



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

LUANA MENEZES MOREIRA

**POLÍTICA DE SAÚDE E A POPULAÇÃO CARCERÁRIA:
UM ESTUDO NO PRESÍDIO ESTADUAL METROPOLITANO I – PEM I
– MARITUBA-PARÁ**

BELÉM-PA
2012

LUANA MENEZES MOREIRA

POLÍTICA DE SAÚDE E A POPULAÇÃO CARCERÁRIA:
UM ESTUDO NO PRESÍDIO ESTADUAL METROPOLITANO I – PEM I –
MARITUBA-PARÁ

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Serviço Social, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal do Pará – UFPA. Sob orientação da Prof^a Dra. Vera Lúcia Batista Gomes.

BELÉM-PA

2012

Dados Internacionais de Catalogação de Publicação (CIP)
(Biblioteca Central da UFPA)

Moreira, Luana Menezes

Política de saúde e a população carcerária: um estudo no Presídio Estadual Metropolitano I – PEM I – Marituba-Pará/ Luana Menezes Moreira; Orientadora Vera Lúcia Batista Gomes– 2012.

102 f. il; 30 cm

Inclui bibliografias

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciências Sociais Aplicadas, Programa de Pós – Graduação em Serviço Social, Belém 2012.

1.Sistema Penal 2.Segurança Pública 3.Direito à Saúde - Marituba – Penitenciária
4. Marituba (PA) I. Batista, Vera Lúcia Gomes II. Título.

CDDxxxxxxxxxxxxxx

LUANA MENEZES MOREIRA

POLÍTICA DE SAÚDE E A POPULAÇÃO CARCERÁRIA:

um estudo no Presídio Estadual Metropolitano I – PEM I – Marituba-Pará

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do título de mestre em Serviço Social, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal do Pará.

Banca Examinadora:

Prof^a Dra. Vera Lúcia Batista Gomes – Orientadora
PPGSS - UFPA

Prof. Dr. Reinaldo Nobre Pontes – Examinador Interno
PPGSS - UFPA

Prof. Dr. Jean-François Deluchey – Examinador Externo
PPD - UFPA

BELÉM-PA

2012

A minha mãe Angela, saudades eternas!

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus, nosso Pai, pois tenho a certeza de que sem o seu apoio, força e fidelidade, eu não seria capaz de conseguir vencer os desafios que me foram colocados durante a realização do curso de Mestrado em Serviço Social.

A todas as pessoas que direta ou indiretamente me incentivaram para que assim o fizesse.

Em especial, quero agradecer a minha mãe, Dona Angela, que fez de mim a pessoa que hoje sou, tenho muito orgulho da mãe que foste, saudades eternas!

A minha orientadora, Dra. Vera Lúcia Batista Gomes, pelo apoio e orientações fundamentais para a finalização deste trabalho.

Aos professores examinadores Dr. Reinaldo Pontes e Dr. Jean Deluchey por aceitarem compor a banca de defesa e por suas contribuições valiosas.

À Dra Adriana Azevedo, por sua participação na banca de qualificação desta dissertação e suas ricas contribuições.

A minha amiga Thalita Adriana, você foi fundamental para a finalização deste importante trabalho.

Aos diretores do órgão institucional PEM I / Marituba-PA, pelo apoio e contribuição na realização da pesquisa que subsidiou esta dissertação.

À diretora da biblioteca central da UFPA.

A todos os professores e colegas do curso de Mestrado em Serviço Social da UFPA.

A minha querida família.

A todos, muito obrigada!

“É possível julgar o grau de civilização de uma sociedade visitando suas prisões”.

Dostoievski

RESUMO

Este trabalho, intitulado “Política de Saúde e a População Carcerária: um estudo no Presídio Estadual Metropolitano I – PEM I – Marituba-Pará”, tem como objetivo maior analisar o processo de assistência à saúde dos presos no Presídio Estadual Metropolitano I (PEM I) de Marituba/PA. Para isso, traçou-se os seguintes objetivos específicos: investigar a situação do sistema carcerário brasileiro diante do quadro de desigualdades sociais e criminalização; identificar de que forma o direito à saúde penitenciária está estruturado no Brasil; e analisar como o direito de assistência à saúde está sendo materializado enquanto direito social no PEM I. Na perspectiva de desvendar o objeto de estudo, a metodologia foi baseada na abordagem crítica, utilizando-se da aplicação de formulários com 02 (dois) internos que passavam por tratamento de saúde no interior do PEM I. Dessa forma, foi possível constatar contradições e limites na assistência à saúde enquanto direito social dos internos do PEM I, refletidos na precarização do direito à saúde no âmbito prisional.

Palavras-Chave: Sistema Penal; Segurança Pública; Política de Saúde.

ABSTRACT

This work entitled "Health Policy and the Prison Population: A Study in State Prison Metro I - PEM I - Para-Marituba" aims to analyze the process of higher health care to prisoners in State Prison Metro I - PEM I - Marituba / PA. For this it was necessary to use the following specific objectives: to investigate the situation of the Brazilian prison system before the picture of social inequality and criminalization; identify how the right to health is structured prison in Brazil, and analyze how the right care health is being materialized as a social right in PEM I. From the perspective of uncovering the object of study methodology was based on the critical approach, using application forms with two (02) inmates who passed health care within the PEM I. Thus, it was established limits and contradictions in health care as a social right of internal PEM I, reflected the precariousness of the right to health in prison.

Keywords: Penal System, Public Security, Health Policy

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Entrada do Presídio Estadual Metropolitano I – PEM I/ Marituba/PA	777
Figura 2 - Celas “containers” do PEM I vistas de cima.....	788
Figura 3 - Inspeção nas penitenciárias paraenses pelo Conselho de Justiça.	79

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Modelos de saúde adotados no Brasil no período de 1965 a 1980	46
Quadro 2 - Evolução da População carcerária no estado do Pará.....	600
Quadro 3 - Identificação de faixa etária dos presos no Estado do Pará.....	611
Quadro 4 - Identificação da escolaridade dos presos no Estado do Pará.....	633
Quadro 5 - Tipificação dos crimes cometidos pelos presos no Estado do Pará.....	666
Quadro 6 - Identificação do quantitativo de profissionais que trabalham nos presídios do Estado do Pará.....	69
Quadro 7 - Identificação dos equipamentos adquiridos e incorporados pelo sistema penitenciário do Estado do Pará.	722
Quadro 8 - Identificação do número de consultas externas realizadas nos presídios do estado do Pará.....	733
Quadro 9 - Identificação do número de perícias psiquiátricas realizadas nos presídios do Estado do Pará.	744
Quadro 10 - Doenças notificadas que acometeram os presos nos presídios do Estado do Pará nos anos de 2008 e 2009.	755
Quadro 11 - Número de vagas no Presídio Estadual Metropolitano I	777
Quadro 12 - Apresentação da faixa etária dos internos do PEM I, no ano de 2010... ..	800
Quadro 13 - Identificação do nível de escolaridade dos internos do PEM I, no ano de 2010.	811
Quadro 14 - Identificação da tipificação dos crimes cometidos pelos internos do PEM I.....	811
Quadro 15 - Quantitativo de profissionais que trabalham no setor de saúde no PEM I	833
Quadro 16 - Doenças notificadas no PEM I – Marituba/Pará.....	855

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Identificação de Faixa etária dos presos no Estado do Pará.....	622
Gráfico 2 - Apresentação do percentual dos procedimentos de saúde realizados nos presídios paraenses em 2008.	711
Gráfico 3 - Apresentação do percentual dos procedimentos de saúde realizados nos presídios paraenses, em 2009.	722

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ARE - Aparelho Repressivo do Estado
CNPP - Conselho Nacional de Política Penitenciária
CNPCP - Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária
CNJ - Conselho Nacional de Justiça
CRA - ICentro de Recuperação de Americano I
DEPEN - Departamento Penitenciário Federal
DF - Distrito Federal
DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis
HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LEP - Lei de Execução Penal
MJ - Ministério da Justiça
ONG's - Organização não Governamental
ONU - Organização das Nações Unidas
OMS Organização Mundial de Saúde
PEM - Presídio Estadual Metropolitano
RMB - Região Metropolitana de Belém
SESPA - Secretaria de Estado de Saúde Pública
INFOPEN - Sistema de Informação Penitenciária
SUS - Sistema Único de Saúde
SUSIPE - Superintendência do Sistema Penal
URE - Unidade de Referencia Especializada

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
1 SEGURANÇA PÚBLICA E SISTEMA PENAL NO BRASIL	21
1.1 SISTEMA CARCERÁRIO BRASILEIRO: ANOTAÇÕES SOBRE SUA HISTÓRIA	23
1.2 DESIGUALDADES SOCIAIS E CRIMINALIZAÇÃO: UM RETRATO DAS PENITENCIÁRIAS	27
1.3 SISTEMA CARCERÁRIO BRASILEIRO NA ATUALIDADE	32
2 O DIREITO À SAÚDE NAS PENITENCIÁRIAS: UM ESTUDO NA PENITENCIÁRIA DE MARITUBA I – PEM I	41
2.1 SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE SUA HISTÓRIA	42
2.1.1 A política de saúde no Brasil	43
2.2 A POLÍTICA DE SAÚDE NAS PRISÕES	49
2.2.1 Políticas de Atenção à Saúde dos Presidiários.....	51
2.2.2 O Controle do Atendimento à Saúde na Penitenciária: direitos e deveres dos internos.....	544
3 ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO SISTEMA CARCERÁRIO: A EXPERIÊNCIA DO PEM I – MARITUBA-PA	600
3.1 A SAÚDE CARCERÁRIA NO ESTADO DO PARÁ	688
3.2 SISTEMA PENITENCIÁRIO PARAENSE: O PRESÍDIO ESTADUAL METROPOLITANO I	766
3.2.1. Os Internos do Presídio Estadual Metropolitano I.....	766
3.2.2 PEM I: O hospital do sistema penal paraense	822
3.2.3 O atendimento à saúde no PEM I: um olhar dos internos	877
CONSIDERAÇÕES FINAIS	966
REFERÊNCIAS	1011
ANEXOS	10606

INTRODUÇÃO

O interesse pela temática deste estudo é devido à aproximação da pesquisadora com as peculiaridades do mundo do cárcere durante estágio curricular realizado no Presídio Estadual Metropolitano I, em Marituba/PA. Na ocasião, diversas questões e problemáticas foram levantadas e tratadas ao longo deste estudo.

O crescimento da população carcerária, em escala nacional, merece destaque, segundo dados do INFOPEN, no ano de 2006, a população carcerária nacional era de 401.236 (quatrocentos e um mil, duzentos e trinta e seis presos). Em 2007, este número passou a ser de 422.059 (quatrocentos e vinte e dois mil, e cinquenta e nove internos), em 2008 cresceu para 451.219 (quatrocentos e cinquenta e um mil, duzentos e dezenove detentos) e em 2009 aumentou significativamente para 473.626 (quatrocentos e setenta e três mil, seiscentos e vinte e seis internos).

Da mesma forma, chamou a atenção o fato da taxa de crescimento da população carcerária ter superado a própria taxa de crescimento populacional do Brasil. Dados do Ministério da Justiça (2012) revelam que o país possui nos dias de hoje 512 (quinhentos e doze) mil presos. No entanto, ainda faltam cerca de 200 (duzentas) mil vagas no sistema prisional. Segundo o CNJ, em 2010 a população carcerária do Brasil foi considerada a terceira maior do mundo, com 494.598 (quatrocentos e noventa e quatro mil, quinhentos e noventa e oito) presos, ficando atrás apenas dos Estados Unidos com 2.297.400 (dois milhões, duzentos e noventa e sete mil e quatrocentos) presos e da China (1.620.000 encarcerados) (CNJ apud JUSBRASIL, 2010).

No Estado do Pará, o número de presos, em 2007, era de 6.974 (seis mil, novecentos e setenta e quatro), aumentou para 9.069 (nove mil e sessenta e nove) no ano de 2010. O déficit de vagas passou de 952 (novecentas e cinquenta e duas), em 2007, para 2.694 (dois mil, seiscentos e noventa e quatro) no ano de 2010 (INFOPEN, 2010).

De acordo com o CNJ, o aumento do número de presos no Brasil e, conseqüentemente, a superlotação, é preocupante. Em mais de cinco anos houve

um crescimento de 37%. Do total da população carcerária, 44% ainda são presos provisórios, ou seja, esperam o julgamento de seus processos. Quanto a isso, o CNJ (2010) reconhece que os juízes precisam ser mais criteriosos no uso da prisão provisória, haja vista que no Brasil falta uma política penitenciária eficaz e eficiente. Em 2010, a taxa de ocupação dos presídios do país era de 1,65 presos por vaga. Neste quesito, o Brasil ficou somente atrás da Bolívia que tem uma taxa de 1,66 de presos por vaga. Essa situação nos presídios do país levou o Brasil a ser denunciado em organismos internacionais (CNJ apud JUSBRASIL, 2010).

Os principais problemas enfrentados pelos encarcerados no Brasil ultrapassam a superlotação das celas, pois, estas também apresentam precariedade e insalubridade nas suas instalações físicas, o que torna o ambiente prisional propício a proliferações de epidemias e ao contágio de doenças. Todos esses fatores estruturais aliados à má alimentação dos presos, ao sedentarismo, ao uso de drogas, à falta de higiene e ao próprio encarceramento em microcelas, contribuem para a violação da condição sadia que o preso adentrou e, possivelmente, de lá saíra com alguma doença (BRASIL, 2010).

As doenças mais comuns no interior das prisões estão relacionadas ao aparelho respiratório, como a tuberculose e a pneumonia. O índice de hepatite e de doenças venéreas também é alto, a AIDS, inclusive, é uma delas. Estima-se que 20% dos presos brasileiros sejam portadores do HIV, devido ao homossexualismo, violência sexual e uso de drogas injetáveis (BRASIL, 2010).

O Brasil é signatário de diversos acordos mundiais, dentre eles o de regras mínimas para o tratamento de prisioneiros, aprovado pela ONU (ANO?). Nele consta que a função da prisão é de proteger a sociedade contra o crime, garantindo aos presos os direitos civis que lhe cabem e o exercício de sua cidadania, a exemplo do direito à saúde. Além disso, este país conta com um arcabouço de legislações voltadas para a garantia da saúde no sistema penitenciário.

Essa temática motiva o interesse de estudo devido à aproximação da pesquisadora com as peculiaridades do mundo do cárcere durante estágio curricular realizado no Presídio Estadual Metropolitano I, em Marituba/PA. Na ocasião, diversas questões e problemáticas foram levantadas e tratadas ao longo deste estudo.

Essa consideração acerca da situação de doença da população carcerária e dos direitos de atendimento à saúde no Brasil, conduzirá ao objetivo de estudo: analisar o processo de assistência à saúde dos presos no Presídio Estadual Metropolitano I – PEM I – Marituba/PA. Para tal, foi necessário compreender a política de segurança pública e a política de saúde no sistema penitenciário no Brasil, e em particular, no estado do Pará.

Ao lado disso, como objetivos específicos, procurou-se: investigar a situação do sistema carcerário brasileiro diante do quadro de desigualdades sociais e criminalização; identificar de que forma o direito à saúde penitenciária está estruturado no Brasil; e, analisar como o direito de assistência à saúde está sendo materializado enquanto direito social no PEM I.

A escolha do PEM I – Marituba/PA como campo para pesquisa ocorreu devido a este presídio ser considerado, pelo sistema prisional local, como um dos que possui a melhor infraestrutura do estado do Pará no que concerne ao atendimento à saúde dos encarcerados. Além disso, como dito anteriormente, a realização estágio acadêmico do curso de Serviço Social – UFPA, em muito contribuiu para a aproximação com a realidade enfrentada pelos presidiários, observando-se as violações de seus direitos, inclusive à saúde.

A metodologia adotada neste estudo foi baseada na abordagem crítica. Os tipos de pesquisa utilizados foram a qualitativa e a quantitativa. Como principal instrumento de coleta de dados, optou-se pela utilização do formulário, pois, o mesmo possibilita uma aproximação com os sujeitos da pesquisa e ao mesmo tempo garante que esta se realize de maneira eficaz e prática, uma vez que é o entrevistador quem administra sua aplicação.

Para compreensão das categorias de análise do referido objeto, foi realizada pesquisa bibliográfica referente à temática, isto é, sistema penitenciário, segurança pública e política de saúde nas penitenciárias. De acordo com Belloni et al. (2003, p. 54), “[...] as informações qualitativas resultam de procedimentos vinculados à observação e a organização dos fenômenos ou fatos, derivados de observação direta e de análise documental”.

Os dados analisados foram os do tipo primários e secundários. Os primários foram obtidos por meio de pesquisa empírica realizada com os sujeitos da pesquisa:

02 (dois) internos escolhidos de forma aleatória, cujo critério utilizado foi o seu atendimento pelo serviço médico do hospital.

Os dados obtidos com a aproximação e aplicação de formulários com os internos do PEM I possibilitaram conhecer, sob a ótica do preso, a situação de vida no referido presídio, além de permitir o confronto com as informações oficiais, por meio de documentos retirados de sites oficiais de governo e da imprensa escrita.

Os secundários tiveram como fonte legislações referentes ao sistema prisional, a exemplo da Lei de Execução Penal (LEP), Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), relatórios de gestão de órgãos governamentais do sistema penitenciários, tal como Ministério da Justiça e a SUSIPE, disponíveis em sites oficiais destas instituições governamentais, dentre outros. A partir deles, foi possível identificar e analisar os dados secundários referentes ao sistema penitenciário no Brasil e no Pará, essa análise permitiu constatar ações de saúde desenvolvidas no interior das prisões e as irregularidades na implementação de legislações penitenciárias, inclusive a de saúde.

Além dos dados qualitativos, foram utilizados recursos visuais como fotos, como formas de obtenção de informações primordiais para o aprofundamento da análise do objeto de estudo. Os dados quantitativos foram sistematizados em forma de quadros, tabelas e gráficos, pois:

As informações quantitativas comumente utilizadas resultam de procedimentos dirigidos ao registro numérico de fenômenos ou fatos, isto é, buscam identificar e localizar sua ocorrência num determinado local, tempo e frequência. São, habitualmente, expressas por meio de tabelas, quadros, gráficos e outros instrumentos.

[...]

Com efeito, os dados quantitativos, resultantes de levantamentos estatísticos ou de produtos de trabalhos, devidamente contextualizados, usados de forma integrada e complementar aos variados ângulos das informações qualitativas, possibilitam a formulação de análises mais consistentes e significativas, social e politicamente (BELLONI et al. 2003, p. 53-54).

Em se tratando dos autores que subsidiaram este estudo, destacam-se 1) Wacquant (2001) que discorre sobre a evolução da política de segurança e carcerária, em nível mundial e, em particular no Brasil, além de abordar detalhadamente a realidade do estado das prisões em todo o mundo; 2) Sulocki

(2007) que trata as políticas públicas de segurança e seus aspectos de democracia; 3) Paixão (1991), em outro viés teórico, apresenta uma interessante discussão sobre o cumprimento do papel das instituições carcerárias, ressaltando a oposição existente entre a recuperação e a punição dos internos; 4) Teixeira (2006), 5) Bravo (2008), 6) Behring (2008) e 7) Mendes (1999), de forma crítica, analisam a atual situação do sistema de saúde público brasileiro, destacando os seus maiores entraves e desafios.

Este trabalho foi estruturado em 5 (cinco) partes, incluindo nelas introdução e considerações finais. Na primeira parte, denominada “Segurança Pública e Sistema Penal”, foram discutidas as desigualdades sociais e criminalização na tentativa de evidenciar um retrato das penitenciárias. Não se tratou aqui de discutir as diferenças de classes, mas apenas analisar a necessidade de efetivação de políticas sociais públicas, para que as bases de cidadania sejam garantidas na sociedade brasileira. Evidencia-se que as causas da criminalidade são complexas, portanto, independem das condições socioeconômicas.

Na segunda parte, discorreu-se sobre o direito à saúde penitenciária. Abordou-se a política de saúde e seus reflexos no sistema carcerário brasileiro. Ao realizar um levantamento de legislações da política de saúde no sistema penitenciário, identificou-se que desde o ano de 1984 está previsto em lei o atendimento à saúde das pessoas reclusas em unidades prisionais, embora apenas em 2003 uma portaria interministerial tenha consagrado a necessidade de organização de ações e serviços de saúde no sistema penitenciário com base nos princípios e diretrizes do SUS.

Entre a LEP – Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984 – e o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) – Portaria Interministerial nº 1.777 de 9 de setembro de 2003, dos Ministérios da Saúde e da Justiça, tiveram dois marcos legais inestimáveis para a garantia do direito à saúde para as pessoas privadas de liberdade: a Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, e a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que institui o SUS.

Ao longo dessas últimas décadas, houve uma mudança na sensibilidade governamental em relação às pessoas privadas de liberdade, a ponto de se realizar essas e outras normativas no sentido de assegurar o direito à saúde dessa parcela da população brasileira.

Na terceira parte tentou-se evidenciar a operacionalização da assistência à saúde no sistema carcerário, PEM I – Marituba/PA e se a política de saúde penitenciária, juntamente com a Lei de Execução Penal e os direitos penitenciários, estão sendo garantidos no PEM I. A análise dos dados permitiu constatar a existência de contradições e limites na assistência à saúde enquanto direito social dos internos.

Desta forma, procurou-se, nesse estudo, por em debate duas importantes políticas públicas da sociedade brasileira, quais sejam: segurança pública e política de saúde, considerando que a compreensão do referido objeto exigia mais transversalidade. Contudo, as respostas as situações dos presos do PEM I e dos presos em geral, requer o acesso a um conjunto de políticas sociais entendidas como essenciais para atender as necessidades do presidiário, como por exemplo, educação, habitação, trabalho, lazer e outras de igual relevância para a vida dos homens em sociedade.

1 SEGURANÇA PÚBLICA E SISTEMA PENAL NO BRASIL

A questão da segurança pública é de interesse de todos os cidadãos, e por esse motivo, é bastante discutida em escala mundial, problemas como: condições de aprisionamento, direitos dos presos, torturas, rebeliões e ressocialização são constantes nos debates entre poder público, ONG's e sociedade civil.

Entende-se que o sistema penitenciário tem como principal objetivo contribuir legalmente para proteger a sociedade dos cidadãos que a ela casam prejuízos. Para tal, trabalha-se no sentido de garantir que os contraventores da lei tenham a possibilidade de recuperação de sua conduta, por meio do mecanismo de punição e isolamento social.

Percebe-se, portanto, que esse sistema faz parte de um contexto de avanços e retrocessos, que serão aqui visualizados, porém, inicialmente é necessário destacar o quadro do sistema penal e de segurança pública do Brasil.

Analisar a política pública de segurança no Brasil requer, primeiramente, precisar o entendimento acerca das políticas públicas. Após a revisão de literatura sobre esta temática, constata-se que não existem consensos acerca dos conceitos sobre política pública. Contudo, neste estudo foram destacados alguns autores, dentre os quais: Teixeira (2002); Silva e Silva (2001). Segundo Teixeira (2002),

Políticas Públicas são diretrizes, princípios norteadores de ação do poder público; regras e procedimentos para as relações entre poder público e sociedade, mediações entre atores da sociedade e do Estado. São, nesse caso, políticas explicitadas, sistematizadas ou formuladas em documentos (leis, programas, linhas de financiamentos) que orientam ações que normalmente envolvem aplicações de recursos públicos [...] (TEIXEIRA, 2002, p. 2).

Para Silva e Silva (2001):

Toda política pública é uma forma de regulação ou intervenção na sociedade. Articula diferentes sujeitos, que apresentam interesses e expectativas diversas. Constitui um conjunto de ações ou omissões do Estado decorrente de decisões e não decisões, constituída por jogos de interesses, tendo como limites e condicionamentos os processos econômicos, políticos e sociais. Isso significa que uma política pública se estrutura, se organiza e se concretiza a partir de interesses sociais organizados em torno de recursos que também são produzidos socialmente. Seu desenvolvimento se expressa por

momentos e, muitas vezes, concomitantes e interdependentes, que comportam sequências de ações em forma de respostas, mais ou menos institucionalizadas, a situações consideradas problemáticas, materializadas mediante programas, projetos e serviços (SILVA, SILVA, 2001, p. 37-38).

Observa-se, pelo exposto, que as concepções de política pública adotada pelos dois autores possuem pontos em comum, a exemplo: a política pública é uma forma de regulação ou mesmo de intervenção na sociedade, mediada por jogos de interesses, organizados em torno de recursos produzidos socialmente.

O processo de formulação e implementação de políticas públicas se desenvolve por diferentes momentos que se cruzam entre si. Segundo Silva e Silva (2001), a primeira etapa corresponde à “[...] formação da agenda política governamental”, na qual vão ser elencados os problemas sociais ou expressões da questão social a serem resolvidos com urgência e por estarem sendo discutidos nos “grupos de pressão”, na mídia e partidos políticos. Juntamente a este momento inicial, passa-se para a formação de alternativas de políticas, em que as decisões políticas são tomadas pautadas em um diagnóstico da situação, no conteúdo geral do programa a ser desenvolvido, nos recursos, no aparato institucional, nas responsabilidades e no corpo técnico.

A fase da “adoção da política pública” é o momento decisório, ou seja, a escolha de uma alternativa para a resolução do problema, fundamentado, por exemplo, em legislações. Consequentemente, a política transforma-se em um programa pautado em critérios técnicos. A fase da “implementação e execução de programas públicos” vislumbra a materialização das políticas por meio das unidades administrativas, onde se fazem presentes os recursos humanos, financeiros e materiais. E a fase de “avaliação de políticas públicas” serve para buscar melhorar o desempenho de uma determinada política.

Em síntese: as políticas públicas nascem para responder aos anseios da sociedade, embora sua implementação esteja envolta de contradições e jogos de interesses. O Estado desempenha um papel fundamental no desenvolvimento destas. Todavia, desde os anos de 1990, este vem adotando ideias neoliberais, o que implica na redução dos investimentos na área social, inclusive na área de

segurança pública, porém, a compreensão dessa política no Brasil remete ao resgate histórico que conduziu a essa situação (SILVA E SILVA, 2001).

Com isso, nota-se que a política de Segurança Pública no Brasil é pautada na repressão das classes economicamente menos favorecidas, pois, além das condições mínimas de infraestrutura nas penitenciárias, há também a necessidade de garantir de serviços sociais indispensáveis ao atendimento das necessidades dos internos, como exemplo: o atendimento à saúde.

1.1 SISTEMA CARCERÁRIO BRASILEIRO: ANOTAÇÕES SOBRE SUA HISTÓRIA

Segundo Sulocki (2007), o Estado Feudal não dispunha de uma organização política coesa e sólida, pois o poder era fragmentado. Já o estado Moderno – com a consolidação da sociedade capitalista, em decorrência do declínio do feudalismo – passou a mudar esse quadro a partir de uma centralização do poder, da criação de uma ordem jurídica única e da formação de uma força armada que buscava o controle da sociedade por meio da atuação policial.

Com o resgate histórico efetuado acerca dos sistemas punitivos já experimentados pela humanidade, sobretudo na Europa Ocidental, constatou-se que a situação penitenciária foi marcada por fatos históricos que definiam as formas de punição aos condenados. A propósito, considera-se importante mencionar os estudos efetuados por Foucault (1987), o qual se diferencia de outros estudos sobre penitenciárias¹, pois ele ressalta que por volta dos séculos XVII e XVIII as punições aplicadas eram as mais severas, desumanas e cruéis possíveis. Elas aconteciam por meio da punição física e do domínio sobre o corpo, visto que, em geral, as penas eram pagas com tortura, muitas vezes seguida de morte. Este autor afirma que as execuções eram, na maioria das vezes, realizadas em praça pública, como uma forma de espetáculo apreciativo, servindo também de modelo para a sociedade, em geral, como uma forma de dominação e manutenção do controle social.

¹ Dentre outros estudos sobre penitenciárias, ver Wacquant (2001), Coelho (2005) e Thompson (1991).

Para ilustrar essas formas de punição, considera-se importante referir-se ao que Foucault (1987) comenta em uma de suas obras:

[Damiens fora condenado, a 2 de março de 1757], a pedir perdão publicamente diante da porta principal da Igreja de Paris [aonde devia ser] levado e acompanhado numa carroça, nu, de camisola, carregando uma tocha de cera acesa de duas libras; [em seguida], na dita carroça, na praça de Grève, e sobre um patíbulo que aí seria erguido, atenazado nos mamilos, braços, coxas e barrigas das pernas, sua mão direita segurando a dita faca com que cometeu o dito parricídio, queimada com fogo de enxofre, e às partes em que será atenazado se aplicarão chumbo derretido, óleo fervente, piche em fogo, cera e enxofre derretidos conjuntamente, e a seguir seu corpo será puxado e desmembrado por quatro cavalos e seus membros e corpo consumidos ao fogo, reduzidos a cinzas, e suas cinzas lançadas ao vento (FOUCAULT, 1987, p. 9).

Constata-se, assim, que a forma de condenação dos indivíduos que desobedeciam ao código social vigente na França era a tortura, seguida da morte. Este era o destino dessas pessoas. Entretanto, a partir da segunda metade do século XVIII, os suplícios² passaram a ser bastante discutidos pelos teóricos, filósofos e legisladores, tornando-se intolerável e até mesmo vergonhoso, práticas como essas. Neste sentido, Paixão (1991) destaca a reação iluminista frente a esses “códigos bárbaros”, como por exemplo, o Livro V das Ordenações Filipinas que foi o código penal que vigorou no Brasil até 1830 e era citado por diversos autores como catálogo de monstruosidades.

Diante das pressões sociais, foi imperioso se pensar outra forma de punição, surgindo, com efeito, um movimento de reforma desse sistema. Entretanto, a “[...] conjuntura que viu nascer a reforma não é, portanto, a de uma nova sensibilidade; mas a de outra política em relação as ilegalidades” (FOUCAULT, 1987, p. 70). Diante dessas pressões, passou-se a adotar outra forma de punição menos desumana e cruel, porém, ainda com um viés punitivo e de demonstração de hierarquia e poder.

Essa nova forma de punição, segundo o autor outrora citado, mostra que os suplícios foram paulatinamente substituídos pelo aprisionamento dos indivíduos, ou seja, a liberdade destes passou a ser privada: “[...] a pena não mais se centralizava

² “Suplício é uma produção diferenciada de sofrimentos, um ritual organizado para marcação das vítimas e a manifestação do poder que pune” (FOUCAULT, 1987, p. 32).

no suplício como técnica de sofrimento; tomou como objeto a perda de um bem ou de um direito. Porém, castigos como trabalhos forçados ou prisão – privação pura e simples da liberdade” (FOUCAULT, 1987, p. 18). Dessa forma:

As prisões objetivam repartir os indivíduos, fixá-los e distribuí-los espacialmente, classificá-los, tirar deles o máximo de tempo e o máximo de forças, treinar seus corpos, codificar seu comportamento contínuo, mantê-los numa visibilidade sem lacuna, formar em torno deles um aparelho completo de observação, registro e notações, constituir sobre eles um saber que se acumula e se centraliza (FOUCAULT, 1987, p. 195).

A partir da segunda metade do século XVIII, esse processo de suavização das penas corporais passou para novas práticas penais, menos violentas, porém mais controladoras. Consta-se que as mudanças na punição daqueles que cometiam crimes acompanharam aquelas ocorridas durante o processo de consolidação do sistema capitalista que traz em seu discurso a nova política de humanização da punição. Porém, de acordo com Sulocki (2007), esta é uma forma mais eficiente de controle social, baseada agora na privação da liberdade.

Na tentativa de enfrentar alguns desafios impostos ao sistema penitenciário, constata-se que ao longo dos séculos XIX e XX houve uma evolução de códigos penais brasileiros: 1830, 1890, 1940 e 1969, cada um influenciado por um fato histórico relevante.

O Código Penal Brasileiro de 1830, por exemplo, foi formulado para responder à problemática da Segurança Pública. Após anos de discussões e reformas do sistema prisional mundial, surgiu a proposta de construção de um Código Criminal, indiscutivelmente, influenciado pelo espírito da época, principalmente, pela escola positivista. Com o Código Penal de 1890, surgiu a “pena privativa de liberdade” como punição generalizada (PEDROSO, 2000), a qual é utilizada em quase todos os países. Esse movimento de regularização dos sistemas prisionais do país passou para uma melhor sistematização destes.

Entretanto, a organização e manutenção dos espaços prisionais sempre ocorreram de uma forma desigual. O Código Penal vigente no Brasil é baseado nas leis e princípios do Código de 1940, instituído pelo Decreto Lei Nº 2.848 de 07/12/1940, o qual trouxe em seu arcabouço legal ideias de humanização e valor

social da pena. O código proposto, em 1969, foi amplamente criticado e posteriormente revogado.

De acordo com Muakad (1996), em 1973, foi sugerido ao governo federal brasileiro a realização do Programa de Aperfeiçoamento do Sistema Penitenciário. Assim, no governo do presidente Geisel, em 1974, foi autorizada a execução do Programa de Reformulação do DEPEN. Poucos anos após essas iniciativas, instalou-se o CNPP, que objetivava tornar possível a reforma penitenciária no país, uma vez que a situação das prisões já era bastante complexa e merecia uma atuação mais enfática.

Por conseguinte, em 1984, uma comissão para discussão dessas questões foi formada, o que resultou na elaboração da Lei Federal nº 7.209/1984 que altera o código de 1940. No mesmo ano foi elaborada a lei que rege a vida prisional dos internos: a Lei de Execução Penal – LEP, nº 7.210/84, que é um importante instrumento para a garantia de direitos e deveres dos condenados. Registra-se que esses códigos, leis e decretos, as Constituições Federais traziam em seus textos referências de abrandamento ou regulamentação de alguma medida punitiva, assim como medidas de normalização dos sistemas penitenciários.

Paralelo a esse movimento, na tentativa de contribuir para uma efetiva política de Segurança Pública, o primeiro mandato de Leonel Brizola como governador do estado do Rio de Janeiro, entre os anos de 1983 e 1986, teve como prioridade, na agenda de governo, a “humanização dos presídios e direitos humanos”. Assim, foi produzida uma série de expectativas de mudanças e renovações nas casas penais do país, porém, as expectativas do povo brasileiro não foram alcançadas com o êxito esperado.

A respeito disso, Coelho (2005, p. 134-135) afirma que: “[...] o novo governo aponta para uma humanização do sistema e obediência aos direitos humanos dos presos, além da extinção dos castigos corporais, a assistência também à família do preso, regularização da condição jurídica do interno”. Essas medidas se apresentam como um importante e significativo avanço no que concerne ao tratamento do preso, entretanto, a proposta de humanização desse sistema não passou de uma tentativa, visto que as ações arbitrárias dentro dos presídios continuam as mesmas.

1.2 DESIGUALDADES SOCIAIS E CRIMINALIZAÇÃO: UM RETRATO DAS PENITENCIÁRIAS

A gênese do capitalismo industrial abriu novos caminhos para o crescimento econômico, mas resultou em um movimento agressivo à condição humana, profundamente doloroso para a maioria dos trabalhadores e, de modo geral, para aqueles que não são os detentores dos meios de produção:

Agora, no novo regime capitalista burguês que se instala, duas classes sociais antagônicas se formam: de um lado, os proprietários privados do capital, detentores dos meios de produção e distribuição de riquezas; de outro, a grande massa de trabalhadores, despossuídos de seus próprios meios, dispendo exclusivamente de sua força de trabalho, vendida como mera mercadoria ao proprietário do capital. As relações entre essas duas classes, necessariamente contraditórias, precisam de um terceiro sujeito social que contivesse os conflitos e mantivesse a sociedade coesa, sob o manto, apenas aparente, de protetor do interesse geral da coletividade [...] (SULOCKI, 2007, p. 41-42).

Para Marx (1997), as desigualdades sociais nas sociedades capitalistas estão relacionadas às distinções de classes sociais, sob influências de bens materiais e de renda, segundo critérios de propriedade privada. A exploração da classe trabalhadora pelos capitalistas ocorre por meio do trabalho excedente, objetivando gerar a acumulação de capital e, conseqüentemente, o lucro. Esta relação contraditória estabelecida entre capital e trabalho provoca cada vez mais o aumento da pobreza e das desigualdades sociais.

Estudos efetuados acerca das desigualdades sociais no Brasil repercutem nas expressões da questão social, tais como: o aumento do desemprego, o trabalho precário, a criminalização, dentre outros. O Brasil, mesmo que não tenha se constituído como um país industrial, como alguns países da Europa Ocidental (Inglaterra, Alemanha, França e etc.) a partir dos anos 30, enfrenta o problema da desigualdade social devido à extrema concentração de renda. Isso aumenta acirradamente as diferenças sociais entre “ricos e pobres”, o quê provoca a segregação social e a proliferação da violência entre os diversos segmentos sociais. Estudos do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2003) indicam que os 10% mais ricos da população brasileira se apropriam de cerca de 50% da renda total do país, e os 50% mais pobres detêm apenas 10% da renda do país; além disso, os

demais países mais pobres não têm uma desigualdade estrutural tão grande quanto o Brasil. Os mais altos níveis de pobreza no Brasil estão relacionados à extrema desigualdade na distribuição de recursos e não na insuficiência generalizada destes (IPEA, 2003).

Por conseguinte, a desigualdade na distribuição de renda é resultado de uma estrutura de poder organizada de forma também desigual e injusta. Com base neste entendimento:

Assiste-se, assim, a um paradoxo doloroso e chocante, uma contradição inerente ao sistema capitalista: é ele mesmo que produz essas pessoas privadas de casa, saúde, emprego, alimentação, vestimenta e as condena a serem bandidos, anti-sociais, subnutridos, agressivos. Ele as cria e as nega, as produz e as condena, as gera e as mata. Seria o caso de se perguntar: Não estaria nessa própria contradição um aceno de solução da violência e conseqüentemente da pobreza e exclusão social? Se violentos são os que não têm casa, trabalho, comida e etc., seria fácil acabar com a violência: fazer com que tenham alimentação, vestimenta, trabalho etc (GUARESCHI, 1992, p.126).

Dessa forma, pode-se atrelar a atual condição de desigualdade social com os princípios da ideologia Neoliberal, esta, difundida no mundo ocidental nos anos 80 e 90, introduziu ideias de um Estado “mínimo ou reduzido”, com cortes no orçamento público, principalmente na área social. A reforma do Estado e a modernização da administração pública, preconizada por esta ideologia, provocaram transformações nas relações entre o Estado e a sociedade. Com isso, as políticas públicas foram direcionadas a um planejamento compatível com o orçamento público e recursos limitados (CUNHA, 2006).

O Estado brasileiro adotou as ideias neoliberais nos anos de 1990. A partir de então, os planos de governo passaram a reduzir o orçamento das políticas sociais e a introduzir políticas focais de caráter seletista, baseado nas orientações das medidas de ajustes estruturais impostas pelos grandes banqueiros internacionais, tais como o Fundo Monetário Internacional (FMI), o Banco Internacional de Reconstrução de Desenvolvimento ou Banco Mundial (BIRD), dentre outros:

Apesar de a assimilação do ideário neoliberal e a conseqüente adoção de suas mais características linhas de ação (privatização, desregulamentação e desregulação do mercado, desmantelamento das organizações sindicais, redução das políticas sociais, etc.) terem sido levadas a cabo um pouco tardiamente no Brasil (1990), se tem

por referência as experiências antecedentes de países como Chile, Bolívia, Argentina, México, Peru e Venezuela, tornaram-se céleres a partir de 1995 (CORBUCCI, 2003, p. 139).

Neste sentido, a não priorização de investimentos do Estado nas políticas sociais tem repercutido negativamente nas condições de vida de determinados segmentos populacionais. A propósito, Yazbek (2004), Barros (1980) e Sulocki (2007) defendem o posicionamento de que na sociedade capitalista, a classe social menos favorecida economicamente enfrenta obstáculos na aquisição de direitos sociais básicos por diversos fatores, dentre eles: ser utilizada como instrumento de controle por parte de uma elite que detém o poder econômico e político; insuficiência de investimentos públicos do Estado em políticas sociais de combate a pobreza e exclusão social; má distribuição de renda, entre outros. Nessa lógica, o sistema capitalista impõe a dominação e valoriza a hierarquização de uma classe sobre a outra, o que provoca as desigualdades sociais.

O quadro de desigualdades sociais que vem ocorrendo historicamente no país pode, em parte, ser compreendido ao se atentar que:

No Brasil, pelo contrário, as classes populares estiveram sempre 'no lugar delas'. É certo, a história do Brasil, desde a escravidão, inclusive, em diante, está pontilhada de rebeliões que mostram até que ponto essa ordem é uma ordem imposta; mas essas rebeliões não conseguiram cristalizar-se em organizações ou entidades coletivas que ocupem, com relativa mas não insignificante autonomia, um lugar próprio sob o sol das classes dominantes. Sabemos, também, que essa ordem se mantém com diversas violências, começando pelas do cotidiano da favela, da pobreza, do desemprego, da carência dos direitos trabalhistas [...] (O'DONNELL, 1986, p. 135)

Atualmente, a desigualdade social no Brasil, de fato, ainda é acentuada pela má distribuição de renda, embora haja variações no orçamento salarial da população. Segundo dados do IBGE:

O número de famílias com rendimento familiar *per capita* de até $\frac{1}{2}$ salário mínimo caiu de 32,4% para 22,6%, em dez anos. No entanto, em 2008, metade das famílias brasileiras ainda vivia com menos de R\$ 415 *per capita*. Mais da metade das mulheres sem cônjuge e com todos os filhos menores de 16 anos viviam com menos de R\$ 249 *per capita*. Embora tenha havido melhorias, 44,7% das crianças e adolescentes de até 17 anos viviam, em 2008, com uma renda familiar *per capita* de meio salário mínimo e 18,5% de $\frac{1}{4}$ de salário mínimo. A distribuição de renda no país continua bastante desigual,

como demonstram os valores do rendimento mediano no Nordeste e no Sudeste: R\$ 250 contra R\$ 500, respectivamente (IBGE, 2009).

Dessa forma, a desigualdade social traz consigo um processo de “legitimação de classes”, as classes ditas “dominantes” procuram manter sua hegemonia utilizando os aparelhos do Estado em seu favor, como a polícia e os tribunais, para justificar, por exemplo, na área de segurança pública, o combate e luta contra a violência e criminalidade. Barros (1980) acrescenta que:

Os agentes dessa violência são os delinqüentes, os chamados “anti-sociais”, cujo estereótipo é o do homem humilde, do mulato, do embriagado, do operário estropiado, enfim, da quase totalidade da população brasileira. Esses delinqüentes, na linguagem dos aparelhos, estão espalhados por todos os lados, sobretudo nas imediações das fabricas, nos quarteirões proletários, nos bairros periféricos, e, por essa razão, a polícia também deve estar por todos os lados (BARROS, 1980, p. 9).

No entanto, deve-se ter um olhar diferenciado ao que destaca Barros (1980), pois, entende-se que a pobreza não deve ser considerada como fator determinante para a imersão na criminalidade. O crime, seja qual for sua natureza, não é cometido apenas pelos cidadãos que possuem menos poder aquisitivo, ao inverso, grandes contravenções contra a ordem pública são realizadas por pessoas que fazem parte da classe dominante que detém a maior parte da riqueza produzida em determinado país, porém, a mídia, atrelada ao poder político, contribui para que a formação da opinião pública sobre a criminalidade seja formada de maneira errônea.

Portanto, a falsa ideia da pobreza como sinônimo de violência e criminalidade deve ser desmitificada, pois, ultrapassa a questão de classes. Esta concepção distorcida acerca da criminalidade além de estigmatizar os segmentos sociais mais vulneráveis da sociedade, também mascara a ausência de políticas públicas sociais em diversos setores da sociedade (PAIXÃO, 1998; COELHO, 2005; SOUZA, 2007).

A questão da criminalidade abrange diversos apontamentos que merecem ser refletidos e trazidos à discussão: O Brasil tem a terceira maior população carcerária do mundo; em todo o país há quase meio milhão de pessoas presas; a cada ano, a lotação dos presídios cresce exponencialmente. Embora os poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, como uma tentativa de resposta ao aumento da criminalidade, tenham adotado, nas últimas décadas, uma política de

encarceramento em massa, não criaram condições necessárias para atender a essa demanda crescente (JUSBRASIL, 2010).

De acordo com Barros (1980), o quadro de violência na sociedade não precisa ser trabalhado ou resolvido apenas com a repressão policial ou outros aparelhos do gênero, pois a questão da criminalidade precisa ser revista e combatida também com investimentos públicos sociais.

Segundo dados revelados pelo mapa da violência no Brasil, do Ministério da Justiça (2011), o Pará é o 4º (quarto) estado mais violento do Brasil. Como exemplo tem-se que o número de mortes cresceu 189,3% em dez anos. Entre os anos de 1998 e 2008, o número total de assassinatos aumentou de 403 (quatrocentos e três) para 1.116 (um mil cento e dezesseis), o que representa mais de 97 (noventa e sete) homicídios por mês. Notou-se que dentre as vítimas, 287 (duzentos e oitenta e sete) tinham idade entre 15 e 24 anos; a evolução de casos é a terceira maior do país, atrás somente das regiões metropolitanas de Salvador (435%) e de Curitiba (197,7%) (BRASIL, 2011).

A capital paraense possui uma taxa elevada de 47 (quarenta e sete) homicídios para cada 100 mil habitantes. Em 1998, essa taxa era de 29,1 para cada 100 mil, nesse indicador, Belém ocupava a 7ª (sétima posição), enquanto que a taxa nacional de homicídios, atualmente, é de 20,1 para cada 100 mil. Destaca-se que os índices de homicídios em Belém são, por exemplo, mais que o dobro das taxas de países como Cazaquistão (23,6/100 mil) e Ucrânia (20,8/100 mil) (BRASIL, 2011).

O elevado índice de violência no estado do Pará mostra um quadro espantoso de criminalidade com maiores números em homicídios. Este estado que, atualmente ocupa o 4º lugar no Brasil, no início da primeira década de 2000, ocupava a 19ª posição. Observou-se que em dez anos, a taxa de homicídios saltou de 13,3 para 39,2 a cada 100 mil. O maior índice é da região norte, na 5ª posição aparece o Amapá, com 34,4/100 mil. A região nordeste é a que mais se destaca em termos do aumento do percentual de homicídios, visto que a maior proporção de assassinatos tem ocorrido no estado (60,3/100 mil). Em seguida, aparecem os estados de Espírito Santo e de Pernambuco, com as médias de 56,4 e 50,7, respectivamente (BRASIL, 2011). Esses dados são reveladores na medida em que comprovam a existência de um elevado índice de violência no Brasil, em particular no estado do Pará.

Diante desse cenário de violência no Brasil, entende-se que o poder público deva trabalhar com uma política pública de segurança eficaz e capaz de minimizar os efeitos negativos trazidos à população pela criminalidade.

1.3 SISTEMA CARCERÁRIO BRASILEIRO NA ATUALIDADE

Conforme foi tratado anteriormente, frente às diversas problemáticas enfrentadas pelo sistema penal brasileiro ao longo de sua evolução histórica, entende-se que para os internos conseguirem cumprir suas penas com as mínimas condições de habitabilidade, saúde, segurança e ainda para recuperar sua liberdade, faz-se necessário a efetivação de medidas políticas por parte do poder público e da sociedade em geral. Nesse sentido, o “caput” do artigo 144 da Constituição Federal Brasileira, de 1988, preconiza que a Segurança Pública não só é dever do Estado, mas direito e também responsabilidade de todos, o que implica na cidadania e na participação da comunidade para a sua construção.

Embora no Brasil tenham ocorrido significativas modificações no aparato legal das penitenciárias, as suas instalações físicas se encontram sucateadas e precárias, conforme destaca Muakad (1996):

[...] Ao contrário, os resultados somente poderão advir do efetivo cumprimento da Constituição, do Código Penal e da lei de Execução Penal, ou seja, com a Aplicação da Lei, e isto requer investimentos e vontade política, o que na prática, infelizmente, não está ocorrendo, pois se traduz em altos custos, e os Estados parecem não dispostos a aumentar as dotações orçamentárias para este setor, que não oferece retorno político imediato (MUKAD, 1996, p. 187).

Com efeito, a atual situação dos estabelecimentos prisionais em todo Brasil não vem acompanhando os avanços nas legislações conquistadas pelas ideias de humanização, a exemplo, a lei de Execução Penal que prioriza a ressocialização em detrimento da punição, pois,

As deploráveis condições materiais de vida dos presos e o abandono em que os deixa o Estado retiram deste toda credibilidade para a implementação de políticas de “humanização”, impelem a massa carcerária em direção a uma brutal luta pela conquista das poucas comodidades do cárcere e reforçam a natural inclinação do sistema

para o regime custodial rígido, repressivo e fechado (COELHO, 2005, p. 143).

Este fato pode ser considerado como uma das consequências da já citada adoção das ideias neoliberais pelo Estado brasileiro que restringe o investimento em políticas sociais públicas, mas, em contrapartida, investe na área econômica. Segundo Wacquant (2001), essas políticas, caracterizam-se pela

Austeridade orçamentária e regressão fiscal, contenção dos gastos públicos, privatização e fortalecimento dos direitos do capital, abertura ilimitada dos mercados financeiros e dos intercâmbios, flexibilização do trabalho assalariado e redução da cobertura social (WACQUANT, 2001, p. 75).

Isto repercute na redução da participação estatal nos rumos da economia do país; na mínima intervenção do governo no mercado de trabalho; na priorização da política de privatização de empresas estatais; na abertura para a circulação de capitais internacionais e ênfase na globalização; na abertura da economia para a entrada de multinacionais; na adoção de medidas contra o protecionismo econômico; na diminuição das responsabilidades do tamanho do estado, tornando-o mais eficiente na base da economia formada por empresas privadas e, portanto, na defesa dos princípios econômicos do capitalismo (BEHRING, 2008).

Face a esse quadro, deduz-se que, em resposta às sequelas da precariedade das políticas sociais públicas, teria-se a política de segurança pública. Esta se configura, portanto, como de fundamental importância para que as condições de precariedade e de desrespeito nas prisões e na sociedade, em geral, sejam minimamente modificadas, já que essa política é essencial para proporcionar às penitenciárias condições mais humanas e de ressocialização aos internos. Entretanto:

O contexto institucional, na esfera da União, caracteriza-se pela fragmentação no campo da segurança pública. O problema maior não é a distância formal, mas a ausência de laços orgânicos, no âmbito de coordenação das políticas públicas. O que se está enunciando é grave: os respectivos processos decisórios são incomunicáveis entre si. As polícias brasileiras, de um modo geral, são ineficientes na prevenção e na repressão qualificada, na investigação e na conquista da indispensável confiança da população. Problemas ligados à corrupção e à brutalidade ultrapassam qualquer patamar aceitável. São refratárias à gestão

racional, não avaliam a própria performance, nem se abrem a controle e monitoramento externos. Não se organizam com base em diagnósticos sobre os problemas a enfrentar, o modo de fazê-lo, as prioridades a definir e as metas a identificar. Não planejam sua prática, a partir de diagnósticos, fundados em dados consistentes, nem corrigem seus erros, analisando os resultados de suas iniciativas – os quais, simplesmente, ignoram. São máquinas reativas, inerciais e fragmentárias, inscritas num ambiente institucional desarticulado e inorgânico, regido por marcos legais rígidos e inadequados. Os profissionais não são apropriadamente qualificados e valorizados e as informações não são ordenadas de acordo com orientação uniforme, que viabilize a cooperação (SOARES, 2006, p. 99-100).

Diante do cenário nacional caótico e de desregulamentação apresentado pelas políticas sociais, em particular a de Segurança Pública, o “[...] mais dramático é que as deficiências apresentadas pelas políticas de segurança pública e de justiça em prevenir, apurar e punir os crimes, acabam se tornando, objetivamente, num incentivo à criminalidade” (VIAPIANA, 2006, p. 13).

A consolidação da democracia necessita da efetivação dos direitos que garantam a cidadania à população, expandindo, então, esse direito ao grupo social despossuído, apesar de a lógica seguida ser outra: “Legalidade para as ‘pessoas civilizadas’ e ordem para os ‘marginais’” (PAIXÃO, 1998, p. 179), já que:

A única estratégia suficiente de que poderá lançar mão o Estado consiste, no mínimo, em atender as necessidades básicas da massa encarcerada, supri-la de adequada assistência jurídica, médica e social, recuperar fisicamente as deterioradas instalações prisionais, que se assemelham a cárceres medievais, classificar e separar os internos segundo a gravidade dos delitos, de reincidência, e os resultados de uma competente avaliação por psicólogos bem preparados. E libertar os que já estão com suas penas cumpridas. [...] O que, de resto, não será mais do que cumprir a lei (COELHO, 2005, p. 350).

A concepção de prisão como instrumento utilizado para “limpar” as cidades dos bandidos que ameaçavam a ordem social, materializada nas penitenciárias, pode ser assim compreendida:

Nelas o criminoso experimenta os custos da infração dos códigos normativos da sociedade. Prisão significa aprendizagem do isolamento. Segregado da família, dos amigos e de outras relações socialmente significativas, o preso, espera-se, vai cotidianamente refletir sobre o ato criminoso e sentir a representação mais direta da punição – preservar os cursos normais da interação das

externalidades do crime. Em outras palavras, a penitenciária é a escola do crime e da purgação (PAIXÃO, 1991, p. 9).

Contudo, é importante considerar também que, independente da fuga dos padrões socialmente impostos, desobediência da legislação vigente, em determinado país, os presos não podem ser tratados como “coisas”, como “bichos”, como pessoas sem direitos, como destaca Marx (1982):

O trabalhador se torna tanto mais pobre quanto mais riqueza produz, quanto mais a sua produção aumenta em poder e extensão. O trabalhador se torna uma mercadoria tão mais barata quanto mais mercadorias cria. Com a valorização do mundo das coisas aumenta em proporção direta a desvalorização do mundo dos homens (MARX, 1982, p. 80).

Para este autor, há uma inversão do ter e do ser, e o trabalho humano se torna trabalho animal, próprio da sociedade capitalista:

Chega-se, por conseguinte, ao resultado de que o homem (o trabalhador) só se sente como [ser] livre e ativo em suas funções animais, comer, beber e procriar, quando muito ainda habitação, adornos etc., e em suas funções humanas só [se sente] como animal. O animal se torna humano, e o humano, animal. Comer, beber e procriar etc., são também, é verdade, funções genuína[mente] humanas. Porém, na abstração que as separa da esfera restante da atividade humana, e faz delas finalidades últimas e exclusivas, são [funções] animais (MARX, 1982, p. 83).

No Brasil, a prisão por si só, é um sistema punitivo, além disso, é um dos mais cruéis e desumanos da modernidade que desempenha essa função, cabendo aos cidadãos brasileiros lutar pela garantia de igualdade de direitos a todos, independente da situação em que se encontrem, tendo por base as leis, os códigos e as normas. Assim, as prisões:

[...] pelo contrário, deveriam atuar como instituições educacionais, no sentido da correção das incompetências comportamentais de seus internos, com o objetivo de transformá-los em indivíduos aptos a preencher as exigências normativas que a sociedade impõe a seus membros (PAIXÃO, 1991, p. 10).

Nesta perspectiva, Coelho (2005) acrescenta que:

O argumento de que não são os regulamentos e leis, em si mesmas boas e justas, mas as condições que impedem ou desvirtuam sua aplicação evidentemente não interessa ao preso e nem o persuade.

Se a lei funcionou com eficiência para privá-lo de sua liberdade – e são raros os que consideram injusta sua condição -, por que se tornariam ineficiente quando se trata de garantir os direitos dos condenados? (COELHO, 2005, p. 70).

Constata-se, então que é coerente a constatação de que nas instituições carcerárias os limites para desenvolver um trabalho de ressocialização dos presos se tornam cada vez mais restritos, pois as próprias barreiras organizacionais não permitem a ressocialização e o tratamento mais humanitário aos detentos. Dessa forma, a efetivação de sua verdadeira função social pode não ser cumprida: “A prisão tem, pois, uma difícil tarefa social: manter reclusa uma parcela da criminalidade social, garantir um ambiente de segurança e oferecer disciplina, para cumprir o seu papel ressocializador” (CAVALCANTE JUNIOR, 2005, p. 159).

Sob essa ótica, Paixão (1991, p. 10) interroga-se: “o que esperar da segregação de internos ociosos e impacientes por uma longa história de encarceramento e marginalidade para o convívio na sociedade civil, de quem são objetos de suspeita e discriminação, se não a reincidência no crime?”.

A questão deste autor nos permite a reflexão e a compreensão acerca da realidade experimentada no cárcere. Logo, foi possível perceber as consequências físicas e psicológicas geradas pelo longo período de permanência dos presos nestes ambientes. Constata-se, assim, que as prisões estão muito distantes de cumprir com o seu papel de ressocialização dos internos, uma vez que:

Além dos velhos desafios a serem enfrentados, por qualquer política penitenciária voltada para a ressocialização (precariedade do cárcere, falta de técnicos, superlotação, ociosidade, entre outros), convém ressaltar que as questões relacionadas ao aspecto político e cultural dessas organizações não podem ser dissociadas da necessidade de se buscar compreender os fatores sociais que contribuem para obstaculizar os dispositivos institucionais de ressocialização (CAVALCANTE JUNIOR, 2005, p. 160).

Neste sentido, Wacquant (2001) apresenta um fiel retrato das prisões, particularmente no Brasil:

É o estado apavorante das prisões do país, que se parecem mais com campos de concentração para pobres, ou com empresas públicas de depósito industrial dos dejetos sociais, do que com instituições judiciárias servindo para alguma função penalógica – dissuasão, neutralização ou reinserção. O sistema penitenciário

brasileiro acumula com efeito as taras das piores jaulas do Terceiro Mundo, mas levadas a uma escala digna do Primeiro Mundo, por sua dimensão e pela indiferença estudada dos políticos e do público: entupimento estarrecedor dos estabelecimentos, o que se traduz por condições de vida e de higiene abomináveis, caracterizadas por falta de espaço, ar, luz e alimentação; [...] negação de acesso à assistência jurídica e aos cuidados elementares de saúde [...] (WACQUANT, 2001, p. 11).

Essas constatações evidenciam que há uma enorme fragilidade no que diz respeito à garantia dos direitos dos internos a um tratamento digno e humanizado, mesmo que a Declaração Universal dos Direitos Humanos em seu artigo VII preconize que

Todos são iguais perante a lei e têm direito, sem qualquer distinção, a igual proteção da lei. Todos têm direito a igual proteção contra qualquer discriminação que viole a presente Declaração e contra qualquer incitamento a tal discriminação (DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS, 1948).

Com esse entendimento, o objeto de estudo parte do princípio de que a saúde é um direito social, assim como os direitos humanos são entendidos como materialização desses direitos sociais, ressaltando que as políticas públicas funcionam como instrumento de materialização dos direitos. No entanto, o Sistema Carcerário Brasileiro, desde que foi implantado, vive uma situação de constantes crises. Atualmente, esta problemática social se torna mais agravante pela redução no gasto público. Para Cavalcante Junior (2005, p. 157): “O sistema penitenciário se desviou de sua função inicial, pois, ao invés de reintegrar, ele acaba por expulsar, evacuar e suprimir os irrecuperáveis, evidenciando, assim as políticas de recuperação e a prisão como uma cultura, “fora da lei””.

Dessa forma, a situação da população carcerária do Brasil passa por um momento difícil na atual conjuntura nacional, sobretudo pelas crises internas, pelas superlotações, péssimas condições de habitabilidade e saúde, pela violência e desrespeito aos direitos humanos, pela morosidade da justiça, pelas possibilidades de fugas e rebeliões e pelo controle do narcotráfico, mesmo dentro do cárcere. Esta situação tem chamado atenção da sociedade, quer seja por meio da mídia, quer seja por meio de outras formas de manifestação e divulgação do mundo das prisões. Assim, ressalta-se que a política de segurança pública deveria ser pensada em

relação aos direitos humanos, uma vez que estes são a base para a conquista e garantia de direitos.

Para expressar essa situação, tem-se como exemplo emblemático a superlotação. Segundo dados do Ministério da Justiça, o Sistema Penal paraense dispõe de 6.375 (seis mil, trezentos e setenta e cinco) vagas, porém, o número de internos custodiados é de 8.405 (oito mil quatrocentos e cinco), gerando, portanto, uma defasagem de 2.030 (duas mil e trinta) vagas (SUSIPE, 2012).

O problema da superlotação penitenciária acaba gerando problemas de diversas ordens, uma vez que cadeias superlotadas não oferecem as mínimas condições de habitabilidade para os presidiários. Há de se destacar também, além da conhecida situação de precariedade das penitenciárias e do desrespeito aos direitos dos internos, o reduzido número de estudos a respeito das políticas públicas de atenção aos encarcerados, principalmente, no estado do Pará, o que indica a necessidade de aprofundar as pesquisas acerca do objeto ora proposto, uma vez que existem inúmeras e complexas situações vivenciadas pelos internos, situações essas encobertas e camufladas.

Nesse sentido, Coelho (2005, p. 139) enfatiza que “[...] a violência é constitutiva da natureza dos sistemas penitenciários, em qualquer tempo e em qualquer lugar”. Por conseguinte, o abandono das prisões apresenta consequências que influenciam diretamente para que as condições de vida dos internos sejam as mais degradantes possíveis devido não somente às instalações e aos aspectos físicos das penitenciárias, mas, sobretudo pelas condições objetivas e subjetivas de vida e saúde dos mesmos, pois:

Lotar as cadeias de sobreviventes do capitalismo ("lixos humanos", no subconsciente da maioria) é um jeito cômodo de garantir a proteção e o poder dos que detêm a maior parte dos bens. O desrespeito aos direitos humanos desses "lixos" não interessa. A indignidade a que eles são submetidos, tampouco. Eles nem mesmo são vistos como humanos! O que interessa é defender as fronteiras que separam o pequeno grupo dos ricos de uma imensa multidão de pobres (CASTRO, 2007).

Pelo exposto, nota-se, então, que as condições de vida dos internos no cárcere apresentam-se insalubre, não-higiênica, superlotada e com péssimas condições de habitabilidade:

As prisões masculinas eram descritas, freqüentemente, como verdadeiros infernos: superlotação, violência, falta de higiene, comida insuficiente, castigos corporais, péssimas condições de saúde, abusos sexuais, trabalho excessivos, são só alguns dos problemas mencionados em relação ao período que estudamos (AGUIRRE, 2009, p. 60).

As considerações efetuadas por esses autores trazem à tona a real situação das penitenciárias no Brasil, pois o tratamento oferecido ao presidiário não contempla as medidas previstas pelas legislações vigentes. Dessa forma, constata-se que os internos já se encontram, em sua própria essência, em uma situação de desvantagem por estarem na condição de encarcerados, porém, o aprisionamento não lhes destitui o direito de cidadania, por se encontrarem em situação de vulnerabilidade social em relação aos demais segmentos da população brasileira.

Coelho (2005) e Oliveira (1985) ressaltam que a prisão é um instrumento de controle e disciplinamento das classes subalternas³, por realizarem uma política de vigilância e dominação autoritária frente aos internos, e, conseqüentemente, são constantemente criticadas pelos órgãos de defesa dos direitos humanos, por oferecer um tratamento desumano aos mesmos e por não conseguir alcançar seu objetivo de ressocialização:

Ora, as pesquisas sobre sistemas penitenciários no Brasil mostram o fracasso do Estado no cumprimento de suas mínimas obrigações legais em relação ao apenado – referidas à manutenção de sua integridade física e à satisfação de necessidades elementares associadas à dignidade humana. O preso encontra na adesão às regras e estruturas de dominação da ‘sociedade carcerária’ não apenas uma fonte de satisfação de suas necessidades mínimas de sobrevivência como um poderoso estímulo à conversão a uma perspectiva criminosa. [...] enfim, o diagnóstico do sistema penitenciário brasileiro é desanimador – principalmente em relação à retórica de recuperação que domina a linguagem das políticas penais: a idéia popular de ‘universidade do crime’ descreve melhor a realidade existencial das cadeias brasileiras do que o rótulo oficial de ‘centros de reeducação’ (PAIXÃO, 1998, p. 187).

Assim, o arcabouço de políticas historicamente construídas para auxiliar os detentos em sua ressocialização precisa ser coerentemente efetivado, para que os

³ Segundo Yazbek (2009, p. 168), a concepção de classes subalternas é designada para entender que os segmentos subalternizados e excluídos são privados não apenas do consumo de mercadorias e de riqueza social, mas também, muitas vezes do conhecimento necessário para compreender a sociedade em que vivem e as circunstâncias em que se encontram.

cidadãos, mesmo em situação de falta de liberdade, possam usufruir de seus direitos qualitativamente.

Essa realidade é refletida no interior das instituições carcerárias. As condições precárias e desumanas do sistema prisional brasileiro violam, sistematicamente, os direitos fundamentais de milhares de pessoas. Maus tratos, tortura, superlotação, ausência de assistência médica e do acesso à justiça são alguns elementos do quadro de violações a que os presos no Brasil estão submetidos. Para Coelho (2005), a maioria dos criminosos procede da população socialmente marginalizada, ou seja, aquela parcela da população que tem dificuldade de acesso a bens e serviços básicos e necessários para a vida em comunidade. Porém, entende-se que é errôneo e precipitado compreender que a maioria dos marginalizados é composta por criminosos.

2 O DIREITO À SAÚDE NAS PENITENCIÁRIAS: UM ESTUDO NA PENITENCIÁRIA DE MARITUBA I – PEM I

Segundo a OMS, o conceito de saúde não corresponde apenas à ausência de doenças, mas também ao estado de completo bem estar físico, mental e social. Ou seja, o indivíduo precisa estar fisicamente bem, sem apresentar sinal de doença, sua mente deve estar tranquila, pensar normalmente e relacionar-se com outras pessoas. A condição de saúde e de vida da população também está vinculada ao saneamento, parte dos direitos básicos dos cidadãos.

Sob esta ótica, a saúde é entendida como um direito universal e fundamental do ser humano, firmado na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 e assegurado pela Constituição Federal do Brasil de 1988 no 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 doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

A Lei Federal Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, Art. 3º, amplia o conceito constitucional de saúde:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. Parágrafo único: Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem estar físico, mental e social (BRASIL, 1990, p. 3).

Neste sentido, a saúde é considerada como um resultado de vários fatores determinantes e condicionantes, mencionados acima. De acordo com o Ministério da Saúde (2009), as gestões municipais do SUS, articuladas com as demais esferas de governo, devem desenvolver ações conjuntas com outros setores governamentais, tais como o meio ambiente, a educação, o urbanismo, dentre outros que possam contribuir direta e indiretamente para a promoção de melhores condições de vida e de saúde à população.

Segundo Silva (2009), devemos observar que, no cotidiano de serviços de saúde, a realidade é marcada por normatizações e racionalidades no controle social dos corpos individuais e coletivos que não promovem a autonomia dos sujeitos nos modos de vida. Nesses espaços, as práticas cotidianas de promoção da saúde sustentam-se em uma relação de dependência dos usuários para com as tecnologias de saúde e/ou para com os profissionais de saúde. Contraditoriamente, a responsabilização pela promoção da saúde recai sobre os indivíduos com uma produção de ações que enfatizam a autonomia na transformação de hábitos e estilos de vida. Com isso, priorizam-se os aspectos ligados a fatores de risco comportamentais, o que resulta, muitas vezes, na culpabilização dos sujeitos⁴.

Essas considerações acerca da promoção da saúde evidenciam que esta não é concebida apenas no sentido curativo e sanitário, mas, envolve também a capacidade e possibilidade de escolha de viver bem, do bem estar, do prazer, da religião, do sexo, do esporte, entre outros.

2.1 SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE SUA HISTÓRIA

Segundo Rosen (1994), o tempo seminal na evolução da saúde pública ocorreu a partir do século XVIII, especificamente, nos anos de 1750 a 1830 na Inglaterra, através dos movimentos culturais e econômicos denominados de Iluminismo e Revolução Industrial. O contexto de novas ideias pautadas na razão, mudanças sociais, protestos humanitários e tendências revolucionárias da saúde pública no século XIX proporcionaram a criação do movimento sanitário, fomentado por um sério interesse pelos direitos da saúde humana, cura e prevenção de doenças.

⁴ Destaca-se aqui o que se entende por promoção e prevenção de saúde. A ideia de promoção envolve a de fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos condicionantes da saúde. Promoção, nesse sentido, vai além de uma aplicação técnica e normativa, aceitando-se que não basta conhecer o funcionamento das doenças e encontrar mecanismos para seu controle. Essa concepção diz respeito ao fortalecimento da saúde por meio da construção de capacidade de escolha, bem como à utilização do conhecimento com o discernimento de atentar para as diferenças e singularidades dos acontecimentos. Já as ações preventivas definem-se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações (CZERESNIA, 2003, p.5)

Este movimento foi formado por iniciativas de intelectuais, estudantes, profissionais de saúde e uma parcela da população organizada que pressionaram o poder público a tomar iniciativas e criar políticas de combate a doenças infecto-contagiosas, bem como desenvolver o saneamento nas cidades. O objetivo desse movimento era lutar para garantir a melhora das condições de saúde da população e de salubridade no espaço urbano, pois, muitas cidades do século XVIII eram extremamente insalubres, sujas e repassavam odores e doenças diversas.

O suporte teórico iluminista que visava o progresso social, contribuiu, significativamente, para a criação do movimento sanitário sob o qual a saúde pública se desenvolveu.

Os primeiros passos para uma Organização Internacional de Saúde se deram no século XX. Com o aumento do comércio, a melhoria do sistema de transporte e a redução das distâncias não se podia mais considerar com indiferença as condições sanitárias em diferentes partes do mundo.

Assim, a cooperação internacional para a prevenção de doenças transmissíveis passou a ser um assunto da maior importância. Em 1851, surgiram as primeiras iniciativas, com a abertura da primeira Conferência Sanitária Internacional, para uma Organização Internacional de Saúde (ROSEN, 1994).

O avanço da saúde pública se expandiu em diversos países, mesmo de modo diferenciado. A perspectiva de saúde internacional e nacional começou a fazer parte da realidade das nações, inclusive do Brasil.

2.1.1 A política de saúde no Brasil

As concepções de saúde pensadas no Brasil foram desenvolvidas em um contexto de lutas sociais em torno de um processo de saúde voltado a atender os reais interesses da população, ou seja, refletir diretamente na vida dos cidadãos. A consolidação do capitalismo e das políticas neoliberais propiciou a “[...] aceleração da urbanização e da ampliação da massa trabalhadora, em precárias condições de higiene, saúde e habitação” (BRAVO, 2008, p. 91). Desta forma, foi necessário atuar

no sentido de minimizar os efeitos advindos do processo de urbanização e crescimento das cidades.

A década de 30, no Brasil, foi marcada por grandes mudanças, tais como o início do processo de industrialização que gerou importantes transformações sociais e econômicas no país com a aceleração da urbanização, a ampliação da utilização da mão-de-obra não qualificada, o aumento da exploração do trabalhador e a propagação de precárias condições de higiene e de saúde. Com isso, surgiram reivindicações sociais por melhores condições de vida e de trabalho. Os problemas sociais enfrentados neste período demandaram, por exemplo, que o poder público desenvolvesse ações que garantissem o controle e a prevenção de doenças, particularmente, junto aos setores economicamente menos favorecidos. Diante disso, fez-se necessário uma ação estatal atuante, como estratégia de regulação social e preservação da ordem do discurso dominante.

Na década de 50, a política de saúde no país acompanhou a tendência internacional de dualidade entre o setor público e o setor privado. No período, de 1950 a 1970, o sistema de saúde brasileiro transitou do modelo do sanitarismo campanhista – desenvolvido pelos militares, com a noção de higienização obrigatória – ao modelo de prática médica curativa especializada – focando na prática individual.

Após esse momento, surge a possibilidade de diálogo e atuação dos movimentos sociais, fortalecendo o projeto da Reforma Sanitária – movimento de contestação social dentro da área da saúde (MOURÃO, 2008; BRAVO, 2008).

O Brasil, na década de 80, foi marcado por um período de grande mobilização política, aprofundamento da crise econômica e da ditadura militar. Nessa conjuntura ocorreu este movimento na saúde coletiva, de ampliação do debate teórico e da incorporação de algumas temáticas, como o Estado e as políticas sociais. A redemocratização do país, em 1985, conduziu a luta pela garantia dos direitos de cidadania.

Em 1986, foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde que, segundo Bravo e Matos (2004) representou:

[...] o marco histórico mais importante na trajetória da política pública de saúde neste país. Reuniu cerca de 4.500 pessoas, sendo 1.000 delegados, para discutir os rumos da saúde no país. O temário teve

como eixos: 'Saúde como direito de cidadania', 'Reformulação do Sistema Nacional de Saúde' e 'Financiamento Setorial'. Foi aprovada nesta conferência a bandeira da reforma sanitária, bandeira esta configurada em proposta, legitimada pelos segmentos sociais representativos presentes ao evento. O relatório desta conferência, transformado em recomendações, serviu de base para a negociação dos defensores da Reforma Sanitária na reformulação da Constituição Federal (MATOS, 2004, p. 32).

Diante desse contexto de crise e de luta pela democratização, novos paradigmas, conceitos e possibilidades de construção de uma política de saúde na perspectiva do direito e da justiça social ganharam espaço na sociedade brasileira. Esse fato alterou o modelo de atenção à saúde e mostrou que outro caminho era possível e viável.

A reforma sanitária também objetivou “[...] buscar a instituição de um Sistema de Saúde que atenda a nação como um todo, podendo ser minimamente efetivada em um Estado democrático e comprometido com reformas a nível global da sociedade” (GALLO; NASCIMENTO, 2006, p. 93).

Observa-se que no projeto do movimento de reforma sanitária há, de fato, o comprometimento com as necessidades da população e a busca por mudanças estruturais na sociedade. Contudo, o modelo privatista, visava à valorização dos hospitais privados e o atendimento medicamentoso, que também era chamado de prática conservadora. Com efeito, a saúde no Brasil até o ano de 1988 se constituiu em uma política social de cunho conservador e corporativista. A adesão ao modelo de atenção à saúde de direito universal e de dever do Estado somente ocorreu com a Constituição Federal de 1988.

O movimento de reforma sanitária e a promulgação da referida Constituição Federal contribuíram na formulação dos ideais do SUS como destaca Bravo (2010):

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) está contido na Constituição Cidadã de 1988, promulgada durante o processo de transição democrática ocorrido no país que tem como princípios: universalidade, descentralização, integralidade e participação popular. Esta conquista foi resultado do movimento sanitário articulado aos demais movimentos sociais que se mobilizam desde meados dos anos de 1970 e formula o projeto de Reforma Sanitária que tem como eixo central as reformas sociais, a determinação social do processo saúde-doença e a defesa da saúde como direito de todos e dever do Estado (BRAVO, 2010, p. 6).

No entanto, a implementação do SUS, no Brasil, passou por uma diversidade de interesses e por um processo gradual. Para Mendes (1999), as reformas sociais democráticas são lentas, portanto, não é possível esperar a estruturação do sistema de saúde no país a partir de rápidas mudanças.

O SUS possui três dimensões: política, ideológica e tecnológica. A dimensão política é constituída por diferentes atores sociais, com projetos divergentes para o campo da saúde. A dimensão ideológica configura-se como mudanças de caráter cultural que, pouco a pouco, transformam as mentalidades. A dimensão tecnológica deve estar coerente com os pressupostos das duas dimensões anteriores, produzindo e utilizando conhecimentos e técnicas (MENDES, 1999).

As propostas dos três modelos de saúde podem ser resumidas conforme mostra o quadro abaixo:

Quadro 1 - Modelos de saúde adotados no Brasil no período de 1965 a 1980

Concepções do Sistema de Saúde Brasileiro			
	Modelo Sanitarista Campanhista	Modelo Médico – Reforma Sanitária	Modelo Assistencial Privatista Brasileira
Período	Início do século XX até 1965.	Início em 1965 até o final dos anos de 1980.	Início no final da década de 80 até os dias atuais.
Conjuntura socioeconômica e política	Economia de monocultura cafeeira e desenvolvimentista	Ditadura militar, processo de industrialização.	Fim da ditadura militar, proposta de crescimento econômico e distribuição de renda.
Principais ações	Ações de saneamento de inspiração militar, no combate de doenças de massas.	Ações sobre o corpo do trabalhador mantendo-o produtivo.	Ações descentralizadas, universalização, integridade, equidade, participação comunitária.
Perspectivas de saúde defendida	Concepção de saúde fundamentada na teoria dos germes: problemas de saúde entendidos como a relação entre agente e hospedeiro.	Criação do INPS: cobertura previdenciária, privilégio da prática médica individual; capitalização da medicina.	Ampla concepção de saúde, determinada por fatores como alimentação, moradia, trabalho, lazer etc.

Fonte: Elaborado pela autora, baseado em MENDES (1999).

Nos anos seguintes da promulgação da Constituição de 1988, a saúde passou a ser visualizada como dever do Estado e direito de todos. Porém, esse ideal caminha no sentido contrário diante de um processo de defasagem das políticas públicas de saúde e de minimização das ações sociais do Estado frente os interesses do grande capital. Portanto, a política de saúde, garantida como política pública de direito, tem enfrentado em todo seu desenvolvimento sérios entraves que impendem sua efetivação.

É importante destacar que a referida Constituição Federal é considerada uma das mais avançadas do mundo, por trazer discussões de temas de interesse da sociedade brasileira e por prever sempre a garantia do acesso à saúde de qualidade à população, principalmente, a mais necessitada. Entretanto, a sua operacionalização não ocorre como é prescrito, pois, os serviços públicos de saúde, em geral, são precários e de má qualidade, causando de revolta da maioria dos brasileiros.

Apesar de legalmente instituídos, tanto o SUS quanto a Constituição de 1998 não conseguiram avançar na operacionalização dos ideais trazidos pela Reforma Sanitária, visto que a partir dos anos de 1990, o ajuste da política neoliberal impôs interesses contrários aos trazidos pelos progressistas, além das forças econômicas e políticas presentes no país que impediram sua concretização. Dessa forma, a proposta de saúde construída na década de 1980 vem sendo aos poucos desconstruída, uma vez que a saúde é determinada pelas leis de mercado:

O projeto de saúde, articulado ao mercado, ou a reatualização do modelo médico assistencial privatista, está pautado na Política de Ajuste, que tem como principais tendências as contenções dos gastos com racionalização da oferta e a descentralização com isenção e responsabilidade do poder central. A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado (BRAVO, 2008, p. 101).

Para a efetivação do SUS, um requisito essencial é o financiamento, que neste conflito de interesses e no contexto de redução dos gastos públicos, sobretudo na área social, foi sumariamente negligenciado, impedindo as bases necessárias para a efetivação de uma política de atendimento universal, como a ampliação da rede pública de serviços. Atualmente, verifica-se que os princípios trazidos pelo SUS

não estão sendo discutidos e levados em consideração no fazer política. Dessa forma, destaca Bravo (2008):

As grandes questões do SUS não estão sendo enfrentadas, como a universalização das ações, o financiamento efetivo, a política de recursos humanos e a política nacional de medicamentos. [...] o SUS completou 15 anos de existência e, não obstante ter conseguido alguns avanços, o SUS real está muito longe do SUS constitucional. Há uma enorme distância entre a proposta do movimento sanitário e a prática social do sistema público de saúde vigente. O SUS foi se consolidando como espaço destinado aos que não têm acesso aos subsistemas privados, como parte de um sistema segmentado. A proposição do SUS inscrita na Constituição de 1998 de um sistema público universal não se efetivou (BRAVO, 2008, p. 106-107).

Constata-se, então, que nos dias atuais o acesso à saúde está atrelado aos que podem pagar pelos serviços privados, os que não possuem condições financeiras para tal ficam sujeitos ao atendimento precário do SUS. Com efeito, existe uma enorme distância entre a proposta levantada pelo Movimento Sanitário e a prática do sistema de saúde vigente, a qual é orientada pela perspectiva neoliberal.

Um fato ainda mais conturbante vem acontecendo neste Brasil. É a privatização dos serviços públicos, de maneira curiosa. O Governo paga os grandes investimentos, relacionados com prédios, equipamentos e insumos, ficando os lucros para os que operam os hospitais, indo partes maiores para alguns. A privatização, que é apresentada como a chegada da modernidade ao setor, na verdade é algo profundamente antigo, reacionário e tradicional no país, correspondendo ao que pode ser chamado de patrimonialismo: quem está no poder usufrui das vantagens do cargo pessoalmente e não em favor das pessoas que deveria servir. A propósito, é antiga a piada conforme a qual no Brasil serviço público é o que os americanos chamam de oxymoron: não é serviço e de público só tem o nome (PASTERNAK; NETO, 1999, p. 68-69).

Para Correia (2008):

As reformas implementadas a partir da segunda metade da década de 90 em consonância com as orientações do Banco Mundial, estão ancoradas na necessidade de limitação das funções do Estado, e vão demandar da política de saúde brasileira: o rompimento com o caráter universal do sistema público de saúde, ficando este encarregado apenas de prestar atendimento aos mais pobres, que não podem pagar pelos serviços no mercado, através de um modelo assistencial centrado na oferta da atenção básica e na racionalização da média e da alta complexidade; a flexibilização da gestão dentro da

lógica custo/ benefício, privatizando e terceirizando serviços de saúde (CORREIA, 2008, p.132).

Diante do quadro da atual política de saúde seguida pelo Estado brasileiro, é necessário ter claro que os desafios para enfrentar tal situação são enormes. Sendo assim, Bravo (2010) destaca que:

Como desafio [...] ressaltam-se a importância da ampliação da mobilização e a organização dos movimentos sociais, bem como a valorização da consciência sanitária para o aprofundamento da democracia nas esferas da economia, da política e da cultura, a fim de resistir à crise estrutural do capitalismo com um movimento contra-hegemônico para superar a barbárie social da sociedade burguesa e caminhar para uma nova ordem social, antiliberal e anticapitalista (BRAVO, 2010, p. 18-19).

Contudo, apreende-se que a saúde é um direito social, historicamente, conquistado e dever do Estado garanti-lo aos cidadãos de direito. Mesmo aqueles que estiverem em situação desprovida de liberdade têm o direito a ter acesso ao mesmo, e com serviços de qualidade.

2.2 A POLÍTICA DE SAÚDE NAS PRISÕES

As garantias legais preconizadas durante a execução da pena, assim como os direitos humanos do preso estão previstos em diversos estatutos legais. Em nível mundial, existem várias convenções como a Declaração Universal dos Direitos Humanos, como exemplo: a Declaração Americana de Direitos e Deveres do Homem e a Resolução das Organizações das Nações Unidas (ONU) que prevê as Regras Mínimas para o Tratamento do Preso.

Segundo as Regras Mínimas para o Tratamento de Prisioneiros, aprovadas pelo Conselho Econômico e Social da ONU, a função da prisão é proteger a sociedade contra o crime, cabendo ao sistema prisional assegurar que o egresso seja capaz de respeitar a lei e tornar-se produtivo para a sociedade. Para isso, é necessário que as diferenças entre a vida dentro e fora das instituições penais sejam reduzidas, no sentido de garantir ao presidiário o acesso aos direitos civis que lhe cabem, bem como o exercício de sua cidadania.

Nesta perspectiva, as condições de vida e de saúde são importantes para todos, porque afetam o modo de como as pessoas se comportam e sua capacidade de funcionarem como cidadãos. As condições de confinamento em que se encontram as pessoas privadas de liberdade são determinantes para o bem-estar físico e psíquico. Quando recolhidas aos estabelecimentos prisionais, as pessoas trazem problemas de saúde, vícios, bem como transtornos mentais que são, gradualmente, agravados pela precariedade das condições de moradia, alimentação e saúde das unidades prisionais (BRASIL, 2004)

De acordo com o Ministério da Saúde:

É preciso reforçar a premissa de que as pessoas presas, qualquer que seja a natureza de sua transgressão, mantêm todos os direitos fundamentais a que têm direito todas as pessoas humanas, e principalmente o direito de gozar dos mais elevados padrões de saúde física e mental. As pessoas estão privadas de liberdade e não dos direitos humanos inerentes à sua cidadania (BRASIL, 2004, p. 2).

De modo geral, o Sistema Carcerário Brasileiro é regulamentado pela Lei de Execuções Penais – LEP, Nº 7.210 de 11 de julho de 1984, que determina como deve ser executada e cumprida a pena de privação de liberdade e restrição de direitos. O art. 10 desta legislação vislumbra que “[...] a assistência ao preso e ao internado é dever do Estado, objetivando prevenir o crime e orientar o retorno à convivência em sociedade, estendendo-se esta ao egresso” (BRASIL, 1984). Conforme o que preconiza a LEP no art. 11, a assistência será: “I – material; II – à saúde; III – jurídica; IV – educacional; V – social e VI – religiosa”.

O art. 14 da LEP exprime que “[...] a assistência à saúde do preso e do internado, de caráter preventivo e curativo, compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico” (BRASIL, 1984). No entanto, especialistas sobre o assunto revelam que, frequentemente, este direito não é observado nas prisões brasileiras:

Em todo país, a assistência médica aos presos é negligenciada, desde atendimentos mais simples, como moléstias de pele, ocorrências dentárias, pequenos curativos, até problemas complexos, como acidente vascular cerebral, acidente cardiovascular e câncer, para os quais o detento não recebe o atendimento necessário ou mesmo nenhum atendimento (TORRES, 2001, p.86-87).

Observa-se que o problema da não efetividade integral das leis reflete também nas prisões, pois cada instituição penal atende o preso segundo o seu modo de gestão. As precárias condições das penitenciárias em todo o país, em particular, no estado do Pará, são expressas pela falta de infraestrutura, de investimentos e de atendimento técnico.

2.2.1 Políticas de Atenção à Saúde dos Presidiários.

A política específica de atenção à saúde do preso é subsidiada pelo Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, instituído pela Portaria Interministerial Nº 1.777 de 09 de setembro de 2003, uma parceria do Ministério da Saúde com o Ministério da Justiça. O incentivo de atenção à saúde no sistema penitenciário conta com recursos oriundos do Ministério da Saúde (70%) e do Ministério da Justiça (30%), em conformidade como Art. 5º dessa legislação, a saber:

§ 1º 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 /ano por equipe de saúde implantada.

§ 2º 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/ano por estabelecimento prisional;

§ 3º Esse incentivo financiará as ações de promoção da saúde e de atenção no nível básico relativos à saúde bucal, saúde da mulher, doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, saúde mental, hepatites, tuberculose, hipertensão, diabetes, hanseníase, bem como a assistência farmacêutica básica, imunizações e coleta de exames laboratoriais.

§ 4º Os créditos orçamentários e os recursos financeiros provenientes do Fundo Penitenciário Nacional (FUNPEN)/ Ministério da Justiça de que trata este Artigo serão repassados ao Fundo Nacional de Saúde, com vistas a sua transferência aos estados e/ou aos municípios.

§ 5º Os recursos do Ministério da Saúde e do Ministério da Justiça poderão ser repassados do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e/ou Municipais de Saúde, dependendo da pactuação no âmbito de cada Unidade Federada, para os respectivos serviços executores do Plano, de acordo com regulamentação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003).

O principal objetivo deste Plano é o de contribuir para o controle e/ou redução dos agravos mais frequentes à saúde da população penitenciária brasileira. As ações norteadoras estão relacionadas à atenção Básica e de Média Complexidade. Dentre estas, destacam-se:

- o controle e tratamento de tuberculose;
- a realização de sorologia anti-HIV para todos os casos diagnosticados e estimulação do tratamento;
- a proteção dos internos sadios, por meio do desenvolvimento de ações educativas e preventivas;
- o controle dos pacientes que apresentem quadro de hipertensão e diabetes; a busca ativa de casos e diagnóstico clínico da Hanseníase;
- as diversas ações relacionadas à Saúde Bucal;
- a realização de pré-natal, controle do câncer cérvico-uterino e de mama;
- as terapias individuais e em grupo, executadas por profissional de nível superior;
- o diagnóstico, aconselhamento e tratamento em DST/ HIV/AIDS;
- e a atenção em saúde mental.

Além dessas ações, o mencionado plano prevê:

- a operacionalização de programa de imunizações;
- a aquisição de medicamentos;
- a garantia da realização de exames laboratoriais;
- e a organização do sistema de informação em saúde da população penitenciária.

No Art. 8º do referido Plano de Saúde Penitenciário consta que uma instituição penal com capacidade para até 500 (quinhentos) internos, como é o caso do Presídio estudado, Presídio Estadual Metropolitano I – PEM I – deve contar com uma equipe mínima de profissionais: médico, enfermeiro, dentista, psicólogo, assistente social, auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório dentário. Ressalta-se que essa equipe deve passar por constantes programas de capacitação para lidar com as problemáticas relacionadas ao trabalho no sistema penitenciário. Sendo assim:

Art. 8º [...] § 2º Nos estabelecimentos prisionais com até 100 pessoas, o atendimento será realizado no próprio estabelecimento por profissionais da Secretaria Municipal de Saúde, respeitando a composição de equipe citada anteriormente [médico, enfermeiro, odontólogo, assistente social, psicólogo, auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório dentário, com 20 hs semanais], e com carga horária mínima de 4 horas semanais.

§ 3º Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico serão beneficiados pelas ações previstas nesta Portaria e, em função de sua especificidade, serão objeto de norma própria. § 4º O Ministério da Saúde garantirá, a cada equipe implantada de que trata este Artigo, o fornecimento regular de kit de medicamentos básicos (BRASIL, 2003)

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário também prevê que os estabelecimentos penais devem oferecer as mínimas condições de estrutura física e material, necessárias para o atendimento à saúde dos internos, dentre as quais está a obrigatoriedade de que a casa penal deve constar de:

- consultório médico, psicológico e de odontologia;
- sala de coleta de material para laboratório, sala de esterilização e limpeza de materiais e sala de curativos;
- posto de enfermagem;
- pelo menos duas celas de observação;
- farmácia para o armazenamento dos medicamentos;
- rouparia;
- depósito de material de limpeza;
- além de sanitários para os pacientes e para a equipe de saúde.

Embora o sistema penitenciário disponha de todas essas exigências legais, existem diversas instituições penais que não atendem aos critérios mínimos exigidos para prestar atendimento à saúde dos internos. A propósito, a LEP em seu artigo 14, inciso 2º, indica que “[...] quando o estabelecimento penal não estiver aparelhado para prover a assistência médica necessária, esta será prestada em outro local, mediante autorização da direção do estabelecimento” (BRASIL, 1984).

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário deve atender, 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.

Entretanto, a recomendação da LEP pela garantia de assistência à saúde do preso, mesmo que em outro local, esbarra em outro grande problema enfrentado pelo sistema penitenciário como um todo: os encaminhamentos para a rede do SUS.

As dificuldades de inserção e atendimento pelo SUS são observadas também no sistema carcerário. A população carcerária enfrenta problemas no atendimento de urgência e exames laboratoriais, de alta complexidade ou não, como por exemplo, a espera por leitos para internação ou no aguardo de cirurgia custodiada do sistema penal.

O Governo Federal instituiu o Regulamento Penitenciário Federal, por meio do Decreto Nº 6.049/2007 que normatiza sobre como deve se processar a assistência aos internos, inclusive à saúde:

Art. 20. A assistência material, à saúde, jurídica, educacional, social, psicológica e religiosa prestada ao preso e ao egresso obedecerá aos procedimentos consagrados pela legislação vigente, observados as disposições complementares deste regulamento (BRASIL, 2007).

Art. 22. A assistência à saúde consiste no desenvolvimento de ações visando garantir a correta aplicação de normas e diretrizes da área de saúde, será de caráter preventivo e curativo e compreenderá os atendimentos médico, farmacêutico, odontológico, ambulatorial e hospitalar, dentro do estabelecimento penal federal ou instituição do sistema de saúde pública, nos termos de orientação do Departamento Penitenciário Nacional (BRASIL, 2007).

Deste modo, a assistência à saúde dos internos do sistema carcerário não se restringe às de ações curativas, mas inclui também as preventivas. Para que o preso possa ser ressocializado é necessário que seus direitos assistenciais sejam garantidos e controlados.

2.2.2 O Controle do Atendimento à Saúde na Penitenciária: direitos e deveres dos internos.

O conhecimento dessas e de outras dificuldades enfrentadas pelo sistema penitenciário e da conseqüente não efetivação dos direitos dos internos,

especificamente o direito à assistência à saúde, é da competência dos conselhos penitenciários, além dos conselhos de saúde estaduais e municipais. O conselho penitenciário é um órgão executivo e fiscalizador da execução penal; compete a ele fiscalizar as casas penais e os serviços executados na mesma, portanto, averiguar os casos de desrespeito aos direitos dos internos e a realização dos encaminhamentos necessários.

Conforme o Art. 64 da LEP, cabe ao Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, no exercício de suas atividades, em âmbito federal ou estadual:

VIII - inspecionar e fiscalizar os estabelecimentos penais, bem assim informar-se, mediante relatórios do Conselho Penitenciário, requisições, visitas ou outros meios, acerca do desenvolvimento da execução penal nos Estados, Territórios e Distrito Federal, propondo às autoridades dela incumbida às medidas necessárias ao seu aprimoramento. [Além de] X - representar à autoridade competente para a interdição, no todo ou em parte, de estabelecimento penal (BRASIL, 1984).

O CNPCP, por meio da aplicação do Plano Nacional de Política Penitenciária, é responsável pela concepção e execução de ações relacionadas à prevenção da violência e da criminalidade, à administração da justiça criminal e à execução das penas e das medidas de segurança devem:

9: Incrementar a adesão, por todos os Estados, ao Plano Nacional de Saúde e desenvolver programas de prevenção e tratamento de DST/AIDS, tuberculose e dependência química, assim como incrementar a assistência médica à população carcerária, mediante atendimento por hospitais do sistema ou pela rede pública (SUS).

[...]

15: Melhorar as condições humanas nos cárceres, nos plano médico, educacional e laborativo, com o concurso de empresários e da comunidade (BRASIL, 2007).

Como pode ser constatado, existem medidas legais que prevêm direitos e deveres dos internos que fazem parte do sistema penitenciário. Sendo assim, as péssimas condições de higiene e de habitabilidade em presídios, a responsabilidade em manter o ambiente da cela limpo é de cada interno que nela habita, de acordo com o descrito na Lei de Execução Penal, em seu artigo 39: “IX - higiene pessoal e asseio da cela ou alojamento” (BRASIL, 1984).

Zaffaroni (1995) destaca que a superlotação das cadeias é um problema que atinge diretamente o interno que habita aquela cela,

De esta manera, si yo estoy en un establecimiento que tiene más ocupantes de los que caben en él, me dan de comer menos de lo que necesito para vivir, y no me dan atención médica, están agravando indebidamente mis condiciones de detención y, por ende, los recursos rápidos de tutela de derechos individuales tendrían que hacerse efectivos (ZAFFARONI, 1995, p. 25-26).

O agravamento das condições de detenção, a que se refere o autor acima citado, acarreta também no trato e atenção a saúde do interno. Dessa forma, pode-se afirmar que a cadeia torna-se, inclusive, um agravante para a condição de saúde do preso. Nesse sentido, Macaulay (2008, p. 23) refere-se que “[...] vários dos presos menos privilegiados sofrem [...] formas cruéis, desumanas e degradantes de punição e tratamento, desde torturas, surras, comida estragada, negação de cuidados médicos e falta de acesso à assistência jurídica”.

O desrespeito não só às condições de atendimento à saúde do preso, mas também à sua integridade física e moral contradizem os princípios constitucionais e infraconstitucionais. Segundo o Código Penal brasileiro, Lei Nº 2.848/40, Art. 38: “[...] o preso conserva todos os direitos não atingidos pela perda da liberdade, impondo-se a todas as autoridades o respeito à sua integridade física e moral” (BRASIL, 1940). Cabe destacar que o Código Penal Brasileiro, dentre outras orientações, também resguarda o direito à prisão especial e à diminuição da pena ou isenção dela, ao detento que sofrer de doença mental:

Art. 26 - É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Redução de pena: Parágrafo único - A pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, em virtude de perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado não era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

[...]

Art. 41 - O condenado a quem sobrevém doença mental deve ser recolhido a hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, a outro estabelecimento adequado (BRASIL, 1940, p. 7).

O serviço de saúde no interior da instituição penitenciária deve obedecer aos direcionamentos do Código penal, da Lei de Execução Penal, do SUS e da Constituição Federal da República, que garantem legalmente ao interno, condições de atendimento e trato à saúde.

Essa problemática se torna ainda mais polêmica e tem sua importância justificada quando observado o aumento do número da população encarcerada,

Entre 1995 e 2005, a população prisional no Brasil cresceu abruptamente de 148.760 para 361.402[em uma década, duplicou]. Isso foi acompanhado de um acentuado crescimento na taxa de encarceramento, de 95.5 para 190 por 100 mil habitantes. No entanto, em dezembro de 2005, o sistema prisional tinha capacidade para apenas 206.559 detidos, deixando um déficit de 154.843 (MACAULAY, 2008, p. 16).

O estado do Pará, em particular, custodiava aproximadamente 8.500 (oito mil e quinhentos) dos cerca de 470 (quatrocentos e setenta mil) presos do país, no ano de 2010 (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2010). Esses números são significativos e preocupantes, uma vez que não há adequação correspondente à estrutura física e de pessoal, o que acaba por repercutir no cotidiano das prisões e, principalmente, na vida dos internos. Condições precárias de higiene e estrutura, celas pouco ventiladas, úmidas e superpopulosas compõem o quadro mais frequente das prisões.

Essas condições de precariedade nas prisões contribuem para o agravamento da condição de saúde da população presidiária, que é oriunda na maioria das vezes de famílias carentes e desfavorecidas economicamente, já apresentam, em geral, estado de saúde deficiente antes mesmo do encarceramento.

Nesse cenário, a disseminação de doenças contagiosas, em especial a infecção pelo HIV/AIDS e tuberculose, constitui sério risco à saúde dos detentos, assim como de seus familiares, companheiras e para as comunidades nas quais irão se inserir após a reclusão no cárcere. Os presos também precisam escolher um modo de vida mais saudável, preventivo e de bem estar.

Nesse sentido, concorda-se com Silva (2009) quando destaca que com a promoção da saúde como um campo das práticas sanitárias exige repensar o significado da autonomia das pessoas em seus modos de vida. Sob esta ótica, questiona-se a responsabilização dos sujeitos por seus processos saúde-doença,

sem culpabilizá-los e sem negar o papel do Estado na elaboração e execução de políticas públicas e na criação de oportunidades para as escolhas em saúde.

Estudos aprofundados acerca da saúde da população prisional brasileira são pouco numerosos, porém, o que se percebe é que:

[...] mudanças na estruturação do sistema penitenciário reduziram a importância da saúde em favor de políticas duras de controle do cárcere, ocasionando o desmantelamento dos programas de saúde que contemplavam ações de prevenção, reduzindo-os apenas a seus aspectos curativos (CALDEIRA, 2004, p.102).

Com efeito, o Sistema Penal Brasileiro enfrenta o dilema vivido pela superpopulação carcerária:

- redução no repasse de recursos financeiros;
- precárias condições em que se apresentam as casas penais;
- não priorização do Estado em implementar políticas sociais capazes de proporcionar melhores condições de vida para os internos e população em geral;
- e falta de corpo técnico qualificado.

Valorizam-se mais as ações relacionadas à segurança e à disciplina, evidenciando que o importante é o presidiário não infringir as regras disciplinares e, principalmente, não fugir. Dessa forma, a preocupação com a garantia e respeito às mínimas condições de vida e saúde dos internos não é priorizada nos sistemas penais do país. Logo:

Prisões que são violentas e permeadas pelo crime encubam doenças, tanto infecções físicas quanto patologias sociais, que elas exportam para a comunidade circunvizinha. [...] Uma forma menos visível de “contaminação” ocorre por meio da disseminação de doenças – tais como AIDS e tuberculose, que continuam prevalecendo no sistema prisional – que podem então infectar a população em geral através das visitas dos familiares ou através da soltura dos presos (MACAULAY, 2008, p. 17).

Nesse sentido, efetivar o controle da violência e a manutenção da disciplina tornou-se o principal objetivo da administração penitenciária.

A prisão, como outras instituições de controle repressivo da ordem pública, não é transparente, sendo pouco acessível à visibilidade externa, a não ser em pequenos momentos e situações, como sejam

cerimônias institucionais e rebeliões carcerárias. A intransparência manifesta-se de modo ambíguo: alguns ângulos da vida carcerária merecem publicidade, como os serviços de escolarização e profissionalização que, conquanto precários e insuficientes, se prestam a difundir uma imagem rósea da instituição penal, como se ela estivesse realmente recuperando seus tutelados. Outros ângulos não merecem o mesmo tratamento: os espancamentos, torturas, maus tratos, violência sexual, a qualidade da alimentação, a baixa habitabilidade das celas, tudo isto está envolto em névoas (ADORNO, 1991, p. 27)

Com essa afirmação, tem-se um parâmetro de como ocorre o funcionamento do serviço de saúde no interior das casas penais, porém, os desafios e dificuldades não findam:

Ao contrário do que se poderia supor tendo em vista uma população fechada, aparentemente sob controle, são inúmeras as dificuldades para o desenvolvimento de ações de saúde nas prisões. Nesse ambiente onde a circulação de detentos é restrita e os profissionais de saúde evitam circular, os agentes de segurança penitenciária terminam por exercer um papel diferenciado no que se refere à regulação do acesso à saúde. Muitas vezes são os agentes de segurança penitenciária que julgam a necessidade de atendimento a partir do pedido do preso e atuam facilitando ou dificultando este acesso. Por outro lado, no ambiente confinado das prisões, estão em contato cotidiano e direto com os presos e expostos, como eles, aos riscos infecciosos, especialmente à tuberculose (DIUANA et al, 2008, p.1888).

Desta forma, a operacionalização do arcabouço político de direito ao preso, expresso em leis, normas, decreto e portarias, ainda se constitui o grande desafio para o poder público. Logo, devem ser objetos de lutas da sociedade acadêmica, dos movimentos sociais e a da sociedade em geral, tendo em vista o compromisso de reivindicar pela efetivação dos direitos dos internos, pois essa parcela da população, assim como qualquer outro segmento social, é detentora de direitos e deveres que devem ser respeitados e, acima de tudo, garantidos. Em decorrência disso, interroga-se se o direito ao atendimento à saúde dos encarcerados no Presídio Estadual Metropolitano I – Marituba/Pará tem sido garantido e em que condições.

3 ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO SISTEMA CARCERÁRIO: A EXPERIÊNCIA DO PEM I – MARITUBA-PA

Analisar a assistência à saúde dos presos do PEM I – Marituba/PA requer, inicialmente, conhecer as condições de vida e saúde dos internos no referido presídio. Conforme vimos, no decorrer do trabalho, a população carcerária brasileira vem aumentando ao longo dos anos. Esse crescimento também vem acontecendo no estado do Pará e, paralelamente, a esse fenômeno aumentam também os problemas e dificuldades inerentes ao cárcere. O quadro abaixo apresenta uma visão acerca do crescimento da população carcerária no Estado.

Quadro 2 - Evolução da População carcerária no estado do Pará⁵

População Carcerária	2007	2008	2009	2010
Número de vagas nos presídios	6.022	6.022	6.115	6.375
Número de presos	6.974	7.501	8.719	9.069
Déficit de vagas	952	1.479	2.604	2.694

Fonte: Ministério da Justiça – Sistema de Informação Penitenciária – (INFOPEN/ 2010)

Os dados apresentados no Quadro 2 revelaram que no passar dos anos a população encarcerada aumentou, significativamente, no Pará. Nos quatro últimos anos analisados, constata-se que houve um aumento de 2.095 (dois mil e noventa e cinco) internos em todo o estado. Em contrapartida a esse crescimento, o número da ampliação de vagas foi somente 353 (trezentos e cinquenta e três), o que não suporta o contingente de internos, gerando um déficit de 2.694 (dois mil seiscentos e noventa e quatro) vagas e, conseqüentemente, o agravamento de um dos problemas mais comuns e discutidos referentes ao sistema penal brasileiro: a superlotação nas cadeias.

⁵ Nesses dados não estão incluídos os presos custodiados pela Polícia Civil, somente estão os presos custodiados pela Superintendência do Sistema Penal – SUSIPE

É necessário ressaltar que os dados referentes ao ano de 2011 não foram encontrados nos documentos oficiais e sites do Ministério da Justiça e da Superintendência do Sistema Penal do estado, SUSIPE. A estimativa é que neste ano a população presidiária do estado ultrapasse a margem dos 10 (dez mil) internos.

Essa população carcerária se concentra no estado em 30 (trinta) estabelecimentos penais, dentre os quais: 25 (vinte e cinco) são penitenciárias, distribuídas na capital, Região Metropolitana de Belém e no interior do estado, nas quais o interno cumpre a pena em regime fechado; 3 (três) são Colônias Agrícolas, onde a execução da pena é realizada em regime semi-aberto, 1 (uma) Casa de Albergado para cumprimento do regime aberto, e 1 (um) Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, para o tratamento de internos com problemas psiquiátricos (INFOPEN, 2010).

A constatação sobre o aumento do número de presos no Pará (Quadro 2) conduziu ao conhecimento da situação sócio econômica dos mesmos. No que se refere à faixa etária da população carcerária do estado, no ano de 2010, percebeu-se que a maior incidência de crimes está presente na faixa etária entre 18 (dezoito) e 29 (vinte e nove) anos⁶, somando juntas praticamente 60% das prisões efetuadas. O Quadro 3 e o Gráfico 1 apresentam uma maior visibilidade a respeito desta situação.

O fato da população jovem, cada vez mais, fazer parte das estatísticas prisionais pode ser devido a uma diversidade de fatores, como por exemplo: grau de instrução; constituição familiar; nível de renda das famílias, dentre outros.

Quadro 3 - Identificação de faixa etária dos presos no Estado do Pará

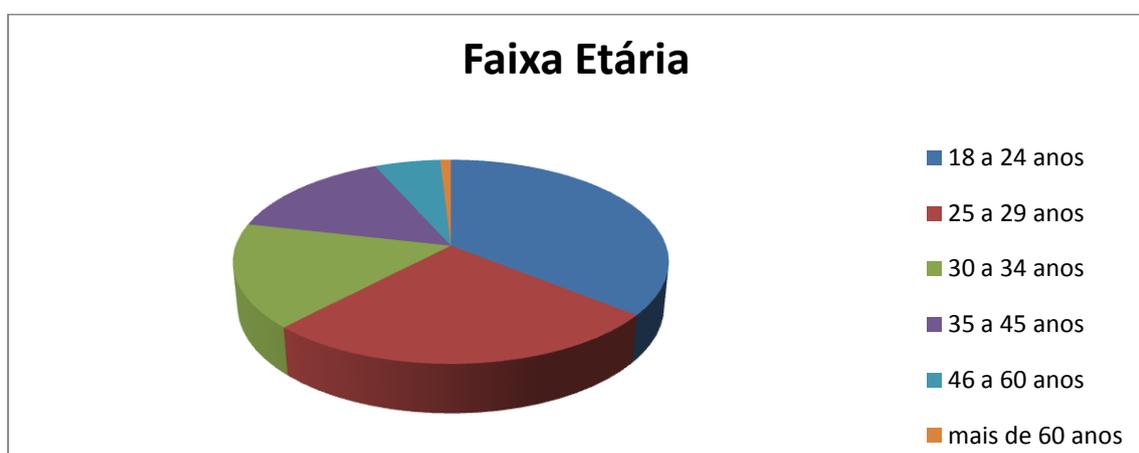
	Quantidade de presos	Percentual
18 a 24 anos	3.086	34%
25 a 29 anos	2.256	25%
30 a 34anos	1.422	16%

⁶ Segundo o IBGE (2010), a faixa de idade para a atribuição para população jovem está situada entre 18 e 29 anos.

35 a 45 anos	1.276	14%
46 a 60 anos	489	5%
Mais de 60 anos	79	1%
Não informado	461	5%
Total da população carcerária	9.069	100%

Fonte: Ministério da Justiça – Sistema de Informação Penitenciária – INFOPEN/2010

Gráfico 1 - Identificação de Faixa etária dos presos no Estado do Pará



Fonte: Ministério da Justiça, Sistema de Informação Penitenciária (INFOPEN/2010).

Conforme pode ser constatado no Quadro 3 e no Gráfico 1, 34% da população carcerária do Pará são constituídos por jovens. Para Cavalcante Junior (2005, p. 170), a inserção de jovens na criminalidade é determinada pelas consequências da sociedade capitalista que vivemos:

Na nova ordem da sociedade pós-industrial, em que cresce o desemprego e aumentam as exigências de especialização e de educação, massas indesejadas, em geral, jovens, encontram no crime a carreira para sobreviver ou caem nas malhas da violência por fatores extrínsecos a sua vontade. A prisão continua, então, cumprindo um papel não tanto de ressocialização, mas muito mais de vigilância e disciplinamento da violência social. É esse o papel peculiar da prisão num país em que as políticas públicas devem enfrentar o desafio de desatar os nós que amarram os jovens envolvidos na criminalidade e que encontram seu derradeiro fim no sistema carcerário. (CAVALCANTE JUNIOR, 2005, p. 170).

Barros (1980) e Souza (2007) tentam ampliar a análise sobre as causas da criminalidade entre os jovens, pois afirmam que não se pode atribuir à miséria a principal causa da criminalidade, uma vez que os crimes também ocorrem com pessoas pertencentes à classe de maior poder aquisitivo.

De acordo com Marx e Engels (1997), as contradições entre capital e trabalho fazem parte do modo de organização e estrutura da sociedade capitalista. Nesse contexto, o Estado⁷ formula e institui políticas sociais de atenção à sociedade, levando em consideração sempre a lógica de capitalistas, de maximização dos lucros.

Os direitos sociais básicos devem ser garantidos a todos, inclusive aos encarcerados, contudo muitos presos possuem baixa escolaridade. Na primeira parte deste trabalho foi destacado que o papel principal da prisão é a ressocialização, mas esse processo tem se mostrado falho nas penitenciárias brasileiras. A propósito, o Quadro 4 demonstra o percentual de encarcerados no Pará que possuem escolaridade ou não. Registra-se que a maioria destes cumpre a pena sem avançar pelo menos na educação escolar.

Quadro 4 - Identificação da escolaridade dos presos no Estado do Pará

	2008	2010
Ensino fundamental	59%	81%
Ensino médio	19%	12%
Analfabetos	15%	6%
Não soube responder	6%	-
Ensino superior	1%	1%

Fonte: Relatório 2008/ Núcleo de Educação Penitenciária – NEP e Site do Ministério da Justiça – Sistema de Informação Penitenciária (INFOPEN-2010).

⁷Mais claramente, o conceito de Estado pode ser o compreendido como: uma instituição organizada política, social e juridicamente, ocupa um território definido e, na maioria das vezes, sua lei maior é uma Constituição escrita. É dirigido por um governo soberano reconhecido interna e externamente, sendo responsável pela organização e pelo controle social, pois detém o monopólio legítimo do uso da força e da coerção (DE CICCO; GONZAGA, 2007, p.43).

No Quadro 4 é possível visualizar que a população carcerária do Pará possui níveis escolares variados quando ingressam nos presídios. Ao comparar os dados de 2008 com o de 2010, observa-se que, no decorrer de dois anos, houve um número maior de encarcerados que ingressaram nos presídios do estado com escolaridade mínima: o ensino fundamental; no entanto, com relação ao ensino médio não ocorreu o mesmo, pois o número foi menor; enquanto que, a escolaridade de nível superior não variou; por outro lado, o número de analfabetos, que ingressaram nos presídios após dois anos, foi menor; e alguns presos, no ano de 2008, não souberam responder sua própria escolaridade, o que pode representar a falta desta; já em 2010, todos os que ingressaram no sistema prisional nesse ano souberam responder.

A identificação da escolaridade de presos que adentram nos presídios é importante para observar a ressocialização destes por meio da educação escolar, ou seja, os avanços nos níveis escolares dentro da penitenciária para que seja possível saírem egressos aptos a profissionalização, autonomia, por exemplo.

A garantia do direito à educação escolar, no âmbito prisional, é limitada no PEM I. Pois, até o ano de 2009 haviam 49 detentos matriculados, mas somente 28 continuaram; sendo que, a estrutura funcional do PEM I possui 3 (três) salas de aula, 4 (quatro) turmas com modalidades de ensino para Educação de Jovens e Adultos (EJA). Além disso, os níveis de escolaridade ofertados são: alfabetização, ensino fundamental e médio, com a disponibilidade de 11 (onze) professores e 1 (um) pedagogo; mas, ainda não houve oferta de curso de formação profissional. Nos anos de 2008 e 2009, detentos do PEM I e de mais 9 (nove) unidades penitenciárias no estado receberam atestados de dias estudados para a remissão da pena, no total, 194 (cento e noventa e quatro) documentos deste tipo foram entregues (RELATÓRIO DE GESTÃO-SUSIPE, 2009).

A questão da educação escolar nas penitenciárias é importante, um especialista no assunto acredita que:

[...] a educação é arrolada como atividade que visa a proporcionar a reabilitação dos indivíduos punidos. Contudo, considerando que os programas da operação penitenciária apresentam-se de forma premente a fim de adaptar os indivíduos as normas, procedimentos e valores do cárcere – afiançando, portanto, aquilo que se tornou o fim precípua da organização penitenciária: a manutenção da ordem

interna e o controle da massa carcerária [...] (PORTUGUES, 2001, p. 360).

A responsabilidade do poder público é de suma importância neste processo de ressocialização dos detentos. Já que, além da execução das políticas públicas existentes para os encarcerados, é necessário a formulação e implementação de novas políticas, capazes de superar as barreiras existentes.

Atualmente, no Pará, a SUSIPE é responsável pela custódia de aproximadamente 12 (doze) mil presos. Desse total, 65% não têm o ensino fundamental completo, e 57,3% estão na faixa de 18 (dezoito) a 29 (vinte e nove) anos. O Sistema Penal tem cerca de 850 (oitocentos e cinquenta) internos estudando nos ensinos fundamental e médio. De acordo com a Lei de Execução Penal Nº 7.210/1984, o detento tem direito à remição da pena pelo estudo - um dia de pena a cada 12 (doze) horas de estudo, comprovadas pela frequência e rendimento escolar (SUSIPE-ASCOM, 2013).

Representantes dos órgãos institucionais SUSIPE, SEDUC e Programa Pro Paz se reuniram no dia 11 de fevereiro de 2013 a fim de discutir a elaboração de um plano educacional para padronizar a oferta de ações educativas para jovens e adultos recolhidos nas casas penais, baseado nas diretrizes nacionais para a oferta de educação nas prisões, definidas em 2010 pelos Ministérios da Justiça e Educação, o objetivo deste plano é fortalecer e qualificar o processo educacional nos espaços de cumprimento de pena. Até o momento, 12 (doze) unidades prisionais estão sendo construídas no estado do Pará, e todas com salas de aula (SUSIPE-ASCOM, 2013).

Cabe destacar que existem alguns tipos de crimes mais comuns desenvolvidos por jovens e adultos, que, muitas vezes, também são cometidos por pessoas de escolaridade semelhante. No Quadro 5, visualiza-se os tipos de crimes mais frequentes no Pará. A partir disso, é possível analisar com a questão da escolaridade.

Quadro 5 - Tipificação dos crimes cometidos pelos presos no Estado do Pará

Crime	Artigo	2009	2010
Roubo qualificado	Art. 157	6.841	5.664
Tráfico	Art. 12 e 33	1.902	2.149
Furto qualificado	Art. 155	1.347	1.040
Homicídio qualificado	Art. 121	1.338	1.120
Porte ilegal de armas	Art. 14	1.061	867

Fonte: Site do Ministério da Justiça – Sistema de Informação Penitenciária (INFOPEN-2010)

O Quadro 5 mostra os 5 (cinco) tipos de crimes que apresentam maior número dentre os ocorridos no estado nos últimos três anos: roubo qualificado⁸, tráfico, furto qualificado⁹, homicídio qualificado e porte ilegal de armas, respectivamente. Porém, o de maior incidência é o roubo qualificado, que chega a um percentual de 52%. O tráfico ilegal de entorpecentes é o segundo tipo de crime mais cometido no estado, cerca de 20% do total. O homicídio e o furto qualificado assumem a proporção de 10% dos crimes, cada.

Diante do fato da grande incidência do crime de roubo qualificado, pode-se refletir acerca de certos determinantes para sua efetivação. Analisando conjuntamente outros dados da pesquisa, como faixa etária e escolaridade, tem-se como informações do INFOPEN (2010) que a maioria dos jovens com o nível escolar considerado baixo comete o crime de roubo. A partir dessa realidade, pode-se inferir que esse segmento é pertencente à camada economicamente menos favorecida da sociedade, conforme o entendimento de Coelho (2005): as estatísticas oficiais de crimes estão direcionadas a essa parcela da população, enquanto que, na maioria

⁸ Roubo qualificado, aquele que segundo previsão no Código Penal Brasileiro há a subtração de algo que pertence a outra pessoa, mediante grave ameaça ou violência, reduzindo, assim, a possibilidade de defesa da vítima; o uso de arma de fogo, qualifica o crime. O roubo, assim, traz um dano para a integridade física ou moral da pessoa.

⁹ Furto qualificado, não há a ameaça a integridade da pessoa, pois não há o contato direto com a vítima, somente com o objeto ou coisa subtraída. Devido a essa diferença, o crime de roubo e furto tem penas distintas, quem pratica furto pode pegar de 1 à 4 anos de reclusão e multa, já quem pratica o roubo, um crime tipicamente mais violento, pode pegar pena de 4 à 10 anos de reclusão e multa.

das vezes, pessoas de poder aquisitivo maior não fazem parte dessas estatísticas oficiais de polícia. Constata-se, então, que as estatísticas oficiais, na maioria das vezes, apresentam somente registro dos crimes praticados por pessoas de menor poder econômico.

Dessa forma, concorda-se com Wacquant (2001) quando argumenta que, na maioria das vezes, o combate à criminalidade nas cidades se concentra na estratégia de combate aos pobres, e não no combate a pobreza. No Brasil, além da marginalidade urbana, a violência, historicamente, é arraigada por uma cultura política que permanece profundamente marcada pelo selo do autoritarismo.

Nesse sentido, ocorre uma gestão autoritária da ordem social. A intervenção do Estado penal e policial responde às desordens provocadas pela desregulamentação da economia, pela desregulamentação do trabalho assalariado e pela pauperização relativa e absoluta de amplos contingentes do proletariado urbano, o que configura uma 'ditadura sobre os pobres'.

O combate à criminalidade nas cidades também depende de uma transversalidade de políticas públicas, conforme se mencionou no decorrer do trabalho. Nos casos de encarceramento, é fundamental que o poder público ofereça serviços de qualidade, seja de saúde, educação, trabalho, assistência social, para que a reinserção social dos detentos seja efetivamente qualitativa.

No Pará, a SUSIPE coordena o Núcleo de Reinserção Social (NRS), o qual é responsável pela criação, desenvolvimento e acompanhamento de projetos que visem reintegrar os internos e egressos ao convívio social, através da qualificação e habilitação para o mercado de trabalho, orientação e capacitação aos familiares e egressos. Isso ocorre por meio da parceria de órgãos públicos, empresas privadas e sociedade civil.

O NRS é formado por quatro divisões, que atuam nas áreas de trabalho e produção, educação, saúde e assistência social, que são respectivamente: Divisão de Trabalho Prisional (DTP), Divisão Educação Prisional (DEP), Divisão de Saúde Prisional (DSP), e Divisão de Assistência Integrada (DAI) (SUSIPE-ASCOM, 2010).

3.1 A SAÚDE CARCERÁRIA NO ESTADO DO PARÁ

Estudos acerca do sistema penitenciário nacional e o sistema de segurança pública indicam que o atendimento de saúde oferecido aos internos nas instituições penais, em particular no PEM I, não se efetiva totalmente conforme o que está previsto em lei. Visto que ao presidiário deve ser assegurado o direito à assistência a sua saúde conforme previsto nos documentos oficiais: Constituição Federal, Código Penal, Plano Nacional de Política Penitenciária e própria Lei de Execução Penal, LEP, além de outros documentos supracitados.

Apesar da previsão legal, esse direito não está sendo garantido, qualitativamente, a saúde no cárcere, assim como não se constitui uma prioridade voltada para o que assegura o direito de cidadania. Em consequência disso, existe um número expressivo de doenças que se desenvolvem e acabam por se agravar dentro dos muros das prisões, gerando uma massa carcerária cada vez mais adoentada, pois além de outros fatores, a efetividade política depende de um conjunto de esforços, seja do corpo técnico, da gestão, da sociedade, articulada ao âmbito municipal, estatal e federal.

Numa outra abordagem teórica, Foucault (1979) considera que na constituição do Estado moderno, apesar da importância deste, as relações de poder ultrapassam o nível estatal e se estendem por toda a sociedade. Segundo esse autor:

Trata-se [...] de captar o poder em suas extremidades, lá onde ele se torna capilar; captar o poder nas suas formas e instituições mais regionais e locais, principalmente no ponto em que, ultrapassando as regras de direito que o organizam e o delimitam, ele se prolonga, penetra em instituições, corporifica-se em técnicas e se mune de instrumentos de intervenção material, eventualmente violentos (FOUCAULT, 1979, p. 182).

A análise de “poder” de Foucault remete à existência de uma rede de micro-poderes articuladas ao Estado e que atravessam toda a estrutura social. Ou seja, é interessante analisar o poder partindo não do seu centro (Estado) e ver como ele se exerce em níveis mais baixos da sociedade (análise descendente), mas sim perceber o inverso, isto é, partir dos micro-poderes que atravessam a estrutura

social e enxergar como eles se relacionam com a estrutura mais geral do poder que seria o Estado (análise ascendente).

Conforme se apresentou no decorrer do trabalho, a efetivação de políticas públicas depende de um conjunto de ações políticas. No nível macro, elas são elaboradas; e no nível micro ou local são executadas. Para que essas políticas respondam aos anseios da sociedade, é necessário que os órgãos institucionais e o corpo técnico também desenvolvam suas funções ou competências qualitativamente, pois ao avaliar a efetividade de uma política pública, no caso da saúde, observará de que modo recursos financeiros foram gastos, de que forma os profissionais executam suas competências e como superam barreiras, dentre outros aspectos.

O complexo atendimento à saúde dos internos nos presídios do estado do Pará depende de diversos profissionais. Visualiza-se, no Quadro 6, o tipo e número de profissionais de saúde que trabalham nas casas penais do estado.

Quadro 6 - Identificação do quantitativo de profissionais que trabalham nos presídios do Estado do Pará

Profissional	2009	2010
Téc. em enfermagem	39	93
Psicólogos	64	39
Enfermeiros	20	24
Médicos	18	17
Odontólogos	18	12
Nutricionistas	14	-
Terapeutas Ocupacionais	11	8
Farmacêuticos	2	-

Fonte: Relatório 2009, Núcleo de Saúde Penitenciária – NSP; Ministério da Justiça – Sistema de Informação Penitenciária – INFOPEN (2010).

Os dados acima permitem a constatação de que houve um aumento expressivo no número de técnicos de enfermagem, ao considerar o número existente em 2009, pois em um ano aumentou em 54 (cinquenta e quatro) o quantitativo desses profissionais atuando nos presídios. Esse dado é importante, já

que, em geral, são estes profissionais que lidam diretamente com o preso. Porém, deve-se ressaltar que os técnicos não têm competência e autonomia profissional para tomar decisões referentes ao tratamento dos presos que estão doentes; prescrever medicações, encaminhar internos aos serviços de saúde, ou seja, essas funções específicas são atribuições do médico.

Quanto ao número médicos, 17 (dezesete) trabalham nos presídios do estado, entende-se que é um número insuficiente para atender os 9.069 (nove mil e sessenta e nove) internos custodiados pela Superintendência do Sistema Penal do Estado, no entanto, isto está dentro dos critérios legais. Já que, quanto aos recursos humanos na penitenciária, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, através da Portaria Nº 1777, de 09 de setembro de 2003 determina que:

Art. 8º, nas unidades prisionais com mais de 100 presos, a equipe técnica mínima, para atenção a até 500 pessoas presas, obedecerá a uma jornada de trabalho de 20 horas semanais e deverá ser composta por: médico; enfermeiro; odontólogo; psicólogo; assistente social; auxiliar de enfermagem; e auxiliar de consultório dentário.

[...]

§ 3º Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico serão beneficiados pelas ações previstas nesta Portaria e, em função de sua especificidade, serão objeto de norma própria (BRASIL, 2003, p. 16).

É necessário destacar a ausência do profissional do Serviço Social nesse registro (Quadro 6). De acordo com as leis que regem a profissão, o assistente social é considerado também um profissional da saúde, porém, não aparece nas estatísticas dos profissionais que trabalham na área da saúde dentro dos presídios. Entende-se, por outro lado, que esse profissional não faz parte da equipe de saúde devido existir, no sistema penitenciário paraense, um núcleo de reinserção social, já mencionado, o qual é formado por quatro divisões, dentre elas está a Divisão de Assistência Integrada (DAI), em que são desenvolvidas ações de serviço social:

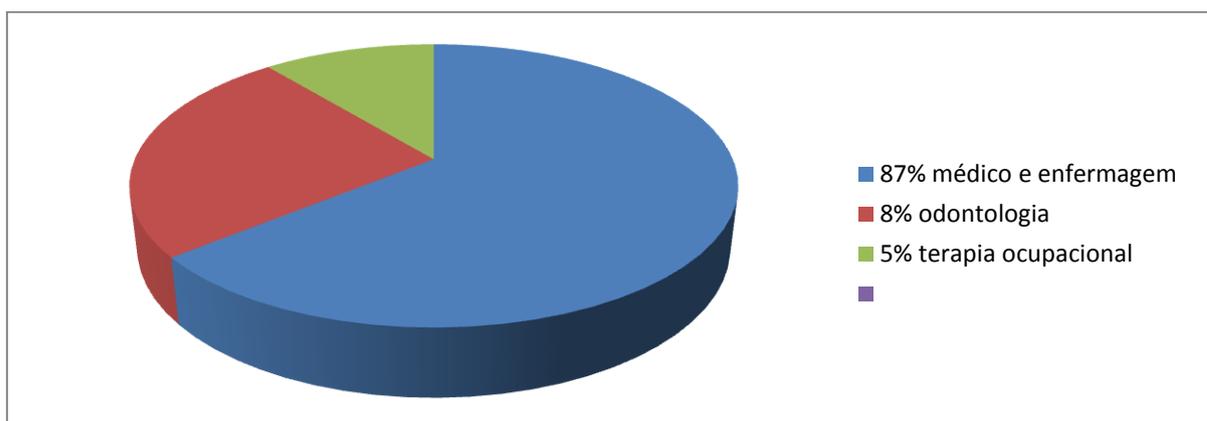
A Assistência Social é promovida pelo Núcleo de Reinserção Social, que conta para efetuação desta política com a Divisão de Assistência Integrada - DAÍ esta Assistência tem por finalidade amparar o preso e o internado e prepará-los para o retorno a liberdade, conforme preconiza a Lei de Execução Penal – Capítulo II – Da Assistência – Seção VI- Art.22, adicionada a este processo contamos com: a educação, trabalho e assistência à saúde. Essa assistência tem sido executada por meio de uma equipe multiprofissional, composta Assistentes Sociais, Sociólogos e Psicólogos, que atuam dentro de uma perspectiva de garantia dos direitos biopsicossociais, cumprindo assim, com o objetivo da DAÍ que é 'promover a Assistência Social

ao preso, egressos e familiares por meio de um conjunto integrado de ações de formação humana, intelectual e profissional, na perspectiva da garantia de direitos'(RELATÓRIO DE GESTÃO-SUSIPE/PA, 2009, p. 60).

Observa-se na citação acima que a assistência social é prestada ao preso também na área da saúde, por meio da DAI. Inclusive, consta no relatório de gestão da SUSIPE (2009), os procedimentos sociais desenvolvidos no sistema prisional do estado e, especificamente, no PEM I através da DAI. Isso atende também o previsto na Lei de Execução Penal de 1984, nos Art. 22 e 23.

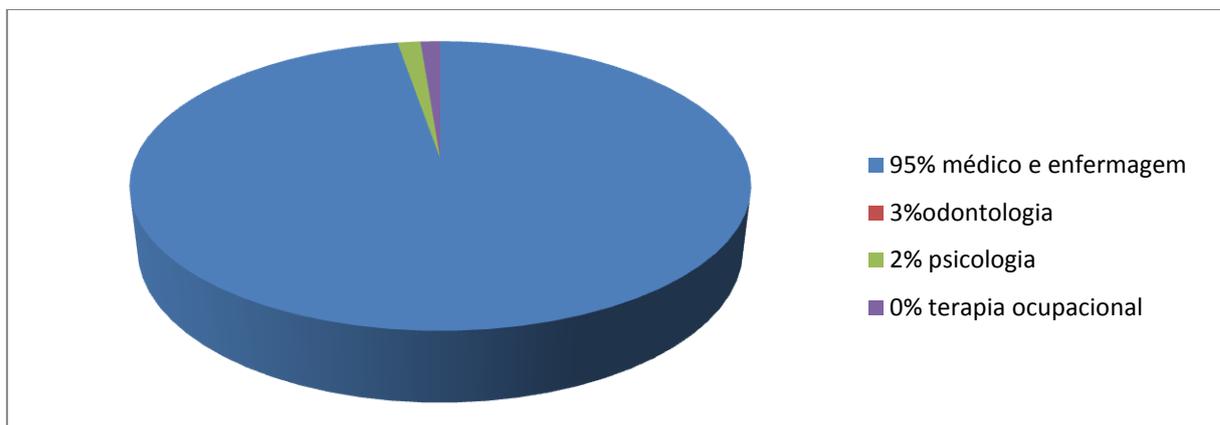
Ao se observar o número dos procedimentos de saúde realizados nos anos de 2008 e 2009 (Gráficos 2 e 3) nas casas penais do Pará, verifica-se que a maioria é da área médica e de enfermagem:

Gráfico 2 - Apresentação do percentual dos procedimentos de saúde realizados nos presídios paraenses em 2008.



Fonte: Relatório 2009/ Núcleo de Saúde Penitenciária – NSP. SUSIPE-PA (2009).

Gráfico 3 - Apresentação do percentual dos procedimentos de saúde realizados nos presídios paraenses, em 2009.



Fonte: Relatório 2008/ Núcleo de Saúde Penitenciária – NSP. SUSIPE/PA (2009).

Conforme observados nos Gráficos 2 e 3, os maiores números de atendimento nas penitenciárias do Pará são para a área médica e de enfermagem, isso devido à demanda ser maior para estas duas áreas profissionais. No entanto, o gasto público no sistema penitenciário paraense não cogita um aumento no quadro de médicos e enfermeiras. Os maiores investimentos financeiros não priorizam a saúde dos internos, mas sim em equipamentos de segurança dos presídios, entre outros, demonstrados no Quadro 7:

Quadro 7 - Identificação dos equipamentos adquiridos e incorporados pelo sistema penitenciário do Estado do Pará.

	R\$ Gasto	Percentual
Equipamento de Segurança	48.389,00	5%
Equipamento de Comunicação	32.400,00	3%
Equipamento de Informática	238.434,80	23%
Equipamento Hospitalar	11.244,34	1%
Equipamentos Diversos	704.243,35	68%
Total	1.034.702,14	100%

Fonte: Relatório 2009. Núcleo de Apoio Logístico – NAL. SUSIPE/PA (2009).

A disparidade entre os recursos investidos no sistema penal paraense é nítida quando visualizados os dados do quadro referente ao ano de 2008. Observa-se no Quadro 7 que a compra de equipamentos para a área hospitalar foi destinado

somente 1% do valor total de R\$ 1.034.702,14 (mais de um milhão de reais), em contrapartida, para equipamentos de informática foram gastos mais de 200 (duzentos) mil reais.

Referente a “equipamentos diversos” (Quadro 7), não há especificação que discrimine o que foi adquirido para o sistema penitenciário e, o mais importante, o valor referente a essa aquisição soma, praticamente, 70% do total do valor investido, ou seja, mais de R\$ 700.000,00 (setecentos mil reais) sem especificação.

Outra informação que mostra o ínfimo investimento em saúde penitenciária é o número significativo de consultas médicas agendadas, porém, não garantidas pelas casas penais (Quadro 8).

Quadro 8 - Identificação do número de consultas externas realizadas nos presídios do estado do Pará

	2007	2008
Consultas marcadas	2.787	882
Consultas realizadas	1.645	557
Consultas não realizadas	1.142	325

Fonte: Relatório 2008/2009. Núcleo de Saúde Penitenciária – NSP. SUSIPE/PA (2009).

Do total de consultas marcadas no ano de 2007, somente 59% foram realizadas, com efeito, no ano de 2008, esse percentual aumentou para 63%, porém, ainda pode ser considerado baixo, haja vista que 37% deixaram de ser realizadas. De acordo com a pesquisa de campo realizada no Presídio Estadual Metropolitano I, o principal fator que leva a não realização das consultas, segundo depoimento dos técnicos e da direção da casa penal, é a carência de transporte adequado para o deslocamento dos internos, o que reforça a ideia da não priorização da saúde prisional.

Esta realidade pode ser constatada nas falas dos internos, pois um destes, no momento da pesquisa, destacou que a sua condição de saúde foi agravada pelo fato de estar encarcerado: “se eu tivesse ‘lá fora’, podia cuidar da minha saúde” (ENTREV. INTERNO I, 2011).

Verifica-se ainda, uma considerável diminuição na marcação de consultas externas, quando comparado o número de consultas adequadas e realizadas em

2007 e no ano de 2008, essa diminuição também é notada com relação à realização de perícias psiquiátricas, conforme pode ser constatado no Quadro 9.

Quadro 9 - Identificação do número de perícias psiquiátricas realizadas nos presídios do Estado do Pará.

	2008	2009
Perícias Psiquiátricas	50	30

Fonte: Relatório 2008/2009. Núcleo de Saúde Penitenciária – NSP. SUSIPE/PA (2009).

Observa-se no Quadro 9 que entre os anos de 2008 e 2009 há uma diminuição na quantidade de perícias psiquiátricas realizadas em todo o estado, de 50 para 30 perícias. Essa redução pode ser compreendida por fatores de diferentes ordens, como por exemplo: reduzido número de médicos com essa especialidade, não priorização do tratamento de pessoas com algum tipo de transtorno psiquiátrico dentro das instituições penais e, ainda, pela falta de recursos materiais e estruturais para garantir esse atendimento diante da suposta necessidade e urgência de outras situações de saúde consideradas prioritárias, embora, mesmo que haja uma demanda expressiva para esse tipo de atendimento, pois a maioria das doenças notificadas nos presídios do Pará são relacionadas a essa enfermidade.

Uma das maiores incidências de doenças notificadas nos presídios paraenses são as doenças mentais. Para esse tipo de atendimento, é necessário destacar que o estado dispõe de 1 (um) hospital de custódia e tratamento psiquiátrico¹⁰. As informações obtidas a respeito dessa instituição é que a entrada de pacientes na mesma não é facilitada, ou seja, somente são aceitos para internação aqueles que representam real ameaça a sua vida ou a de outros internos. Isso está de acordo com a Lei de Execução Penal de 1984, Art. 108.

Assim como as doenças mentais, as doenças mais presentes entre presidiários do estado são: hipertensão e tuberculose (ver Quadro 10). Deve-se considerar que o tratamento adequado de grande parte dessas doenças é feito através da administração de medicamentos, de maneira regular. Dessa forma, a

¹⁰ Registra-se que durante a realização da pesquisa no PEM I, não foi disponibilizada qualquer informação, seja documental ou através da verbalização a respeito desta instituição.

atuação médica deve ser precisa e assídua, assim como, as condições sanitárias do ambiente que o paciente se encontra devem ser minimamente satisfatórias.

Contudo, o atendimento à saúde nas penitenciárias do estado encontra-se tão sucateado quanto às próprias prisões. As condições de vida e saúde dos internos não são priorizadas pelas ações do Estado, fato esse gerador de insalubridade e, sucateamento das prisões, tendo como consequência as doenças na prisão.

Quadro 10 - Doenças notificadas que acometeram os presos nos presídios do Estado do Pará nos anos de 2008 e 2009.

	2008	2009
Doenças mentais¹¹	213	189
Hipertensão	158	199
Tuberculose	56	71
Diabetes	58	36
HIV	38	51
Hanseníase	39	37
DST	6	41
Câncer	-	3

Fonte: Relatório 2008/2009. Núcleo de Saúde Penitenciária – NSP

Ao analisar o número de doenças no âmbito prisional (Quadro 10) e o sucateamento das prisões, é possível refletir sobre o motivo que leva o poder público a investir em determinados setores públicos em detrimento de outros, conforme apresentado acima no Quadro 7.

Diante desta realidade, percebe-se que a efetividade de políticas no sistema penitenciário brasileiro enfrenta problemas na gestão institucional e repasses de recursos públicos. Nesse sentido, concorda-se com Arretche (1999) quando aponta que o Estado Federativo Brasileiro é caracterizado por expressivas desigualdades estruturais de natureza econômica, social, política e de capacidade administrativa de

¹¹ Por doença mental entende-se todo tipo de enfermidade na qual o paciente tenha que tomar algum tipo de medicação controlada (Relatório 2008/2009. Núcleo de Saúde Penitenciária – NSP)

seus governos. Isso pode comprometer a execução política qualitativa de programas públicos.

Devido às desigualdades políticas e ao modo de gestão diversificado, estados e municípios adquirem novas prerrogativas fiscais e políticas, com isso, passam a assumir suas competências de gestão de acordo com suas próprias definições ou prioridades. O que provoca contradições, fragmentações de ações políticas desenvolvidas nos níveis de governo.

3.2 SISTEMA PENITENCIÁRIO PARAENSE: O PRESÍDIO ESTADUAL METROPOLITANO I

O presídio Estadual Metropolitano I, comumente chamado de PEM I localiza-se no complexo penitenciário de Marituba, município que faz parte da RMB, capital do estado do Pará. Nesse complexo, encontram-se mais 2 (dois) presídios, o presídio Estadual Metropolitano II e III. Apesar de fazerem parte da mesma área, os 3 (três) presídios são independentes e possuem administração e funcionamento próprios.

3.2.1. Os Internos do Presídio Estadual Metropolitano I

O presídio (Figura 1) PEM I Marituba, onde foi realizada a pesquisa, que subsidiou este estudo, foi construído como uma alternativa para substituir o antigo presídio São José, localizado no bairro do Jurunas, em Belém-Pará.

Figura 1 - Entrada do Presídio Estadual Metropolitano I – PEM I/ Marituba/PA



Fonte: produção da autora (2011) para a realização deste estudo.

A inauguração ocorreu no ano de 2000 em função da superlotação das cadeias no referido estado. O PEM I foi projetado, inicialmente, para suportar 280 (duzentos e oitenta) internos, entretanto, devido ao significativo crescimento da população carcerária, foi construído um “anexo” em sua instalação e a sua capacidade foi estendida para 404 (quatrocentos e quatro) detentos. Porém, até 2011 esse presídio tinha uma população de 619 (seiscentos e dezenove) internos, ou seja, 215 (duzentos) internos além da sua capacidade instalada. O Quadro 11 mostra o número de vagas no PEM I nos últimos anos e destaca o quantitativo de internos que superlotam o presídio, ou seja, o déficit de vagas existente no mesmo.

Quadro 11 - Número de vagas no Presídio Estadual Metropolitano I

	2009	2011
Número de vagas	404	404
Número de presos	594	619
Déficit de vagas	190	215

Fonte: Relatório 2009/ Núcleo de Administração Penitenciária – NAP e Pesquisa de campo realizada no Presídio Estadual Metropolitano I.

Os dados contidos no Quadro 11 indicam a evolução da população carcerária paraense, nota-se que o número de internos custodiados pelo estado aumenta, em

detrimento da criação de novas vagas nos presídios. Esse fato revela a dimensão do problema do sistema penitenciário como um todo:

A lotação além da capacidade das prisões tem sido um dos mais permanentes focos de críticas às prisões, e que tem também contribuído para a dificuldade na assistência aos presos em função mesmo do pequeno número de profissionais para cada casa penal (CAVALCANTE JÚNIOR, 2004, p. 15).

A estrutura física do presídio mencionado consta com 6 (seis) blocos com 24 (vinte e quatro) celas cada, totalizando 144 (cento e quarenta e quatro) celas nos blocos; cada uma tem capacidade para 2 (dois) internos. As celas de enfermaria, as celas especiais¹² e as de isolamento¹³ fazem parte da estrutura dos blocos. O presídio consta também com um anexo, no qual foi instalada uma estrutura denominada “containers” ou “gaiola” (Figura 2), feito de material metálico e, por isso, é muito criticada pelos movimentos de defesa dos direitos humanos, devido não ser adequada ao clima da Região Amazônica, além de não proporcionar as mínimas condições de habitabilidade para o interno.

Figura 2 - Celas “containers” do PEM I vistas de cima.



Fonte: Produzido pela autora (2011) para a realização deste estudo.

¹² Observou-se na pesquisa de campo que as celas especiais são aquelas destinadas aos presos com nível superior.

¹³ Identificou-se, por meio da pesquisa de campo, que as celas de isolamento são aquelas em que o preso vai quando é punido dentro da casa penal.

O uso de celas containers no PEM I mostra o não cumprimento ao direito de integridade física e moral dos encarcerados. Segundo o Art. 40 da Lei de Execução Penal Nº 7.210/1984 “impõe-se a todas as autoridades o respeito à integridade física e moral dos condenados e dos presos provisórios” (BRASIL, 1984). O Art. 64 desta legislação aponta que entre as competências do CNPCP, no exercício de suas atividades tanto no âmbito federal quanto no estadual, estão a de:

VIII - inspecionar e fiscalizar os estabelecimentos penais, bem assim informar-se, mediante relatórios do Conselho Penitenciário, requisições, visitas ou outros meios, acerca do desenvolvimento da execução penal nos Estados, Territórios e Distrito Federal, propondo às autoridades dela incumbida as medidas necessárias ao seu aprimoramento (BRASIL, 1984).

Conforme pode ser observado na Figura 3, o CNJ já realizou inspeções nas penitenciárias do Pará e no PEM I. Este órgão de justiça condenou a utilização de containers pelo sistema prisional paraense, especificamente, em outubro de 2010, inclusive, estes espaços insalubres e superlotados já foram alvo de ação judicial em 2009 (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2010).

Figura 3 - Inspeção nas penitenciárias paraenses pelo Conselho de Justiça.



Fonte: Conselho Nacional de Justiça (2010)

Diante desta situação, o Ministério Público Estadual moveu uma ação contra o Estado no ano de 2009, solicitando a imediata interdição das celas – “containers” – no Centro de Recuperação Feminino (CRF). Segundo a SUSIPE (2010), este modelo carcerário, adotado no Pará desde 2005, é totalmente inapropriado, portanto, as unidades existentes serão desativadas conforme as novas unidades são construídas. A perspectiva era de que em 2011 as cadeias paraenses não tivessem mais esse tipo de encarceramento, fato este não garantido na referida penitenciária.

As quatro unidades prisionais do Pará, localizadas na RMB que foram visitadas pela comitiva do CNJ, em 2010, incluindo o PEM I, estavam irregulares, pois, foram constatadas situações de insalubridade, mau cheiro, calor e sujeira; também foram detectados outros problemas como: excesso de presos provisórios que somam quase 70% da população carcerária. Esse excesso de presos está acima da média nacional, que é de 40%; já a média internacional é de pouco mais de 20%. A recomendação do CNJ à justiça estadual foi de aperfeiçoamento do sistema de acompanhamento dos processos, por suspeita-se que muitos estão detidos indevidamente (MJ/CNJ, 2010).

O perfil dos internos do PEM I em relação à faixa etária é similar ao obtido nos documentos oficiais do governo do Pará, isto é, a maioria dos internos que cometem crimes e são punidos com a prisão são também os que têm entre 18 (dezoito) e 29 (vinte e nove) anos, representando mais de 55% do total de

Quadro 12 - Apresentação da faixa etária dos internos do PEM I, no ano de 2010.

	Quantidade de presos	Percentual
18 a 24 anos	82	26%
25 a 29 anos	100	30%
30 a 34anos	60	18%
35 a 45 anos	53	16%
46 a 60 anos	21	7%
Mais de 60 anos	4	1%
Não informado	7	2%
Total da população pesquisada	327 ¹⁴	

Fonte: Elaboração da autora. Pesquisa de campo realizada no Presídio Estadual Metropolitano I.

¹⁴ Essa amostra corresponde a um total de 53% da população carcerária deste presídio.

Uma vez constatada a similaridade dos dados de faixa etária dos internos do PEM I com os internos de todo o estado, pode-se afirmar que esta situação se repete em relação ao nível de escolaridade dos internos. O Quadro 13 é ilustrado neste aspecto:

Quadro 13 - Identificação do nível de escolaridade dos internos do PEM I, no ano de 2010.

Ano	2010
Ensino fundamental	82%
Ensino médio	10%
Analfabetos	3%
Não soube responder	4%
Ensino superior	1%

Fonte: Elaboração da autora. Baseado nos dados do PEM I (2010).

Registra-se que em 2010, o PEM I tinha 619 (seiscentos e dezenove) internos, dos quais a instituição possuía somente o levantamento da situação de 327 (trezentos e vinte e sete) presos, o que representa 53% de sua população carcerária, portanto, a estatística dos Quadros 13 e 14 consideram o total de 327 (trezentos e vinte e sete) internos. Constatou-se, igualmente, que a maioria dos internos não possui nível escolar elevado. Os dados (Quadro 13) mostram que 82% destes possuem somente o nível fundamental de ensino, ressalta que essa estimativa não se refere somente aos que concluíram essa etapa de ensino, mas também aos que chegaram, minimamente, ao primeiro ano do ensino fundamental, ou mesmo, os que são ao menos alfabetizados.

Da mesma forma, os dados se cruzam e se repetem quanto ao tipo de crime cometido, visto que, o artigo de condenação dos internos, na maioria dos casos, é o roubo qualificado. Porém, é comum que a autuação se baseie em mais de um artigo penal, por isso, de acordo com o Quadro 14, há a intercorrência de vários artigos para o mesmo detento.

Quadro 14 - Identificação da tipificação dos crimes cometidos pelos internos do PEM I

Artigo	Quantidade de internos
--------	------------------------

Roubo qualificado	Art. 157	405
Tráfico	Art. 33	77
Homicídio qualificado	Art. 121	71
Porte ilegal de armas	Art. 14	60
Furto qualificado	Art. 155	28
Total da população pesquisada		327

Fonte: Elaboração da autora. Baseado nos dados do PEM I (2010).

Os crimes mais comuns de internos do PEM I, demonstrado no Quadro 14, são o de roubo qualificado, seguido pelo tráfico e homicídio qualificado. Conforme foi mostrado no capítulo anterior, no sistema penitenciário não importa o tipo de crime cometido, todos os detentos devem ter os direitos humanos fundamentais garantidos para o exercício de sua cidadania, principalmente o de gozar de saúde física e mental, e o acesso à saúde tanto preventiva quanto curativa (BRASIL, 2004; BRASIL, 2003; BRASIL, 2007; BRASIL, 1984; BRASIL, 1988). Portanto, o PEM I deve contar com uma estrutura mínima que atenda aos direitos e deveres dos encarcerados, principalmente no que corresponde à saúde.

3.2.2 PEM I: O hospital do sistema penal paraense

O Presídio Estadual Metropolitano I é conhecido como o Hospital do Sistema Penal paraense, essa referência se deve ao fato deste presídio contar com uma estrutura física de celas de enfermaria e um espaço específico destinado ao atendimento à saúde dos internos 4 (quatro) celas são destinadas aos internos com algum tipo de enfermidade, as quais são arejadas, espaçosas e com uma estrutura minimamente satisfatória para acolher aos presos doentes. Porém, essas celas não são habitadas somente por estes, muitos dos que moram nas celas da enfermaria são os chamados “presos de segurança”, isto é, aqueles que não podem ficar nos blocos, pois eles são ameaçados de morte, representando, dessa forma, riscos para a segurança do presídio como um todo.

O espaço destinado ao atendimento à saúde dos internos atende alguns dos requisitos básicos referentes à padronização física das unidades de saúde nos

estabelecimentos penais, conforme o PNSSP, como mostra o Anexo “A”. Devido essa padronização física, o PEM I é conhecido como o Hospital do Sistema Penal paraense.

Quando um interno encontra-se doente ou precisando de tratamento e cuidados de saúde as demais casas penais do estado o encaminham para este presídio, visto que, neste espaço, o presidiário, supostamente, terá um atendimento específico e diferenciado à sua saúde.

Contudo, existem muitos obstáculos para o funcionamento eficiente do serviço de saúde no Presídio Estadual Metropolitano I, dentre os quais, já se destacou ao longo desta pesquisa: a priorização dos investimentos em equipamentos de segurança da cadeia em detrimento do investimento no setor de saúde; a carência de recursos de materiais para a saúde – a listagem de materiais necessários está descrita no Anexo B.

No entanto, as casas penais trabalham com recursos limitados, a exemplo no PEM I, como se percebe nas falas dos internos entrevistados e no decorrer do trabalho: o restrito número de profissionais da área de saúde atuando no presídio diante da expressiva e crescente demanda; a demora para a marcação de consultas e exames no SUS; a falta de transporte adequado para traslado dos internos para a realização das consultas e exames.

Para evidenciar alguns desses problemas encontrados para o atendimento à saúde dos internos no referido hospital mostra-se, no Quadro 15, a equipe de profissionais da área da saúde atuantes no PEM I.

Quadro 15 - Quantitativo de profissionais que trabalham no setor de saúde no PEM I

Profissionais	Quantitativo
Técnico de Enfermagem	8
Enfermeiro	1
Médico	1
Odontólogo	-
Psicólogo	3
Terapeuta Ocupacional	-
Nutricionista	2

Fonte: Pesquisa de campo realizada no Presídio Estadual Metropolitano I, no ano de 2010.

Visualiza-se no Quadro 15 que existem mais técnicos de enfermagem no quadro de profissionais de saúde do PEM I. Isso devido às maiores demandas espontâneas nesta penitenciária serem para curativo, conforme o relatório de gestão da SUSIPE (2009).

Observa-se que existe uma demanda de 619 (seiscentos e dezenove) internos para atendimento a saúde no referido hospital, que são, esporadicamente, enviados de outras casas penais, em especial do PEM II e III devido à proximidade do local. Isso sobrecarrega o atendimento no PEM I, ou seja, a demanda interna do PEM I fica sem um serviço qualitativo, a exemplo de atendimento médico.

Diariamente, é realizado no PEM I uma faixa de 30 (trinta) a 40 (quarenta) atendimentos, dentre os quais se destacam os curativos e a administração de medicamentos. Os 8 (oito) técnicos de enfermagem, em regime de revezamento de escala, são os responsáveis pelo atendimento inicial dos presos. Quando há a necessidade, a enfermeira é solicitada a atender o interno, e de acordo com a sua avaliação, o interno é encaminhado ao atendimento com o médico do presídio.

O setor de enfermagem é responsável também pela organização de algumas documentações dos internos, articulação com a rede SUS para encaminhamentos, consultas, exames, internações e cirurgias; além da redação dos relatórios de atendimento, ou seja, cabe a enfermeira a parte burocrática do serviço.

O atendimento médico ocorre somente duas vezes por semana, as terças e as sextas-feiras, pois este profissional que também é responsável pelo serviço de saúde de outras casas penais do estado. Em média são realizadas 12 (doze) consultas diárias, totalizando cerca de 100 (cem) consultas mensais.

Aos internos que necessitam de administração regular de medicamentos, como nos casos, por exemplo, de: tuberculose, hanseníase, vírus HIV, ou medicação controlada, é garantido pela Secretaria de Estado de Saúde Pública – SESPA, pois, a SUSIPE não o faz devido não possuir verba específica para a saúde. As medicações que esta superintendência fornece são apenas para os pacientes de hipertensão e diabetes.

Segundo a enfermeira do PEM I, dentre as diversas dificuldades encontradas para garantir o atendimento regular aos internos, direito à saúde, os encaminhamentos para a rede do SUS se destacam, pois, além de contar com uma

estrutura precária de hospitais, o Estado possui uma limitada disponibilidade de vagas/serviços oferecidos aos doentes custodiados pela SUSIPE. “A dificuldade em conseguir garantir a marcação de uma consulta, a realização de exames, em garantir um leito para internação e para a realização de uma cirurgia são enormes quando os pacientes são presidiários” (INFORMAÇÃO VERBAL, 2011).

A falta de documentação dos internos também é outro grave e constante problema, visto que, os hospitais se recusam a atender, operar e tratar o interno que não possui documentação. Nesses casos, cabe ao setor de Assistência Social, a DAI, fazer contato com a família do preso para conseguir a documentação e, assim, garantir o atendimento. Além disso, a grande rotatividade dos presos nos presídios faz com que a sua documentação pessoal e prontuários médicos sejam extraviados.

Os encaminhamentos para a rede SUS ocorrem, em geral, para os seguintes hospitais do estado: atendimento de Urgência - Hospital Regional Metropolitano de Belém; Trauma de urgência e cirurgia - Clínica Maradei e Hospital Regional Metropolitano de Belém; Consultas especializadas - UREs (Unidade de Referência Especializada); Internação - Pronto Socorro Municipal de Belém e Hospital Regional Metropolitano de Belém.

Além do atendimento médico, o serviço de odontologia também é realizado no Presídio Estadual Metropolitano II – PEM II, o qual foi projetado para atender os internos dos três presídios, entretanto, a demanda sempre é superior aos atendimentos realizados pelos odontólogos.

A realidade de saúde do PEM I é contraditória, ao passo que existe uma estrutura mínima de atendimento em saúde para os encarcerados, esta penitenciária possui instalações sanitárias precárias, a insalubridade nas celas também contribui para a proliferação de doenças. O Quadro 16 demonstra as doenças que mais acometem os internos do PEM I:

Quadro 16 - Doenças notificadas no PEM I – Marituba/Pará.

	Quantidade de internos
Traumas comuns	66
Hipertensão	16
Doenças mentais	13

Tuberculose	9
HIV	8
Pacientes de colostomia¹⁵	6
Leptospirose	5
Diabetes	4
Hanseníase	3
Câncer	2

Fonte: Elaborado pela autora. Pesquisa de campo realizada no Presídio Estadual Metropolitano - Marituba/PA. Dados internos (2011).

É importante mencionar que a rotatividade de internos nos presídios é constante e a notificação dessas doenças (Quadro 16) ocorreu no mês de junho de 2011; porém, esses números, provavelmente, podem ter sido alterados. Existe uma especificidade com relação à notificação das doenças com os internos do PEM quando comparadas as doenças notificadas em todos os presídios no estado do Pará nos anos de 2008 e 2009.

Há uma grande incidência de pacientes com trauma. Segundo a enfermeira do presídio, essa enfermidade diz respeito a traumas físicos sofridos pelos internos, como por exemplo: fraturas expostas, pacientes com fixador externo, comumente conhecido por “antena” e vítimas de ferimentos por armas de fogo. Esses pacientes necessitam de um maior acompanhamento e cuidado por parte da equipe de saúde (INFORMAÇÃO VERBAL, 2011).

Pacientes que utilizam bolsa de colostomia também, frequentemente, são enviados para o PEM I, pois precisam de cuidados constantes com as vítimas que convivem com essa enfermidade. As demais doenças são comuns aos outros presídios do estado. Toda essa demanda de pacientes que necessitam de cuidados médicos especiais e constantes é encaminhada para o PEM devido à intenção de este presídio ser o hospital do sistema penitenciário.

Outra doença de incidência diferenciada neste presídio são os casos constatados de leptospirose, a qual pode estar associada às precárias instalações e condições de higiene das celas, pois a presença de ratos é constante, causando a

¹⁵ Trata-se de um procedimento cirúrgico onde se faz uma abertura no abdome para a drenagem fecal (fezes) provenientes do intestino grosso, é causado geralmente por armas de fogo na região abdômen.

incidência desta doença. Este fato revela a não garantia da saúde enquanto um dos direitos humanos da população carcerária no presídio estudado, isto é, viola o artigo XXV da **Declaração Universal dos Direitos Humanos** de 1948, a saber:

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

As informações acima referidas revelam a falsa ideia de que o PEM I é o hospital do sistema, engano confirmado diante do inexpressivo número de profissionais da área da saúde atuando neste: somente 8 (oito) técnicos de enfermagem, 1 (um) enfermeiro e 1 (um) médico, responsáveis por uma grande demanda de pacientes necessitando de atendimento médico de urgência e ambulatorial. Relacionado à análise e entendimento dos dados até aqui visualizados, destaca-se que a efetivação dos direitos dos internos, direitos à sua saúde, não são colocados como prioridade.

3.2.3 O atendimento à saúde no PEM I: um olhar dos internos

Para aprofundar o conhecimento sobre o atendimento à saúde dos internos, a fase final da pesquisa realizada no Presídio Estadual Metropolitano I ocorreu por meio da aplicação de questionários (Anexo D), de modo aleatório, a dois internos que passavam por tratamento de saúde. Optou-se pela análise de situação dos dois internos devido ao fato da dificuldade de acesso aos mesmos, particularmente aos que estão realizando tratamento de saúde. Esta fase da pesquisa contribuiu para a análise sobre a política de saúde do SUS direcionada aos usuários que se encontram em situação de encarceramento, especificamente no PEM I.

O primeiro interno a ser analisado, metodologicamente chamado aqui de Senhor “X”, é portador do vírus da Aids e, por isso, necessita de constantes visitas ao médico especialista, acompanhamento frequente de sua saúde, assim como, uma regular administração de medicamentos. O segundo interno, o Senhor “Y”,

enfrenta problemas relacionados à depressão, ele é paciente que fez tratamento com psiquiatra e faz uso de medicação controlada.

Os relatos sobre a vida desses dois internos foram analisados, para que se possa compreender, a partir da percepção deles, como se dá o atendimento a saúde dentro das instituições penais e de que forma as políticas de saúde e segurança pública asseguram ou não o atendimento na referida penitenciária.

O Senhor “X”, 33 anos de idade, residente no bairro da Sacramento, localizado no município de Belém, estudou até a 8ª série do ensino fundamental. Na concepção dele “frequentar a escola é perda de tempo”. Antes de ser condenado trabalhava com marcenaria; atualmente, na prisão, ele mantém sua ocupação, exercendo a atividade de “destopador”. Segundo ele é a profissão que trabalha com a produção de vassouras.

A família do mesmo é desestruturada; a sua mãe faleceu há três anos e o seu pai é desconhecido. O interno tem um filho de oito anos, porém, pelo fato da mãe da criança recriminar sua condição de presidiário, ele não tem contato com o mesmo, e segundo ele, não faz questão em estabelecer esse vínculo. Possui um irmão materno, porém também não tem contato com ele, pois o mesmo reside com o pai. Quando ele cumprir a sua pena, pretende residir, inicialmente, com sua avó materna, aparentemente a única referência sólida de família presente.

O interno foi condenado pelo artigo mais comum nas estatísticas oficiais do governo do estado, roubo qualificado, descrito no artigo 157 do Código Penal brasileiro. Segundo ele, desde os 23 anos ele se inseriu no mundo do crime, já passou por diversas cadeias do estado e há 6 (seis) anos está custodiado no PEM I.

A visível experiência com o sistema penitenciário vivida pelo “Senhor X” é verificada em sua fala: “Justiça é igual a teia de aranha, os insetos pequenos ficam presos, os grandes saem” (INFORMAÇÃO VERBAL, 2011).

Percebe-se a violação de direitos no PEM I. O exemplo do discurso de internos mostra que nos presídios são realizadas ações paliativas frente à questão da saúde, a segurança é falha, falta incentivos para a educação escolar, já que muitos não sabem a importância da mesma.

O Senhor “X” descreveu a rotina penitenciária:

Às cinco da manhã os internos que trabalham têm que estar acordados, tomar banho e esperar a primeira refeição do dia ser servida, café com leite e pão.

Ele destaca que o leite é uma “mordomia” e que faz pouco tempo que a casa penal o serve aos internos.

Os internos que não trabalham são soltos de suas celas e podem transitar em uma área restrita do bloco que residem, podendo aproveitar esse momento para tomar banho de sol nos dias e horários determinados. Os presos que trabalham iniciam suas atividades às oito da manhã e ao meio dia param para a distribuição do almoço: feijão, arroz ou macarrão, carne ou frango ou peixe constituem o cardápio oferecido pela casa penal, semanalmente.

Ele diz que, comparado a outras cadeias, a alimentação servida no PEM I é boa. Porém, ele afirma que, raramente, come a comida oferecida aos internos, pois recebe alimentação variada de visitas e cozinha seu próprio alimento junto com os demais companheiros de cela. Essa prática é comum entre os internos, pois algumas celas são equipadas com fogão e utensílios domésticos. Às 13:00 horas, é preciso retornar as atividades de trabalho, que encerram volta das 15:00 horas, quando se inicia o processo de “tranca”, ou seja, quando todos os internos da cadeia são novamente trancados em suas celas, saindo somente no dia seguinte pela manhã. Por volta das 16:00 horas é servida a última refeição do dia, o jantar.

O Senhor “X” divide uma cela com cinco internos, porém, por morar no anexo, as acomodações são maiores do que a dos blocos, que somente tem capacidade para dois internos por cela. Segundo ele, as celas não são desconfortáveis, porém, a presença de ratos e baratas, o forte calor, devido ao material da cela ser metálico – “containers” – faz com que “aquele lugar seja quase um inferno” (ENTREV. INTERNO I, 2011).

O “Senhor X” é um dos poucos internos que tem a oportunidade de trabalhar na casa penal, para ele trabalhar é melhor do que uma terapia, pois além de fazer com que o tempo passe mais depressa, a remissão de pena pelos dias trabalhados é um incentivo para “não ficar doido”. Ele ainda destaca que:

Trabalhar ajuda na terapia ocupacional da mente, em termos de ocupar a mente pra loucura. É uma perda de tempo preso tá preso, preso tinha era que tá trabalhando, será que só eu vejo isso? (ENTREV. INTERNO I, 2011).

Em se tratando do tipo de relação estabelecido entre os internos da penitenciária, o referido senhor ressalta que é difícil se relacionar bem na cadeia, pois a maioria da população faz uso de substâncias entorpecentes e, por esse motivo vive sob constante efeito das drogas. Dessa forma, não há como se ter um diálogo tranquilo, ele destaca que “isso aqui é uma bomba relógio, pode explodir a qualquer momento” (ENTREV. INTERNO I, 2011).

Quando lhe foi perguntado sobre a estrutura física da cadeia, ele diz que as condições de vida nos presídios são péssimas, apesar de que os profissionais como assistentes sociais e psicólogos tentarem “ajudá-los” com apoio e alguns benefícios, mas a falta de estrutura não permite a realização de um trabalho eficaz.

Com relação às condições sanitárias das celas, ele destaca que não há união entre os internos para que a cela fique sempre limpa, e não há meios de chamar a atenção de um interno que não está cumprindo com o seu dever de manter o ambiente limpo, pois “se eu for cobrar arrumação do meu companheiro, é capaz de ele querer me dar o troco, e como eu não to afim de confusão pro meu lado, tenho que conviver com a imundice do cara, todo homem é mal, não da pra confiar” (ENTREV. INTERNO I, 2011).

Nesse momento, da entrevista, o Senhor “X” mencionou uma passagem da Bíblia e diz que “acredita em um Deus que não gosta de sujeira no vaso” (ENTREV. INTERNO I, 2011). Deuteronômios 23, versículo 9 ao 15:

Quando o exército sair contra os teus inimigos, então te guardarás de toda a coisa má. Quando entre ti houver alguém que, por algum acidente noturno, não o estiver limpo, sairá fora do arraial; não entrará no meio dele. Porém será que, declinando a tarde, se lavará em água; e, em se pondo o sol, entrará no meio do arraial. Também terás um lugar fora do arraial, para onde sairás. E entre as tuas armas terás uma pá; e será que, quando estiveres assentado, fora, então com ela cavarás e, virando-te, cobrirás o que defecaste. Porquanto o SENHOR teu Deus anda no meio de teu arraial, para te livrar, e entregar a ti os teus inimigos; pelo que o teu arraial será santo, para que ele não veja coisa feia em ti, e se aparte de ti. Não entregarás a seu senhor o servo que, tendo fugido dele, se acolher a ti (BÍBLIA SAGRADA).

Conforme relato anterior, “Senhor X” é um paciente que contém o vírus da AIDS diagnosticado há três anos. Esse fato requer uma série de cuidados essenciais para a proteção de seu organismo. Entretanto, quando lhe foi perguntado sobre o

atendimento a sua saúde, em tom de desestímulo, ele disse que perdeu as contas de quantas vezes solicitou atendimento médico e não foi atendido que precisa fazer exames regularmente e que não o faz; a medicação lhe é fornecida, porém com constantes atrasos. Ele acrescentou que perdeu bastante peso nos últimos anos, porém, segundo ele, “o setor de saúde da casa penal não faz nada”.

O “Senhor Y” tem 33 (trinta e três) anos, residente do distrito de Icoaraci, pertencente a Belém. Parou os estudos quando ainda cursava a 4º série do ensino fundamental, ainda criança. Trabalhou durante anos como cozinheiro de embarcação de pesca no município de Vigia/ Pará. Está há dois anos sem receber visita íntima, seus pais são falecidos. O mesmo tem um filho de 11 (onze) anos que não o visita, revelou que não convive mais com a mãe da criança. Afirmou que quem vai lhe amparar quando terminar de cumprir a pena é seu irmão mais novo. A condenação foi por latrocínio, sua punição é de 26 (vinte e seis) anos e 10 (dez) meses de reclusão, porém, desses, já cumpriu 4 (quatro) anos e tem mais de 3 (três) anos que reduzirá sua pena com a realização de trabalhos. No Presídio Estadual Metropolitano, ele cumpre pena há 1 (um) ano e 7 (sete) meses e diz estar, minimamente, “acostumado com a política da cadeia” (ENTREV. INTERNO II, 2011).

O “Senhor Y” também reside no anexo do PEM I, nas chamadas celas “containers” (Anexo “C”) e diz que faz o possível para não voltar para o bloco, pois:

[...] no bloco é muita lei, não da pra se acostumar com essas coisas, eu roubei, matei, mas fui educado por duas pessoas que me ensinaram o que é o certo e o que é o errado, se eu fiz isso, fiz sabendo, agora, malandro eu não sou, sou bandido, mas não faço o jogo da malandragem (ENTREV. INTERNO II, 2011).

Atualmente, o referido interno não está trabalhando. Segundo ele, há alguns dias um agente penitenciário encontrou um carregador de celular, afirma que foi um companheiro de cela que deixou o objeto lá, porém, contou que o fato já foi esclarecido e em poucos dias ele voltará a trabalhar, já que pretende diminuir o seu tempo de condenação trabalhando; segundo suas palavras: “é escroto ficar sem trabalhar” (ENTREV. INTERNO II, 2011).

Este interno está exercendo seu direito de reduzir a pena pelo trabalho dentro da penitenciária. A Lei de Execução Penal Nº 7.210, de 11 de Julho de 1984, Art. 126, estabelece que:

O condenado que cumpre a pena em regime fechado ou semi-aberto poderá remir, pelo trabalho, parte do tempo de execução da pena.

§ 1º A contagem do tempo para o fim deste artigo será feita à razão de 1 (um) dia de pena por 3 (três) dias de trabalho.

§ 2º O preso impossibilitado de prosseguir no trabalho, por acidente, continuará a beneficiar-se com a remição.

§ 3º A remição será declarada pelo Juiz da execução, ouvido o Ministério Público (BRASIL, 1984)

O interno pode perder o direito ao trabalho caso seja punido, conforme o Art. 127 da LEP: “o condenado que for punido por falta grave perderá o direito ao tempo remido, começando o novo período a partir da data da infração disciplinar”. Além de que: “o tempo remido será computado para a concessão de livramento condicional e indulto”, Art. 128 da LEP (BRASIL, 1984).

Pode-se considerar que a visão do referido interno a respeito do sistema penitenciário é crítica. Ele assume a sua responsabilidade diante do crime cometido, ao mesmo tempo condena o Estado por não oferecer aos internos boas condições de ressocialização e, ainda, expressa a falta de acolhimento e oportunidade por parte da sociedade com os egressos do sistema penitenciário. Dessa forma, ressalta que:

A cadeia e o estado tão muito avacalhados, quando eu puxei a primeira cana, era tudo separado, ladrão ficava com ladrão, tinha um pavilhão separado pros 121, os Jeck¹⁶ ficava com os Jecks, hoje em dia a malandragem ta toda misturada, companheiro chega aqui ladrão de galinha e sai ladrão de banco, é, é como se diz lá fora, a cadeia é a escola do crime, aqui dentro se aprende mesmo (ENTREV. INTERNO II, 2011).

Quando lhe é perguntado a respeito da estrutura física da cadeia, o interno responde que no “Anexo”, onde ele mora, apesar do forte calor e da infestação por ratos, a estrutura é melhor do que a dos blocos, pois nestes além destes mesmos problemas, as instalações são antigas, a umidade e o odor chegam a ser insuportáveis. Dessa forma, cabe a cada preso tentar manter a higiene de sua cela, pois, além de ser sua responsabilidade, aos internos também é garantido materiais para a limpeza do espaço. Seu relato se parece com o do outro interno, identificado aqui de “Senhor X”, quando o mesmo diz:

¹⁶ Gíria comum na cadeia utilizada para designar pessoa presa pelo crime de estupro.

a gente recebe vassoura, escovão, sabão em pó, a gente só não pode ficar esperando o diretor do presídio vim aqui lavar a nossa cela né? A gente tem que limpar, se eu quero o meu espaço limpo, eu tenho que limpar ora (ENTREV. INTERNO I, 2011).

No que diz respeito à alimentação, o “Senhor Y” diz que nem cachorros gostariam de comer a alimentação oferecida nos presídios, apenas o fariam pelo instinto da fome. Ele ressalta que quando não recebia visitas se via obrigado a “engolir a ração da cadeia” (ENTREV. INTERNO II, 2011), caso contrário, morreria de fome, porém, quando passou a receber visitas a sua alimentação diferenciada pôde ser garantida.

Com relação ao atendimento a sua saúde, o “Senhor Y” expressa que é paciente dos serviços de saúde do cárcere, pois ele sofreu de depressão, mas que até hoje, apesar de ter se tratado e controlado a doença, precisa continuar tomando a medicação, pois caso isso não ocorra, ele sente desânimo e a consequência é a vontade de acabar com a própria vida, como já tentou diversas vezes.

O interno admite que no período em que fez tratamento com o psiquiatra, quando estava recluso no Centro de Recuperação de Americano I (CRA I) se sentiu satisfeito com esse atendimento. Porém, no PEM I, solicitou diversos atendimentos médicos, como oftalmologista e odontologia, mas, o atendimento nessas especialidades não chegou a ser efetuado em nenhuma ocasião.

Ele reclama também de fortes dores devido a um cisto nas costas, entretanto, afirma que o médico do presídio disse que ele somente será operado em caso de emergência. Diante dessa afirmação, o “Senhor Y” ressalta: “Os médicos aqui não se interessam, a gente só ouve: não tem, não tem médico, não tem remédio, não tem nada” (ENTREV. INTERNO II, 2011).

As falas dos internos expressam contradições na efetivação dos serviços públicos de saúde na penitenciária estudada. Com efeito, concorda-se com O’Donnell (1986) quando infere que o Estado democrático de direito revela-se dual. Por um lado, tem-se o Estado Burocrático que garante uma infraestrutura física de equipamentos públicos pagos com orçamentos públicos; por outro lado, tem-se o Estado Legal, mas ausente, pois, a forma de aplicação das legislações formalmente aprovadas é intermitente e diferenciada. Nas prisões, a efetividade de legislações se distorce pelas práticas culturais no seu interior.

As informações obtidas por meio da aplicação dos formulários aos pacientes dos serviços de saúde contribuíram para se aproximar da operacionalização da política de saúde no sistema penitenciário paraense que não possui condições, suporte, corpo técnico e qualificação necessária para garantir ao interno o direito de assistência à sua saúde, o direito de estar preso, com a mínima estrutura sanitária indispensável para se ter qualidade de vida, conforme previsto nos documentos oficiais aqui citados. Além disso, o acesso a saúde é mais que uma medida curativa, é algo imprescindível para que os internos tenham acesso a esporte, sexo seguro, bem estar, alimentação saudável, entre outros.

Percebe-se nas falas destes encarcerados que os direitos humanos, conforme vimos no decorrer do trabalho, estão sendo violados, pois há insalubridade nas celas, falta de ventilação, falta de higiene pessoal, atendimento médico insuficiente e superficial, ociosidade dos internos, entre outros. A saúde e as instalações sanitárias precárias no âmbito prisional são uma realidade enfrentada no sistema prisional brasileiro, sucateado pela máquina pública. Esta reflexão é decorrente do modelo de Estado Brasileiro que adota ideias neoliberais, regime custodial rígido e repressivo (COELHO, 2005). Pois, nas organizações institucionais carcerárias há limites na ressocialização de presos e tratamentos humanitários (CAVALCANTE JUNIOR, 2005; PAIXÃO, 1991).

As atuais iniciativas políticas para a ressocialização dos encarcerados no Brasil contam com o investimento financeiro do Governo Federal. O DEPEN, do Ministério da Justiça, teve como previsão de repasse, no segundo semestre de 2012, o valor de R\$ 4,2 (quarto milhões e duzentos mil) aos estados e ao Distrito Federal para o financiamento a projetos de trabalho e geração de renda; além dos recursos haverá apoio técnico (MJ/DEPEN, 2012). De acordo com a análise de Arruda (2011):

o sistema prisional brasileiro não possui mecanismos que assegurem o objetivo primordial da pena privativa de liberdade, qual seja, a ressocialização do apenado, tendo em vista que a realidade do sistema carcerário encontra-se representada pelo sucateamento da máquina penitenciária, o despreparo e a corrupção dos agentes públicos que lidam com o universo penitenciário, a ausência de saúde pública no sistema prisional, a superpopulação nos presídios, a convivência promíscua entre os reclusos, a ociosidade do detento, o crescimento das facções criminosas dentro das unidades prisionais, dentre outros os efeitos criminógenos ocasionados pelo

cárcere, bem como a omissão do Estado e da sociedade (ARRUDA, 2011, p. 5).

Dessa forma, percebe-se que o financiamento para a execução de políticas, ainda não é satisfatório, pois é necessário um trabalho estatal no sentido de garantir a operacionalização das leis, normas, decretos e portarias que garantem ao internos o direito a uma vida digna, com amparo a suas condições materiais de vida e saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como desafio encontrar respostas para o problema de pesquisa: De que forma ocorre a operacionalização da assistência à saúde no sistema carcerário paraense, em especial aos internos do PEM I – Marituba/PA?

E a partir disso, verificar se os direitos penitenciários relacionados ao atendimento à saúde estão sendo garantidos no referido presídio. Para tal, fez-se necessário compreender a política de segurança pública e a política de saúde no sistema penitenciário no Brasil e no estado do Pará.

Nesse sentido, o contexto sócio-histórico discutido no trabalho mostrou que os problemas relacionados à questão da segurança pública e da saúde são determinados pelas transformações do modo capitalista de produção. O Brasil incorporou as diretrizes do Estado Neoliberal, a exemplo da redução do gasto público e da ação estatal, ou seja, o corte no orçamento de políticas sociais e privatização de serviços.

Constatou-se que, os direitos assistenciais à saúde dos encarcerados no PEM I estão sendo violados, pois, os presos vivem em um ambiente insalubre, enfrentando problemas de superlotação, alimentação imprópria, falta de atendimento médico e de medicamentos, na maioria das vezes; além do precário atendimento pelo SUS.

A pesquisa revelou que a situação do sistema carcerário brasileiro é preocupante. O número de presos se acentua cada vez mais. Por exemplo, o Brasil, atualmente, possui cerca de 512 (quinhentos e doze) mil presos; até o ano de 2010, a população carcerária era de 494.237 (quatrocentos e noventa e quatro mil, duzentos e trinta e sete) pessoas. No Pará, estima-se o número de 10 (dez) mil presos, lotados em 30 (trinta) estabelecimentos penais. O Presídio Estadual Metropolitano I (PEM I) tem em média 600 (seiscentos) internos e dispõe da rede de atendimento do SUS para o atendimento à saúde dos mesmos (INFOPEN, 2010).

Percebeu-se que a realidade brasileira apresenta inúmeras contradições e conflitos nas condições de vida da maioria da população, visto que o quadro de criminalidade no Brasil demonstra um processo de desigualdades sociais, não

garantia plena dos direitos sociais básicos humanos e constitucionais (como saúde, educação, moradia, lazer, trabalho, segurança, proteção à maternidade, à infância e assistência aos desamparados), em muitos casos. Na implementação da política de segurança pública ainda vigora resquícios do autoritarismo, ou seja, ainda predomina o policiamento e repressão; falta investimento público qualitativo no setor social. As ações do Estado frente à segurança pública, na maioria das vezes, têm se caracterizado como paliativas e assistenciais.

Apesar de alguns autores defenderem a ideia de que o aumento da desigualdade e da exclusão social pode levar a predisposição de determinadas pessoas à criminalidade, principalmente os economicamente menos favorecidos, identificou-se que a criminalidade é erroneamente associada à situação de pobreza. Com isso, parte da população marginalizada da sociedade é estigmatizada e a questão da violência e criminalidade é tratada somente com repressão policial. Assim, a ordem democrática mostra-se conturbada e contraditória.

Os dados mostraram também que há um aumento expressivo do número de pessoas que começam a envolver-se no mundo do crime e passam a fazer parte das estatísticas da população carcerária.

O sistema penitenciário brasileiro é um tema de intenso debate na atual conjuntura nacional, pois, instalou-se uma crise interna no mundo do cárcere, que se agrava, não somente pela formação de facções, mas também, pela descrita superlotação nas prisões, culminando com as péssimas condições de habitabilidade, que repercute na qualidade de vida e saúde dos aprisionados. Destacam-se outros aspectos que envolvem diretamente a vida na prisão: o desrespeito aos direitos humanos, a morosidade da justiça e as possibilidades de fugas e rebeliões nos presídios.

Comumente, discute-se a forma ideal de tratamento ao preso, em face de um sistema desigual, desumano, precário, fracassado e cruel que se apresentam como algumas das principais características que refletem diretamente nas condições de vida dos internos.

A realidade do atual sistema penitenciário do estado do Pará é precária, sucateada, insalubre, sem estrutura, com recursos e corpo técnico insuficientes. Isso compromete o atendimento à saúde dos internos, efetuados pelos técnicos, dentre

os quais destacam-se: assistentes sociais, psicólogos, médicos e enfermeiros e a equipe da direção da penitenciária, portanto, não ocorre a realização de um trabalho eficaz ou qualitativo. Da mesma forma, o atendimento à saúde dos internos não é respeitada.

Embora o Brasil seja signatário do Tratado Internacional da ONU para tratamento de prisioneiro, muitas destas assertivas não vêm sendo cumpridas a contento, dentre elas o direito à saúde. O país possui legislações específicas para o tratamento de saúde das pessoas privadas de liberdade assegurando a saúde como um direito de todos e dever do Estado. Além da Constituição Federal de 1988, Lei do SUS e a Lei de Execução Penal (1984), temos o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (2003).

A parceria do Ministério da Justiça com o Ministério da Saúde proporcionou a adoção do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, criado com a finalidade de garantir ações e serviços de saúde no sistema penitenciário, organizados com base nos princípios do SUS: descentralização da gestão, atenção integral e participação da comunidade; associada também aos princípios de universalidade, equidade e intersetorialidade.

Por conseguinte, pode-se constatar que o interno é o principal sujeito que sofre os reflexos das fragilidades e da não priorização de investimentos no sistema penal, principalmente no que diz respeito à área de saúde, dentre os quais, ressalta-se a não garantia de seus direitos enquanto cidadão, um atendimento que não chega a ser minimamente satisfatório, além de péssimas condições de vida, o que acaba por resultar em consequências negativas no que tange a sua saúde.

Os objetivos da política de saúde penitenciária não estão sendo efetivados a contento no PEM I – Marituba/PA, pois, falta estrutura física, técnica e financeira, associada à fragilidade de políticas públicas voltadas a esse público alvo, o que acomoda a continuidade desse quadro e descaso do poder público. Desse modo, pode-se confirmar que as condições de vida que os internos estão submetidos no PEM I estão longe de serem as necessárias a uma vida minimamente digna, cidadã, muito menos de proporcionar uma ressocialização.

A área da saúde, apesar dos avanços da Constituição Federal de 1988, do projeto de reforma sanitária, das legislações específicas, que fundamentam a saúde

como um “direito social e dever do estado”, baseado na perspectiva universalizante, gestão democrática e garantia de direitos, não está sendo garantida ou efetivada qualitativamente.

O referido presídio é visto no estado como o hospital do sistema carcerário, mas apresenta uma estrutura bastante sucateada e precária de celas de enfermaria e consultórios para atendimento médico. Portanto, através dos documentos oficiais e a pesquisa de campo realizada, percebeu-se que essa estrutura, que poderia sim ser uma referência para o atendimento aos internos, é mais facilmente comparada a um depósito de doentes. Diversas enfermidades são notificadas nesse presídio:

- traumas comuns – doenças que necessitam de um constante avaliar médico, devido à gravidade dos ferimentos e fraturas;
- hipertensão e diabetes – que exigem uma administração regular de medicamentos;
- doenças mentais – que deveria ter um espaço físico e estrutura de profissionais diferenciado para lidar com esses pacientes;
- tuberculose – onde o risco de contágio a outros internos é constante e onde o risco de vida ao paciente requer tratamento intensivo e eficiente;
- além de outras doenças, como pacientes de colostomia, AIDS, câncer, hanseníase, leptospirose e outros.

As péssimas condições de habitabilidade no interior das prisões corroboram para o agravamento das condições de saúde dos internos. O atendimento à saúde, a consulta com o médico clínico e com o especialista, encaminhamentos para a realização de exames, cirurgias e internações não ocorrem como previsto nas legislações, fazendo com que o paciente, por ser proveniente do sistema penal, fique refém do sistema também sucateado e precário do SUS.

Diante da realidade sanitária dos presídios paraenses, em especial do Presídio Estadual Metropolitano I, tem-se um paradoxo: a garantia ao direito de assistência à saúde do interno, de caráter integral compreendendo ações preventivas, de cura e de reabilitação/tratamento, envolvendo os atendimentos médico, de enfermagem, odontológico, farmacêutico, de psicologia e de serviço social, em cumprimento aos preceitos legais e éticos, nos termos do artigo 196 da

Constituição Federal, e artigo 41, VII da Lei de Execução Penal e a não execução efetiva desse direito.

Diante do cenário de nítidas desigualdades sociais que o Brasil enfrenta, neste caso, especificamente o estado do Pará, afirma-se que há uma fragilidade no que correspondem às políticas públicas sociais, visto que, impera a necessidade de maiores investimentos no setor social. Dessa forma, áreas como saúde pública e segurança pública, em geral, não conseguem garantir plenamente os direitos dos cidadãos, os economicamente menos favorecidos são o segmento populacional mais prejudicado por esse processo.

As prisões, por sua vez, não cumprem qualitativamente seu papel tanto de proteger a sociedade contra o crime quanto o de ressocialização dos presos. Nesse sentido, conclui-se que a política pública de saúde altera parcialmente a situação de precarização da saúde dos internos no presídio estudado. Temos um Estado de direitos, portanto, são necessários esforços institucionais, técnicos, estruturais e financeiros para garantir, com êxito e justiça social, o direito dos cidadãos, embora estejam em situação de privação de liberdade.

Por fim, pode-se constatar que apesar do presídio estadual PEM I – Marituba/PA ser uma das instituições prisionais de referência local no tratamento de saúde dos encarcerados, este enfrenta dificuldades em garantir o direito qualitativo à saúde. Pois, segundo estudiosos, embora existam garantias legais, não temos a garantia de direitos sociais efetivos (COUTO, 2010). Percebeu-se, da mesma forma que, a precarização do direito à saúde no âmbito prisional não pode ser resolvida somente com a existência de legislações, é preciso mudanças no âmbito institucional.

REFERÊNCIAS

ADORNO, S. A Prisão sob a ótica de seus Protagonistas: Itinerário de uma pesquisa. In: **Tempo Social; Revista de Sociologia da USP**. São Paulo, 1991.

AGUIRRE, C. Cárcere e Sociedade na América Latina, 1800-1940. In: MAIA, C. N. et al. **História das Prisões no Brasil**. Rio de Janeiro: Rocio, 2009.

ARRETCHE, M.T.S. **Políticas sociais no Brasil: descentralização em um estado federativo**. São Paulo: UNESP, 1996. In: **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 14, n. 40, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v14n40/1712.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2010.

ARRUDA, S.N. Sistema carcerário brasileiro: a ineficiência, as mazelas e o descaso presentes nos presídios superlotados e esquecidos pelo poder público. In: **Revista Jurídica**. Ed. 59, 2011. Disponível em: <<http://revistavisaojuridica.uol.com.br/advogados-leis-jurisprudencia/59/artigo213019-4.asp>>. Acesso em: 11 nov. 2012.

BARROS, J. M. de A. Mais uma vez a utilização político ideológica da delinquência. In: **Educação e Sociedade**. Editora Cortez, 1980.

BEHRING, E. R. Fundamentos de política social. In: MOTA, E. et al. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2008.

BELLONI, I. et al. **Metodologia de avaliação em políticas públicas: uma experiência em educação profissional**. 3ª Ed. São Paulo, Cortez, 2003.

BÍBLIA SAGRADA

BRASIL. **Código Penal**. Brasília: Senado Federal, 1940.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. **Decreto nº 6049, de 27 de fevereiro de 2007**. Aprova o Regulamento Penitenciário Federal. Brasília, 2007.

_____. **Lei nº 7210, de 11 de Julho de 1984**. Institui a Lei de Execução Penal(LEP). Brasília, 1984.

_____. Ministério da Justiça. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. **Novo Plano Nacional de Política Penitenciária**. Brasília, 2007.

_____. Ministério da saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. MS/CONASEMS. 3 ed. Brasília-DF, 2009. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 15 nov. 2011.

_____. **Ministério da saúde**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 10 jan.2010.

_____. Ministério da saúde. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**. 1ª ed. Brasília-DF, 2004. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 02 dez. 2011.

_____. **Portaria Interministerial, nº 1777 de 09 de setembro de 2003**. Aprova o Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário. Brasília, 2003.

BRAVO, M. I. S. política de Saúde no Brasil. In: MOTA, E. et al. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2008.

_____, M. I. S.; MATOS, Maurílio C. Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, M. I. S. et al. **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

_____. A saúde no Brasil e em Portugal na atualidade: o desafio de concretizar direitos. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n. 102, 2010.

CALDEIRA, C. **Bangu 1: a política do cárcere duro**. São Paulo: Perspect, 2004.

CAVALCANTE JUNIOR. A. F. Cárcere e Políticas Públicas: O caso do Pará. In: BARP, W.S. (Org.). **Violência e Controle Social: Reflexões sobre práticas de Segurança Pública**. Belém: NUMA/UFPA, 2005.

_____. A prisão: fracasso como parte do sistema penal? In: **Trilhas**. Belém, ano 01, 2004.

CASTRO, C. Mundo Cão. In: **Revista NovaE.inf.br**. 2007. Disponível em: <<http://www.novae.inf.br/site/modules.php?name=Conteudo&pid=900>>. Acesso em: 18 jan. 2011.

COELHO, E.C. **Oficina do Diabo e Outros estudos sobre Criminalidade**. Rio de Janeiro: Record, 2005.

CORBUCCI, P. R. **O Brasil e a Globalização: a renovada condição periférica**. Brasília: Universa, 2003.

CORREIA, M. V. C. Controle Social na Saúde. In: MOTA, E. et al. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2008.

COUTO, B.R. **O Direito Social e a Assistência Social na Sociedade Brasileira: uma equação possível?** 4ª Ed. São Paulo: Cortez, 2010.

CUNHA, C. G. S. **Avaliação de políticas públicas e programas governamentais: tendências recentes e experiências no Brasil**. s/l: s/e, 2006. Disponível em: <<http://www.seplag.rs.gov.br>>. Acesso em: 20 ago. 2011.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. Cadernos de Saúde Pública 199. Texto atualizado. In: CZERESNIA D.; FREITAS, C.M. (org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p. 39-53.

DE CICCIO, C.; GONZAGA, A.A. **Teoria Geral do Estado e Ciência Política**. São Paulo: RT. 2007.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. Adotada e proclamada pela resolução 217 A (III) da Assembléia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948. Disponível em: <www.direitoshumanos.usp.br>. Acesso em 13 Nov 2012.

DIUANA, V. et al. **Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro**, Brasil Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2008.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes, 1987.

_____. M. **Nascimento da Biopolítica**. Curso no Collège de France (1978-1979). Trad.: BRANDÃO, Eduardo. Coleção Tópicos. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

_____. M. Soberania e Disciplina. In: **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

GALLO, E.; NASCIMENTO, P. C. Hegemonia, bloco histórico e movimento sanitário. In: TEIXEIRA, S. F. (org). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez, 2006.

GUARESCHI, P. A. **Sociologia da Prática Social**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1992.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/portal/>>. Acesso em 13 nov 2012

INFOPEN. Sistema de Informação Penitenciária. Disponível em: <<http://www.infopen.gov.br/>>. Acesso em: 12 dez 2010.

Estudos do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA (2003)

JUSBRASIL. **Brasil já tem a terceira maior população carcerária do mundo**. Brasília, 29 set. de 2010. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/noticias/2396239/brasil-ja-tem-a-terceira-maior-populacao-carceraria-do-mundo>>. Acesso em: 20 nov. 2011.

MACAULAY, F. Prisões e Política Carcerária. In: PAULA, L. e LIMA, R. S. (orgs.) **Segurança Pública e Violência: O Estado está cumprindo o seu papel?** São Paulo: Contexto, 2008.

MARX, K.; ENGELS, F. **O Manifesto Comunista**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

MARX, Karl. **Manuscritos econômico-filosóficos**. São Paulo :Boitempo, 1982.

MENDES, E. V. **O Sistema único de saúde um processo social em construção**. CADRHU, 1999. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2011.

MOURÃO, A. M. A. et al.. A formação dos trabalhadores Sociais no Contexto Neoliberal. O projeto das Residências em saúde da Faculdade de Serviço Social da Universidade federal de Juiz de Fora. In: MOTA, E. et al. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2008.

MUAKAD, I. B. Pena **Privativa de Liberdade**. São Paulo: Atlas, 1996.

O'DONNELL, G. **Contrapontos: Autoritarismo e democratização**. São Paulo: Vértice, 1986.

OLIVEIRA, L. Polícia e classes populares, In: OLIVEIRA: **Sobre Classes Sociais e Segurança**. Cadernos Estudos Sociais, Recife, 1985.

PAIXÃO, A. L. **Recuperar ou Punir?** Como o Estado trata o criminoso. São Paulo: Cortez, 1991.

_____. Crime, Controle Social e consolidação da Democracia: as metáforas da cidadania. In: O'DONNELL, G; REIS, F. W. (orgs). **A Democracia no Brasil: dilemas e perspectivas**. São Paulo: Vértice, Editora Revista dos Tribunais, 1998.

PASTERNAK, J.; NETO, V. A. Privatização da Saúde Pública. In: **Revista Adusp**: São Paulo, 1999

PEDROSO, R. C. **Violência e Cidadania no Brasil – 500 anos de Exclusão**. 2 ed. São Paulo: Ática, 2000.

PEM I MARITUBA/PA. **Informação verbal**. Questionários aplicados detentos do PEM I. 20 de março de 2011.

PONTES, R. N. **Pobreza y Ciudadanía: La dialéctica de los conceptos em las políticas contra la pobreza (Brasil 1995-2002)**. Tese de doutorado. UCM. Espanha, Madrid-Jun, 2007.

PORTUGUES, M.R. Educação de adultos presos. In: **Revista Educação e Pesquisa**. São Paulo, v. 27, n. 2, p. 355-374, jul./dez. 2001

ROSEN, G. **História da Saúde Pública**. São Paulo: Unesp, 1994

SILVA e SILVA, M. O. Avaliação de políticas e programas sociais: aspectos conceituais e metodológicos. In: SILVA e SILVA, M. O. et al. **Avaliação de políticas e programas sociais: teoria & prática**. São Paulo: Veras, 2001.

SILVA, K.L. **Promoção da saúde em espaços sociais da vida cotidiana**. Tese (doutorado): UFMG, 2009.

SOARES. L. E. Segurança pública: presente e futuro. In: **Estudos Avançados**. São Paulo, 2006.

SOUZA, A.S.S. **Políticas Públicas de segurança e gestão carcerária: estudo sobre a criminalização da miséria no sistema penitenciário do Estado do Pará**. Dissertação de Mestrado, NAEA/UFPA, 2007.

SULOCKI, V. A. de B. C. G. **Segurança pública e democracia: aspectos constitucionais das políticas públicas de segurança.** Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2007.

SUSIPE-PA. **Relatório de gestão 2009.** Disponível em: <http://issuu.com/acssusipe/docs/relat_rio_susipe_2009>. Acesso em: 12 set. 2011.

_____. **Relatório de gestão 2012.** Disponível em: <<http://www.susipe.pa.gov.br/>>. Acesso em: 23 out. 2012.

TEIXEIRA, E. C. **O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade.** Salvador: Bahia, 2002. Disponível em: <<http://www.aatr.org.br/site/uploads/publicacoes>>. Acesso em: 01 out. 2012.

TEIXEIRA, S. F. (org). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria.** São Paulo: Cortez, 2006.

THOMPSON, A. **A Questão Penitenciária.** Rio de Janeiro: Forense, 1991.

TORRES, A.A.A. Direitos humanos e sistema penitenciário brasileiro: desafio ético epolítico do serviço social. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, v. 67, Ano XXII, p.76-92, especial 2001.

VIAPIANA, L. T. **Economia do Crime: uma explicação para a formação do criminoso.** Porto Alegre: Editora Age, 2006.

YAZBEK, M. Exclusão Social. In: **Revista Temporalis: Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS.** São Paulo, 2004.

_____. **Classes Subalternas e Assistência Social.** São Paulo: Cortez, 2009.

WACQUANT, L. **As prisões da miséria.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001

ZAFFARONI, E. R. Las Penas Sustitutivas de prisión. In: **Cuadernos para La Reforma de La Justiça.** Mexico: Universidad Nacional Autónoma de México, 1995

ANEXOS

ANEXO A - PLANO NACIONAL DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO

Padronização física da unidade de saúde nos estabelecimentos penais para atendimento de até 500 pessoas presas

AMBIENTE	ÁREA MÍNIMA	OBSERVAÇÕES
Consultório médico/psicólogo	7,5 m ²	Lavatório
Consultório odontologia	9,0 m ²	Bancada de apoio com pia de lavagem
Sala de coleta de material para laboratório	3,6 m ²	Bancada de apoio com pia de lavagem Exaustor dotado de filtro e peça de descarga para proteção contra chuva.(Pode ser estudada grade de segurança.) A porta da sala deve ter uma tomada de ar tipo grelha ou veneziana de simples deflexão para providenciar ar de reposição para o ar que está sendo Exaurido
Sala de curativos/suturas / vacinas e Posto de enfermagem	12,0 m ²	Bancada de apoio com pia de lavagem. Visão dos leitos de observação 1 maca de procedimentos 1 mesa (para relatórios) 1 hamper de lixo 1 hamper de roupa suja
Cela de observação	9,0 m ²	Lavatório. 2 celas no mínimo com um leito cada com visão do posto de enfermagem
Sanitário para pacientes	1,6 m ²	Comum às celas. Dimensão mínima = 1,2 m

Farmácia	1,5 m ²	Área para armazenagem de medicamentos e material. Pode ser um armário com chave sobre ou sob a bancada do posto de enfermagem
Central de Material Esterilizado/simplificada - Sala de lavagem e descontaminação - Sala de esterilização - Vestiário	9,0 m ²	- Vestiário: barreira às salas de esterilização e de lavagem e descontaminação - Guichê entre as duas salas - Pia de despejo com válvula de descarga e pia de lavagem na sala de lavagem - Comum aos consultórios e a sala de curativos
Rouparia		Armário para guarda de roupa limpa
DML	2,0 m ²	Depósito de material de limpeza – com tanque
Sanitários para equipe de Saúde (cada)	1,6 m ²	1 masculino e 1 feminino

ANEXO B - PLANO NACIONAL DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO

Equipamentos necessários para os serviços de saúde nas unidades prisionais

<ul style="list-style-type: none"> • Microcomputador compatível com Pentium 3 – 800 MHZ • Frigoabar para armazenamento de material biológico coletado para exames laboratoriais. • 2 mesas tipo escritório • 6 cadeiras • 1 mesa ginecológica (em presídios femininos) • 1 escada c/ dois degraus • 1 foco c/ haste flexível • 1 esfigmomanômetro adulto • 1 estetoscópio • 1 estetoscópio de pinar (em presídios femininos) • 10 espéculos Collin pequeno (em presídios femininos) • 15 especulos Collin médio (em presídios femininos) • 5 especulos Collin grande (em presídios femininos) • 1 fita métrica flexível inelástica (em presídios femininos) • 2 braçadeiras (em presídios femininos) • 1 balança antropométrica adulto • 1 mesa de instrumentos • 1 carrinho de curativo • 1 histerômetro (em presídios femininos) • 1 recipiente para esterilização de instrumentos 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 auto - clave vertical cap. 12 l. • 1 balde c/ pedal • 1 banqueta giratória cromada • 1 armário vitrine • 1 lanterna clínica para exame • 1 negatoscópio • 1 oftalmoscópio c/ otoscópio • 1 cuba retangular c/ tampa • 1 suporte para soro • 1 glicosímetro • 1 tesoura SIMS reta • 1 tesoura MAYO reta 14cm • 2 portas agulha HEGAR • 6 pinças HALSTEAD (mosquito) • 6 pinças KELLY reta • 6 pinças Pean • 6 pinças KOCHER reta • 6 pinças KOCHER curva • 6 pinças FOERSCHER (coração) • 20 pinças cheron, 25cm (em presídios femininos) • 10 pinças de Pozzi ou Museaux 25cm (em presídios femininos) • 2 tambores médios • 6 cubas redondas • 6 cubas retangulares • 6 cubas rim
--	--

<ul style="list-style-type: none"> • 1 espátula HAYRE (em presídios femininos) • 2 caixas térmicas para transporte de material biológico 	<ul style="list-style-type: none"> • cubas para solução • frascos e lâminas de ponta fosca (em presídios femininos)
--	---

Equipamentos Odontológicos:

<ul style="list-style-type: none"> • amalgamador • aparelhofotopolimerizador • cadeira odontológica • compressor • equipo odontológico com pontas (alta e baixa rotação) 	<ul style="list-style-type: none"> • estufa ou autoclave • mocho • refletor • unidade auxiliar
---	--

Instrumental Odontológico Mínimo (em quantidade proporcional ao número de atendimentos diários previstos):

<ul style="list-style-type: none"> • alveolótomo • aplicador para cimento (duplo) • bandeja de aço • brunidor • cabo para bisturi • cabo para espelho • caixa inox com tampa • condensadores (tamanhos variados) • cureta de periodontal tipo Gracey (vários números) • curetas alveolares • elevadores (alavancas) para raiz 	<ul style="list-style-type: none"> • fórceps adultos (vários números) • frascosDappen de plástico e de vidro • L • amparina • lima óssea • pinçaHalstead (mosquito) curva e reta • pinça para algodão • placa de vidro • porta agulha pequeno • porta amálgama • porta matriz
--	--

<p>adulto</p> <ul style="list-style-type: none">• escavador de dentina (tamanhos variados)• esculpidorHollembach• espátula para cimento• espelho odontológico	<ul style="list-style-type: none">• seringaCarpule• sindesmótomo• sonda exploradora• sonda periodontal milimetrada• tesoura cirúrgica reta e curva• tesoura íris• tesoura standard
--	--

ANEXO C – FOTOS DO PRESÍDIO ESTADUAL METROPOLITANO I



Foto 04 – Portão de entrada do PEM I



Foto 05 – Portão de acesso a estrutura de blocos do PEM I



Foto 06 – À esquerda, área do Anexo e à direita, área dos blocos do PEM I

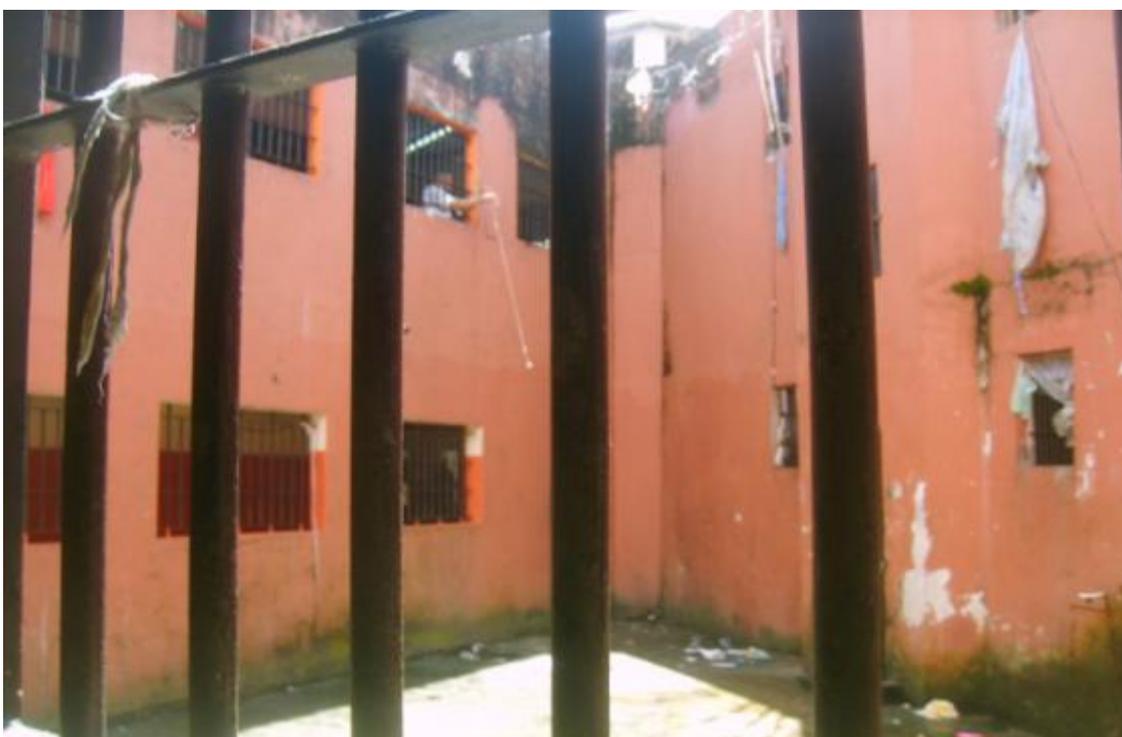


Foto 07 – Área destinada ao banho de sol dos internos dos blocos do PEM I



Foto 08 – Celas de enfermarias do PEM I

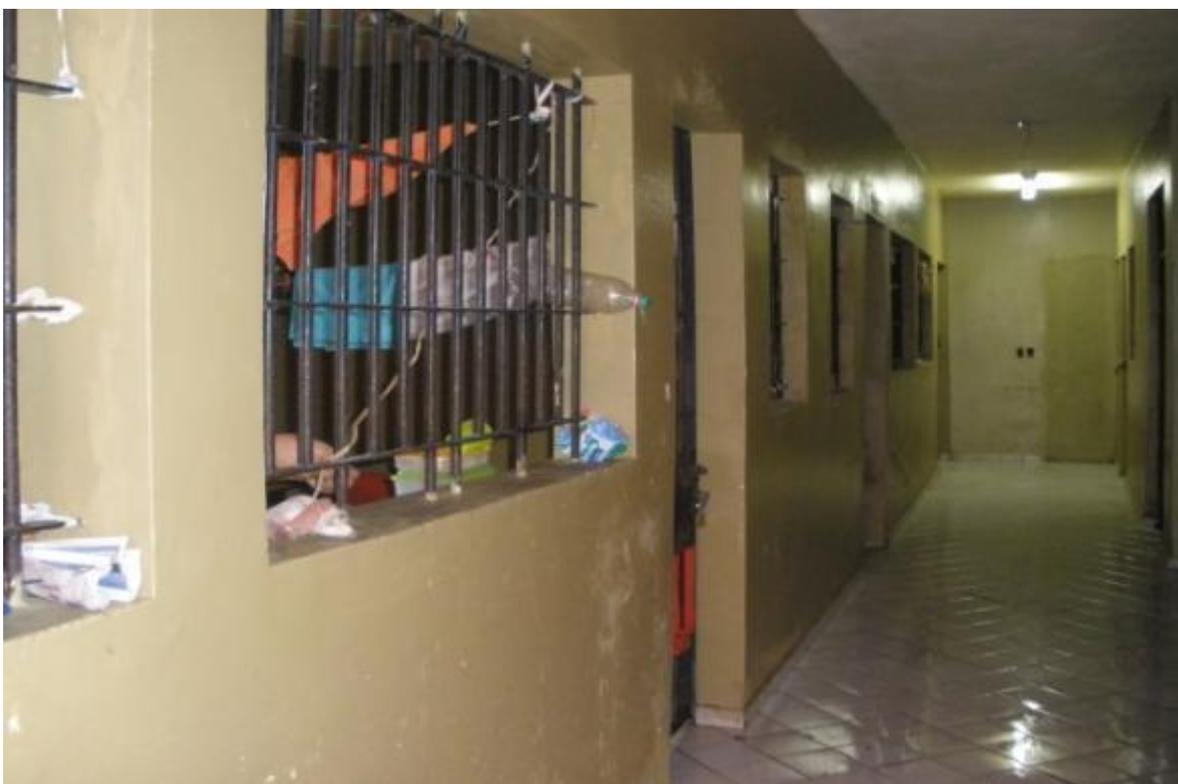


Foto 09 – Celas de enfermaria do PEM I vistas de fora



Foto 10 – Celas do Anexo, “containers” do PEM I



Foto 11 – Entrada lateral do PEM I



Foto 12 – Cozinha do PEM I



Foto 13 – Enfermaria do PEM I

ANEXO D- QUESTIONÁRIO APLICADO A INTERNOS DO PEM I - MARITUBA-PA

- 1- Identificação pessoal.
- 2- Antes da condenação, qual era sua rotina de vida?
- 3- O Sr. vivia no contexto familiar? Se sim, como era sua relação com eles?
- 4- Qual o crime que o Sr. cometeu?
- 5- Como o Sr. percebe a Justiça?
- 6- Como é sua rotina na penitenciária?
- 7- Quais as principais dificuldades enfrentadas na penitenciária? E como é sua relação com outros internos?
- 8- Como o Sr. avalia a estrutura da prisão e o acesso à saúde? O que gostaria que melhorasse?