do encarceramento: os jovens no Brasil.** 2014b. Disponível em: <http://juventude.gov.br/articles/participatorio/0009/3230/mapa-encarceramento-jovens.pdf>. Acesso em 05 jun. 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Entendendo o SUS**. Brasília, 2008. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2013/agosto/28/cartilha-entendendo-o-sus-2007.pdf>. Acesso em 26 out. 2016.

_____. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**. 2.ed. Brasília, 2003. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_sistema_penitenciario_2ed.pdf. Acesso em: 22 abr. 2016.

_____. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**. 3.ed. Brasília, 2008. Disponível em: http://crpsp.org.br/interjustica/pdfs/outros/Revisao_PNSSP.pdf. Acesso em: 22 abr. 2016.

_____. **Relatório de Gestão 2013**. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, 2014. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/01/relatorio-de-gestao-sas-2013.pdf>. Acesso em: 20 out. 2016.

_____. Você sabe o que é equidade? **Blog da Saúde**. 24 ago. 2015. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/entenda-o-sus/50111-voce-sabe-o-que-e-equidade.html>. Acesso em 16 out. 2016.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **ONU Mulheres – visão geral**. 2016. Disponível em: <http://www.onumulheres.org.br/brasil/visao-geral/>. Acesso em 15 out. 2016.

_____. **Relatório sobre a visita ao Brasil do Subcomitê de Prevenção a Tortura e outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes**. 2012. Disponível em: https://nacoesunidas.org/img/2012/07/relatorio_SPT_2012.pdf. Acesso em 06 jun. 2016.

_____. **Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment on his mission to Brazil**. 2016. Disponível em: <http://www.conectas.org/arquivos/editor/files/G160141RelatorioTorturaVisitaBR2015.pdf>. Acesso em 06 jun. 2016.

POULANTZAS, N. **O Estado, o poder, o socialismo**. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

RAMOS, Almir José de. **Saúde da mulher presa**. s/d. Disponível em: <http://carceraria.org.br/wp-content/uploads/2015/08/Anexo-Saude-da-Mulher-Presa.pdf>. Acesso em 25 out. 2016.

RODRIGUES, Karina. Apenas 30% dos presos do país têm assistência à saúde. **O Globo**. 07 dez. 2013. Disponível em: <http://oglobo.globo.com/brasil/apenas-30-dos-presos-do-pais-tem-assistencia-saude-11003148>. Acesso em 20 out. 2016.

RUSCHE, Georg; KIRCHHEIMER, Otto. **Punição e estrutura social**. Tradução de Gizlene Neder. 2. ed. Rio de Janeiro: Revan, 2004.

SANTOS, Juarez Cirino dos. **Teoria da pena: fundamentos políticos e aplicação judicial**. 26. ed. Curitiba: Lumen Juris, 2005.

SERRA, Marco Alexandre de Souza. **Economia Política da Pena**. Rio de Janeiro: Revan, 2009.

SILVA, Martinho Braga Batisa; DELDUQUE, Maria Célia. **Relatório do Projeto de Pesquisa “Do Plano à Política: garantindo o direito à saúde para todas as pessoas do sistema prisional” Etapa 1: 01.01.2012 a 31.03.2012**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. Disponível em: http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/pdf/martinho_relatorio_saudeprisonal.pdf. Acesso em 28 out. 2016.

SILVA Filho, Manoel Bernardino da. **A saúde nas prisões: uma análise constitucional da (in)efetividade dos direitos sociais atrás das grades**. Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade Federal de Alagoas. Maceió, 2011. Disponível em: <http://www.repositorio.ufal.br/handle/riufal/769>. Acesso em: 28 abr. 2016.

SINHORETTO, Jacqueline; SILVESTRE, Giane; SCHLITTLER, Maria Carolina. **Desigualdade racial e segurança pública em São Paulo**. São Carlos: UFSCAR, 2014. Disponível em: http://www.ufscar.br/gevac/wp-content/uploads/Sum%C3%A1rio-Executivo_FINAL_01.04.2014.pdf. Acesso em 31 out. 2016.

SMANIO, Gianpaolo Poggio.; BERTOLIN, Patrícia Tuma Martins (Orgs.). **O Direito e as Políticas Públicas no Brasil**. São Paulo: Atlas S.A, 2013.

SMANIO, Gianpaolo Poggio.; BERTOLIN, Patrícia Tuma Martins; BRASIL, Patrícia Cristina (Orgs.). **O Direito na fronteira das Políticas Públicas**. São Paulo: Página e Letras Editora e Gráfica LTDA., 2015.

TAVARES, André Ramos. **Curso de Direito Constitucional**. 10. ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl. **O inimigo no direito penal**. Tradução Sérgio Lamarão. Rio de Janeiro: Revan, 2007.