

**CENTRO UNIVERSITÁRIO “ANTÔNIO EUFRÁSIO DE TOLEDO” DE  
PRESIDENTE PRUDENTE – SP**

**CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

**A VISIBILIDADE DOS INVISÍVEIS: UMA ANÁLISE SOBRE O ACESSO À SAÚDE  
DA PESSOA PRIVADA DE LIBERDADE E A INTERVENÇÃO DO SERVIÇO  
SOCIAL NO ÂMBITO DA DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO -  
REGIONAL DE PRESIDENTE PRUDENTE**

Ana Flávia Silva  
Jéssica Ribeiro Gomes  
Karla Vilela Seribeli de Oliveira  
Valéria Brandão Claro da Silveira

Presidente Prudente/SP  
2016

**CENTRO UNIVERSITÁRIO “ANTÔNIO EUFRÁSIO DE TOLEDO” DE  
PRESIDENTE PRUDENTE – SP**

**CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

**A VISIBILIDADE DOS INVISÍVEIS: UMA ANÁLISE SOBRE O ACESSO À SAÚDE  
DA PESSOA PRIVADA DE LIBERDADE E A INTERVENÇÃO DO SERVIÇO  
SOCIAL NO ÂMBITO DA DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO -  
REGIONAL DE PRESIDENTE PRUDENTE**

Ana Flávia Silva  
Jéssica Ribeiro Gomes  
Karla Vilela Seribeli de Oliveira  
Valéria Brandão Claro da Silveira

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado como requisito parcial de  
Conclusão para obtenção do grau de  
Bacharel em Serviço Social sob a  
orientação da Prof.<sup>a</sup> M. <sup>a</sup> Silvia Helena  
Manfrin.

**A VISIBILIDADE DOS INVISÍVEIS: UMA ANÁLISE SOBRE O ACESSO À SAÚDE  
DA PESSOA PRIVADA DE LIBERDADE E A INTERVENÇÃO DO SERVIÇO  
SOCIAL NO ÂMBITO DA DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO -  
REGIONAL DE PRESIDENTE PRUDENTE**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado como requisito parcial  
de Conclusão de Curso para  
obtenção do grau de Bacharel em  
Serviço Social.

---

Prof.<sup>a</sup> M.<sup>a</sup> Silvia Helena Manfrin

---

Danilo Pereira Leite

---

Prof<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Vera Lúcia Canhoto Gonçalves

*A nobreza de nosso ato profissional está em acolher aquela pessoa por inteiro, em conhecer a sua história, em saber como chegou a esta situação e como é possível construir com ela formas de superação deste quadro. Se reduzirmos a nossa prática a uma resposta urgente, a uma questão premente, retirarmos dela toda a sua grandeza, pois deixamos de considerar, neste sujeito, a sua dignidade humana.*

Martinelli

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente agradeço a Deus por me permitir viver esse momento e ter me sustentado em todas as minhas fraquezas, não ter me desamparado nos momentos difíceis e agradeço também por ter me permitido realizar o sonho de conquistar uma graduação.

Dedico esta conquista a minha família. Ao meu pai José Carlos da Silva e a minha querida mãe Maria Luzia Pereira Silva, que amo tanto. Que é a pessoa mais importante da minha vida e que sempre esteve comigo em todos os momentos de alegria e dificuldades, dando apoio e me incentivando a continuar tentando - por mais difícil que fosse. Sei que você não mediu esforços para me ajudar, por isso dedico esta vitória a você que foi minha base desde o começo.

Ao meu irmão Natan Felipe Silva pois, apesar das nossas diferenças, sempre me ajudou e sei que torce por mim.

Agradeço ao amor da minha vida Rafael Oliveira Rocha, que antes de ser meu namorado é meu amigo, que soube me compreender, esteve comigo me apoiando, mesmo diante de tanto estresse e correria, sem ao menos reclamar. Meu amor, saiba que eu te amo muito e grande parte desta conquista devo a você.

Às minhas companheiras de trabalho Valéria Brandão Claro da Silveira, Karla Vilela Seribeli e Jéssica Ribeiro Gomes. Essa conquista é coletiva, pois sabemos o quanto sofremos para chegarmos até aqui.

Agradeço também a todos os professores do Centro Universitário “Antônio Eufrásio de Toledo”, que abriram os meus olhos no sentido da profissão, e além de compartilharem o conhecimento que possuem conosco. Vocês foram a minha base na graduação: Obrigada!

A minha querida orientadora Silvia Helena Manfrin, que particularmente possibilitou que eu ampliasse a minha visão profissional, me espelho em você como pessoa e como profissional. MUITO OBRIGADA!

**Ana Flávia Silva**

## AGRADECIMENTOS

Chegando ao fim, concluindo o curso, mas com a certeza de que ainda há muitos caminhos a trilhar e percorrer... Gratidão é a palavra certa para se usar neste momento, agradeço primeiramente a Deus por ter me dado força e motivação durante esses quatro anos. Os meus agradecimentos são para todos aqueles que passaram em minha vida durante estes quatro anos e que dê certa forma contribuíram mesmo que indiretamente em minha formação. Agradeço a minha família que esteve presente comigo em todos os momentos, me apoiando a continuar e perseverar.

A minha mãe mulher guerreira e destemida, que batalhou durante todos esses anos para que este sonho fosse realizado, ao meu Pai homem humilde, forte, batalhador meus sinceros votos de agradecimento, palavras não podem expressar o quão grande é o amor que sinto por ambos, se eu pudesse definir provavelmente palavras não teriam fim. Ao Centro Universitário Toledo Prudente meu berço teórico, aos meus professores tanto do ensino médio/fundamental quanto do ensino superior minha imensurável gratidão por exercerem uma profissão tão linda e digna de aplausos.

A Professora e Orientadora deste Trabalho Silvia Helena Manfrin por sua dedicação e amor com a docência, e também por aceitar participar conosco nesta construção e troca de saberes. Agradeço também as colegas de grupo que aceitaram dissertar comigo sobre um tema tão invisível e sem significados para muitos em nossa sociedade, também pelo companheirismo apesar do cansaço diário causado pelo cotidiano. Por fim, não poderia deixar de mencionar os Defensores (as) Públicos (as) e todos os funcionários da Defensoria Pública regional de Presidente Prudente/SP, aonde foi meu primeiro campo de estágio, primeiro contato com a prática da qual jamais me esquecerei, meus sinceros votos de agradecimento.

*“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê”. (Arthur Schopenhauer)*

**Jéssica Ribeiro Gomes**

## **AGRADECIMENTOS**

Neste espaço direcionado aos agradecimentos, eu gostaria de agradecer primeiramente a Deus, pois sem Ele eu não teria conseguido chegar até aqui. Agradeço por Ele ter me proporcionado dias inesquecíveis de aprendizado, mesmo quando estes dias foram turbulentos e difíceis, pois as dificuldades nos deixam mais fortes para encarar os obstáculos da vida. Agradeço a Deus por guiar meus passos e me manter sempre no caminho do bem.

Não posso deixar de agradecer aqui uma pessoa que sempre me apoiou e que é essencial na minha vida, minha mãe Mariluci Vilela Seribeli. Ela é a responsável por eu estar aqui hoje escrevendo este agradecimento, pois ela foi capaz de trabalhar em dois empregos para me manter neste sonho de concluir o curso de Serviço Social. Agradeço também ao meu pai, Carlos Roberto de Oliveira, que sempre me ensinou a ser uma pessoa honesta, digna e a andar de cabeça erguida frente às dificuldades. Eles são minha base, minha estrutura, são pessoas maravilhosas e trabalhadoras, que sempre me apoiaram e que me dedicaram muito amor.

Agradeço também aos docentes do Centro Universitário Antônio Eufrásio de Toledo por dividirem comigo os seus conhecimentos. Estes conhecimentos vou levar para toda vida. Gostaria de agradecer também a orientadora desta pesquisa, Silvia Helena Manfrin, por ter nos orientado com tanto carinho e dedicação, sendo um exemplo de pessoa e de profissional.

Quero deixar aqui os meus sinceros agradecimentos para toda minha família e amigos, que até mesmo nos momentos de crise e desespero, me apoiaram. Apesar destes momentos difíceis, eu amo minha vida. Como dizia Tião Carreiro: *“Tendo amor e saúde da vida eu não reclamo, amo a vida que levo, e levo a vida que amo!”*.

Só tenho a agradecer profundamente a todos que participaram de alguma forma deste período tão importante da minha vida. Obrigada a todos!

**Karla Vilela Seribeli de Oliveira**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, ao qual sempre consagrei a minha vida, a minha família e os meus estudos, por me proporcionar esse momento tão importante e gratificante que é a conclusão da minha graduação.

Agradeço infinitamente a minha mãe, Maria de Lourdes Marques Brandão, que sempre esteve ao meu lado, me acompanhando nessa caminhada, sempre com uma palavra de incentivo e força nos momentos que mais precisei.

Agradeço aos amores da minha vida, que são para mim a razão e o incentivo das minhas lutas, meu esposo Raimundo Claro da Silveira e ao meu filho, Gabriel Brandão Claro, que também sempre estiveram comigo nesta caminhada, me incentivando, me dando forças para enfrentar e vencer essa jornada.

Agradeço também a todos os meus familiares, amigos e professores, não citarei nomes aqui para não ser injusta, já que, sempre estive rodeada de pessoas especiais que tanto me incentivaram e me ajudaram ao longo da minha graduação.

Agradeço a nossa querida orientadora, Silvia Helena Manfrin, por todo auxílio, carinho, dedicação e principalmente paciência.

Nesse momento tão especial não poderia deixar de lembrar, in memória da minha tia, Maria das Graças Marques de Lima, que nos deixou tão cedo, mas que tanto me incentivou e me pediu que nunca desistisse do sonho de concluir minha graduação.

**A TODOS OS MEUS AGRADECIMENTOS DE CORAÇÃO!**

**Valéria Brandão Claro da Silveira**



## RESUMO

A presente pesquisa de conclusão de curso trouxe à discussão o acesso à saúde da pessoa privada de liberdade e a intervenção do Serviço Social no âmbito da Defensoria Pública do Estado de São Paulo, Regional de Presidente Prudente. A escolha do tema foi motivada por inquietações e interesses do grupo, em especial pela atuação de uma das pesquisadoras como estagiária do local e pela relevância que os temas sistema prisional e saúde tem e precisam ser trazidos para problematização e discussão, tanto no meio acadêmico quanto no meio social. O Sistema Penitenciário Brasileiro vem sofrendo diversas problemáticas, uma delas em função da superlotação das prisões, resultante das políticas adotadas pelo Estado de encarceramento em massa. Além da superlotação, é de domínio público as condições insalubres que se encontram as pessoas privadas de liberdade, ocasionando dentre outros rebatimentos, problemas em seu estado de saúde. Soma-se a isto o fato das unidades prisionais terem sérias deficiências no atendimento interno à saúde do preso pela ausência de equipe para tanto, devendo o preso ser atendido na rede pública, o SUS, que também tem suas deficiências. A Defensoria Pública, através da equipe de Serviço Social – CAM, atende as demandas relacionadas à violação do direito à saúde do preso presentes no cotidiano de trabalho do assistente social e que exigem uma atuação do profissional, de forma a viabilizar o direito da pessoa presa no que diz respeito ao acesso à saúde.

**Palavras-Chave:** Direito. Saúde. Defensoria Pública. Serviço Social. Preso.

## **ABSTRACT**

This research course completion brought to the discussion the access to health of persons deprived of liberty and the intervention of Social Services under the Public Defender of the State of São Paulo, Regional Presidente Prudente. The choice of theme was motivated by concerns and interests of the group, in particular the performance of one of the researchers as the local trainee and the relevance to the prison system issues and health have and need to be brought for questioning and discussion, both in academia as in the social environment. The Brazilian prison system has suffered several problems, one of them due to the overcrowding of prisons, resulting from mass incarceration policies adopted by the State. In addition to overcrowding, it is public domain unsanitary conditions are the persons deprived of liberty, causing among other repercussions, problems in your health. Added to this the fact that prisons have serious deficiencies in internal health care of prisoners by the lack of staff to do so, should the prisoner be met in public, SUS, which also has its shortcomings. The Public Defender's Office, through the social service - CAM, meets the demands related to the violation of the right to health of prisoners present in the daily work of the social worker and that require a professional performance, in order to facilitate the right of the person arrested with regard to access to health.

**Keywords:** Right. Health. Public Defender. Social Service. Stuck.

## **LISTA DE SIGLAS**

AEVP- Agente de Escolta e Vigilância Penitenciária  
CAM - Centro de Atendimento Multidisciplinar  
CAPS - Caixas de Aposentadorias e Pensões  
CDP - Centro de Detenção Provisória  
CFESS - Conselho Federal de Serviço Social  
CNJ - Conselho Nacional de Justiça  
DEPEN – Departamento Penitenciário Nacional  
FUNRURAL - Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural  
IAPS - Institutos de Aposentadoria e Pensões  
INAMPS- Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social  
INFOPEN - Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias  
INPS- Instituto Nacional de Previdência Social  
LEP - Lei de Execução Penal  
MESP - Ministério da Educação e Saúde Pública  
OMS - Organização Mundial da Saúde  
PAJ - Procuradoria de Assistência Judiciária  
PNAISM - Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher  
PNAISP - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional  
PNSSP - Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário  
RSB - Reforma Sanitária Brasileira  
SUDS - Sistema Único Descentralizado de Saúde  
SUS - Sistema Único de Saúde  
UPA - Unidades de Pronto Atendimento  
VEC - Vara de Execução Criminal

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Sexo.....	75
Gráfico 2 – Raça/Feminino.....	77
Gráfico 3 – Idade/Feminino .....	78
Gráfico 4 – Escolaridade/Feminino .....	79
Gráfico 5 – Profissão/Feminino .....	80
Gráfico 6 – Judicialização/Feminino.....	81
Gráfico 7 – Especialidades Médicas/Feminino.....	82
Gráfico 8 – Como as Demandas Chegam/Feminino .....	83
Gráfico 9 – Raça/Masculino .....	85
Gráfico 10 – Idade/Masculino.....	86
Gráfico 11 – Escolaridade/Masculino .....	87
Gráfico 12 – Profissão/Masculino.....	88
Gráfico 13 – Como as Demandas Chegam/Masculino .....	89
Gráfico 14 – Penitenciárias/Masculino .....	90
Gráfico 15 – Especialidades Médicas/Masculino .....	91
Gráfico 16 – Judicialização/Masculino .....	92

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>2 A ORIGEM DA PRISÃO</b> .....	15
2.1 As Prisões no Brasil .....	26
2.2 O Encarceramento dos Excluídos e o Papel do Estado Frente a Esta Demanda .....	31
<b>3 ASPECTOS HISTÓRICOS DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL</b> .....	37
3.1 O Direito à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade no Sistema Penitenciário... ..	46
<b>4 A CRIAÇÃO DA DEFENSORIA PÚBLICA NO ESTADO DE SÃO PAULO E O ACESSO À JUSTIÇA GRATUITA</b> .....	52
4.1 A Defensoria Pública do Estado de São Paulo – Regional de Presidente Prudente e Suas Atribuições Junto ao Sistema Penitenciário.....	54
<b>5 A INTERVENÇÃO DA EQUIPE DE SERVIÇO SOCIAL NO ÂMBITO DA DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO - REGIONAL DE PRESIDENTE PRUDENTE FRENTE ÀS DEMANDAS DE VIOLAÇÃO DO DIREITO A SAÚDE DA PESSOA PRIVADA DE LIBERDADE</b> .....	60
<b>6 ANÁLISE REFERENTE ÀS DEMANDAS ATENDIDAS NA DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO – REGIONAL DE PRESIDENTE PRUDENTE/SP</b> .....	74
6.1 Procedimentos Metodológicos .....	74
6.2 Análise dos Dados .....	75
6.2.1 Perfil das mulheres presas .....	77
6.2.1 Perfil dos homens presos .....	84
<b>7 CONCLUSÃO</b> .....	96
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	101
<b>APÊNDICE</b> .....	107
<b>Apêndice A</b> - Entrevista com o Defensor Público coordenador da Vara de Execução Criminal .....	107
<b>Apêndice B</b> - Entrevista com a Assistente Social da Defensoria Pública do Estado de São Paulo – Regional de Presidente Prudente .....	108

## 1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho de conclusão de curso trata do acesso à saúde da pessoa privada de liberdade e a intervenção do Serviço Social no âmbito da Defensoria Pública do Estado de São Paulo - Regional de Presidente Prudente frente a esta demanda.

As motivações para pesquisar o tema se deram diante de algumas inquietações das alunas, fomentando o desejo de discutir e aprofundar os conhecimentos sobre a temática.

A proposta centra-se em analisar e discutir a violação de direitos em relação às demandas de saúde da pessoa presa no sistema penitenciário, a partir das solicitações de intervenção da Defensoria Pública do Estado de São Paulo - Regional de Presidente Prudente para viabilizar o acesso à saúde. A pesquisa possibilitou uma aproximação da realidade desses sujeitos atendidos pela Defensoria Pública e uma compreensão das demandas de saúde existentes, bem como a importância da atuação do assistente social neste cenário.

A importância da pesquisa se reflete no desvelamento de uma realidade vivenciada pelos presos desta região, sob a jurisdição da Defensoria Pública, no que tange o acesso à saúde e suas dificuldades, entendido então como violação de direitos, especialmente pelo fato de que o Estado é responsável por estes sujeitos.

A abordagem qualitativa foi escolhida para a presente pesquisa. Para o entendimento das principais categorias prisão e saúde foi feito um percurso teórico. Posteriormente foi realizada uma pesquisa a fim de levantar o perfil dos usuários atendidos pela Defensoria Pública em relação ao sistema penitenciário, aprofundando a compreensão sobre o atendimento da demanda na Defensoria Pública de Presidente Prudente.

Para a realização da pesquisa de campo foi realizado um levantamento de dados relacionados à saúde das pessoas presas no âmbito da Defensoria. Também foram efetuadas entrevistas com um Defensor Público, coordenador e atuante na Vara de Execução Criminal (VEC), e uma assistente social que atuou na Defensoria Pública e deu efetividade ao trabalho,

objetivando identificar a resolutividade dos atendimentos e a redução da judicialização dos atendimentos de saúde.

Para tanto, a pesquisa foi desenvolvida a partir de seis capítulos, como passamos a expor.

O primeiro capítulo elucida sucintamente quais os objetivos propostos pela pesquisa, sua importância e os caminhos que foram percorridos até o levantamento dos dados, bem como sua análise.

O segundo capítulo traz um breve histórico sobre a origem da prisão e sua trajetória, até a atualidade. Tratamos ainda das prisões no Brasil, o encarceramento dos excluídos e o papel do Estado frente a esta situação.

O terceiro capítulo traz alguns aspectos históricos da Política de Saúde no Brasil e ainda faz referência ao direito à saúde da pessoa privada de liberdade no sistema penitenciário.

O quarto capítulo versa sobre a criação da Defensoria Pública no Estado de São Paulo e o que esta instituição representa em relação ao acesso à justiça gratuita. Traz ainda elementos sobre a Defensoria Pública do Estado de São Paulo - Regional de Presidente Prudente e suas atribuições junto ao sistema penitenciário.

O quinto capítulo aborda a intervenção da equipe de Serviço Social frente às demandas de saúde apresentadas pelas pessoas privadas de liberdade, ressaltando as possibilidades e desafios nessa atuação.

O sexto e último capítulo traz o caminho metodológico percorrido para a realização da presente pesquisa e a seguir apresenta os resultados da pesquisa de campo. A título de esclarecimento, a pesquisa tem um recorte temporal, sendo que as informações colhidas nos prontuários da Defensoria Pública referem-se aos primeiros semestres dos anos de 2015 e 2016, sendo apresentados os perfis das mulheres e homens presos nas unidades atendidas pela Defensoria.

Por fim a apresentação das considerações finais, destacando a importância dos serviços ofertados pela Defensoria Pública e a importância da equipe, com destaque para a atuação do assistente social e de sua intervenção, fundamental para o atendimento às demandas advindas do sistema penitenciário.

## 2 A ORIGEM DA PRISÃO

Atualmente a ideia de prisão nos leva a pensar na condição de um sujeito que por ocasião de ter praticado um crime foi parar atrás das grades. A partir do senso comum, a prisão é vista apenas como uma forma de punição pelo crime cometido.

Neste sentido, a lei brasileira é clara no que tange entender a aplicação da pena não apenas como um fim em si, mas remete a um conjunto de ações a serem aplicadas à pessoa presa em caráter de ressocialização e vários autores progressistas pensam na mesma direção.

No entanto, nem sempre a prisão foi vista ou pensada desta forma, como nos esclarece Maia (2009, p. 12):

Desde a Antiguidade a prisão existe como forma de reter os indivíduos. Esse processo, contudo, constituía apenas um meio de assegurar que o preso ficasse à disposição da justiça para receber o castigo prescrito, o qual poderia ser a morte, a deportação, a tortura, a venda como escravo ou a pena de galés, entre outras. Apenas na Idade Moderna, por volta de XVIII, é que se dá o nascimento da prisão ou, melhor dizendo, a pena de encarceramento é criada.

Antes da composição do Estado Moderno, nos tempos primitivos, os povos já se organizavam em grupos, compostos por famílias, clãs e tribos. As regras nessas comunidades eram criadas para a proteção do indivíduo, bem como para aqueles que faziam parte do grupo. A punição caracterizava-se como um instrumento de defesa ou vingança privada.

Historicamente não há registros de prisão nesse período; as penalidades eram aplicadas pessoalmente pelas vítimas que se sentiam lesadas. O período da vingança privada foi marcado pela retribuição da vítima pelo mal causado - não havia um detentor do poder de punir – e quem penalizava o infrator era a própria vítima ou seus familiares, até mesmo membros do grupo onde a vítima vivia.

Posteriormente, num tempo em que inexistiam legislações escritas e códigos formais, as práticas primárias de controles eram transmitidas oralmente, marcadas por orações sagradas e divinas. Distintivamente da ênfase atribuída à família feita por Fustel de Coulanges, H. Summer Maine entende que esse caráter religioso do direito arcaico, imbuído de sanções rigorosas e repressoras, permitiriam que os sacerdotes-legisladores acabassem por ser os primeiros interpretes e



executores das leis. O receio da vingança dos deuses, pelo desrespeito aos seus ditames, fazia com que o direito fosse respeitado religiosamente (Wolkmer, 2004, p. 21 e 22).

Na Idade Antiga, com a influência da religião, a punição passou a ser vista como castigo e quem infringisse a ordem divina recebia a condenação dos deuses. Quase que na totalidade dos casos, a interpretação da lei era feita por sacerdotes ou suseranos, pois eram consideradas pessoas capacitadas e eleitas pelos deuses para interpretar suas vontades. Logo, eram eles os detentores do poder de punir.

Conforme nos ensina Wolkmer (2004, p. 23):

Com a transformação e difusão da técnica da escritura, juntamente com o acervo de costumes tradicionais, deram origem aos primeiros códigos: Lei das XII Tábuas, o Código de Hamurabi, o Código de Manu e o Código de Sólon.

Desta forma, apresentava-se uma série de punições, com variadas formas de pena de morte e mutilação.

Chiaverini apud Messuti (2009, p. 05) nos traz que, segundo nos revela Platão, na Grécia Antiga existiram três tipos de prisão:

A primeira prisão servia para guardar as pessoas, prevenindo outros delitos. A segunda seria para aqueles criminosos recuperáveis e não teria função punitiva, mas corretiva. A prisão punitiva ficaria no local mais distante e seria destinada aos agentes dos crimes mais graves e incorrigíveis. Nessa terceira prisão existiria um total isolamento do criminoso com o resto da sociedade, que não terminaria nem com a morte, pois seus restos seriam jogados, sem sepultura, fora das fronteiras do país.

Os registros históricos nos revelam que existiam prisões na Grécia Antiga, onde os indivíduos eram presos com o intuito de prevenir o cometimento de novos delitos. Estas eram destinadas a indivíduos que pudessem se recuperar, não sendo vista como uma forma de punição, mas de correção, existindo um terceiro modelo de prisão destinado a indivíduos que praticavam crimes graves - onde eram isolados da sociedade - mesmo após a morte.

A prisão castigo não era o foco das punições da Grécia antiga, já que as mais aplicadas eram a pena de morte, o exílio, a multa e o

encarceramento era utilizado com fins de custódia. Sobre a prisão castigo, Foucault (2011, p. 218) aponta:

Permite que ela pareça como uma reparação. Retirando tempo do condenado, a prisão parece traduzir concretamente a ideia de que a infração lesou, mais além da vítima, a sociedade inteira. Obviedade econômico-moral, de uma penalidade que contabiliza os castigos em dias, em meses, em anos e estabelece equivalências quantitativas delitos-duração. Daí a expressão tão frequente, e que está tão de acordo com o funcionamento das punições, se bem que contrária à teoria estrita do direito penal, de que a pessoa está na prisão para “pagar sua dívida”.

Podemos apontar então a diferença essencial entre a prisão custódia e a prisão castigo: enquanto a primeira tem sua finalidade relacionada à reparação do indivíduo, a segunda remete ao fato do condenado ter lesado, não somente uma vítima na prática do delito, mas a sociedade inteira. Daí onde as penas são contabilizadas em dias, meses e anos, onde o senso comum acaba por apontar que a pessoa está na prisão pagando sua dívida.

Com a queda do Império Romano do Ocidente, em 476 d.C., iniciou-se um processo de descentralização política, gerando o abandono das cidades, tornando a economia de subsistência agrária e baseada no trabalho serviu, contribuindo para a constituição do feudalismo.

Sabemos que o sistema feudal foi um sistema baseado na servidão, onde o proprietário da terra dava proteção e trabalho aos camponeses que, em troca, entregavam parte de sua produção. Era uma economia baseada na agricultura com técnicas de trabalho agrícola primitivas.

O feudo possuía estrutura econômica autônoma, de modo que cada feudo possuía suas próprias normas. Nesse sentido, Chiaverini (2009, p. 19) reflete que:

Com a descentralização do poder político, o sistema de punição estatal se tornou impraticável, passando a existir a lei do feudo e a pena pecuniária. A ausência de um poder central forte permitia que qualquer conflito de interesse ameaçasse a paz social, à medida que quaisquer parentes e súditos eram automaticamente envolvidos nesses conflitos.

Aqueles que aguardavam julgamento eram presos em lugares impróprios como calabouços, castelos, ruínas, torres, entre outros. As

punições, no entanto, foram se modificando, tanto nas penas como nas formas de executá-las.

Com o domínio da Igreja Católica os litígios passaram a ser julgados de acordo com os seus interesses. Assim, a justiça comum e a canônica uniram-se com o objetivo de manter a ordem e a moralidade, como nos elucida Prado (2010, p. 81):

A característica da vingança privativa dos bárbaros foi se perdendo e o direito foi retomando seu caráter público, com o fim da vingança privada a influência da Igreja católica crescia e sua doutrina passou a dominar os cidadãos que se converteram ao cristianismo dando origem ao direito canônico.

O mesmo autor (2010, p. 83) nos ensina que:

O direito canônico teve importância fundamental na idealização da pena privativa de liberdade, trazendo a visão de humanidade na punição, contribuindo para que as condenações dos bárbaros perdessem aplicabilidade.

Sendo assim, conforme nos traz Caldeira (2009, p. 264), a Igreja Católica a partir de sua influência, substituiu a pena de morte pela reclusão do infrator. Este modelo de prisão foi inicialmente aplicado aos religiosos que cometiam algum pecado para que, no silêncio da reclusão, refletissem sobre sua culpa e se arrependessem de seus pecados. Nesse contexto nasceram as prisões eclesiásticas.

Os religiosos cumpriam suas penas confinados em mosteiros - geralmente em instalações subterrâneas - que não possuíam portas ou janelas.

Por volta de 1.215 um movimento historicamente importante promovido pela Igreja Católica, a Santa Inquisição, punia atos que fossem contrários à sua doutrina e com o intuito de conter àqueles que ousavam declarar posicionamentos contrários aos da Igreja.

Para a aplicação das punições foram criados os tribunais do Santo Ofício, dando origem à Inquisição, como nos ensina Chiaverini (2011, p. 31):

A Santa Inquisição foi criada na Idade Média, durante o século XII, sob os ditames da Igreja Católica Romana. Ela era composta por Tribunais que julgavam todos aqueles considerados uma ameaça ao

Direito Canônico, aos dogmas e valores defendidos pela Igreja. Bastava mera denúncia anônima para que a pessoa se tornasse suspeita, fosse perseguida e condenada. As pessoas estavam sujeitas desde a prisão temporária até a pena de morte na fogueira, onde os condenados eram queimados vivos em plena praça pública.

A pena de privação de liberdade, adotada inicialmente para os religiosos faltosos, foi estendida para os demais cidadãos cujo aprisionamento tinha a finalidade de penitência. Dessa intenção de penitência, surge segundo alguns autores, a palavra penitenciária, uma prova da herança deixada pelo Direito Canônico.

Grandes transformações sociais ocorreram com o esgotamento do sistema feudal de produção, substituído gradativamente pelo capitalismo. Os feudos passaram a ter excedente de mão de obra e grande parte dessa população migrou para as cidades em busca de oportunidades. Com isso, as atividades comerciais ganhavam cada vez mais impulso. Nesse novo cenário, surgiu uma nova classe social: a burguesia.

A partir da Idade Moderna o capitalismo se consolida a partir da exploração da classe trabalhadora, apropriando-se da riqueza socialmente produzida pelo proletariado e apropriada pela classe dominante, ou seja, a classe burguesa.

A classe trabalhadora é composta por um grupo bastante populoso que nessa relação de exploração tem apenas a sua força de trabalho para venda. É essa classe que vivencia as mazelas da questão social<sup>1</sup> como: desemprego, pobreza, condições precárias e subumanas de moradia, não acesso à saúde, educação, dentre tantas outras. Neste cenário de interesses antagônicos, quem não se encaixa neste sistema acaba por ser excluído, recorrendo assim ao mundo do crime para garantir sua própria subsistência.

Para o capital, os indivíduos que não possuem utilidade para o sistema, são facilmente descartáveis, tornando-se a massa dos marginalizados e excluídos. Era essa massa de despossuídos que ameaçavam a estabilidade do sistema e ficavam, portanto, vulneráveis à punibilidade.

---

<sup>1</sup> Questão Social: Conjunto de expressões oriundas do sistema capitalista que geram a desigualdade social (Grifo Nosso).

Os castigos impostos eram uma maneira de a classe dominante manter o poder sobre a classe proletária, onde o Estado soberano é composto pela classe burguesa.

As penas aplicadas neste período eram cruéis e desumanas, que em casos extremos chegavam até a execução do transgressor. A execução do criminoso era uma atração pública, com a submissão do indivíduo a toda sorte de sofrimento corporal, cuja finalidade de exemplificar para a sociedade e promover, através do medo, a chamada ordem social.

Os indivíduos que praticassem algum delito estavam sujeitos ao suplício, como nos esclarece Foucault (2011, p. 33):

Esse castigo era denominado de suplício, no qual era composto pelo sofrimento físico, incessante e brutal sobre o corpo do condenado. Consistiam em verdadeiros espetáculos de mutilações, sobre o corpo do condenado em praça pública onde também seus restos mortais eram queimados, ocorrendo também o enforcamento seguido de um banho em caldeira de água fervente.

Eram verdadeiras atrocidades cometidas com o condenado, despojando-o assim, da sua condição de humanidade, dos direitos fundamentais inerentes ao ser humano.

Nessa direção, nos esclarece Foucault (2011, p. 35):

A morte é um suplício na medida em que não é simplesmente privação do direito de viver, mas a ocasião e o termo final de uma gradação calculada de sofrimentos [...] é a arte de reter a vida no sofrimento, subdividindo-a em “mil mortes” e obtendo, antes de cessar a existência, “*the most exquisite agonies*”.

O autor ainda acrescenta que (2011, p. 14):

A punição vai-se tornando, pois, a parte mais velada do processo penal, provocando várias consequências: deixa o campo da percepção quase diária e entra no da consciência abstrata; sua eficácia é atribuída à sua fatalidade, não à sua intensidade visível; a certeza de ser punido é que deve desviar o homem do crime e não mais o abominável teatro; a mecânica exemplar da punição muda as engrenagens. Por essa razão, a justiça não assume mais publicamente a parte de violência que está ligada a seu exercício. O fato de ela matar ou ferir já não é mais a glorificação de sua força, mas um elemento intrínseco a ela que ela é obrigada a tolerar e muito lhe custa ter que se impor.

A partir do início do século XIX, a punição passou por diversas transformações, a partir da ascensão de discussões sobre a aplicação de penas com humanidade. O suplício passou a ser aplicado dentro da prisão e a punição passou a ser voltada para a alma do infrator, uma vez que os indivíduos eram privados de alimentação, privação sexual e reclusos em masmorras.

As penas aplicadas como espetáculos públicos foram gradualmente cessando em função do progresso da sociedade e também pela influência de grandes pensadores, tendo como destaque Voltaire, Rousseau e Montesquieu, cujo discurso era baseado em três lemas: Liberdade, Igualdade e Fraternidade, posicionando-se contrariamente aos suplícios como forma de punição, por considerarem que a pena desumana e brutal não se apoiava em nenhum direito da legislação.

A partir deste momento, começou a se pensar na ideia do surgimento da prisão, com o intuito de reabilitar o transgressor, para que cumprida a pena, volte ao convívio social.

Como já mencionado, a ideia de prisão surgiu na Idade Média, com a intervenção da Igreja, que acreditava que o homem ficando na solidão e no sofrimento, refletiria sobre os erros que havia cometido e poderia assim se reabilitar.

Vale ressaltar que o surgimento das prisões representou um significativo avanço na legislação penal, trazendo a ideia de reabilitação em substituição à aplicação de penas desumanas e cruéis.

A prisão como pena na Idade Moderna, portanto, é fruto de uma evolução de várias influências históricas. Desde a antiguidade as prisões de custódia, em sua maioria, com trabalhos forçados, já estava presente no inconsciente coletivo do homem. Mas foi a Igreja que revelou a possibilidade de prisão penitência. Já o surgimento da prisão da Idade Moderna coincide com decisivas transformações sociais. Veremos que as prisões modernas foram uma alternativa para coibir a vagabundagem e disciplinar o trabalhador no mundo industrial. O discurso humanista que imperou após o absolutismo e que combatia suas crueldades foi o principal responsável pela universalização da sanção penal e sua redução à pena de prisão, que até hoje é à base do sistema punitivo. (CHIAVERINI, 2009, P. 08)

Surge, nesse contexto a ideia de exploração da mão de obra dos apenados nas prisões, motivada e propagada pela ideologia “da ética ao trabalho”. Na verdade, essa foi uma maneira de ocupar o tempo ocioso do prisioneiro, a partir da lógica de exploração do trabalho dos apenados. Surgem então as Casas de Correção, fortalecendo assim cada vez mais o capitalismo.

Esta exploração da mão de obra prisional era fundamentada na ideia de que o Estado não deveria arcar com o sustento do preso, além de ser uma forma de contribuir para a reforma do indivíduo, que encontraria na disciplina do trabalho um meio de não colocar mais a sua energia em pensamentos criminosos, podendo ser reintegrado ao convívio em sociedade quando a pena terminasse. (MAIA, 2009, P. 15)

Esse modelo surge primeiramente na Europa e depois se espalhou pelo mundo. Absorvia os pobres, mendigos e os considerados vagabundos, bem como aqueles apontados como criminosos. Acolhia também aqueles que não conquistavam o espaço de trabalho, ou seja, aquela parcela da população excluída pelo capital.

O intuito dessas instituições era disciplinar aqueles que estavam mais vulneráveis a “sair do controle”, ou seja, se envolver em algum ato criminoso. Com isso, tornou-se mais fácil o domínio sobre a vida do trabalhador, atendendo as exigências do capitalismo conforme a doutrina. Assim aponta Foucault (2011, p. 133 e 134):

A disciplina fabrica assim corpos submissos e exercitados, corpos “dóceis”. A disciplina aumenta as forças do corpo (em termos econômicos de utilidade) e diminui essas mesmas forças (em termos políticos de obediência). Em uma palavra: ela dissocia o poder do corpo; faz dele por um lado uma “aptidão”, uma “capacidade” que ele procura aumentar; e inverte por outro lado a energia, a potência que poderia resultar disso, e faz dela uma relação de sujeição estrita. Se a exploração econômica separa a força e o produto do trabalho, digamos que a coerção disciplinar, estabelece no corpo o elo coercitivo entre uma aptidão aumentada e uma dominação acentuada.

As atividades desenvolvidas nas casas de trabalho eram exaustivas. Quando os prisioneiros se sentiam esgotados deveriam se apegar com Deus, já que a formação religiosa fazia parte do processo de correção do condenado.

Além do trabalho pesado e a baixa remuneração, as condições de trabalho eram desfavoráveis. Ao condenado não era dada a noção de permanência na casa de correção para o cumprimento de sua pena, uma vez que lá era mantido pelo tempo necessário à sua disciplina.

É possível inferir que as casas de correção eram meios de repressão sobre a vida do apenado, onde lhe era imposto o trabalho forçado. Este cenário era extremamente vantajoso para o capital, visto que o trabalho do preso era uma mão de obra barata e este, ao cumprir sua pena, já estaria se preparando para a vida de operário.

Na mesma linha das casas de correções citadas acima, foram criadas as *Workhouses* na América, que eram instituições de trabalho agrícola onde se confinavam os que praticavam delitos considerados “leves”.

Podemos apontar que esse cenário é o início das prisões com sentido de segregação e de disciplinar os “rebeldes”, particularmente os pobres: mulheres, jovens, doentes e as prostitutas, que deveriam ser ressocializados e reeducados para a vida em sociedade. As casas de trabalho e correção possuíam em sua natureza um legado cruel, violento e estigmatizante, sendo possível notar a existência desta mesma essência nas instituições de privação de liberdade contemporânea.

No final do século XVIII, promovido por pensadores da época que se diziam portadores das luzes que iluminariam as trevas pela qual esse período passava, surge um movimento intelectual denominado Iluminismo, cujo discurso baseava-se em três convicções que se tornariam lema da Revolução Francesa: Liberdade, Igualdade e Fraternidade.

Foram expoentes das ideias iluministas os filósofos Rousseau, Voltaire e Montesquieu, propondo - dentre outras coisas - a revisão do sistema de penas da época, defendendo um tratamento mais humanitário para os presos. As principais críticas surgiram em relação ao poder do clero e a confusão entre Estado e Igreja. Também havia uma insatisfação em relação às casas de trabalho e correção.

Com o surgimento das máquinas e da tecnologia trazidas pela Revolução Industrial, ocorreu um aumento significativo do número de desempregados, provocando o retorno de métodos terroristas nas prisões.



Nesse período a prisão não precisava formar bons operários, servindo somente como instrumento de intimidação e controle social.

Sua composição estrutural seria realizada visando o cumprimento da pena privativa de liberdade, a qual assegurava ao apenado um ambiente higiênico, com alimentação adequada e assistência médica.

No final do século XVIII o jurista e filósofo francês Jeremy Bentham criou pela primeira vez a ideia do modelo Panóptico, que consistia em um projeto de prisão circular onde um observador central pudesse enxergar todos os locais onde houvesse presos. Ele também sugeriu que esse modelo de prisão pudesse ser utilizado em escolas e no trabalho, como um meio eficiente de manter a ordem naqueles locais.

Ao descrever o modelo Panóptico, Maia (2009, p. 14) nos aponta que: “de uma torre central da prisão, o prisioneiro poderia ser continuamente observado pelo carcereiro, e com isso ter o seu tempo controlado a serviço de sua regeneração moral”.

Ainda sobre o tema, Foucault (2011, p. 190) considera que:

O princípio é conhecido: na periferia uma construção em anel; no centro, uma torre; esta é vazada de largas janelas que se abrem sobre a face interna do anel; a construção periférica é dividida em celas, cada uma atravessando toda a espessura da construção; elas têm duas janelas, uma para o interior, correspondendo as janelas da torre; outra, que dá para o exterior, permite que a luz atravesse a cela de lado a lado. Basta então colocar um vigia na torre central, e em cada cela trancar um louco, um doente, um condenado, um operário ou um escolar. Pelo efeito da contraluz, pode-se perceber da torre, recortando-se exatamente sobre a claridade, as pequenas silhuetas cativas nas celas da periferia. Tantas jaulas, tantos pequenos teatros, em que cada autor está sozinho, perfeitamente individualizado e constantemente visível. O dispositivo panóptico organiza unidades especiais que permitem ver sem parar e reconhecer imediatamente. Em suma, o princípio da masmorra é invertido; ou antes, de suas três funções – trancar, privar de luz e esconder – só conserva a primeira e suprimem-se as outras duas. A plena luz e o olhar de um vigia captam melhor que a sombra, que finalmente protegia. A visibilidade é uma armadilha.

O autor acrescenta ainda o efeito que a arquitetura deveria exercer sobre o prisioneiro:

Induzir no detento um estado de consciente e permanente de visibilidade que assegurava o funcionamento automático do poder. Fazer com que a vigilância seja permanente em seus efeitos, mesmo se é descontínua em sua ação; que a perfeição do poder tenha a

tomar inútil a atualidade de seu exercício; que esse aparelho arquitetural seja uma máquina de criar e sustentar uma relação de poder independente daquele que o exerce; enfim, que os detentos se encontrem presos numa situação de poder de que eles mesmos são portadores (2011, p. 191).

Sendo assim, conforme nos mostra Maia (2009, p. 14), o modelo Panóptico influenciou na criação de outros dois modelos de execução penal utilizados nas penitenciárias: o sistema da Pensilvânia, o qual propunha o isolamento dos presos durante o dia, permitindo que trabalhassem isoladamente nas celas e o modelo Auburn, que isolava os presos somente à noite, impondo aos mesmos o trabalho grupal durante o dia, mas sem comunicação entre si.

Foucault ainda descreve sobre o modelo Auburniano:

O modelo de Auburniano prescreve a cela individual durante a noite, o trabalho e as refeições em comum, mas, sob a regra do silêncio absoluto, os detentos só podiam falar com os guardas, com a permissão destes em voz baixa. Referência clara tomada ao modelo monástico; referência também tomada à disciplina de oficina. A prisão deve ser o microcosmo de uma sociedade perfeita onde os indivíduos estão isolados em sua existência moral, mas onde sua reunião se efetua num enquadramento hierárquico estrito, sem relacionamento lateral, só se podendo fazer comunicação no sentido vertical. Vantagem do sistema auburniano segundo seus petidários: é uma repetição da própria sociedade. A coação é assegurada por meios materiais, mas sobretudo por uma regra que se tem que aprender a respeitar e é garantida por uma vigilância e punições. Mais que manter os condenados a “sete chaves como uma fera em uma jaula”, deve-se associá-lo aos outros, fazê-los participar em comum de exercícios úteis, obriga-los em comum a bons hábitos, prevenindo o contágio moral por uma vigilância ativa, e mantendo o recolhimento pela regra do silêncio. (FOUCAULT, 2011, P. 224)

O trabalho realizado no interior das prisões utilizava baixos custos, especialmente em função da mão de obra barata e competindo desigualmente com o trabalho livre. Assim, os sindicatos e comissões de trabalhadores reivindicavam medidas contra a colocação de mercadorias produzidas pelos presos no mercado livre, contribuindo assim para o declínio do sistema Auburniano.

Após a vivência de vários sistemas de encarceramento perversos, chegamos por volta do século XIX ao sistema progressivo, que culminou no sistema adotado nos dias atuais e cuja pretensão é - em linhas gerais - levar o

indivíduo a uma boa conduta, como condição para que o mesmo demonstre estar preparado para um futuro retorno à vida em sociedade.

O modelo progressista exige que o preso<sup>2</sup> apresente um comportamento socialmente adequado, para que assim demonstre de forma gradativa estar apto ao retorno ao convívio social, que oportunamente será melhor explorado.

## 2.1 As Prisões no Brasil

No Brasil a concepção de prisão atual é oriunda do modelo norte-americano, isso não é surpresa, já que há muito o Brasil possui sua economia - bem como sua composição de sociedade - influenciada por tal ideologia.

O período colonial teve forte influência dos padrões culturais trazidos pelos portugueses brancos e impostos aos indígenas que aqui habitavam e com a vinda dos negros trazidos para o Brasil no período de escravidão.

Maia (2009, p. 37 e 38) nos revela que:

Durante o período colonial, as prisões e cárceres não constituíam espaços, instituições que seus visitantes e hóspedes pudessem elogiar pela organização, segurança, higiene ou efeitos positivos sobre os presos. Na maioria dos casos tratava-se de meros lugares de detenção para suspeitos que estavam sendo julgados ou para delinquentes já condenados que aguardavam a execução da sentença. O castigo se aplicava muito mais frequentemente por meio de vários outros mecanismos típicos das sociedades do Antigo Regime, tais como execuções públicas, marcas, açoites, trabalhos públicos ou desterros. Localizadas em edifícios fétidos e inseguros, a maioria das cadeias colônias não mantinham sequer um registro dos detentos, das datas de entrada e saída, da categoria dos delitos e sentenças.

Posto isto, é possível concluir que desde o período do Brasil Colônia a prisão existia como forma de segregação do indivíduo, um lugar onde o condenado ficava à espera de seu julgamento e sua sentença. Eram locais insalubres, sem condições de higiene, não havendo qualquer respeito à condição de humanidade do preso.

---

<sup>2</sup>Preso: Aquele que está recolhido à prisão; encarcerado, prisioneiro. (Dicionário Michaelis). Este termo está sendo utilizado em função do grupo entender que ele contempla melhor a ideia de temporalidade da prisão e não como condição humana.

O autor ainda continua:

Formalmente a pena de morte sempre esteve na codificação brasileira imperial de maneira restrita a escravos rebelados. Quando dos debates parlamentares em torno da elaboração, discussão e aprovação do Código Criminal de 1830, entretanto, não faltaram, como hoje não faltam, representações da defesa da pena de morte mais ampliada. (MAIA, 2009, P. 80)

Mesmo apresentando um discurso aparentemente liberal, o Código Criminal Brasileiro continuava a punir seus escravos de maneira diferenciada, prosseguindo com as mesmas práticas do açoite e outras formas de suplício. Esta situação é compreensível, uma vez que o escravo não passava de uma mercadoria e, portanto, não eram alcançados pela proteção da legislação.

Conforme aponta Maia (2009, p. 41), por volta do século XIX foram construídas algumas penitenciárias com o intuito de expandir a intervenção do Estado no controle social, bem como estabelecer uma imagem de modernidade baseada em modelos estrangeiros. Assim, eliminaram-se algumas maneiras cruéis de castigo, oferecendo às elites urbanas uma maior sensação de segurança e, com isso, fazer com que os chamados “delinquentes” fossem obedientes às leis.

Desse modo, surge a primeira penitenciária da América Latina: a Casa de Correção do Rio de Janeiro, cuja construção foi iniciada em 1834 e finalizada em 1850.

Motta (2011, p. 295) esclarece que após a proclamação da República em 1889 surgiu no país à necessidade da elaboração de um novo Código Criminal, o qual fora criado em 1890, considerando a pena privativa de liberdade como o centro do sistema penal, seja pela prisão disciplinar - pelo trabalho obrigatório - pelo estabelecimento agrícola, pela reclusão em fortalezas ou pela prisão celular.

O público alvo desse novo Código eram os capoeiras, os imigrantes, as prostitutas, os vadios, ébrios e afrodescendentes, pois na visão do governo eram sujeitos que deveriam ser encarcerados, ficando assim sob seu controle.

Segundo Maia (2009, p. 20), no início do século XIX ocorreu mudanças na legislação e na estrutura jurídica do país, a forma de punição passou a ser discutida, alcançando repercussão entre grupos importantes de atuação política, jurídica e social no Brasil.

Do ponto de vista jurídico, a Constituição de 1824 e o Código Criminal de 1830 introduziram a questão do aprisionamento moderno no país. A Constituição determinava que dali em diante as cadeias fossem limpas, seguras e bem arejadas, havendo diversas casas separadas para os réus - conforme as circunstâncias e naturezas de seus crimes -, eliminando os açoites, a marca de ferro quente e todas as penas cruéis. O Código de 1830 fixou a pena de prisão simples e a prisão com trabalho predominante para todos os tipos de crime cometido.

Com o novo ordenamento jurídico, as prisões passaram a ser redefinidas. Tornaram-se não mais um lugar de espera para a sentença final, decretada geralmente como forma de multa, degredo, morte ou trabalhos públicos, mas adquiriram um papel importante na organização da sociedade brasileira do século XIX.

No início do século XX as prisões já estavam em situações de precariedade e superlotação, não abarcando assim as demandas que eram postas, sendo necessária a construção de novas unidades prisionais, com nova infraestrutura, para uma melhor qualidade do sistema.

Em 1940, foi publicado através de Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940, o atual Código Penal Brasileiro, no qual tem por princípio a moderação por parte do poder punitivo do Estado. A situação prisional já era tratada com descaso pelo Poder Público e já era observado àquela época o problema das superlotações das prisões, da promiscuidade entre os detentos, do desrespeito aos princípios de relacionamento humano e da falta de aconselhamento e orientação do preso visando sua regeneração. (ASSIS, 2007, S/P)

Podemos observar que o autor nos traz que o sistema prisional sempre foi um problema na questão de atendimento digno das pessoas presas, visto que estava superlotado e precário e, mesmo com a introdução de princípios de humanização a partir do Código Penal de 1940, o preso sempre foi visto como sujeito além de privado de liberdade, privado de direitos. Sobre as mudanças postas no novo Código Penal de 1940, Chaves (s/a, p. 14):

O Código Penal de 1940 trouxe ainda para o âmbito do Direito Penal as chamadas medidas de segurança, para os inimputáveis ou semi-imputáveis, consistentes em medidas detentivas, quais sejam, a internação em manicômio judiciário, em casa de custódia e tratamento, em colônia agrícola ou instituto de trabalho de reeducação ou de ensino profissional, e não detentivas, que seriam a liberdade vigiada, proibição de frequentar determinados locais e o exílio local. A distribuição dos tipos de autor (inimputáveis ou semi-imputáveis) era, contudo, confusa, inapropriada e pouco prático. Ao mesmo tempo, vigorava o sistema do duplo-binário, que permitia a imposição sucessiva de uma pena mais a medida de segurança para o condenado de periculosidade presumida.

Segundo Batistela e Amaral (2008, s/p), o Código Penal consolida a base de um direito punitivo, democrático e liberal. O Código em sua totalidade traz o sistema progressivo para o cumprimento da pena privativa de liberdade, a suspensão condicional da pena e o livramento condicional. Portanto, não há mais pena de morte e nem de prisão perpétua, fixando que o máximo da pena privativa de liberdade é de 30 anos<sup>3</sup>.

Em 1964 houve o golpe militar, no entanto não foram alteradas de imediato as leis penais, mas as garantias formais da legislação de nada adiantariam frente à ação da polícia armada, influenciada pela ditadura militar (Takada, 2010, p. 05).

No ano de 1984 ocorreu uma reforma geral do Código Penal de 1940. Esta reformulação buscou trabalhar a reconstrução das leis penais com ênfase no respeito à dignidade do cidadão, sem deixar de lado a punição do crime que o indivíduo cometeu. Desta forma, podemos notar que houve um avanço a partir deste Código.

Outro avanço importante que ocorreu em 1984 foi à criação da Lei de Execução Penal (LEP), elaborada com o intuito de regular todo o processo de cumprimento de pena, disciplinando a vida carcerária e que enseja, dentre outros objetivos, a reintegração social do apenado. Assim, podemos dizer que ela veio para trazer regras claras em relação ao cumprimento de pena e resguardar os direitos dos apenados.

Gomes (2010, p. 29) ao tratar da LEP nos esclarece que:

---

<sup>3</sup> Artigo 75 do Código Penal vigente.

O escopo principal da Lei de Execução Penal (LEP) é efetivar o comando da sentença ou decisão criminal, pois a pena é castigo, tem uma natureza retributiva, que a sociedade por meio do Estado impõe ao indivíduo que violou a lei penal. Porém, além do caráter retributivo a pena tem por fim proporcionar condições para a harmônica integração social do condenado e do internado, pois ela também possui natureza ressocializante e reeducativa, sendo esta a sua principal finalidade e isto está muito bem delimitado no artigo 1º da Lei de Execução Penal (LEP), que de forma clara aduz o seguinte: “A execução penal tem por objetivo efetivar as disposições de sentença ou decisão criminal e proporcionar condições para a harmônica integração social do condenado e do internado.

Podemos observar que a criação da LEP teve importância relevante no cenário do direito penal, pois trouxe avanços significativos no que diz respeito à garantia da execução da pena, resguardando os direitos do preso.

O Brasil enfrenta nas últimas décadas uma crise no sistema prisional, especificadamente pelas superlotações das unidades prisionais, motivada pelo alto índice de encarceramento e reincidência, além do fortalecimento de organizações criminosas no interior das prisões.

O sistema prisional atual carrega problemas desde sua implantação, pois são unidades superlotadas, insalubres, precárias, dentre outros indicadores.

As precárias condições do sistema penitenciário brasileiro são amplamente conhecidas e destacadas em inúmeros relatórios de organismos nacionais e internacionais da defesa dos direitos humanos. Superpopulação carcerária, ausência de individualização da pena, dificuldades de acesso à defesa e a outros direitos estabelecidos na Lei de Execuções Penais são situações corriqueiras nas prisões do Brasil (Wolff, 2007, p. 15).

O artigo 40 da LEP indica que: “Impõe-se a todas as autoridades o respeito à integridade física e moral dos condenados e dos presos provisórios”. Analisando o atual sistema prisional, a partir de inúmeras denúncias noticiadas em diferentes mídias, fica evidente a violação dos direitos da pessoa privada de liberdade. Nessa direção, Cotrim (2012, p. 20) aponta:

Na realidade, os condenados vivem constantes violações de direitos, em contraste à ideia de que a pena privativa de liberdade deve ser cumprida em estrita observância ao princípio da humanidade, e nenhuma punição desnecessária, cruel ou degradante deverá ser aplicada, sob pena de serem contrárias ao princípio da legalidade.

É possível afirmar que o sistema prisional atualmente possui diversas deficiências, visto que o Estado não consegue cumprir o disposto na lei, resultando num quadro em que o apenado sofre diversas violações de direitos. É preciso compreender que o preso está privado apenas de sua liberdade de locomoção, devendo ter preservados seus demais direitos.

Nosso país hoje é o quarto país que mais aprisiona, estando atrás apenas dos Estados Unidos, China e Rússia. O Brasil, segundo dados do INFOPEN - Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias de 2014, do ano 2000 até 2014 houve um aumento de 57% da população encarcerada, sendo um total de 607.731 pessoas presas no referido ano.

No Brasil, segundo o mapa do encarceramento<sup>4</sup> de 2015, o maior índice de encarcerados é de negros, jovens e de baixa escolaridade, pertencentes a uma parcela marginalizada da população e exposta às mais diversas situações de vulnerabilidade, em virtude de sua constante exposição a distintas expressões da questão social. Esse quadro tem gerado um questionamento que precisa ser respondido: “por que essa população considerada “pobre” alarga cada vez mais a massa do encarceramento”?

## **2.2 O Encarceramento dos Excluídos e o Papel do Estado Frente a Esta Demanda**

A natureza da prisão sempre teve a função de controle social e punição. Este controle era (e ainda é) direcionado predominantemente às minorias, ou seja, são as massas socialmente vulneráveis ou excluídas pela sociedade capitalista que ocupam predominantemente o sistema penitenciário. Desta forma, a punição destina-se à classe que vive do trabalho precário ou fora dele, não tendo o poder de inserção na sociedade de consumo, mas prontamente acolhida pelo sistema punitivo.

Dito de outra forma por Wacquant (2012, p. 22), “o subproletário<sup>5</sup> vive numa sociedade punitiva, mas suas classes média e alta certamente não”.

---

<sup>4</sup>Mapa do Encarceramento é um documento elaborado pela Secretaria Geral da Presidência da República e a Secretaria Nacional de Juventude, no qual buscam realizar um diagnóstico sobre o perfil da população carcerária (Grifo Nosso).

<sup>5</sup>Subproletário na visão de Loïc Wacquant é a classe que está à margem de todo descaso social, a classe que sobrevive abaixo até mesmo da classe proletária (trabalhadora), que sofre



Sendo assim é visível que o subproletário está à margem da sociedade por diversas problemáticas que vão desde a falta de acesso ao mercado de trabalho e qualificação para este, à educação, saúde, habitação, ou seja, a falta de acesso a direitos plenos e integrais.

Ainda segundo o autor, “a prisão é apenas a manifestação paroxística da lógica de exclusão da qual o gueto<sup>6</sup> é o instrumento e o produto desde sua origem histórica” (Wacquant, 2007, p. 98).

Desta forma é possível inferir que o encarceramento foi pensado para determinada parcela da população, aquela que está à margem da sociedade, exposta às vulnerabilidades e exclusão social.

Segundo os dados do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) no ano de 2014, o número de pessoas presas no Brasil totalizou 567.655. Estes números colocam o Brasil numa triste posição de destaque no que diz respeito à população carcerária - a quarta maior do mundo - e apresenta um crescimento vertiginoso nos últimos 15 anos<sup>7</sup>.

As prisões brasileiras vivenciam cotidianamente sérios problemas: negligências e deficiências no atendimento às necessidades da pessoa presa, caracterizando, por vezes, em verdadeiras violações cotidianas de direitos.

Conforme o Infopen (2014) “dois em cada três presos são negros. Ao passo que a porcentagem de pessoas negras no sistema prisional é de 67%<sup>8</sup>”.

Podemos dizer então que os sujeitos que compõem este sistema são, em sua maioria, jovens vulneráveis e negros que residem em favelas, barracos, ou seja, os “excluídos” socialmente, ousando em dizer que as prisões brasileiras são representações parecidas ao Apartheid<sup>9</sup>.

---

com o desemprego, com o preconceito, com a falta de acesso aos seus direitos mínimos e outras diversas problemáticas.

<sup>6</sup> Sobre o gueto, Loïc Wacquant afirma que “A definição de gueto, se restringe a uma segregação imposta, de corte etnoracial e constitutiva de valores, regras e práticas próprias que se

<sup>7</sup>Dados retirados da Revista Época, 2015. Disponível em: <http://epoca.globo.com/tempo/filtro/noticia/2015/06/brasil-tem-quarta-maior-populacao-carceraria-do-mundo.html>. Acesso em 10 de junho de 2016.

<sup>8</sup> Dados disponíveis em: <http://www.justica.gov.br/noticias/mj-divulgara-novo-relatorio-do-infopen-nesta-terca-feira/relatorio-depen-versao-web.pdf>. Acesso em 10 de junho de 2016.

<sup>9</sup> Historicamente o Apartheid configura-se como segregação. Foi adotado especialmente no século XX e segregava negros e brancos. Foi um sistema político adotado pela África do Sul (Grifo Nosso).

Segundo a Revista Época (2015, s/p) “a população carcerária brasileira cresceu 161% nos últimos 15 anos, ao passo que o crescimento demográfico do país foi de 20% desde 2000”.

Esses dados evidenciam a problemática que o Brasil vem vivendo em relação ao aprisionamento, já que a população carcerária tem crescido em um nível superior ao aumento da população em geral.

É evidente então que o Estado tem deixado seu caráter provedor para se tornar estado penal, pois exclui e marginaliza os sujeitos mais vulneráveis da sociedade. Diante destes dados fica evidente que o Estado tem se ausentado de suas responsabilidades, pois é melhor “prender”, excluir e rejeitar do que criar meios de acesso pleno e integral aos direitos. Ao discorrer do texto iremos discutir mais a fundo sobre o modelo de Estado Penal e suas características, extremamente enraizado na sociedade capitalista.

Wacquant (2007, p. 26) aponta para a escolha das políticas punitivas e justifica que “a causa desencadeadora da virada punitiva não é a modernidade tardia, mas sim o neoliberalismo<sup>10</sup>”.

Entendemos, a partir de Wacquant, que a adoção de políticas de cunho neoliberal, onde o Estado privilegia o capital econômico e precariza a relação de trabalho, promove consequências nefastas do ponto de vista da proteção social da sociedade contemporânea. Na ausência de políticas sociais para a redução dos conflitos gerados pela exploração do trabalho e do empobrecimento da população, o Estado privilegia as políticas punitivas, produzindo assim índices de aprisionamento alarmantes.

Contudo, este mesmo Estado, deveria ser o responsável por zelar, garantir e efetivar todo e qualquer direito do cidadão. Falando do sistema prisional é de total responsabilidade do Estado assumir o papel de resguardar a pessoa que está privada de sua liberdade e seus direitos, cabendo a ele o papel regulador e também protetor da sociedade e de seus membros, mas pode-se dizer que não é isto de fato que realmente acontece.

Um princípio ideológico central do neoliberalismo é que ele inclui a implantação do governo mínimo, ou seja, o encolhimento do supostamente flácido e inflado estado do bem-estar e sua

---

<sup>10</sup> Neoliberalismo é um conjunto de ideias políticas e econômicas que vem de encontro aos interesses capitalistas (Grifo Nosso).

transformação em um estado do trabalho social, seco e ágil que investe em capital humano e ativa fontes comuns e apetites individuais em relação ao trabalho. (WACQUANT, 2007, P. 33)

Quando pensamos em um modelo ideal de Estado, logo pensamos no Estado de Bem-Estar Social, especialmente vivido em alguns países da Europa, cuja função do poder público era garantir direitos e proteção da sociedade em geral, em oposição a um governo individualista e capitalista - como citado acima pelo autor.

Segundo Nogueira (2015, s/p) o Estado de Bem-Estar Social é aquele cujas políticas sociais são importantes, onde há o reconhecimento explícito de direitos e uma orientação oficial largamente favorável a melhoria na distribuição de renda e à redução das desigualdades sociais.

Ainda de acordo com o autor, a implantação do Estado de Bem-Estar Social em nosso país seria extremamente positiva, mas não foi o que aconteceu. No Brasil, este modelo de “Estado Perfeito”, não se tornou viável e sustentável ao país. O Brasil alcançou alguns progressos, mas que logo perderam forças e foram retrocedendo.

Após a Reforma do Estado, ocorrida na década de 1990, algumas implicações ficaram visíveis, no que diz respeito a direitos e políticas sociais públicas. Com a Reforma, o Estado buscou transferir suas responsabilidades para a sociedade civil, onde se deu a privatização, a terceirização e a publicização dos direitos sociais. Desta forma, ocorreu o chamado “desmonte dos direitos sociais”, pois o Estado se ausenta de suas funções, deixando toda responsabilidade voltada para a sociedade civil.

Como vemos a formulação do Estado, suas responsabilidades e seus interesses, vêm se alterando ao passar dos tempos e podemos considerar alguns aspectos responsáveis por tais alterações, como por exemplo, o capitalismo, a globalização, a violência, o individualismo, a criminalidade, entre outros.

As mudanças econômicas, políticas e sociais que ocorreram a partir dos anos de 1960 terminaram por desenhar um novo “paradigma da violência”. Mais do que uma mudança circunscrita às práticas e percepções acerca do crime e da criminalidade, ou das formas de controle social e de punição. (SALLA, GAUTO & ALVAREZ, 2000, P. 331)

Com este novo “paradigma de violência” e com as mudanças econômicas, políticas, sociais e com a criminalidade expressivamente presente na sociedade, o Estado passa a optar pelo caráter punitivo, deixando de investir em políticas sociais. Esta nova característica do Estado (Estado Penal/Policial como também ficou conhecido) tem como base o controle social, promovendo alterações no modelo de punição e nas políticas de segurança, deixando de lado o papel protetivo e atendendo aos ditames do capitalismo, bem como seus interesses.

De acordo com Bauman (1999, p. 114):

De outro lado, os párias gerados por essa economia e pela desmobilização do Estado de Bem-Estar Social, as massas largadas à própria sorte que buscam nas estratégias de sobrevivência, nem sempre legais, um lugar ao sol – marginalizados que serão cada vez mais imobilizados nos guetos, nas periferias, circunscritos na miséria de sua existência.

Com a mudança nessa postura, as camadas vulneráveis da sociedade passam a optar por meios ilegais para tentar garantir sua subsistência e de sua família.

Isto acontece a partir do momento em que o Estado deixa de ser “provedor” e torna-se negligenciador dos direitos das camadas menos favorecidas da sociedade, fazendo com que estas passem a optar pela criminalidade como um meio de sobrevivência.

No processo de transição do Estado Providência para o Estado Penal, os recursos destinados à assistência social foram reduzidos à medida – e na mesma proporção – que os recursos destinados ao sistema carcerário e policial aumentavam tudo isso apoiado por uma mudança nas concepções que transformam a imagem daqueles que são beneficiários das políticas sociais em pessoas dependentes/parasitas do Estado Social. (WACQUANT, 2007, P. 22)

Com o Estado Penal em vigência, os recursos que eram voltados à assistência social foram reduzidos e os que eram direcionados ao cárcere aumentaram expressivamente. Ou seja, o Estado passa a dar mais atenção aos atos ilícitos praticados do que buscar prevenir para que os mesmos não acontecessem.

Esse novo cenário traz um Estado que privilegia ações de vigilância dos pobres, já que todo e qualquer ato considerado ilegal, seria alvo de punição. Isto acarretaria um maior número de pessoas privadas de sua liberdade “presas”, pois o Estado exercia seu controle social através da punição e vigilância.

O Estado atual, nomeado como ‘neoliberal’, tem como característica o lucro, visando atender e fortalecer o capitalismo e fazendo com que as mazelas da questão social apenas aumentem; pois quando se visa os interesses do capitalismo se esquece dos direitos dos sujeitos presentes na sociedade. O capitalismo visa apenas à exploração e a alienação do trabalhador, não respeitando os direitos dos mesmos.

O modelo ideal de Estado seria aquele onde o interesse da sociedade como um todo fosse pensado. Onde houvesse lutas pela garantia e efetivação de direitos, promoção da proteção e da igualdade. Se estes pontos citados fossem colocados em prática o sistema carcerário não estaria com uma superlotação, pois estes sujeitos que lá estão não teriam tido seus direitos negligenciados. As pessoas que estão privadas de sua liberdade não podem ser entendidas como “indivíduos não detentores de direitos”. É dever do Estado garantir os direitos da sociedade como um todo, bem como da população carcerária, que também fazem parte desta sociedade. Desta forma, abordaremos no capítulo a seguir o direito à saúde especificamente, bem como uma pincelada na história do tocante tema.

### **3 ASPECTOS HISTÓRICOS DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL**

O presente capítulo irá abordar uma breve contextualização histórica da Política de Saúde no Brasil.

Há muito sabemos que a atenção dada à saúde era realizada de maneira paliativa, ou seja, as doenças existiam e só eram tratadas de modo a amenizá-las, onde não se tinha a preocupação de fazer um trabalho de prevenção e tratamento de suas causas. Com a evolução humana e os avanços relacionados ao conhecimento científico, observou-se que para se alcançar um bom estado de saúde era necessário desenvolver um trabalho preventivo em relação às patologias que afetavam o ser humano e que a qualidade de sua saúde também estava ligada aos meios em que o homem vivia, como por exemplo, a qualidade de sua moradia, saneamento básico, hábitos de higiene, condições de trabalho, dentre outros fatores.

Diante da preocupação com a saúde, havia um discurso extremamente progressista que tinha como perspectiva englobar o ser humano como um todo, conforme aponta Júnior (2012, p. 17):

Segundo esse conceito, a Constituição da Organização Mundial de Saúde, de 07 de abril de 1948, previu que: “A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”. E previu também que gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social.

Aqui nos deixa claro que a saúde passa a ser considerada um direito fundamental a todo ser humano e nos revela a preocupação com o indivíduo em todos os seus aspectos, agregando ao conceito de saúde outros elementos como constituintes e não apenas a ausência de doenças. O autor ainda aponta que esse direito também foi consagrado pela Lei Orgânica da Saúde Pública, que nos traz em seu artigo 3º:

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.  
(BRASIL, LEI N° 8.080/90)

Fica evidente, portanto, que para que o cidadão tenha boas condições de saúde é necessário que ele tenha acesso aos outros direitos, inerentes a sua condição humana como: boa alimentação, moradia, saneamento básico, entre outros.

Isto posto é possível inferir que os níveis de saúde da população se expressam na organização social e econômica do país. Se a grande maioria da população não possui o acesso a esses direitos, como terão uma boa condição de saúde? As respostas a esta questão podem revelar como a saúde foi pensada em nosso país ao longo da história. O quadro atual da saúde é resultante de toda essa história, cujo trajeto será tratado a partir do período da República Velha (1889-1930).

Através das manifestações de epidemias é criado o Departamento Federal de Saúde Pública no ano de 1903, sob a coordenação de Oswaldo Cruz. Com isso passou a serem implantadas medidas sanitárias a fim de eliminar com as epidemias que assolavam o país. A partir de 1904 foi estabelecido um Código Sanitário que previa campanhas de desinfecção e campanhas de vacinação obrigatória, culminando no descontentamento da sociedade conhecido como a “Revolta da Vacina”.

A partir deste momento acentuaram-se as preocupações por parte do Estado com a saúde pública. Em 1910 criou-se uma política de saúde diante das doenças transmissíveis que assolavam o território brasileiro em virtude de

problemas ocasionados pela economia cafeeira, as manifestações epidêmicas, gerando a morte de um número alto de pessoas.

A saúde neste período era muito precária. A atenção do Estado se voltou para as doenças transmissíveis como a varíola, febre amarela e a peste bubônica, pois tais doenças acarretavam em muitas mortes dos trabalhadores agrários. Sendo assim, o Estado promoveu a criação de campanhas sanitárias de vacinas a fim de cessar com tais epidemias, sendo o tratamento e o diagnóstico precários.

Conforme Braga e Silveira (1985, s/p) nos elucida, a saúde surge como “questão social” no início do século XX, no bojo da economia capitalista exportadora cafeeira, refletindo o avanço da divisão do trabalho, ou seja, na emergência do trabalho assalariado.

No ano de 1921 foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública, cuja atuação foi marcada por diversas campanhas sanitárias com o intuito de promover o saneamento urbano e rural, da higiene industrial e dos serviços de higiene materno-infantil.

Já no ano de 1923 iniciou-se uma preocupação com a saúde do trabalhador, a partir da implantação da Lei Eloy Chaves (Decreto Legislativo N° 4.682/23), que criava as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), representando assim o início das políticas públicas de saúde no país, consequência do movimento operário.

A lei - através do artigo 9º - preconizou o atendimento das CAPs através de “socorros médicos em caso de doença na família do segurado, os medicamentos obtidos por preço especial determinado pelo Conselho de Administração; aposentadoria; e, a pensão para seus herdeiros em caso de morte”.

As CAPs eram financiadas pela União, pelas empresas empregadoras e pelos empregados. Elas eram organizadas por empresas, de modo que só os grandes estabelecimentos tinham condições de mantê-las. O presidente das mesmas era nomeado pelo presidente da República e os patrões e empregados participavam paritariamente da administração. Os benefícios eram proporcionais às contribuições e foram previstos: assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral. (BRAVO, 2007, P. 90)



As CAPs eram reguladas por empresas, administradas e financiadas por empresários e trabalhadores, encarregados por benefícios pecuniários como serviços de saúde para os empregados de empresas específicas, em sua maioria de importância estratégica para a economia. Portanto podemos observar que a previdência não era considerada como um direito universal, já que eram beneficiados apenas aqueles que contribuía, ou seja, uma mínima parcela dos trabalhadores.

Na década de 1930 o país passou por uma transformação política com o início do governo de Getúlio Vargas, sendo que uma das suas primeiras ações foi a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP). O governo de Vargas, visando receber apoio dos trabalhadores e também considerando seus interesses econômicos, criou o Ministério do Trabalho, implantando uma política de proteção aos trabalhadores e também a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), ampliando os serviços da CAPs e o alcance da proteção social.

A medicina previdenciária surgiu através dos IAPs com intuito de abranger um alto índice de trabalhadores assalariados, passando a ser responsabilidade do Estado, contudo ainda era uma política para poucos e excludente. Mesmo dentre os que contribuía havia uma discriminação, visto que os IAPs concediam benefícios de acordo com as categorias profissionais, adotando um padrão diferenciado de atendimento aos que mais contribuía.

O MESP ficou com a responsabilidade de coordenar a saúde pública, destinada aqueles sujeitos que não eram resguardados pela medicina previdenciária, caso estes dos desempregados e os que não estavam dentro do mercado de trabalho formal.

Na década de 40, foram tomadas medidas de reestruturação e ampliação dos órgãos de saúde dos Estados. Neste sentido, as ações passavam então a serem coordenadas e centralizadas pelo governo federal através do MESP. Observa-se também, que durante este período, houve a criação do Serviço Especial de Saúde Pública – SESP, o qual na década de 50 teria importante atuação no combate à malária, em pesquisas de doenças tropicais e na educação sanitária. Somente em 1953 ocorreu a divisão da saúde e educação, através da criação do Ministério da Saúde, antes vinculadas em um único ministério. (PAIM, 2010, S/P)

É importante ressaltar que a partir da década de 1940 o Estado - visando à importância da saúde pública e um direito que ele deveria garantir por meio das políticas públicas - passa a ter uma preocupação maior em relação à saúde pública, uma vez que passou a ter uma estrutura mais centralizada.

Durante o período do Regime Militar (1964 – 1985) foi consolidado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966. Neste período conservador o sistema de saúde brasileiro passou por uma crise, com atuação e abrangência insuficiente, inadequada e ineficaz.

No ano de 1974 com o avanço do processo de industrialização o modelo assistencial-privatista se consolidou com a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), no qual tinha como atribuição prestar o serviço de atendimento à saúde da população.

Conforme Junior (2012, p. 21):

O INAMPS, porém, era restrito aos trabalhadores com vínculo empregatício formal e aqueles que contribuíam de forma autônoma para previdência social. Os demais cidadãos eram alijados do sistema e não contavam com o mesmo atendimento.

Podemos destacar que a assistência médica era assegurada somente para os trabalhadores que possuíam vínculos com o INAMPS, ou seja, para ter acesso ao serviço era necessária a contribuição previdenciária. Assim, excluía-se grande parte da população que acabavam sem opção, recorrendo às Santas Casas de Misericórdia através da benemerência. No caso do trabalhador rural, existia o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL), criado em 1971.

Grande parte da sociedade, inclusive os trabalhadores da saúde, insatisfeitos com as políticas de saúde adotadas no país, passaram a se organizar através de movimentos sociais, buscando a democratização da saúde no país. Este movimento foi conhecido como Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e é a base para a proposta de criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O movimento da Reforma Sanitária foi criado em meados da década de 1970 em meio a um contexto de lutas contra a Ditadura Militar. Esse

movimento tinha como objetivo provocar mudanças em todo o setor da saúde, visando à melhoria das condições de vida da população.

A Revista do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) nos mostra:

A principal proposta da Reforma Sanitária é a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais. Nessa direção ressalta-se a concepção ampliada de saúde, considerada como melhores condições de vida e de trabalho, ou seja, com ênfase nos determinantes sociais; a nova organização do sistema de saúde por meio da construção do SUS, em consonância com os princípios da intersetorialidade, integralidade, descentralização, universalização, participação social e redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, Estado, municípios, territórios) na prestação dos serviços de saúde; e efetivo financiamento do Estado. (CFESS, 2010, P. 19)

Aqui é notório afirmar que a proposta da Reforma Sanitária remetia a universalização dos direitos e do acesso dos cidadãos às políticas sociais, ressaltando que a concepção de saúde também envolvia uma melhor condição de vida e de trabalho; considerando que as condições precárias de trabalho e de vida rebaterão diretamente ao seu estado de saúde, deixando claro que o cidadão deverá ter acesso as demais políticas para que alcance uma melhor qualidade de vida e saúde.

Afirma-se também como proposta da Reforma a consolidação do SUS, que traz seus princípios de universalidade e igualdade de acesso a todo cidadão, cujo financiamento deverá ser de responsabilidade do Estado.

Um dos marcos mais significativos da política de saúde foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, conforme nos aponta Bravo (2007, p. 33):

Essa Conferência reuniu cerca de 4.500 pessoas, sendo 1.000, delegados para discutir o rumo da saúde no país. Apresentando como eixos: "Saúde como direito de cidadania", "Reformulação do Sistema Nacional de Saúde", e "Financiamento Setorial. Nesta Conferência foi aprovada a bandeira da Reforma Sanitária, que se tornou proposta legitimada pelos segmentos presentes no evento, o relatório produzido transformou-se em recomendações, que serviu de base para negociação da Reforma Sanitária na Constituição.

Dentre os atores envolvidos nesse movimento, podemos destacar médicos e outros profissionais, destacando a presença do médico sanitarista

Sérgio Arouca, que se tornou um dos expoentes da Reforma Sanitária. Esses profissionais se preocupavam com a saúde pública, promovendo discussões políticas.

Assim, podemos concluir que a preocupação em se pensar a saúde como um direito universal, que pudesse ser alcançada por todos, vem de uma luta histórica.

As propostas da Reforma Sanitária resultaram na universalização do direito à saúde e na criação de um novo sistema de saúde em 1987. O Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS) visava à descentralização administrativa e orçamentária da saúde pública, tornando-se a partir da Constituição Federal de 1988 o SUS, cujo acesso à saúde passa a ser universal e garantido pelo Estado.

Na Constituição Federal de 1988 o direito a saúde está previsto no artigo 196:

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

Assim, o acesso à saúde passa a ser consolidado como um direito a todo cidadão e sua promoção um dever do Estado. A saúde passa a ser um dos elementos que compõem a Seguridade Social, conforme nos aponta Bravo (2007, p. 33):

No que tange ao modelo de proteção social, a Constituição Federal de 1988 é a mais progressista, e nela a Saúde, conjuntamente com a Assistência Social e a Previdência Social, integra a Seguridade Social. À Saúde couberam cinco artigos (Art. 196-200), que determinam que esta seja um direito de todos e dever do Estado, e estatuem a integração dos serviços de saúde de forma regionalizada e hierárquica, constituindo um sistema único.

Desta forma podemos dizer que foi após inúmeras lutas que a saúde passou a ser de fato um direito de todos, com a promulgação da nova Constituição.

Na década de 1990 o Estado passa por novas configurações a fim de atender as políticas de ajuste neoliberal, caracterizando-se como um período de desemprego estrutural e por medidas de ajustes neoliberais.

Assim, dois projetos passam a conviver em tensão: o projeto da Reforma Sanitária, construído na década de 1980 e inscrito na Constituição Federal e o projeto de saúde articulado ao mercado privatista e hegemônico.

A política de saúde tem encontrado notórias dificuldades para sua efetivação, dentre elas podemos ressaltar: a desigualdade de acesso da população aos serviços de saúde; o desafio da construção de práticas baseadas na integralidade; os dilemas para alcançar a equidade no financiamento do setor; os avanços e recuos nas experiências de controle social; a falta de articulação entre movimentos sociais, entre outros. Todas essas questões apontam que a construção e consolidação dos princípios da Reforma Sanitária permanecem como desafios fundamentais na agenda contemporânea da política de saúde. (CFESS, 2010, P. 21)

Porém é possível destacar que a política de saúde na contemporaneidade encontra inúmeros obstáculos para que seja efetivada, dentre estes podemos destacar a dificuldade de acesso da população.

O acesso à saúde pública muitas vezes é precário e acaba executado pela rede privada, acessado por aqueles que podem pagar pelos planos privados, com acesso pleno e integral, pagando por um serviço já amplamente pago através da contribuição que fazemos através dos impostos que pagamos.

A Política Nacional de Saúde surgiu na década de 1990 através da Lei 8.080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços e correspondentes e dá outras providências. Essa política enfatiza que a saúde é um direito humano e dever do Estado, bem como seu regulamento em todo território nacional. A consolidação do SUS é entendida como:

O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde – SUS (Política Nacional de Saúde, 1990).

Aqui podemos definir que o SUS representa um conjunto das ações realizadas por órgãos públicos, que oferta os serviços de saúde a população de maneira gratuita nas três esferas de governo.

Em 2002, com a eleição do presidente Luís Inácio Lula da Silva, esperava-se a redução das desigualdades sociais através de uma política econômica com redistribuição de renda e com a geração de empregos. Ansiavam que as políticas sociais adquirissem caráter universal. No que diz respeito à saúde, a ideia era o retorno do Projeto da Reforma Sanitária, porém isso não ocorreu e a política de saúde continuou focalizada e sem financiamento efetivo.

O projeto da saúde articulado ao mercado ou à reatualização do modelo médico assistencial privatista está pautado na Política de Ajuste, que tem como principais tendências: a contenção dos gastos com racionalização da oferta e a descentralização com isenção de 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 aos que têm acesso ao mercado. Suas principais propostas são: caráter focalizado para atender às populações vulneráveis por meio do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços em nível local e eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento (CFESS, 2010, p. 23).

O Estado neoliberal reduz os investimentos públicos em diferentes áreas, inclusive na saúde, fomentando ações de saúde a serem executadas pela iniciativa privada através de convênios com o próprio Estado ou ainda através dos planos privados, existindo incentivo por parte do governo no que tange a privatização da saúde.

Em nossa sociedade sabemos que o acesso à saúde de maneira privada é valorizado, inclusive com a ideia que o SUS não funciona e deve ser destinado apenas para determinado segmento da população. Esse conceito é referendado por grande parcela da população e alimenta com a ampliação dessa mentalidade a contratação de planos privados, esvaziando, de certa forma, as lutas pela saúde pública de qualidade já amplamente paga pela taxa de impostos.

Retomando o foco para a saúde pública, apontamos aqui uma nova maneira de se pensar a Política de Saúde através da “Política Nacional de Humanização”, que foi instituída pelo Ministério da Saúde em 2003.

A Humanização na Saúde é uma política transversal que objetiva materializar os princípios do SUS. Relembrando aqui quais são esses princípios: Universalidade de acesso; Equidade na assistência à saúde; Integralidade a assistência; Controle social, ou seja, participação da comunidade e descentralização político-administrativa.

A Política Nacional de Humanização se pauta em três princípios: inseparabilidade entre a atenção e a gestão dos processos de produção de saúde, transversalidade e autonomia e protagonismo dos sujeitos. Além disso, está em constante atualização, buscando coerência com os princípios do SUS, sendo uma política institucional construída coletivamente e envolvendo não só o governo federal, mas as instâncias estaduais e municipais. Para se efetivar a humanização é fundamental que os sujeitos participantes dos processos em saúde se reconheçam como protagonistas e corresponsáveis de suas práticas, buscando garantir a universalidade do acesso, a integralidade do cuidado e a equidade das ofertas em saúde.

Diante a esses avanços na área da saúde seria de extrema importância à efetivação da Política de Humanização de Saúde no sistema penitenciário, considerando que as especificidades locais promovem a exposição do sujeito preso às situações de vulnerabilidade e até mesmo a condições subumanas.

Os próprios ambientes carcerários, por sua condição de superlotação e por consequência as más condições de higiene, acabam por expor ainda mais esses sujeitos há várias doenças.

Diante da responsabilidade do Estado em promover uma saúde de boa qualidade e acessível a todos, destacamos a inquietação mediante as dificuldades do acesso a saúde da pessoa privada de liberdade, afinal estes se encontram sobre sua custódia.

### **3.1 O Direito à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade no Sistema Penitenciário**

O sistema penitenciário brasileiro vem sofrendo diversas precariedades seja pelo ambiente físico inadequado, superlotação das celas,

má alimentação, sedentarismo, falta de higiene e outras problemáticas que rebatem diretamente na vida dos presos que ali adentram.

O aumento da população carcerária no Brasil tem sido expressivo e chegou a dobrar em 14 anos. O sistema penitenciário brasileiro atualmente comporta 622.202 presos, contabilizando o aumento de 167% em 14 anos. Desta forma o Brasil se encontra com a 4º maior população carcerária do mundo<sup>11</sup>, visto que o sistema não foi preparado para comportar um número tão elevado de pessoas, gerando o agravamento dos problemas e a falha do sistema.

Por si só o ambiente dentro de uma prisão já é propenso ao agravamento de doenças e epidemias, não só pela condição de confinamento, mas também pela superlotação. Desta forma, o surgimento de patologias acontece diariamente e a dificuldade para o acesso integral a saúde se torna cada vez maior, já que diante à situação de reclusão os presos enfrentam outras dificuldades para que se possa ter acesso aos devidos cuidados de saúde.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu em 1948 o conceito de saúde como “estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”. A partir deste conceito é visível que não há tratamentos adequados voltados a “saúde” dentro do sistema penitenciário, visto que o conceito de saúde se baseia em um estado de bem-estar físico, mental e social. Sendo assim, o ambiente onde o indivíduo está inserido tem total influência nesta condição e o ambiente penitenciário tem sido falho no que tange este “bem-estar”, pois é carregado de falhas, negligências e desassistência a sua população.

Quando nos referimos à saúde o pensamento logo nos remete ao SUS e de imediato nos vem à cabeça o que é posto nas diferentes mídias: enormes filas de espera, demora no atendimento, descaso por parte de alguns profissionais, entre outros aspectos. No que se refere à saúde da pessoa privada de liberdade não é diferente, pois o descaso pode ser ainda mais expressivo por outras mazelas inerentes ao encarceramento.

---

<sup>11</sup> Fonte: <http://fernandorodrigues.blogosfera.uol.com.br/2016/04/26/numero-de-presos-no-brasil-mais-que-dobra-em-14-anos/>



O indivíduo preso além de sofrer com a situação que vivencia pela privação da liberdade, também sofre com o descaso e o preconceito por parte da sociedade que - via de regra - possui uma visão reducionista de que por estar sob as grades não devem ter seus direitos garantidos e efetivados, incluindo o direito e o acesso à saúde, objeto da presente pesquisa.

O acesso à saúde dentro do sistema penitenciário não é fácil e muito menos simples. Grande parte da sociedade civil acredita que estes sujeitos possuem privilégios e até preferência para atendimentos. Mas isto não é o que realmente acontece. Como todas as outras pessoas, os presos aguardam em longas filas a espera de um atendimento e, quando finalmente conseguem marcar a consulta, surge outro problema que é a falta de escolta policial para que possa se deslocar até os hospitais ou postos de saúde, ocasionando por diversas vezes a perda do atendimento e refletindo negativamente e diretamente em sua saúde, pois favorece o agravamento de patologias.

O artigo 196 da Constituição Federal vigente estabelece claramente a abrangência do acesso à saúde:

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

Como mencionado pela Constituição Federal de 1988, a saúde é um direito que deve ser universal e igualitário e é dever do Estado promover ações que permitam que todos tenham este direito garantido integralmente, em função de sua importância. O acesso deve ser franqueado a todos, dentro ou fora do sistema penitenciário, para a prevenção e agravos no quadro de saúde do sujeito.

A Constituição em seu Art. 5º XLIX assegura às pessoas privadas de liberdade o respeito à integridade física e moral e a LEP determina algumas obrigações que o Estado deve prestar ao preso, como por exemplo, a assistência à saúde, abrangendo o atendimento médico, farmacêutico e odontológico, sendo estes meios tanto preventivos como curativos.

A assistência à saúde do preso e do internado de caráter preventivo e curativo compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico.

§ 1º (Vetado).

§ 2º Quando o estabelecimento penal não estiver aparelhado para prover a assistência médica necessária, esta será prestada em outro local, mediante autorização da direção do estabelecimento (LEP, 1984 Art. 14).

A citação acima explicita o Art. 14 da LEP onde é disciplinado o atendimento à saúde a ser realizado de forma preventiva e curativa, compreendendo especialidade médica farmacêutica e odontológica.

No entanto, como noticiado amplamente pelas diferentes mídias, a execução desse direito dentro do sistema penitenciário não é implementada em sua integralidade, onde inúmeras penitenciárias contam apenas com enfermeiros, falta equipe médica, não existe atendimento odontológico, entre outras deficiências existentes e reflexos da não implementação integral do que está posto no ordenamento jurídico.

Além do que é disciplinado na LEP e na Constituição Federal de 1988, devido à escassez de atendimentos e ao agravamento da problemática de saúde dentro do sistema penitenciário, foi criado em 09 de setembro de 2003 um Plano voltado à saúde da população presa, intitulado de Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP).

O PNSSP articula programas e ações vinculados ao Ministério da Saúde e ao Ministério da Justiça e surgiu com o escopo de promover a atenção à saúde da população privada de liberdade, simbolizando uma conquista e um grande avanço para o país, considerando que estabelece um direcionamento para o tratamento a saúde dos presos, promovendo a visibilidade dessa população através de um plano específico que possibilite um melhor acesso às ações preventivas e também as curativas. Também busca inserir o preso no SUS, garantindo que todos os direitos descritos na Constituição Federal de 1988, na Lei 8.080/90, na Lei 8.142/90<sup>12</sup> e na LEP, sejam integralmente efetivados.

É fato conhecido que os problemas de saúde decorrentes das condições de confinamento não têm sido objeto de ações de saúde que possibilitem o acesso das pessoas presas à saúde de forma

---

<sup>12</sup> Ordena sobre a participação da comunidade na gestão do SUS (Grifo Nosso).

integral e efetiva. A necessidade de implementação de uma política pública de inclusão social que atente para a promoção dos direitos humanos das pessoas privadas de liberdade aponta para a importância da reorientação do modelo assistencial, a fim de atender às carências manifestas por esta população. Reconhecendo sua responsabilidade frente a essa necessidade, o Ministério da Saúde, em ação integrada com o Ministério da Justiça, elaborou o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, que será desenvolvido dentro de uma lógica de atenção à saúde fundamentada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). (PNSSP, 2004 P. 07)

Nesta perspectiva de atenção à saúde da pessoa privada de liberdade e de inclusão social, este plano dispõe diretrizes estratégicas que irão direcionar as metas e ações dentro do sistema penitenciário. Estas diretrizes são:

Prestar assistência integral resolutiva, contínua e de boa qualidade às necessidades de saúde da população penitenciária;  
Contribuir para o controle e/ou redução dos agravos mais frequentes que acometem a população penitenciária;  
Definir e implementar ações e serviços consoantes com os princípios e diretrizes do SUS; proporcionar o estabelecimento de parcerias por meio do desenvolvimento de ações intersetoriais;  
Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde;  
Provocar o reconhecimento da saúde como um direito da cidadania; estimular o efetivo exercício do controle social (PNSSP, 2004 p.14).

Além das diretrizes, o PNSSP descreve que as penitenciárias deverão ter equipes compostas por: Médico, Enfermeiro, Psicólogo, Odontólogo, Assistente Social, Auxiliar de Enfermagem e Auxiliar de Consultório Dentário. Estas equipes irão compor unidades com mais de 100 presos e os estabelecimentos com população inferior terão atendimentos semanais, segundo as necessidades específicas.

Após a criação do PNSSP e como forma de efetivação criou-se em 2013 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), no âmbito do SUS. Veio com o intuito de amparar a demanda da saúde dos indivíduos sob a custódia do Estado, inseridos no sistema prisional ou em cumprimento de medida de segurança.

Esta política se deu a partir do PNSSP e tornou-se uma das formas de execução do mesmo. O objetivo geral é garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no SUS,

ou seja, fazer com que o SUS ofereça um atendimento integral, resolutivo, visando à justiça, a cidadania, a inclusão e o respeito à diversidade.

Segundo seu Art. 3º, a PNAISP deverá ser regida pelos seguintes princípios:

- I – Respeito aos direitos humanos e à justiça social;
- II – Integralidade da atenção à saúde da população privada de liberdade no conjunto de ações de promoção, proteção, prevenção, assistência, recuperação e vigilância em saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção;
- III – equidade, em virtude de reconhecer as diferenças e singularidades dos sujeitos de direitos;
- IV – Promoção de iniciativas de ambiência humanizada e saudável com vistas à garantia da proteção dos direitos dessas pessoas;
- V – Corresponsabilidade interfederativa quanto à organização dos serviços segundo a complexidade das ações desenvolvidas, assegurada por meio da Rede Atenção à Saúde no território; e
- VI – Valorização de mecanismos de participação popular e controle social nos processos de formulação e gestão de políticas para atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade (Ministério da Saúde -PNAISP, 2013).

De acordo com os princípios citados acima, a PNAISP possui como foco a busca pela justiça social para com os presos e, esta justiça, deverá ser alcançada a partir do reconhecimento das condições, diferenças e dos direitos destes sujeitos, sendo a adesão da mesma realizada por meio da pactuação do Estado e do Distrito Federal com a União.

Diante do exposto percebe-se que a situação das pessoas privadas de liberdade atualmente no Brasil em relação ao acesso à saúde é calamitosa e desumana, pois tanto o PNSSP, a PNAISP e a LEP não são efetivados e executados em sua totalidade. Existem falhas gritantes no âmbito do sistema penitenciário e estas se dão pela ausência das implementações necessárias, pela forte característica do Estado Penal presente na contemporaneidade e pela falta da assistência e acesso aos direitos que seria de responsabilidade do Estado ofertar aos sujeitos presos, deixando patente a atenção do Estado para com as mazelas existentes na prisão, dentre elas a situação de saúde.

A responsabilidade de promover respostas a esta demanda cabe ao Estado e ao poder público, sendo eles responsáveis pela efetivação dos direitos dos sujeitos que encontram fora e dentro das penitenciárias; especialmente tendo como ponto de partida o fato deste indivíduo estar dentro

do sistema penitenciário por que de certo modo o Estado deixou de garantir algum de seus direitos, onde o foco deveria ser a prevenção e não a punição.

O direito ao acesso à saúde da pessoa privada de liberdade deve ser visto e entendido com um olhar mais humano, digno, igualitário e respeitoso, onde a sociedade em geral possa compreender que a saúde, sua promoção e prevenção devem ser ofertadas a todos e sem distinção.

Assim, é necessário que a sociedade ultrapasse a visão midiática, fazendo-se necessário que enxergue o preso como um sujeito detentor de direitos e que todos os pré-conceitos e preconceitos sobre esta população sejam desmistificados.

#### **4 A CRIAÇÃO DA DEFENSORIA PÚBLICA NO ESTADO DE SÃO PAULO E O ACESSO À JUSTIÇA GRATUITA**

A Defensoria Pública é uma instituição pública estatal<sup>13</sup> cuja função é oferecer, de forma gratuita e integral, o acesso à justiça e orientação jurídica a todos os cidadãos que comprovarem tal necessidade. Sua criação foi prevista na Constituição Federal de 1988, colocando a Defensoria Pública como órgão de função essencial à realização da justiça.

---

<sup>13</sup> Estatal: Que se refere ou pertence ao Estado (Grifo Nosso).

Mesmo prevista desde a Constituição, sua operacionalização passou por diversos embates e lutas em diferentes Estados da nação, até ser institucionalizada.

A promulgação dessa lei ocorreu em função de crescente pressão feita por diversos setores da sociedade civil – o que culminou na criação do “Movimento pela Criação da Defensoria” em meados de 2002. Apesar de prevista desde 1988 pela Constituição Federal, o Estado de São Paulo esperou quase 18 anos para instituir sua própria Defensoria (DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO, s/a, s/p).

A criação da Defensoria Pública no Estado de São Paulo foi resultado de lutas de movimentos sociais, cujos protagonistas buscavam o acesso à justiça de forma gratuita e integral. Somente após sucessivas pressões impostas pela sociedade civil, a Defensoria Pública foi criada através da Lei Complementar Estadual de N° 988 de 09 de janeiro de 2006.

Antes da criação da Defensoria no Estado de São Paulo, os trabalhos de justiça gratuita eram realizados através da Procuradoria de Assistência Judiciária (PAJ), a qual funcionava como um sub órgão da Procuradoria Geral do Estado, criada através da Lei Estadual no ano de 1947.

A Defensoria Pública tem o compromisso de atuar frente às demandas apresentadas por seus usuários, buscando resguardar e defender seus direitos. Cabe ressaltar que a Defensoria Pública, apesar de ser uma instituição estadual, não possui vínculos com o governo, já que dispõe de autonomia (prevista na Constituição Federal de 1998), sendo esta a garantia necessária para a realização de um trabalho efetivador de direitos.

A Defensoria Pública é uma instituição pública que presta assistência jurídica gratuita e integral a pessoas que não tenham condições financeiras de pagar por este serviço, atuando em casos da Justiça Estadual. Em geral, a Defensoria atende aquelas pessoas que possuem renda familiar de até três salários mínimos. Casos excepcionais são avaliados no atendimento presencial pelo Defensor Público. A Defensoria possui unidades em várias cidades do Estado de São Paulo e conta com convênios para atender as cidades onde não possui unidade própria. O atendimento é realizado pessoalmente nas unidades de atendimento (DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO, s/a, s/p.).

Com base na citação acima podemos visualizar com clareza as características da Defensoria Pública que presta assistência jurídica gratuita e

integral a quem comprovar necessidade, ou seja, em termos jurídicos a Defensoria Pública atende apenas pessoas 'hipossuficientes'<sup>14</sup> que comprovem não prover meios de custear os honorários de um advogado particular.

A Defensoria Pública do Estado de São Paulo atua em diversas áreas sendo elas:

- a) **Área Cível** trata se de extenso campo que compreende ações na área do Direito Civil, Direito de Família e de Sucessões, Direito do Consumidor, Direito Urbanístico, Direito Ambiental, Direito a Saúde, Garantias Constitucionais entre outras.
- b) **Tutela Coletiva.** A Defensoria Pública possui prerrogativa legal de propor ações civis pública na defesa coletiva de cidadãos carentes. Esse instrumento pode ser manejado em diversas áreas do Direito – tais como Habitação, Urbanismo, Saúde, Meio-Ambiente e Defesa do Consumidor. A lei prevê que a Defensora Pública termos de ajustamento de conduta (acordos extra-judiciais com força legal) para garantir que as demandas dessa natureza sejam resolvidas rapidamente e sem necessidade de um processo judicial.
- c) **Área Criminal.** A atuação na área criminal corresponde essencialmente a defesa de pessoas acusadas da prática de crimes de forma ampla e abrangente. A Defensoria promove não apenas a defesa em primeira instância, mas maneja todos os recursos cabíveis, tendo atuação marcante perante o STJ e o STF. Também é possível a atuação em defesa da vítima, especialmente nas hipóteses de Juizados Especiais ou de aplicação da Lei Maria da Penha (proteção contra mulheres vítima de violência doméstica).
- d) **Área da Infância e da Juventude.** A atuação perante as Varas da Infância e Juventude, abrange área infracional, atuando na defesa dos adolescentes acusados da prática de atos infracionais e que cumprem medidas sócio-educativas (internação, liberdade assistida, serviços comunitários, entre outras). E também a área não infracional, incluindo pedidos de adoção ou de guarda, defesa em processos de destituição de pátrio poder entre outras.
- e) **Área de Execução Criminal.** A atuação abrange a defesa de cidadãos que estejam cumprindo pena de reclusão, detenção ou penas alternativas após condenação judicial pelo cometimento de um crime. Inclui a formulação de diversos pedidos, tais como: progressão de regime, liberdade condicional, indulto, defesa em faltas, disciplinares, além de outros relativos aos tratamentos dispensados dentro do sistema penitenciário (DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO, s/a, s/p).<sup>15</sup>

Os atendimentos concedidos à população são voltados sempre para assegurar e resguardar os direitos do sujeito usuário. Nos casos em que os defensores públicos não atuam é realizada a nomeação de advogado conveniado, de forma gratuita, para pleitear e defender a ação. Desta forma,

---

<sup>14</sup>Hipossuficiente: Pessoa que não possui condições financeiras para se sustentar

<sup>15</sup> Disponível em: <http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/Default.aspx?idPagina=2870>

fica claro que sua principal característica é o acesso à justiça gratuita e a defesa intransigente e alcance dos direitos sociais de forma efetiva e igualitária.

O serviço de assistência Jurídica assume papel relevante na sociedade, principalmente junto às camadas da população subalternas, possibilitando a esses sujeitos o acesso à justiça para atendimento e garantia de seus direitos e do exercício de sua cidadania (Chuari, 2001, p.136).

Neste sentido, podemos compreender que a Defensoria Pública possui um papel extremamente importante frente à sociedade civil, visto que é através dela que as pessoas mais vulneráveis socialmente têm a garantia do acesso à justiça, possibilitando a efetivação de seus direitos e a oportunidade de politizar-se, empoderar-se dos mesmos. Durante o atendimento jurídico e social o usuário é visto em sua totalidade, sendo assim, orientado sobre os direitos que possui e sobre todo o procedimento necessário para acessá-lo.

#### **4.1 A Defensoria Pública do Estado de São Paulo – Regional de Presidente Prudente e Suas Atribuições Junto ao Sistema Penitenciário**

A Defensoria Pública do Estado de São Paulo - Regional de Presidente Prudente foi institucionalizada no ano de 2008 e tem como função primordial a busca pelo acesso à justiça, de maneira integral e totalmente gratuita. É possível inferir que os profissionais que atuam neste órgão estão constantemente na luta pela promoção da igualdade e pela garantia dos direitos sociais, atendendo as atribuições de suas funções.

Considerando que a Defensoria Pública é um órgão que presta assistência jurídica gratuita as demandas que diariamente chegam ao órgão, por meio dos usuários são, em sua maioria, relativas ao alcance e resguardo de direitos, que deveriam ser assegurados de maneira plena e integral pelo Estado através de políticas públicas operacionalizadas, via de regra, pelo Poder Executivo.

No intuito de buscar aperfeiçoar os atendimentos realizados diariamente pela Defensoria foi criada uma estratégia inovadora e de caráter multidisciplinar entre o Centro de Atendimento Multidisciplinar (CAM) e a VEC, pensada pelo próprio poder judiciário e sendo o fluxo com o CAM relacionado



de forma administrativa com a Defensoria Pública, diretamente vinculada às unidades prisionais.

Segundo o Jornal PSI, Nº 170, set/out de 2011 “o CAM é uma área criada com o objetivo de atender pessoas em situações de vulnerabilidade, cujos casos demandam outros apoios além dos de natureza estritamente jurídica”.

Desta forma o CAM objetiva, além do atendimento jurídico, atender o usuário em sua totalidade, realizando uma intervenção socioprofissional e espraiando suas ações para além da imediatez, buscando desvelar na totalidade a situação trazida pelo usuário.

O CAM possui ainda o objetivo de proporcionar um atendimento integral e de qualidade aos que procuram pelos serviços ofertados pela Defensoria Pública, estando legalmente amparado pela Lei Complementar Nº 988 de 2006, que organiza a Defensoria Pública. É composto pelos profissionais graduados em Psicologia e Serviço Social. Estes profissionais buscam auxiliar o trabalho dos Defensores Públicos, promovendo a intervenção social, mediações, articulação em rede, conciliações, encaminhamentos às políticas competentes pela demanda expressa pelo usuário, dentre outras ações.

A criação e a implantação da estratégia entre o CAM e a VEC na Defensoria Pública - Regional de Presidente Prudente surgiu com o intuito de auxiliar no trabalho desenvolvido pelos profissionais, visando desvelar as demandas postas no cotidiano e solucioná-las, pela via administrativa, com a clara intenção de reduzir a judicialização dos casos e, caso isso não seja possível, criar um histórico documental que possa subsidiar uma possível ação judicial.

Como já citado, a Defensoria Pública busca promover o acesso à justiça e efetivação de direitos que, na maioria dos casos, estão sendo violados ou negligenciados. No âmbito do sistema penitenciário em relação à saúde do preso, a situação de violação e negligência não é diferente.

No que se refere ao sistema penitenciário à atuação CAM/VEC busca incessantemente promover melhorias na qualidade de vida do preso, fomentando o acesso aos seus direitos resguardados em lei.

Vale ressaltar que no início havia certa resistência em relação às penitenciárias, pois elas não entendiam que o objetivo da atuação do CAM/VEC era a defesa do preso e não um ataque à instituição, mas no decorrer do tempo elas foram se deixando envolver pelo trabalho.

No que tange as demandas relacionadas a saúde do preso no sistema penitenciário, estas estão ligadas a VEC (Vara de Execução Criminal), a intervenção neste âmbito é realizada de forma indireta, não há contato direto com o usuário por encontrar-se privado de sua liberdade. Mesmo não existindo contato direto com o usuário a demanda se apresenta semanalmente no cotidiano de trabalho da equipe de serviço social, isto se dá pela ineficiência do sistema prisional no que tange a saúde e aos direitos dos cidadãos presos (GOMES, 2015 p. 07).

A atuação da VEC promove a intervenção na execução da pena, ou seja, durante o período em que o sujeito se encontra privado de sua liberdade, buscando através de sua atuação resguardar os direitos dos presos.

A intervenção do CAM frente às demandas de saúde relacionadas ao sistema penitenciário ocorre quando há violações de direitos e negligências vivenciadas pelos presos no interior das penitenciárias. Estas violações ocorrem devido à falha na execução da Política de Saúde, que de certa forma, limita os atendimentos no SUS e no interior da prisão, favorecendo assim a violação de direitos.

Ressalta-se que a sociedade punitiva e a superlotação carcerária também possuem grande influência em relação a esta violação, pois se a sociedade naturaliza esta violência institucional certamente haverá dificuldade em relação à efetivação deste atendimento à saúde. Desta forma, cabe ao poder judiciário buscar meios para que este ciclo de violação seja rompido e que o direito seja garantido.

É pertinente mencionar que estas demandas chegam à Defensoria Pública através de informações prestadas pelas famílias dos presos durante os plantões da VEC, por cartas enviadas pelos próprios presos ou ainda durante as inspeções realizadas pelo Defensor Público junto às penitenciárias. As inspeções nas prisões fazem parte das atribuições da Defensoria e possuem o objetivo de averiguar possíveis violações de direitos, negligências e irregularidades.

É válido ressaltar que apenas a regional de Presidente Prudente realiza a articulação entre o trabalho desenvolvido pelo CAM e pela VEC.

O Serviço Social possui um papel extremamente importante frente à VEC, pois atuam arduamente frente todas as demandas relacionadas ao sistema penitenciário, sendo que a principal e mais expressiva dentre elas é a demanda relacionada a saúde.

A atuação do assistente social se fundamenta em uma perspectiva crítica, na constante busca pela igualdade, acesso à justiça, garantia de direitos e trabalho humanizado, buscando que as situações apresentadas sejam solucionadas administrativamente, sem que haja o ingresso de ações judiciais.

Toda a ação realizada pela equipe possui o objetivo de resguardar e efetivar os direitos da pessoa que se encontra privada de sua liberdade, sendo assim a equipe de serviço social realiza, através de contatos telefônicos e ofícios, a articulação com a família do preso, com as penitenciárias e também com a Política responsável pela viabilização dos direitos solicitados pelo cidadão, para assim obter maiores informações se o cidadão está sendo atendido ou não (GOMES, 2015 p. 11).

Posto isto, fica evidente que a equipe de Serviço Social composta atualmente por três estagiárias e uma assistente social possui uma importante participação na busca pela efetivação e pela garantia dos direitos sociais da pessoa presa. Lembrando que a atuação do mesmo no âmbito da Defensoria Pública é pautada pela liberdade de expressar e colocar em prática seu conhecimento teórico metodológico e técnico operativo, adquiridos profissionalmente.

Vale ressaltar aqui que as demandas advindas do sistema penitenciário e relacionadas a casos de saúde chegam a Defensoria Pública – Regional de Presidente Prudente através de atendimentos da VEC, solicitações expedidas pelas penitenciárias, pela ouvidoria do sistema penitenciário, por inspeção (da própria Defensoria), solicitações expedidas pelo próprio defensor ou através dos advogados conveniados.

A maior problemática referente à saúde enfrentada por diversas penitenciárias ainda é a falta de equipe médica para o atendimento integral aos presos, ou seja, as equipes se encontram incompletas e em sua maioria

contam apenas com enfermeiros. O principal problema encontrado nas unidades prisionais é a falta do clínico geral. A ausência de uma equipe completa poderá ser elucidada na tabela abaixo.

**Tabela 1 – Equipe de Saúde**

Penitenciária	Capacidade	População	Equipe/ Observações
Presidente Venceslau	781	968	Faltam Funcionários
Presidente Venceslau II	1280	815	Sem informações relevantes
Dracena	844	1766	Faltam Funcionários
CDP Caiuá	844	1766	Faltam Funcionários
Marabá Paulista	844	1737	Faltam Funcionários
Flórida Paulista	844	1923	Faltam Funcionários
Pacaembu	873	1809	Faltam Funcionários
CPP Pacaembu	686	1075	Possui Profissionais
Irapuru	844	1880	Faltam Funcionários
Junqueirópolis	873	1867	Faltam Funcionários
Presidente Prudente	Fechado: 696 Semiaberto: 247	Fechado: 1184 Semiaberto 320	Faltam Funcionários
CR Prudente	Fechado: 142 Semiaberto: 72.	Fechado: 149 Semiaberto 77	Faltam Funcionários
Tupí Paulista	844	1532	Faltam Funcionários
Tupí Paulista Feminina	Fechado: 708 Semiaberto: 72	Fechado: 1235 Semiaberto: 81	Faltam Funcionários
Presidente Bernardes	1247 (204 na ala de Progressão)	1829 (40 na ala de Progressão)	Possui Funcionários
CRP Presidente Bernardes	185	39	Faltam Funcionários
Martinópolis	872	1325	Faltam Funcionários

**Fonte:** Defensoria Pública – Regional de Presidente Prudente (Dados de 2015)

Nos registros da Defensoria, como podemos observar na tabela acima, apenas duas penitenciárias da região possuem equipe de saúde completa. Vale ressaltar que não tivemos acesso a informações mais aprofundadas, como por exemplo, quais unidades dispõem do clínico geral. Contudo, o que fica claro aqui é a falha do Estado em manter pelo menos uma

equipe mínima nas unidades prisionais. Tal fato nos remete ao que fazer quando um preso precisa de cuidados médicos imediatos. No caso da Penitenciária de Presidente Prudente, a proximidade com um hospital de referência ajuda (Hospital Regional), bem como de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), contudo, o ideal é que o médico esteja dentro da unidade, oferecendo um atendimento imediato e também preventivo.

Segundo o PNSSP “a equipe médica para atenção a unidades com mais de 100 presos deverá ser composta por: Médico, Enfermeiro, Odontólogo, Psicólogo, Auxiliar de Enfermagem e Auxiliar de Consultório Dentário<sup>16</sup>”. Porém, infelizmente o que está descrito no Plano não é efetivado, pois na maioria das penitenciárias atendidas pela referida Defensoria estas equipes se encontram incompletas, contando apenas com os serviços dos auxiliares de enfermagem.

Outro dado que chama atenção nas informações da tabela é a superlotação. A maioria das unidades representadas acima estão funcionando acima de sua capacidade, agravando ainda mais os problemas de saúde dos presos e a presença de uma equipe de saúde completa é extremamente necessária.

Com tantas demandas sem resposta, os presos e suas famílias acabam buscando a Defensoria Pública para suprir tais necessidades. No capítulo a seguir abordaremos a intervenção do Serviço Social na Defensoria, bem como sua importância.

## **5 A INTERVENÇÃO DA EQUIPE DE SERVIÇO SOCIAL NO ÂMBITO DA DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO - REGIONAL DE**

---

<sup>16</sup>

Disponível

em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_nacional\\_saude\\_sistema\\_penitenciario\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_sistema_penitenciario_2ed.pdf)

## **PRESIDENTE PRUDENTE FRENTE ÀS DEMANDAS DE VIOLAÇÃO DO DIREITO A SAÚDE DA PESSOA PRIVADA DE LIBERDADE**

O cenário contemporâneo que nos é apresentado no cotidiano nos remete a refletir sobre o capitalismo e suas metamorfoses.

No período de expansão do sistema capitalista as mudanças ocorridas privilegiaram essencialmente a uma classe social, a capitalista, detentora da propriedade privada e dos meios de produção, obtendo lucro através da apropriação das riquezas socialmente produzidas pela exploração da mão de obra da classe trabalhadora.

A classe que vive do trabalho, possuindo sua mão de obra para oferecer e responsável pelas riquezas socialmente produzidas, não participavam - e até hoje não participam - da distribuição dessas riquezas.

É diante desse cenário de exploração de uma classe sobre a outra que o capitalismo se expandiu e continua a se expandir cada vez mais, se apropriando do excedente da mão de obra da classe trabalhadora para a geração de lucros e riquezas, não distribuídos socialmente e restando à classe trabalhadora somente o essencial para sua sobrevivência.

Na medida em que o capitalismo se expande em contra face se potencializam cada vez mais as desigualdades, ou seja, quanto mais riquezas são produzidas, mais desigualdades gera em função da concentração desta riqueza produzida.

A exploração de uma classe sobre a outra, ou seja, a exploração de ser humano x ser humano, cria e fomenta a ideia de que as pessoas que não produzem lucro não servem para esse sistema e são excluídas, marginalizadas. O ser humano passa a ser coisificado, enxergado como objeto de exploração, para obtenção do lucro. A classe trabalhadora que é a classe que produz essas riquezas, não possuem acesso a elas, ao contrário, vivencia as expressões da questão social.

Na intenção de reduzir as tensões existentes entre essas diferenças marcadas pela exploração capitalista e objetivando reduzir os conflitos sociais inerentes a este contexto, o Estado intervém com a criação de políticas públicas visando atuar na redução dos conflitos advindos das expressões da questão social.

Neste contexto de lutas e desigualdades é que se fundamenta a intervenção do Serviço Social, visto que a questão social e suas expressões são matéria prima para o trabalho e para a intervenção do assistente social, por se tratar de um profissional altamente qualificado e que possui uma visão crítica e desveladora da realidade.

Trata-se de um profissional que consegue visualizar para além do aparente que o cotidiano apresenta, abrangendo não só os indivíduos em suas demandas, mas também compreendê-las em sua particularidade possibilitando que sua intervenção se torne eficaz e qualificada.

Na contemporaneidade podemos observar que o sistema capitalista se reinventa, buscando transformações para a manutenção e obtenção cada vez mais do lucro. Conforme nos afirma Iamamoto (2012, p. 18):

Estes novos tempos reafirmam, pois, que a acumulação de capital não é parceira da equidade, não rima com igualdade. Verifica-se o agravamento das múltiplas expressões da questão social, base sócio histórica da requisição social da profissão.

A partir dos dados trazidos pela pesquisadora podemos observar que quanto mais riqueza produzida mais lucro o sistema capitalista busca alcançar e conseqüentemente mais desigualdades irá produzir. Diante desse cenário de exploração e interesses antagônicos, surge a necessidade da intervenção do Serviço Social.

Historicamente o Serviço Social surge sob forte influência da Igreja Católica, como operador da beneficência, atuando no sentido de promover o alívio dos males sociais decorrentes do processo de industrialização e dos rebatimentos do novo momento econômico. Neste contexto, sua atuação estava voltada para a manutenção da ordem social, atendendo satisfatoriamente aos anseios da sociedade burguesa.

É a classe trabalhadora que vivencia em seu cotidiano as desigualdades resultantes desse sistema de exploração, as quais se materializam através das diversas expressões da questão social, consideradas matéria-prima para o trabalho do Serviço Social.

A questão social originalmente expressa no empobrecimento do trabalhador, portanto, tem suas bases reais na economia capitalista. Politicamente, passa a ser reconhecida como problema na medida em que os indivíduos empobrecidos organizam-se, oferecendo resistência às más condições de existência decorrentes de sua condição de trabalhadores (Santos, 2004, p. 65).

Como já mencionado, é nesse contexto que o Serviço Social se insere enquanto profissão, com o intuito de exercer atividades que controlassem as possíveis manifestações por parte da classe proletária, cujas ações eram direcionadas pelo caráter filantrópico e pela benesse, como nos esclarece Jose Paulo Netto (2001, p. 79).

Emergindo como profissão a partir do background acumulado na organização da filantropia própria à sociedade burguesa, o Serviço Social desborda o acervo das suas protoformas ao se desenvolver como um produto típico da divisão social (e técnica) do trabalho da ordem monopólica. Originalmente paramentado e dinamizado pelo pensamento conservador, adequou-se ao tratamento dos problemas sociais quer tomados nas suas refrações individualizadas (donde a funcionalidade da psicologização das relações sociais), quer tomados como sequelas inevitáveis do 'progresso' (donde a funcionalidade da perspectiva 'pública' da intervenção) - e desenvolveu-se legitimando-se precisamente como interveniente prático empírico e organizador simbólico no âmbito das políticas sociais.

Segundo o autor, o Serviço Social surge para atender as necessidades da classe burguesa, executando as políticas que o Estado criava a fim de conter a classe trabalhadora, minimizando a situação de exploração e precariedade que vivenciavam.

Mas a profissão e seus profissionais vão sofrendo mudanças. A estruturação da consciência de classe no interior do Serviço Social vai fazendo novas interpretações do real e vai se transformando em consciência social, política, crítica. A expansão da consciência social dos profissionais, através da ruptura da alienação, permitiu a percepção do caráter conservador, subordinado e burguês de suas práticas.

Essa nova orientação, segundo Martinelli (2010, p. 137)

Expressa fundamentalmente o resultado de uma busca consciente de superação da atividade contemplativa, imediata e superficial, e do pensamento abstrato, esvaziado de conteúdo, reflexão e crítica [...] a ruptura da alienação [...] que é fruto de um movimento histórico de homens livres e associados na produção de sua existência social, na



busca de compreensão da realidade e na produção de uma práxis humana crítica e revolucionária.

São muitas e expressivas as mudanças no interior da profissão, passando o assistente social a identificar-se com a classe trabalhadora e suas lutas, compreendendo a sociedade burguesa como exploradora e produtora de desigualdades, travando suas lutas pela conquista de direitos da classe trabalhadora.

Portanto o Serviço Social consolida sua importância na busca da reafirmação dos direitos violados dos sujeitos que vivenciam a exploração do capital, buscando uma sociedade mais igualitária, onde todos tenham acesso às políticas públicas ofertadas pelo Estado.

Diante desse cenário nos revela Iamamoto (2012, p. 20):

Um dos maiores desafios que o Assistente Social vive no presente é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano. Enfim, ser um profissional propositivo e não só executivo.

O Serviço Social contemporâneo tem por objeto de intervenção as expressões da questão social, sendo que tais expressões não são estáticas e se modificam no decorrer histórico e cotidiano da sociedade. Assim, cabe ao profissional estar atento à realidade que o circunda, buscando cada vez mais a qualificação profissional, a fim de dar respostas sustentáveis diante de tais transformações que acabam por retornar ao seu cotidiano profissional em forma de demandas apresentadas pelos sujeitos de sua intervenção.

O assistente social atua na intermediação entre o Estado e o usuário, no gerenciamento das políticas públicas. Encaminha o sujeito que se encontra em situação de desproteção social e vulnerabilidade às políticas públicas, com o intuito de viabilizar o acesso aos direitos na busca do atendimento às necessidades que demandam, reafirmando aos usuários sua condição de cidadão.

Contextualizando com o propósito da presente pesquisa, a questão da violação do acesso a saúde da pessoa privada de liberdade - como já mencionado - é tema controverso, uma vez que a condição da pessoa que

está privada de sua liberdade deveria ater-se apenas a sua limitação de locomoção e não a sua condição humana.

Antes de tratarmos das condições em que a pessoa privada de liberdade encontra-se no cárcere se faz necessário uma breve análise do seu contexto histórico vivido, que acabaram por selecioná-la pelo sistema punitivo até a inclusão na prisão.

O sistema capitalista - como já tratado - é permeado por inúmeras contradições: quanto mais riqueza produz, mais desigualdades resulta. Sabemos que se trata de um sistema altamente excludente onde aqueles que não lhes têm mais utilidade são excluídos, descartados e marginalizados pelo mesmo. Assim nos aponta Wanderley (2002, p. 17):

Muitas situações são descritas como exclusão, que representam as mais variadas formas e sentidos advindos da relação inclusão/exclusão. Sob esse rótulo estão contidos inúmeros processos e categorias uma série de manifestações que aparecem como fraturas e rupturas do vínculo social (pessoas idosas, deficientes, desadaptados sociais, minorias étnicas ou de cor; desempregados de longa duração, jovens impossibilitados de acender o mercado de trabalho, etc.).

Portanto, o autor nos elucida que o indivíduo que não se encaixa dentro dos padrões estabelecidos pela sociedade capitalista é excluído, descartado e marginalizado pela mesma. Assim, tais sujeitos vivenciam em seu cotidiano as vulnerabilidades que este sistema lhes impõe, estando expostos à exclusão da sociedade.

A exclusão gerada pela sociedade burguesa potencializou o desenvolvimento da prisão como hoje a conhecemos, criada com o objetivo de encarcerar os indivíduos que não se encaixam nos padrões produtivos da mesma, ou seja, aqueles que são excluídos e marginalizados.

Essa questão entre prisão e exclusão social se intensifica quando o Estado reduz sua atuação de provedor através da criação de políticas sociais públicas e potencializa seu caráter punitivo, ou seja, ao invés de garantir os direitos sociais à população trabalhadora, exclui, marginaliza e encarcera.

Bem sabemos que na sociedade capitalista não há a possibilidade de inclusão social para todos, ao contrário, produz e fomenta a exclusão social, criando o que alguns autores denominam de “classes perigosas”. Este termo é

empregado àqueles que estão à margem da sociedade e que são os mais propensos a integrarem a prisão, encarcerando os que não tinham mais utilidade para a sociedade.

Esse quadro justifica a superlotação do sistema prisional, visto que o Estado ao invés de investir em políticas públicas a fim de beneficiar e garantir os direitos da classe menos favorecida, pune e aprisiona quem não se encaixa nos padrões estabelecidos, perpetuando um ciclo de marginalização e exclusão.

Fica claro, portanto, que para além da prática de um crime punível pelo ordenamento jurídico, via de regra, a pessoa privada de liberdade já se encontrava em situação de vulnerabilidade social pela violação de direitos e negligência durante parte de sua existência.

Bem sabemos que a população prisional é proveniente de uma classe social marginalizada, cujas demandas estão relacionadas às diferentes necessidades sociais.

O sistema penitenciário brasileiro é um espelho da desigualdade social presente em nossa sociedade, retrata nitidamente as mazelas da questão social, refletindo a ineficiência do Estado sobre suas responsabilidades. É um lugar onde o sujeito não é tratado como “pessoa detentora de direitos” e sim como um “objeto”, onde as relações são coisificadas e os direitos não são efetivados. Os sujeitos que compõem este cenário, em sua grande maioria, se encontram esquecidos e excluídos pela sociedade, conforme elucida Wacquant (2007, p. 21):

A penalização serve aqui como uma técnica para a invisibilização dos “problemas” sociais que o Estado, enquanto alavanca burocrática da vontade coletiva, não pode ou não se preocupa mais em tratar de forma profunda, e a prisão serve como lata de lixo judiciária em que são lançados os dejetos humanos da sociedade de mercado.

É visível que o sistema penitenciário é reflexo da questão social e todas as suas mazelas, o que torna nítido também que a população composta dentro deste sistema é a população mais desprovida de seus direitos, sejam o direito à educação, saúde, trabalho, habitação, lazer e outros. Enfim, vale ressaltar que a prisão desde seu surgimento enfrenta problemas relacionados

ao seu modo de ser, pois não cumpre sua finalidade a qual seria a reintegração social.

Segundo Wacquant (2007, p.11) “é o Estado apavorante das prisões no país, que se parecem mais com campos de concentração para pobres”.

O sistema penitenciário traz consigo as marcas da exclusão social e vale ressaltar que este vem sofrendo diversas precariedades, muitas delas estão relacionadas à saúde. A superlotação das celas, a aglomeração e a precariedade do ambiente tem agravado esta situação, pois todos esses fatores estruturais, somados a má alimentação e falta de acesso aos direitos mínimos, culminam na realidade atual.

Os presos adquirem as mais variadas doenças no interior das prisões, as mais comuns são a tuberculose, e a pneumonia já que são doenças respiratórias, além da AIDS, hepatite e doenças venéreas. Para serem levados para o hospital necessitam de escolta da Polícia Militar, o que dificulta ainda mais o tratamento do doente. (SILVA, 2013, P. 02)

Apesar das diversas problemáticas que o SUS apresenta para todos os seus usuários, podemos entender que esta realidade para a população prisional se apresenta de maneira ainda mais crítica, pois seu direito não tem sido efetivado em sua integralidade e quando efetivado perpassa por diversas dificuldades.

Em 2004 foi criada uma cartilha pelo Ministério da Saúde versando sobre o PNSSP, porém, sua implementação e efetivação integral dentro das unidades prisionais ainda é incipiente, especialmente pela ausência de equipe de saúde completa, conforme notamos na Tabela 1. Ainda no que se refere a equipe mínima de saúde dentro do sistema penitenciário, a cartilha do PNSSP (2004, p. 16), nos traz:

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 (ACD).

A ausência de profissionais nas equipes mínimas, em especial a falta de médicos, torna necessária a saída do preso da unidade para buscar tratamento de saúde para consultas, exame ou tratamentos. Tal situação traz outros desdobramentos, haja vista que necessita de sua locomoção para fora da unidade prisional que, no regime fechado só pode ser feita com escolta da Polícia Militar, acaba dificultando tal acesso.

Em entrevista, o Defensor Público da Defensoria Pública do Estado de São Paulo - Regional de Presidente Prudente nos esclarece que:

Na penitenciária o sistema de saúde não funciona por 2 motivos porque fora é um caos, a saúde do preso depende do sistema público de saúde e internamente as penitenciárias possuem o mínimo que é um problema grave, existe uma portaria e algumas instruções normativas que determinam equipes mínimas de saúde, mas elas não ficam completas por vários motivos. Isso também tem a ver com prioridade, nós vemos muito que os equipes não conseguem ser completas porque os médicos não aceitam a jornada de trabalho, as condições das penitenciárias são muito ruins o ambiente de trabalho.

O atendimento à pessoa reclusa é realizado através do SUS, concorrendo para a marcação de consultas, exames e cirurgias em igualdade com o cidadão comum. Diferentemente do que o senso comum acredita, a pessoa presa não possui atendimento diferenciado, ao contrário. Por estar dentro do sistema penitenciário o acesso a uma consulta, exame, cirurgia e demais procedimentos é mais difícil, especialmente por envolver outras questões burocráticas relacionadas ao deslocamento e que dependem da disponibilidade de veículo da unidade, além da necessidade de agendamento prévio de escolta policial, o que nem sempre se efetiva, trazendo prejuízos à saúde da pessoa presa. Sobre esta questão do deslocamento, vale destacar que existe na Secretaria de Administração Penitenciária do Estado de São Paulo os chamados Agentes de Vigilância e Escolta Penitenciária (AEVPS) que, como o próprio nome já diz, deveriam realizar também a escolta dos presos. Porém, o que ocorre na prática não corresponde ainda a esta realidade, haja vista que os mesmos ainda não dispõem de condições para realizar tais escoltas, sejam pela ausência de recursos materiais ou humanos, restringindo seu trabalho apenas nas muralhas.

Outro aspecto que também pode corroborar é a escassez de profissionais nas equipes de saúde, muitas delas compostas por enfermeiros e

técnicos de enfermagem e sem a presença do médico, inviabilizando o atendimento do preso no interior da instituição e sobrecarregando o sistema de saúde, conforme nos elucida o Defensor Público:

O principal fator é essa questão política como a educação, a saúde, a cultura de um modo geral essa cultura que nós vemos, essa educação coletiva, a saúde coletiva, são frequentadas pelas pessoas pobres você não vê investimento político. Você só ouve um discurso sobre isso parece que a escassez é a desculpa pra criar esse discurso então a saúde tem que estar precária para que exista uma esperança, uma promessa para essa saúde, essa é a primeira questão existe uma falta de investimento político porque se a saúde fosse boa ninguém ia conseguir se eleger dizendo que a saúde precisa melhorar. O outro é o cofre claro que não existe dinheiro para tudo, mas essa falta de prioridade é um discurso para poder legitimar a eleição pra você prometer coisas mais também é o fato de que as pessoas que distribuem esse dinheiro, não usam esses serviços então não veem esses serviços como prioridade geralmente as pessoas que estão em um posto político hoje em dia no comando desses problemas de saúde são pessoas muito mal sensibilizadas.

No entendimento do Defensor, o sistema de saúde é precário e essa precariedade é parte de um jogo político baseado em trocas, a serem usadas como promessas eleitoreiras, que carecem de compromissos reais e concretos em relação à melhoria dos serviços, trazendo prejuízos reais à grande parte da população que necessita de tais serviços e ficam à mercê deste jogo.

Esta situação de descaso com os serviços públicos, em especial a saúde, objeto desta pesquisa, atinge a toda a população, inclusive a população carcerária. À pessoa presa acrescenta neste quadro as peculiaridades já expostas que potencializam as dificuldades de acesso à saúde.

Considerando a relevância do tema saúde no sistema prisional é que buscamos o desenvolvimento da presente pesquisa, em função da demanda expressiva relativa ao sistema prisional, em especial a demanda relacionada à saúde.

No que tange os atendimentos realizados pela equipe de Serviço Social da Defensoria Pública do Estado de São Paulo – Regional de Presidente Prudente, esta realidade é materializada cotidianamente, exigindo intervenções qualificadas, com o intuito de garantir o acesso aos direitos do indivíduo privado de liberdade e a problemática de saúde é uma das mais expressivas realidades deste sistema.

As demandas referentes ao sistema prisional chegam a Defensoria de diferentes formas. Durante as inspeções nas unidades prisionais, os Defensores Públicos verificam quais direitos não estão sendo assegurados, entram em contato com a equipe de Serviço Social da Defensoria Pública e passam o atendimento para o assistente social, para que o mesmo estabeleça estratégias e meios que possibilitem o acesso ao direito.

Ressaltamos também que as demandas podem chegar através de cartas enviadas à Defensoria pelos próprios presos ou ainda através de suas famílias.

Atualmente a Vara de Execução Criminal de Presidente Prudente atende as execuções de 16 penitenciárias contando Presidente Prudente e região, destas 16 penitenciárias atendidas existem 26 mil execuções as quais a Vara de Execução Criminal presta atendimento. (GOMES, 2015, P. 09).

É preciso mencionar que a equipe da Defensoria que atua junto a VEC/CAM, realiza um trabalho árduo, intenso e expressivo, onde não atende somente Presidente Prudente, mas sim toda região. Os direitos dos presos devem ser garantidos como o de qualquer outra pessoa e, no caso da saúde, a violação é visível e alarmante.

Ainda conforme Gomes (2015, p. 09):

Os cidadãos atendidos pela Regional de Presidente Prudente em sua maioria são usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), ocorre que o fluxo de atendimentos do Sistema Único de Saúde é grande, fazendo com que a consulta demore meses ou anos para ser realizada, neste longo período de espera podem ocorrer agravos de patologias e uma ação preventiva pode acabar se tornando curativa pela ineficiência do Sistema Único de Saúde.

As dificuldades existentes na vida dos presos são diversas, pois além de vivenciar a privação de liberdade, possuem a dificuldade de acessar os direitos universais, como a saúde. Além da fila de espera existente no SUS, outro ponto que dificulta o acesso é o problema da escolta policial, como já mencionado anteriormente.

Durante os atendimentos realizados pela equipe é possível compreender que o sistema penitenciário apresenta deficiências em relação ao cumprimento no disposto na LEP, em especial em relação às demandas

referentes à saúde que não são solucionadas no âmbito do sistema penitenciário, justificando a busca a Defensoria Pública como uma via de acesso à saúde.

Em suma, o sistema penitenciário é um reflexo da questão social e suas expressões e a população que o compõem sofre o descaso e a invisibilidade, antes mesmo de seu ingresso nas prisões. Este apresenta precariedades e deficiências que rebatem diretamente nas pessoas que o integram. Essas demandas representam um desafio para a atuação profissional do assistente social, visto tratar-se de uma profissão eminentemente interventiva que busca a efetivação dos direitos, conforme notamos na fala da assistente social da Defensoria Pública do Estado de São Paulo - Regional de Presidente Prudente:

Então, a gente começa com o trabalho administrativo, a gente tenta articular com a rede de forma administrativo. Por quê? Porque precisa primeiro o envio de ofícios por conta de documentação burocrática, então às vezes a equipe até realiza contatos telefônicos, para confirmação de determinada demanda, mais o contato telefônico não tem valor jurídico, então tem que ter sempre um documento; mais a equipe possui um fluxo que a foi montado no final de 2015; o primeiro atendimento das demandas é feito pelos estagiários de direito da Vara de Execução Criminal que realizam. Após esgotarem todas as possibilidades de intervenção da Vara de Execução Criminal vem para o Serviço Social. Quando é identificado que essa demanda realmente é uma demanda social e se realmente o preso não foi atendido [...] aí a gente articula, via ofício com as unidades penitenciárias ou com as unidades de saúde.

Toda a ação realizada pela equipe de Serviço Social possui o objetivo de resguardar e efetivar os direitos da pessoa que se encontra privada de liberdade. Desta forma, a equipe realiza suas ações de mediação através de contatos telefônicos, ofícios, além de articulação com a família do preso, com as penitenciárias e ainda com a Polícia Militar - corresponsável pela viabilização dos direitos na realização da escolta do preso até o serviço de saúde.

Ressaltamos ainda que alguns direitos não são garantidos e efetivados de forma administrativa, porém, a intervenção do Serviço Social produz relatórios, ofícios e demais documentos que podem ser utilizados para instrução, em caso de ingressar uma ação judicial, otimizando os processos.



No âmbito da Defensoria, os profissionais de Serviço Social e de Psicologia compõem a equipe do CAM, que auxiliam os Defensores Públicos, promovendo uma intervenção social, conciliações, encaminhamentos à rede socioassistencial, laudos, entre outros.

Existe ainda um trabalho articulado entre o CAM e a VEC, que intervém na execução da pena, trabalhando para que a pessoa privada de liberdade tenha seus direitos resguardados. Esta articulação tem por objetivo que as demandas sejam solucionadas de forma administrativa, sem que seja necessário o ingresso de ações na justiça. Conforme, Machado e Santiago (2013, p. 134) nos traz:

Compreende-se a judicialização em tempos neoliberais por uma lógica pendular e contraditória, ou seja, por um lado, tem-se a afirmação dos direitos no acesso à cidadania, e por outro, é expressão do Estado mínimo no âmbito da execução das políticas públicas.

A judicialização torna-se uma maneira contraditória de reafirmação dos direitos, principalmente quando vivemos em um Estado Neoliberal, minimalista, no qual nem todos os cidadãos alcançam o acesso às políticas públicas. Assim, se faz necessário individualmente judicializar o acesso aos direitos mínimos inerentes ao ser humano, o que representa a garantia de direitos individuais em detrimento de direitos coletivos.

O entendimento do Defensor Público segue na mesma direção, ao considerar a judicização como última medida:

A judicialização é importante porque os órgãos não estão sensibilizados então às vezes nós não conseguimos uma resposta administrativamente, os presos também geram uma grande fila porque são muitos presos então temos que judicializar por causa disso. Basicamente é isso falta dinheiro, falta de prioridade política. Infelizmente as pessoas não tem dimensão do problema, temos que entender a judicialização como última medida, porém, uma coisa que muda muito a sociedade é gente cobrando, então o SUS ele é um lixo realmente porque a sociedade fez com que chegasse a esse ponto também.

A intervenção realizada pelo CAM foi uma estratégia criada pelo Defensor coordenador da VEC, após observar as demandas expressivas do sistema prisional. Possui uma atuação estratégica e com o intuito de reduzir a

judicialização das demandas do sistema prisional, pois como já sabemos, a justiça atualmente no Brasil é morosa e com a judicialização poderia demorar anos para que o direito fosse alcançado, podendo gerar o agravamento das demandas.

Sobre a judicialização dos atendimentos de saúde provenientes do sistema penitenciário, a assistente social da Defensoria avalia que:

Hoje a judicialização da saúde no sistema penitenciário ainda não é tão grande como a judicialização da saúde de quem procura a Defensoria e está em liberdade; até porque o número de pessoas que solicitam que vão à Defensoria é bem maior do que os presos que solicitam esse atendimento; mas hoje [...] a judicialização se tornou necessária porque não tem como a maioria das pessoas acessarem a essa política, sem que se tenha uma determinação judicial, pois na maioria dos casos a gente identifica que sem a judicialização as pessoas podem ir à óbito.

É possível, portanto, inferir que a judicialização é necessária para que o indivíduo possa ter acesso aos serviços de saúde que não foram viabilizados pela via do executivo e, sem a mesma, a patologia pode se agravar.

No decorrer da pesquisa foi possível observar que o Serviço Social da Defensoria Pública realiza um trabalho efetivo, produzindo respostas efetivas em relação às demandas do sistema penitenciário através de intervenções administrativas, buscando evitar o ingresso de processos judiciais.

Na entrevista, o Defensor Público nos esclarece ainda sobre a importância e a efetividade do trabalho da equipe de Serviço Social neste contexto:

O legal do Serviço Social aplicado a nossa instituição é que ele não é submisso a esses conhecimentos do senso comum nós vemos em outros órgãos por exemplo no TJ diante da perspectiva crítica nós temos uma visão de sensibilização muito maior da função do Serviço Social onde o Serviço Social possui uma espécie de responsabilização da sociedade, para cuidar dos seus elementos mais fracos e o preso é um dos seus elementos mais fracos só que às vezes eu acho que em outros órgãos não só o preso mas esse público é esquecido em favor de certas políticas públicas em que elas escondem o fato de que elas servem pra controle social então muitas vezes os agentes envolvidos eles apontam como agentes disciplinadores dos indivíduos e não como agentes que contribuem para a potencialização desses indivíduos.

Desta forma, podemos dizer que o Serviço Social na Defensoria Pública ocupa um papel importante na efetividade do trabalho, em especial com a demanda da pessoa privada de liberdade, através de uma atuação profissional que olhe além dos paradigmas estabelecidos pela sociedade, intervindo com uma ação crítica e entendendo o preso como sujeito de direitos. Sobre o impacto que a intervenção do Serviço Social na vida dos usuários, a assistente social entrevistada pontua que:

A intervenção do Serviço Social nas demandas da VEC tem impacto positivo [...] porque o preso consegue ter acesso ao seu direito e os familiares também acabam tendo uma segurança de que realmente a Defensoria serve para garantir o direito que foi violado, e que realmente a intervenção do Serviço Social é quem viabiliza e garante o direito do preso.

Como vimos ao longo do presente trabalho, o assistente social deve buscar garantir o direito da pessoa privada de liberdade, pois tal população é invisível ao olhar do Estado e da sociedade, o qual viola ainda mais os direitos dos mesmos, sendo estes que deveriam ser os garantidores e protetores desta população.

Portanto, o trabalho da equipe de Serviço Social da Defensoria Pública do Estado de São Paulo - Regional de Presidente Prudente busca ofertar uma visibilidade aos direitos das pessoas privadas de liberdade, visualizando o contexto social que levou o preso até o sistema prisional, buscando evitar a judicialização dos atendimentos, bem como sua morosidade.

O próximo capítulo trará a análise das demandas referentes à saúde que chegam até a Defensoria Pública em questão, bem como o perfil dos presos divididos entre gêneros, para que assim possamos ter uma maior compreensão da realidade.

## **6 ANÁLISE REFERENTE ÀS DEMANDAS ATENDIDAS NA DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO – REGIONAL DE PRESIDENTE PRUDENTE/SP**

Para elucidar nossa pesquisa, realizamos uma análise das demandas referentes à saúde que chegaram até a Defensoria Pública – Regional de Presidente Prudente entre os meses de janeiro e junho de 2015 e 2016 no universo de 21 indivíduos.

Para uma melhor compreensão, dividimos os dados entre as necessidades apresentadas de acordo com o gênero da pessoa presa, visto que homens e mulheres possuem suas peculiaridades.

Antes de apresentar os resultados, iremos abordar os procedimentos metodológicos utilizados.

### **6.1 Procedimentos Metodológicos**

Utilizamos como campo a Defensoria Pública do Estado de São Paulo – Regional de Presidente Prudente. O local escolhido é campo de estágio de uma das autoras desse trabalho, o qual nos proporcionou o acesso a dados sobre as demandas relacionadas à pedidos de solicitação de atendimento de saúde que chegam até os mesmos.

Delimitamos o período entre janeiro e junho de 2015 e 2016 para a coleta de dados e utilizamos de entrevista estruturada com um Defensor Público e uma assistente social, que atuam no referido órgão.

Utilizamos ainda de pesquisa bibliográfica, especialmente no que diz respeito ao processo histórico acima citado, buscando artigos, livros, revistas, publicações oficiais, consultas ao Boletim Informativo do preso e demais fontes, para que chegássemos até nossas considerações.

De acordo com Boni e Quaresma (2005, p. 70):

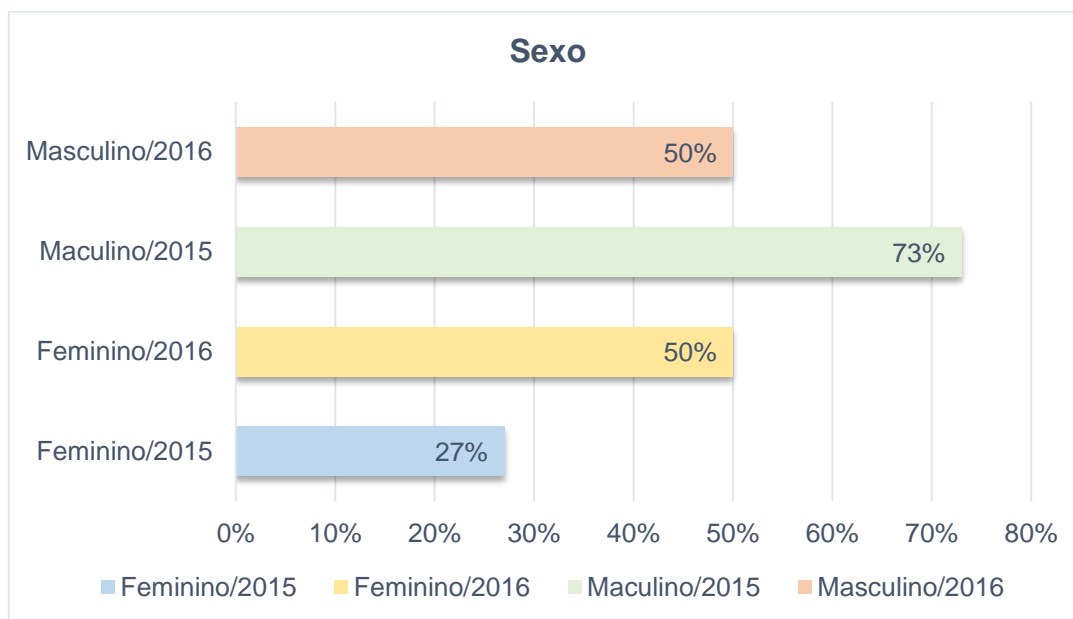
O ponto de partida de uma investigação científica deve basear-se em um levantamento de dados. Para esse levantamento é necessário, num primeiro momento, que se faça uma pesquisa bibliográfica. Num segundo momento, o pesquisador deve realizar uma observação dos fatos ou fenômenos para que ele obtenha maiores informações e num terceiro momento, o pesquisador deve fazer contatos com pessoas que possam fornecer dados ou sugerir possíveis fontes de informações úteis.

Durante todo o processo fizemos uso do materialismo histórico dialético e da pesquisa quantitativa e qualitativa. A seguir apresentaremos os gráficos elaborados e a análise desta pesquisa.

## 6.2 Análise dos Dados

Conforme já mencionado, dividimos o levantamento dos dados de acordo com o gênero.

**Gráfico 01 – Sexo**



O gráfico acima retrata o sexo das pessoas presas assistidas pela Defensoria Pública - Regional de Presidente Prudente/SP nos anos de 2015 e 2016. Os dados extraídos referem-se aos meses de janeiro a junho dos respectivos anos e, ao analisá-los, podemos visualizar que no ano de 2015 a maior parte dos atendimentos foram ofertados para a população masculina, contabilizando 73%, enquanto a população feminina representou 27%.

Já no ano de 2016 o cenário mudou, com um aumento expressivo no percentual de mulheres atendidas, totalizando 50% dos atendimentos e representando um aumento real de 23% se comparado ao ano de 2015. Tal informação é preocupante e nos leva a reflexão de como o número de mulheres presas tem aumentado em nosso país.

Segundo o Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), “o número de mulheres presas aumentou 256% em 12 anos<sup>17</sup>”. As mulheres, pelas especificidades de gênero, necessitam de locais adaptados às suas necessidades e também de tratamentos específicos, que na maioria das vezes o sistema penitenciário não está apto a fornecer, já que via de regra as prisões foram construídas pensando nos homens. Além da peculiaridade que a prisão feminina necessita, podemos dizer que o encarceramento na vida da mulher traz ainda problemas no cotidiano familiar:

Quando um homem é preso, comumente sua família continua em casa, aguardando seu regresso. Quando uma mulher é presa, a história corriqueira é: ela perde o marido, e a casa, os filhos são distribuídos entre familiares e abrigos. Enquanto o homem volta para um mundo que já o espera, ela sai e tem que reconstruir seu mundo. (Queiroz, 2015, p. 77)

A prisão de mulheres - especialmente quando são mães - traz rebatimentos severos, visto que geralmente são responsáveis pela criação dos filhos e muitas vezes pelo provimento da renda e manutenção do lar; expondo os filhos à situação de vulnerabilidade e risco, além de enfrentarem outras situações de desproteção relacionadas ao acesso à saúde, o qual é objeto de intervenção do Serviço Social no âmbito da Defensoria Pública.

Apesar de existir a Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher (PNAISM) para tratar as especificidades relacionadas à sua saúde e o PNSSP, é possível inferir que ambos não são efetivados de forma satisfatória, situação comprovada pelas demandas que chegam à Defensoria para serem atendidas.

No total, as mulheres representam 6,4% da população carcerária do Brasil, que é de aproximadamente 607 mil detentos. A taxa de mulheres presas no país é superior ao crescimento geral da

---

<sup>17</sup> Fonte: <http://www.justica.gov.br/noticias/numero-de-mulheres-presas-aumentou-256-em-12-anos>

população carcerária, que teve aumento de 119% no mesmo período. Na comparação com outros países, o Brasil apresenta a quinta maior população carcerária feminina do mundo, atrás apenas dos Estados Unidos (205.400 detentas), China (103.766) Rússia (53.304) e Tailândia (44.751).<sup>18</sup>

Desta forma é visível o quão expressivo tem sido o aumento desta população, sendo necessário o estabelecimento de estratégias e práticas adequadas para o seu equacionamento, bem como ações para atender as especificidades do sexo.

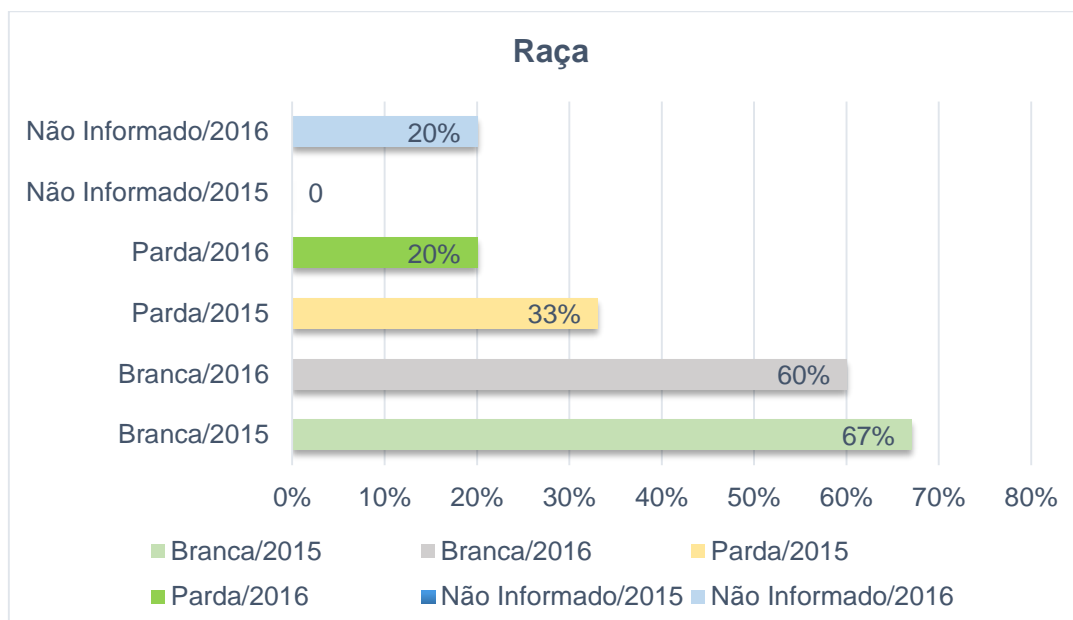
Os próximos gráficos irão retratar o perfil da população feminina atendida pelo Serviço Social na Defensoria Pública - Regional de Presidente Prudente/SP.

### 6.2.1 Perfil das mulheres presas

Conforme observado no gráfico 1, o número de demandas que chegaram à Defensoria provenientes das mulheres cresceu entre 2015 e 2016.

O gráfico abaixo nos mostra informações referentes a raça.

**Gráfico 02 – Raça/Feminino**



**Fonte:** Gráfico produzido pelas autoras

<sup>18</sup>Fonte: <http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/80853-populacao-carceraria-feminina-aumentou-567-em-15-anos-no-brasil>.

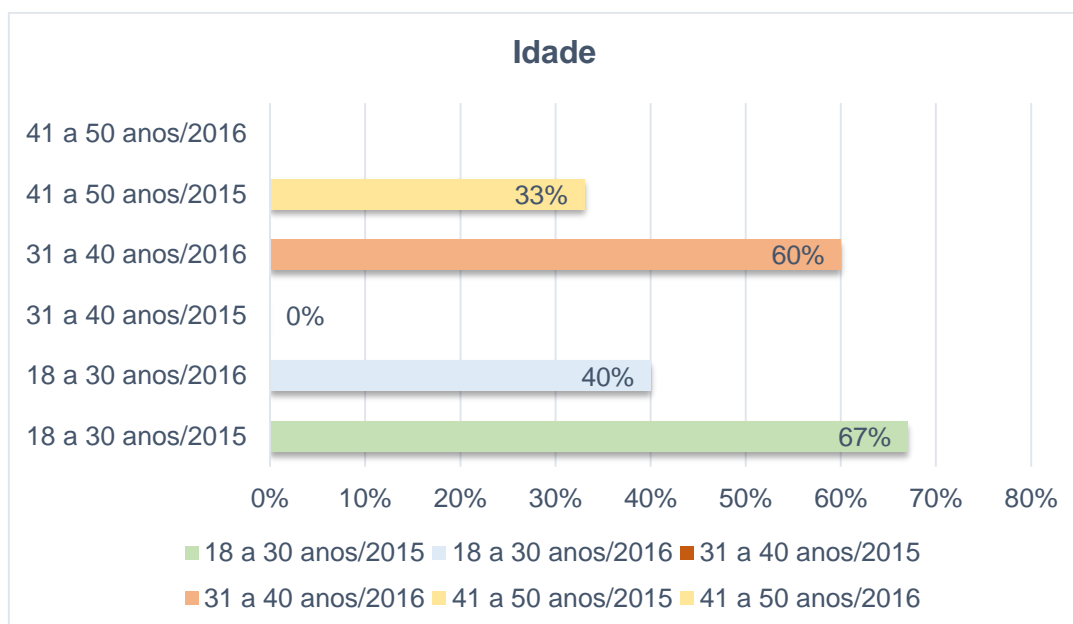
O termo raça geralmente é aplicado ao especificar um grupo de pessoas que compartilham as mesmas características. Sendo assim, utilizamos o gráfico acima para uma melhor análise dos grupos atendidos pela Defensoria.

No ano de 2015, 67% das mulheres atendidas eram brancas e 33% pardas. No ano seguinte os números apresentados apontam para uma redução da população parda, contudo, esses dados devem ser vistos com parcimônia, visto que há um percentual elevado que não mencionam a raça e compromete assim uma avaliação mais adequada do item.

Vale ressaltar ainda que durante os referidos meses/anos em que a pesquisa foi realizada não houve nenhum atendimento a mulheres negras, porém, isso não retrata a realidade do sistema penitenciário. Atualmente pesquisas comprovam que “a maioria das mulheres presas no país (68%) é negra<sup>19</sup>”. Em 20% dos atendimentos não constaram informações e toda a coleta de dados foi pautada Boletim Informativo (BI) da pessoa presa.

O gráfico abaixo irá retratar a idade das mulheres atendidas.

### Gráfico 03 – Idade/Feminino



Fonte: Gráfico produzido pelas autoras

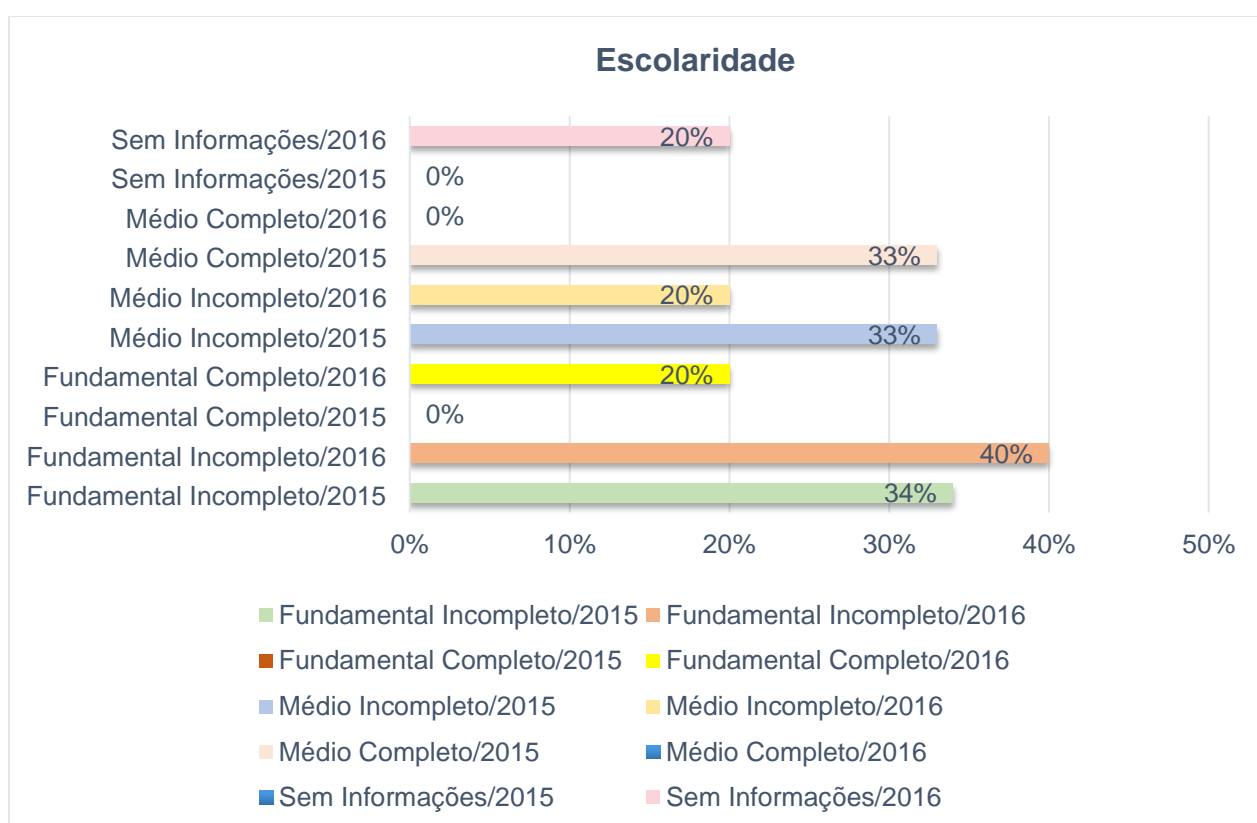
<sup>19</sup>Fonte: <http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/80853-populacao-carceraria-feminina-aumentou-567-em-15-anos-no-brasil>



Em relação a faixa etária das mulheres atendidas podemos observar que no ano de 2015 a maioria tinha entre 18 e 30 anos (67%), ou seja, se encontravam em idade produtiva, aptas ao mercado de trabalho, estudo e reprodução. No ano de 2016 podemos visualizar uma redução expressiva na procura dos serviços da Defensoria, de 27%. Ressaltamos ainda que não houveram, nos referidos meses da pesquisa, presas atendidas com mais de 50 anos.

A seguir, abordaremos o grau de escolaridade dessas mulheres.

#### Gráfico 04 – Escolaridade/Feminino



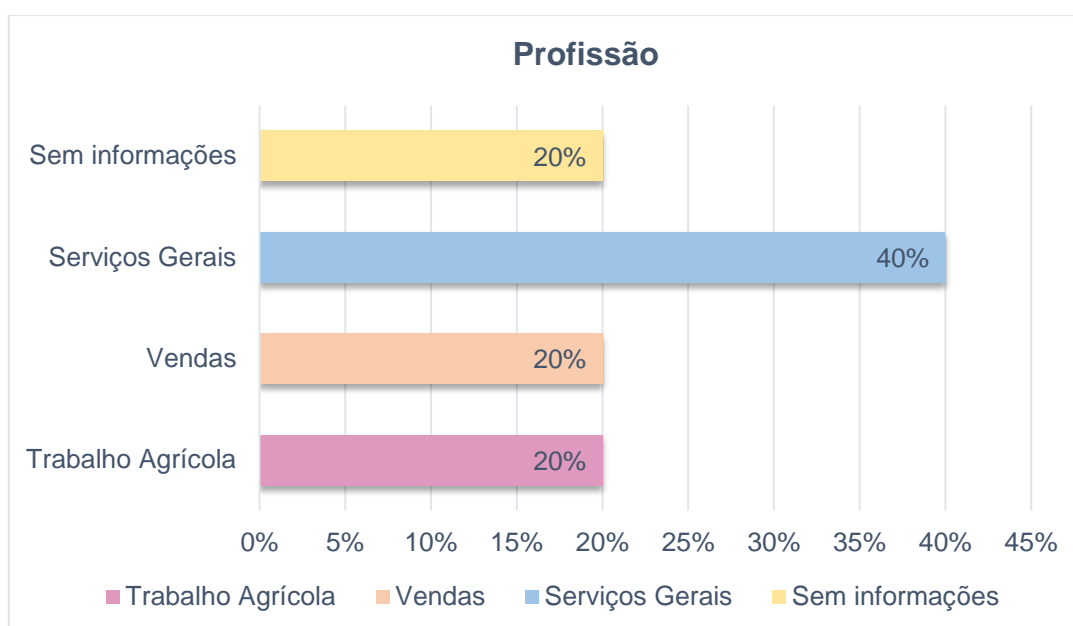
**Fonte:** Gráfico produzido pelas autoras

O gráfico acima aponta para a baixa escolaridade das mulheres atendidas, visto que apenas 33% possuíam o Ensino Médio Completo. Em 2016 notamos um maior percentual (40%) de mulheres que não concluíram o Ensino Fundamental e apenas 20% conseguiram chegar ao Ensino Médio, contudo, não conseguiram concluí-lo - situação ainda mais grave que no ano anterior.

Esses dados demonstram claramente o perfil das mulheres presas que, em sua maioria, não tiveram acesso aos seus direitos de forma

plena e integral. Tal informação certamente rebate diretamente na colocação desta no mercado de trabalho, como passaremos a demonstrar a seguir.

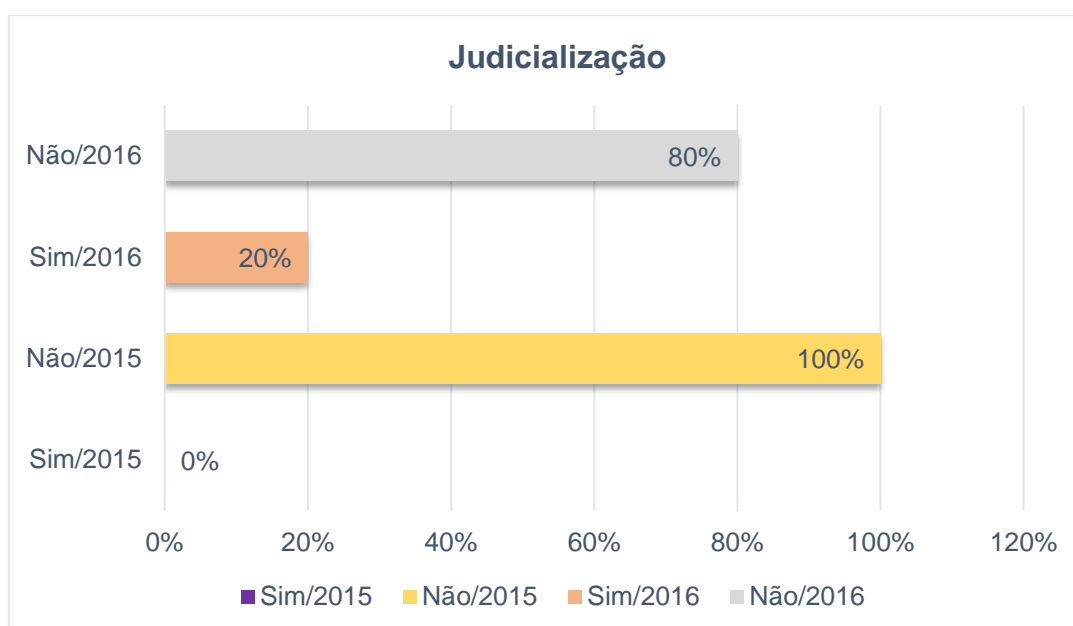
**Gráfico 05 – Profissão/Feminino**



**Fonte:** Gráfico produzido pelas autoras

O gráfico ilustrado acima demonstra a profissão das mulheres atendidas na Defensoria Pública no ano de 2016. Podemos notar que a maioria das mulheres atuavam na área de serviços gerais (40%) e 20% no trabalho agrícola, o que vem de encontro com o gráfico anterior e enfatiza que a baixa escolaridade influencia diretamente na colocação das mesmas no mercado de trabalho. Vale destacar que não haviam dados registrados do ano de 2015.

A seguir traremos dados referentes a judicialização.

**Gráfico 06 – Judicialização/Feminino**

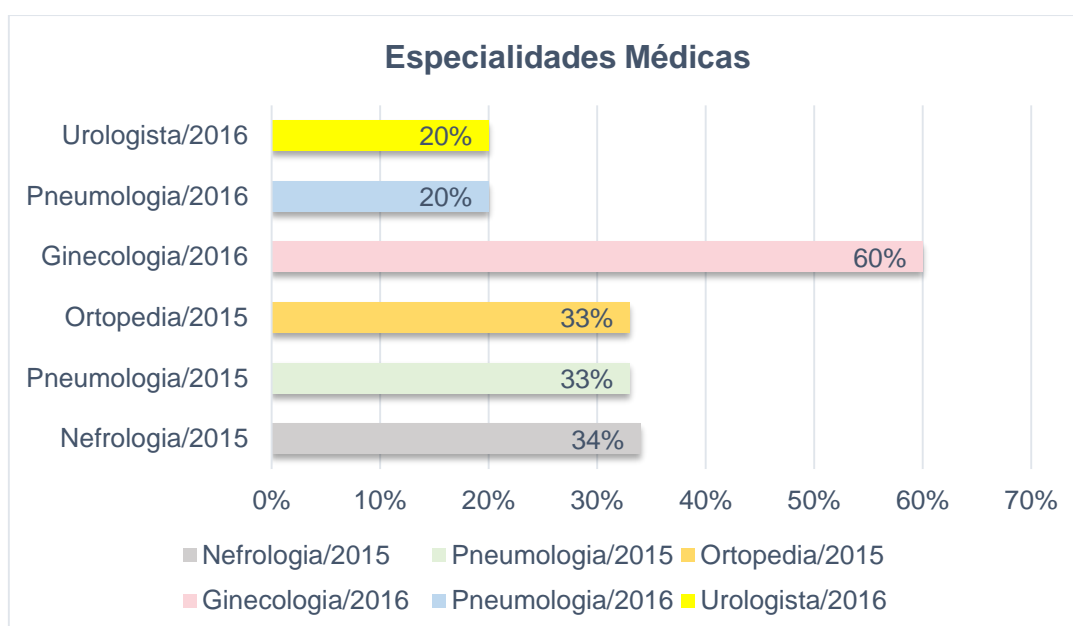
**Fonte:** Gráfico produzido pelas autoras

Com base nos dados acima podemos constatar que a intervenção do Serviço Social tem sido positiva. No ano de 2015 a resolução integral das demandas foi realizada por via administrativa, ou seja, sem a necessidade de ação judicial. No ano de 2016 apenas 20% do percentual necessitou pleitear ação judicial para ter acesso a algum direito, resolvendo assim 80% das demandas novamente administrativamente.

A resolução das demandas da saúde pela via administrativa representa ganhos significativos e promove a economia do Estado, já que uma ação judicial tem um alto custo. Outro fator positivo a se mencionar é a promoção das articulações com a rede de serviços, pois esta é responsável pela viabilização e efetivação do direito da pessoa presa.

A seguir serão abordadas as especialidades médicas mais solicitadas nos anos de 2015 e de 2016.

**Gráfico 07 – Especialidades Médicas/Feminino**



**Fonte:** Gráfico produzido pelas autoras

Os dados colhidos acima referem-se às especialidades médicas mais solicitadas pelas mulheres presas à Defensoria Pública, proporcionando assim um comparativo entre os anos de 2015 e 2016.

No ano de 2015 podemos notar que a demanda mais solicitada pelas mulheres foi a Nefrologia (34%), seguida pela Pneumologia e Ortopedia, ambas totalizando 33%. No ano de 2016 a maior demanda se expressa na solicitação de atendimento para a especialidade de Ginecologia, com 60% das solicitações. Posteriormente a necessidade novamente de um pneumologista continuou a ser buscada (33%), bem como a de Urologia (20%). Ao analisar os dados não podemos deixar de observar que a busca pelo médico ginecologista cresceu significativamente - já que no ano de 2015 não houve solicitações - ,

sendo esta especialidade essencial para manter a qualidade de vida das mulheres. Outro dado que chama a atenção é a presença constante da busca por um pneumologista, com percentuais de 33% e 20% nos anos de 2015 e 2016 respectivamente.

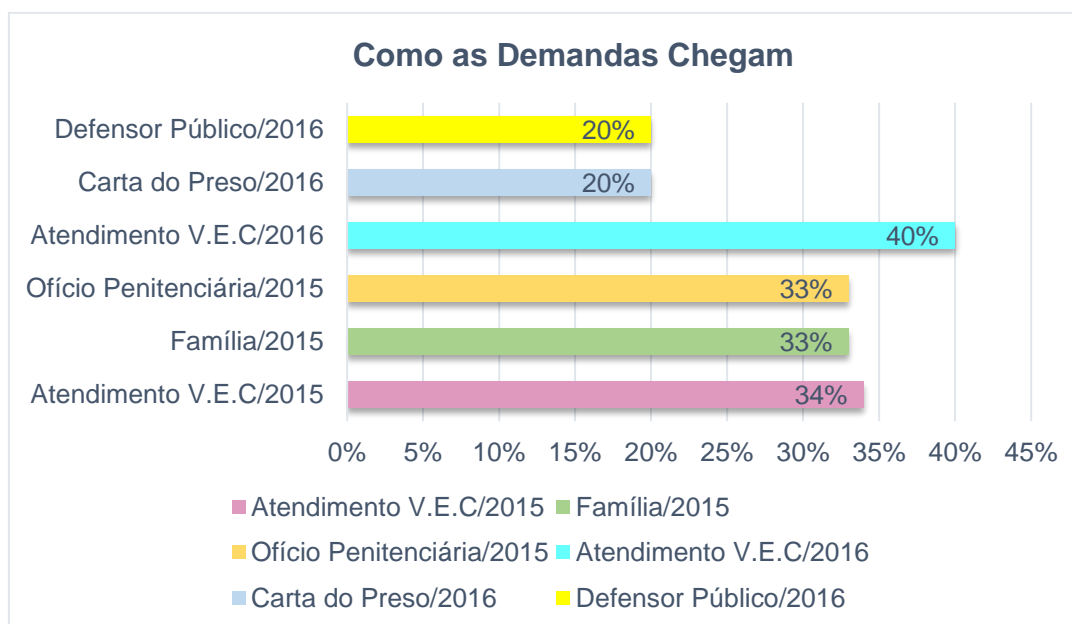
É válido ressaltar aqui que o acesso a saúde deve ser garantido, conforme previsto na Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, Art. 2º § 1º:

O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Como disposto no ordenamento jurídico é dever do Estado promover meios e estratégias para garantir o acesso universal, igualitário e de qualidade em relação à saúde para todos aqueles que necessitem deste, buscando prevenir os agravos. É pertinente ressaltar que o direito à saúde deve abranger a todos, sem qualquer restrição ou distinção, incluindo às pessoas que se encontram privadas de sua liberdade.

A próxima análise elenca as diferentes formas que as demandas chegam à equipe multidisciplinar da Defensoria Pública do Estado de São Paulo – Regional de Presidente Prudente.

### Gráfico 08 – Como as Demandas Chegam/Feminino



**Fonte:** Gráfico produzido pelas autoras

As demandas atendidas pela Defensoria Pública, relacionadas às mulheres presas, podem chegar de diversas maneiras. No ano de 2015, por exemplo, 34% foram via atendimentos nos plantões da VEC. Estes plantões foram realizados na referida Defensoria por estagiários que cursam Direito e ocorrem duas vezes por semana (segunda-feira e quarta-feira). Durante os atendimentos é comum que a família relate o problema enfrentado e, após a identificação, o mesmo é encaminhado ao Defensor Público que atua na VEC. Posteriormente, verificando a necessidade de intervenção, o mesmo encaminha a demanda ao CAM. Observamos que 33% da demanda chegou através deste caminho, ou seja, por meio das famílias e 33% através de ofícios expedidos pela própria penitenciária.

No ano de 2016 a maioria das demandas (40%) chegou através do plantão da VEC, reforçando assim a importância e necessidade dos mesmos e cujos percentuais apresentaram um aumento de 7% de 2015 para 2016. Entendemos que esse é um indicador positivo, pois demonstra que a estratégia entre CAM e VEC está ampliando sua atuação pela procura dos usuários. Cabe enfatizar que esta é uma estratégia utilizada apenas pela Regional de Presidente Prudente, como já citado anteriormente, porém, existe a necessidade e estuda-se a possibilidade de que a mesma seja implantada em outras unidades.

Vale ressaltar que as mulheres atendidas se encontram presas na Penitenciária Feminina de Tupi Paulista e ao contabilizar os atendimentos podemos distinguir que 03 deles foram ofertados no ano de 2015 e 05 no ano de 2016. Apesar de baixo, se comparado ao número de presos do sexo masculino atendidos, não podemos descartar que esta realidade só tem crescido nos últimos anos, devido ao aumento do número de mulheres presas.

A Penitenciária Feminina de Tupi Paulista se localiza no interior do Estado de São Paulo e, segundo informações disponíveis pela Secretaria da Administração Penitenciária, a mesma possui capacidade de lotação de 708 pessoas e atualmente conta com 1.170 presas, situação similar ao que acontece com todas as unidades prisionais do Estado. Esta situação acaba por potencializar a procura por atendimento de saúde. No entanto, cabe registrar

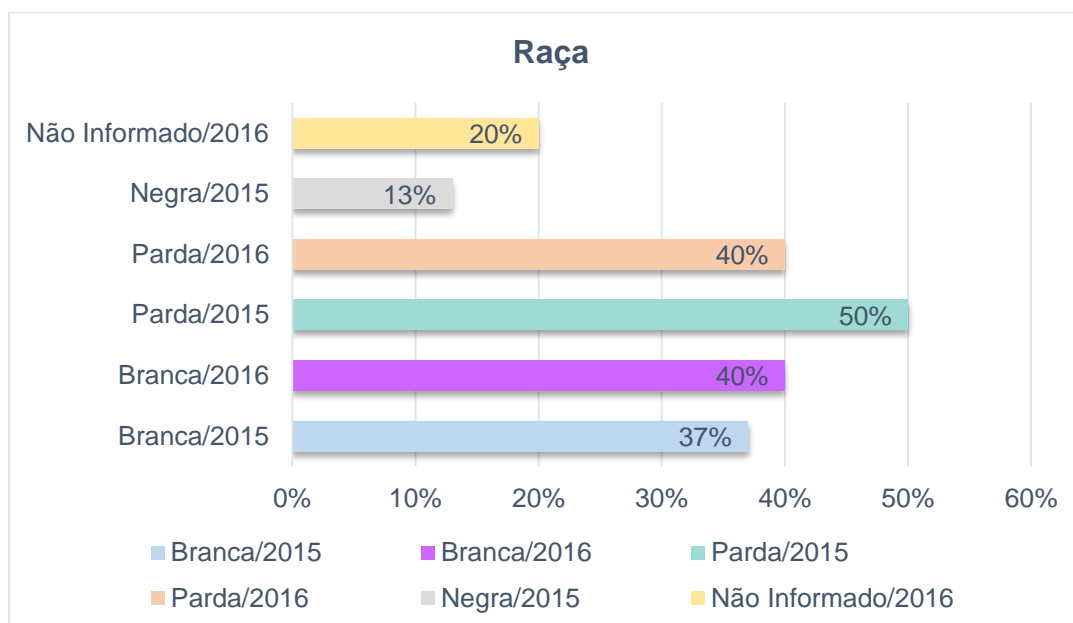
que em função do número de mulheres presas, a busca pelo atendimento de saúde via Defensoria ainda é bem pequena.

A diante iremos iniciar o levantamento dos dados dos presos do sexo masculino, também entre janeiro e junho nos anos de 2015 e 2016.

### 6.2.2 Perfil dos homens presos

O gráfico 1 retrata uma queda de solicitações realizadas pelos homens presos à Defensoria. Os dados abaixo buscarão entender melhor esta realidade.

**Gráfico 09 – Raça/Masculino**



**Fonte:** Gráfico produzido pelas autoras

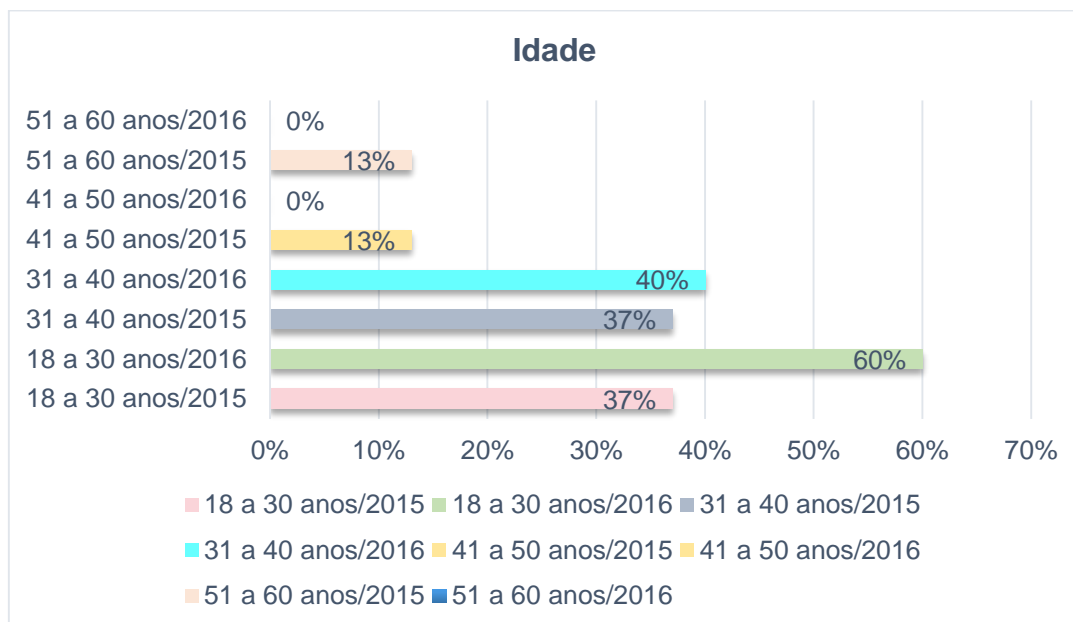
Podemos observar que a grande maioria dos homens atendidos no ano de 2015 declaravam-se pardos (50%), 37% brancos e 13% negros. Já em 2016 os que se consideravam brancos e pardos predominou, caracterizando 40% dos atendidos em 20% dos atendimentos não continham esta informação<sup>20</sup>.

<sup>20</sup> Os dados não informados são retirados do Boletim de informação, no qual são preenchidos quando o indivíduo é preso pela unidade prisional a partir das informações prestadas pelo preso.

O levantamento dos dados causou certa surpresa as pesquisadoras, especialmente se levarmos em conta os dados do INFOPEN, que apontam que para cada três pessoas presas duas são negras.

Assim como mencionamos no tópico do gênero feminino, tais informações não necessariamente configuram a realidade do sistema penitenciário.

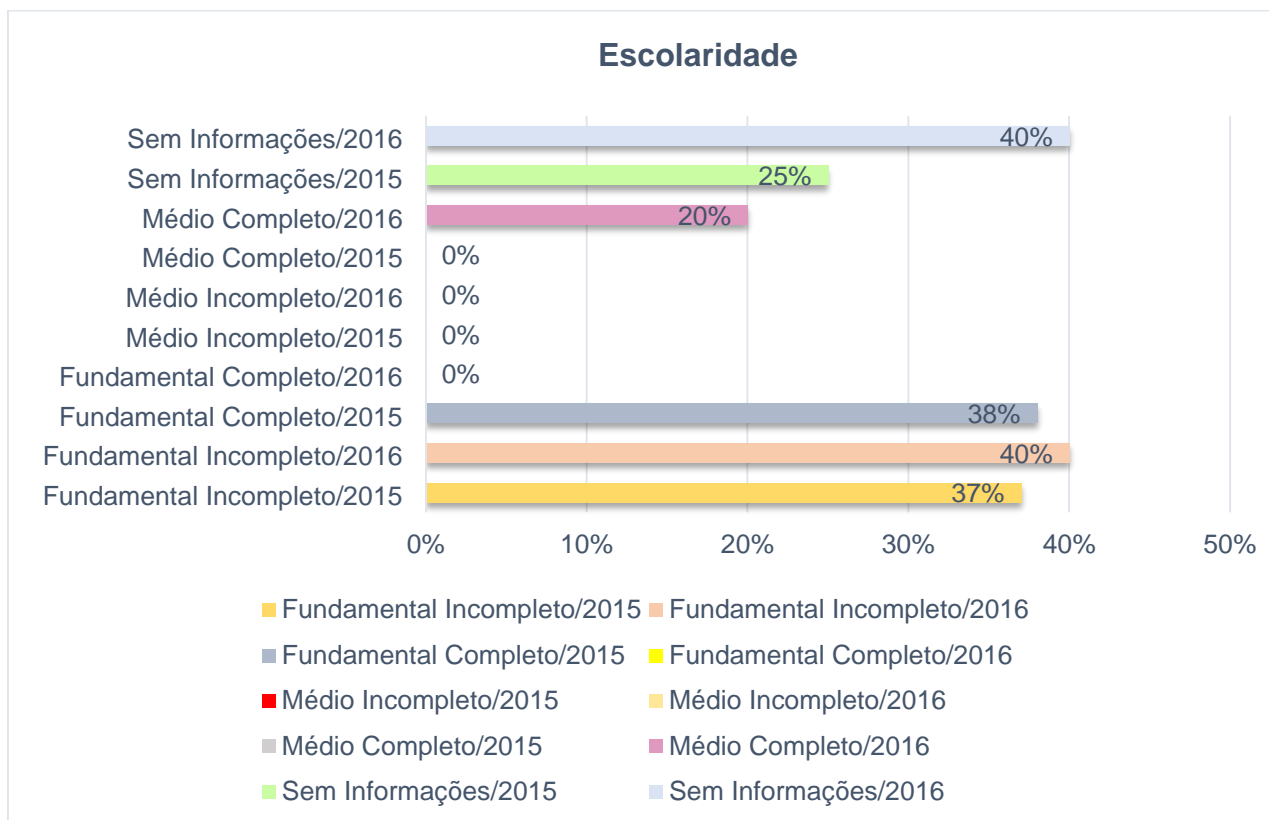
**Gráfico 10 – Idade/Masculino**



**Fonte:** Gráfico produzido pelas autoras

Podemos observar que a faixa etária entre 18 e 30 anos corresponde a porcentagem de 37% em 2015 e 60% em 2016. Trata-se de pessoas jovens, em idade produtiva e que assim como as mulheres, deveriam estar inseridos no mercado de trabalho. Este dado torna-se mais preocupante ainda se pensarmos o por que estes jovens estão ingressos no sistema penitenciário. A falha nas políticas públicas e o crescente aumento da dependência de entorpecentes possivelmente tem relação com esta informação. O jovem preso dentro das penitenciárias tem poucas oportunidades, especialmente se levarmos em consideração a superlotação.



**Gráfico 11 – Escolaridade/Masculino**

**Fonte:** Gráfico produzido pelas autoras

No que tange aos dados levantados acima é possível inferir que grande parte desta população possui um baixo grau de escolaridade. A maioria dos atendidos em 2015 sequer chegaram ao Ensino Médio.

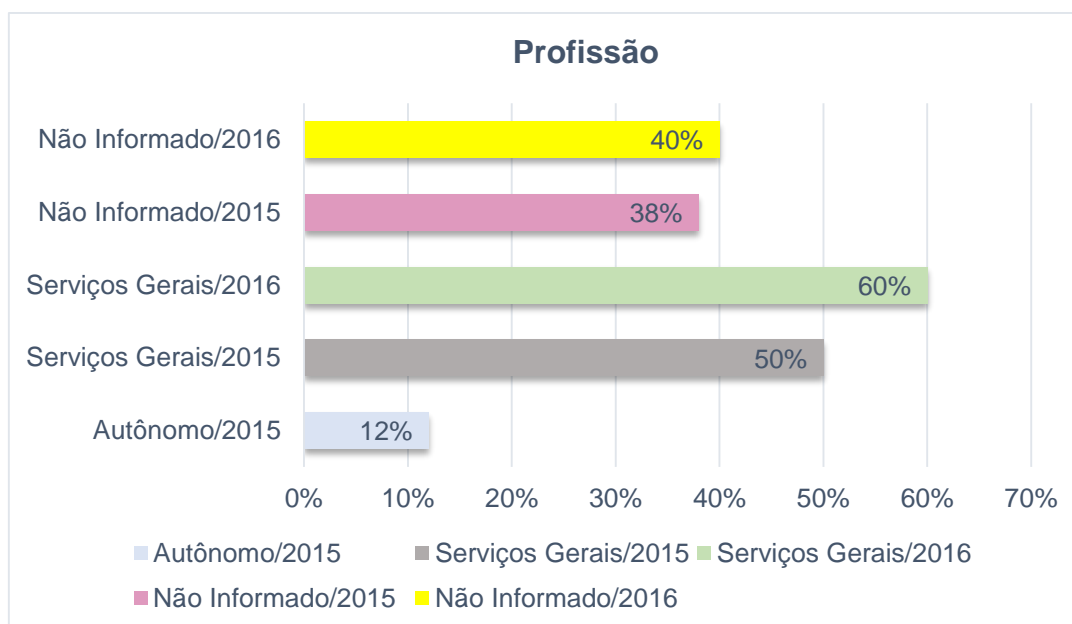
Em 2016 o índice de sujeitos que pararam de estudar ainda sem concluir o Ensino Fundamental é preocupante (40%). Assim como em relação às mulheres, podemos dizer que tais dados evidenciam a ausência de

formação escolar e conseqüentemente ingratas colocações no mercado de trabalho, como abordaremos oportunamente.

O percentual não informado tanto de 2015 como de 2016 dificulta a análise das informações, enfatizando a necessidade e importância de sistematizar os dados obtidos, para que assim surjam ações – mesmo que dentro do cárcere – para transformar esta realidade.

Dentro das penitenciárias os presos têm (ou deveriam ter) acesso à educação. Contudo, a falta de documentação e muitas vezes de interesse dos mesmos, dificultam tal acesso. Outro fator relevante é que para manter-se dentro das penitenciárias e por não contar com suporte familiar, o indivíduo precisa optar entre estudar ou buscar uma colocação laboroterápica, sendo esta última a opção mais buscada pelos mesmos.

### Gráfico 12 – Profissão/Masculino

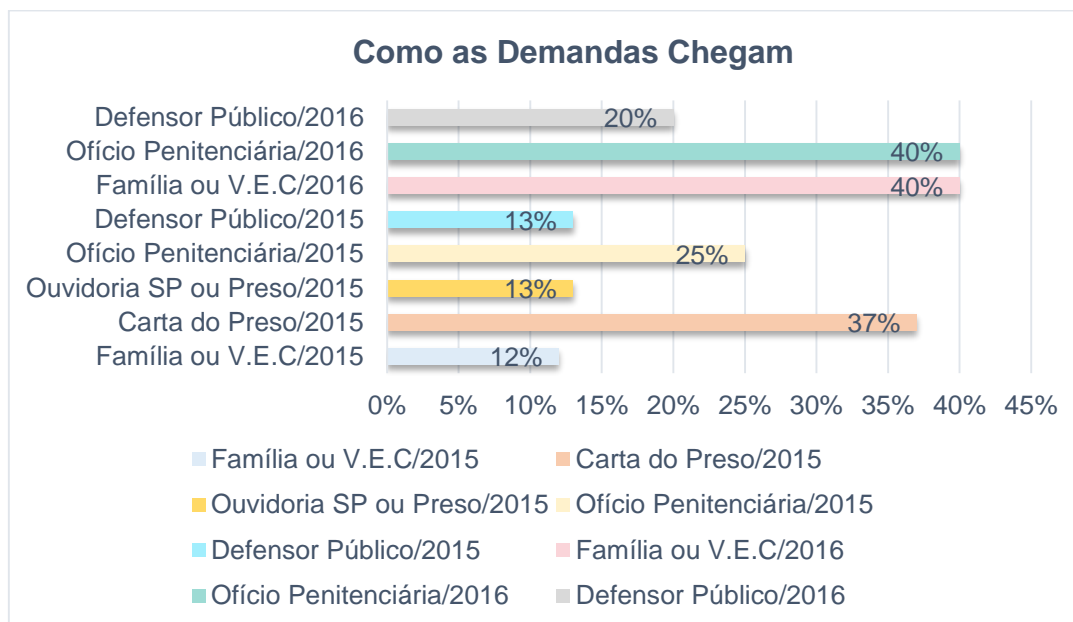


Fonte: Gráfico produzido pelas autoras

Diferente do gráfico 05 (Profissão/Feminino), no que se refere aos homens, o BI registrava algumas informações. A maioria dos atendidos declararam que trabalharam como serviços gerais, tanto em 2015 (50%) como em 2016 (60%). É comum encontrarmos indivíduos – independente do gênero – que exercem esta atividade e vivem na informalidade. Também é comum quando um sujeito não sabe declarar sua profissão acaba falando que é ajudante geral ou serviços gerais.

Outro dado extremamente relevante e preocupante é a ausência de informações prestadas, especialmente quando mencionamos a inexistência dos dados femininos. Precisa-se levantar o por que os funcionários responsáveis por preencher o BI não acrescentam esta informação ou será que o preso não sabe responder a tal questionamento? A verdade é que precisamos melhorar a cada dia sistematização destes dados, assim como demonstramos em análises anteriores.

**Gráfico 13 – Como as Demandas Chegam/Masculino**



**Fonte:** Gráfico produzido pelas autoras

Em 2015 a grande parte das demandas acolhidas pela Defensoria chegaram através de cartas do próprio preso (37%), seguidas pelos ofícios enviados pelas penitenciárias (25%).

No ano de 2016 é notório o crescente número de ofícios enviados pelas penitenciárias (40%). É importante que a cada dia as situações de vulnerabilidade do preso sejam expostas, de modo que possamos transformar a realidade apresentada e garantir aos mesmos a efetivação de seus direitos.

Como notamos ainda, o papel da família é relevante neste contexto. Em 2015 12% dos atendimentos chegaram através dos mesmos (ou

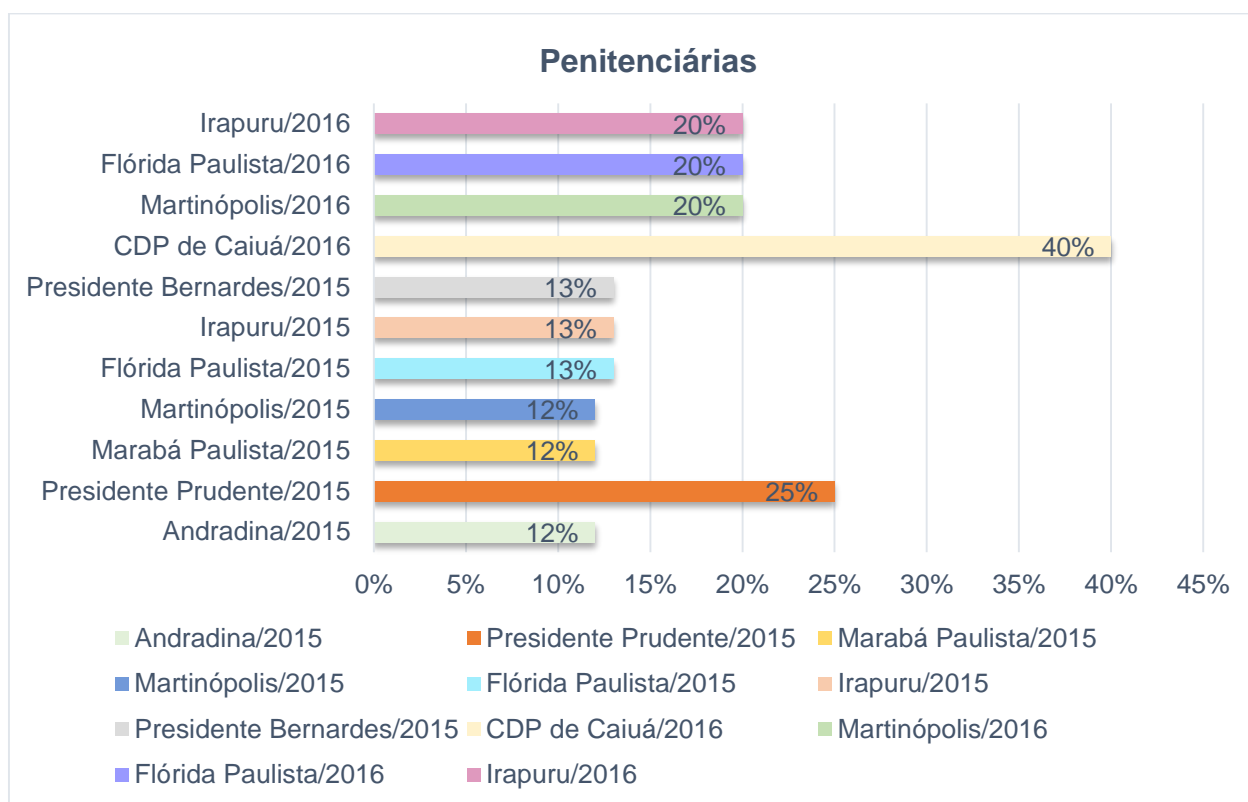
dos atendimentos da VEC) e em 2016 o percentual chegou a 40%, tornando-se o dado mais exponencial do gráfico.

Esse aumento significativo de demandas vindas especialmente através de ofícios das penitenciárias pode ser entendido como um estreitamento das relações, como nos afirma a assistente social da Defensoria Pública do Estado de São Paulo - Regional de Presidente Prudente:

As principais demandas do sistema penitenciário que exige a nossa intervenção são as demandas de saúde, já que é inclusive a demanda institucional, são as principais demandas. Elas chegam através de solicitação do Defensor, por e-mail ou por carta que o preso tenha enviado para o Defensor, o preso normalmente nunca manda a carta para o assistente social, sempre vai para a Vara de Execução Criminal que é o Defensor, ou vem da corregedoria.

Portanto, representa um avanço no estreitamento das relações entre a Defensoria e as unidades prisionais e, conseqüentemente, isso refletirá na efetivação do direito à saúde do preso.

**Gráfico 14 – Penitenciárias/Masculino**



**Fonte:** Gráfico produzido pelas autoras

Cabe retomar que a Defensoria Pública Regional de Presidente Prudente atende 16 unidades da Região do Oeste Paulista.

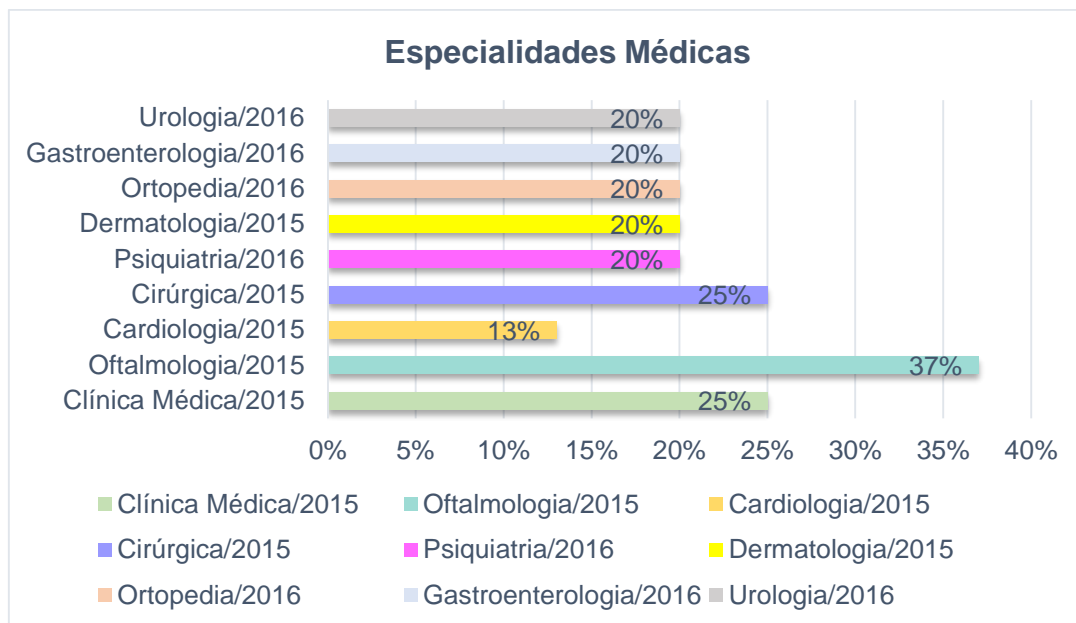
No ano de 2015 as demandas foram predominantemente diluídas entre várias unidades prisionais, conforme posto no gráfico acima, com destaque para a Penitenciária de Presidente Prudente, que atingiu um percentual de 25%. Possivelmente este dado se dê pela localização da unidade prisional em questão. Conforme vimos no gráfico 13, muitas famílias buscam a Defensoria e revelam os problemas enfrentados por seus entes queridos. Por esta unidade estar inserida no município onde a Defensoria atende, a locomoção destas famílias torna-se mais fácil, bem como o acesso às necessidades do preso, já que também podem visita-lo com frequência.

Em 2016 a predominância de demandas é procedente do Centro de Detenção Provisória (CDP) de Caiuá, com 40%, seguidos por Martinópolis, Flórida Paulista e Irapuru, cada uma com 20%.

Estes dados evidenciam as deficiências das penitenciárias da região em relação ao atendimento à saúde. Estas dificuldades tornam-se potencializadas em função de não contarem com equipe médica dentro da unidade prisional, necessitando do deslocamento até uma unidade de saúde mais próxima, quando o preso necessita de atendimento médico.

No caso da penitenciária de Presidente Prudente por exemplo, o médico clínico geral não faz parte no momento de seu quadro de funcionários (conforme vimos na tabela 1). Atualmente a unidade conta com um médico psiquiatra e quando um preso precisa de atendimento clínico é encaminhado ao Hospital Regional ou a uma UPA.

### **Gráfico 15 – Especialidades Médicas/Masculino**

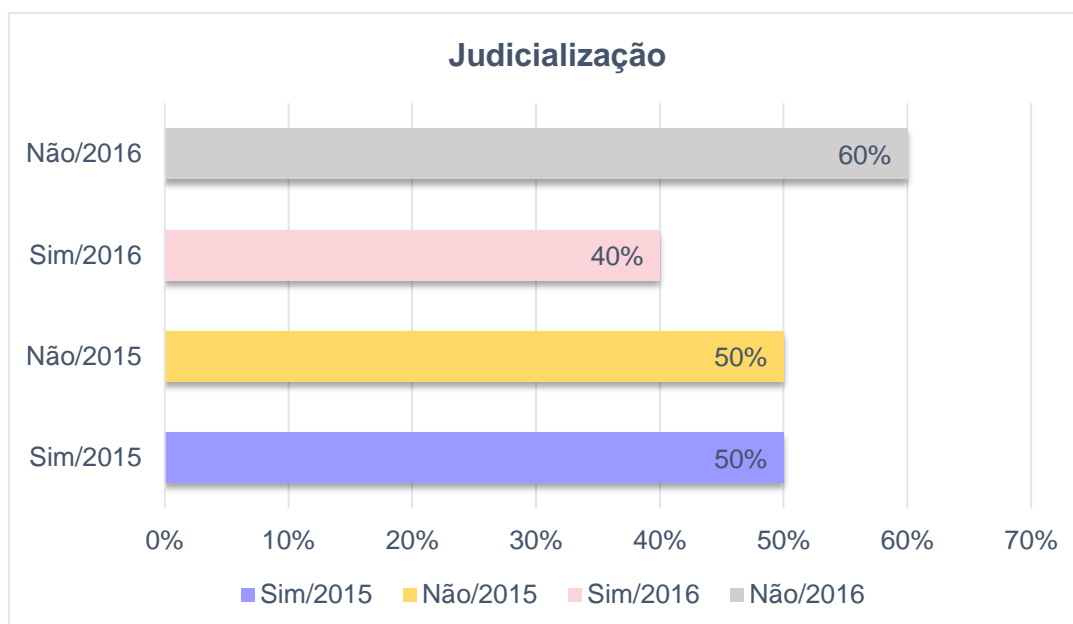


**Fonte:** Gráfico produzido pelas autoras

Os dados nos permitem verificar a variedade de necessidades de saúde da população carcerária. Em 2015 especialidade mais solicitada foi a Oftalmologia (37%), seguida pela solicitação de atendimento com o clínico geral (25%). Se nas dependências da unidade tivesse um clínico geral, seria mais fácil e rápido diagnosticar os problemas dos presos, bem como realizar encaminhamentos para as demais especialidades médicas.

No ano de 2016 as solicitações se dividiram em partes iguais, 20% cada entre as especialidades de Psiquiatria, Dermatologia, Ortopedia, Gastroenterologia e Urologia. Vale ressaltar que na rede pública para recebermos atendimento específico com as especialidades acima citadas (bem como em outras), o clínico geral é parte importante, já que é ele quem vê a necessidade de atendimento específico e viabiliza o acesso. Diante da ausência dos mesmos, muitos problemas de saúde que poderiam ser vistos ainda em fase inicial acabam se agravando e quando o indivíduo recebe o atendimento necessário, muitas vezes já agravou sua condição.

### **Gráfico 16 – Judicialização/Masculino**



**Fonte:** Gráfico produzido pelas autoras

Podemos verificar que, diferente do gráfico 06, em 2015 metade das demandas masculinas não conseguiram resolver-se por meio administrativo. No ano de 2016 a atuação do Serviço Social conseguiu reduzir em 10% a judicialização, gerando um expoente significativo, especialmente quando falamos de economia e na redução do tempo para uma resposta. Assim, quando se consegue resolver administrativamente todas as partes saem ganhando, especialmente o preso, nosso foco de estudo.

A judicialização se faz necessária devido a precariedade da saúde no sistema penitenciário, o qual maioria das unidades não possui equipe médica. Sendo assim o preso ao necessitar de atendimento médico precisa-se deslocar até as unidades de saúde do município, como nos afirma Gomes (2015, p. 10):

Os problemas são agravados não apenas pela demora do atendimento médico na extensa fila do SUS, mas também pela falta de escolta policial e pelo degradante estado físico do ambiente em que o cidadão se encontra, o ambiente carcerário é um ambiente sujo sendo assim pode ser o causador de diversas patologias, e pode acabar agravando patologias as quais o cidadão já possuía antes de pertencer ao sistema carcerário.

Como nos elucida a autora, a própria estrutura insalubre do sistema penitenciário contribui para o agravamento no quadro de saúde da pessoa privada de liberdade.

Diante destes fatores a judicialização em muitos casos se faz necessária, pois passa a ser uma via de acesso rápido a uma especialidade médica que o preso necessita. Sendo assim, pode ser considerada como um instrumento para reafirmar um direito inerente a condição humana do preso, ou seja, o acesso pleno e integral a saúde.

É possível inferir que através dos gráficos analisados, tanto da população feminina quanto a masculina, que o sistema penitenciário é composto por pessoas jovens, que se declaram pardos e brancos. Este dado mereceu nossa atenção, porque não condiz com dados os nacionais.

Em relação ao perfil, ainda podemos constatar que se trata de pessoas que possuem baixa escolaridade e falta de qualificação profissional, aspecto esse que reflete diretamente na dificuldade de inserção no mercado de trabalho, o que leva - em sua grande maioria - a acabar por optar por trabalhos informais, ou seja, sem carteira assinada e os demais direitos trabalhistas.

Diante do perfil apresentado podemos concluir que estamos falando de pessoas que vivenciam as expressões da questão social, ou seja, é possível auferir que diante do modo capitalista de produção, o qual tem como prioridade a geração de riquezas que são apropriados apenas pela parcela burguesa, portanto estamos falando daqueles que não se encaixa dentro dos padrões estabelecidos pela sociedade, é marginalizado e excluído pela mesma.

Portanto, são esses sujeitos que são marginalizados e acabam por optar pelo mundo da criminalidade, a fim de garantir a sua subsistência, visto que seus direitos são violados por um Estado desprotetor e minimalista, que se ausenta de suas responsabilidades.

Este contexto histórico de privação de direito, desigualdade social e também a falta de acesso a políticas públicas, que rebate diretamente no cotidiano da Defensoria Pública do Estado de São Paulo - Regional de Presidente Prudente.

No caso do preso, acreditamos que o mesmo sofre ainda mais, pois além da morosidade do SUS e a falta de escolta policial, o acesso aos direitos são retardados. Desta forma a Defensoria é um instrumento de garantia de direitos e que busca a efetivação dos mesmos através da justiça gratuita.



Por fim, podemos concluir que o atendimento da equipe de Serviço Social no âmbito da Defensoria é de extrema importância e eficaz, pois, através do acompanhamento e monitoramento, trabalha de maneira administrativa, mantendo um contato com as demais unidades de saúde e caracterizando um atendimento facilitador. Este processo consegue, na maioria dos casos, agilizar o atendimento de saúde de maneira a evitar a judicialização, que possui caráter contraditório, pois ainda depende da decisão do juiz. O que queremos dizer aqui é que nem sempre o juiz poderá decidir a favor do preso, fazendo com que mais uma vez seu direito não seja validado.

Ainda no que se refere a importância da atuação da equipe de Serviço Social, o Defensor entrevistado pontua:

E partindo para uma questão mais clássica o Serviço Social detém o conhecimento da rede e nós não detemos, somos formados em direito encastelado lá então não temos esse tipo de conhecimento que para mim tem sido fundamental às vezes tenho dúvidas do que procurar, o que fazer e eu procuro o Serviço Social porque ele me diz que órgão procurar para resolver aquela demanda em favor tanto do familiar do preso como do preso também.

Podemos notar através desta fala que é possível afirmar a importância do Serviço Social, pois é esta equipe que detém o conhecimento e o contato com a rede de serviços, seja de saúde ou a rede socioassistencial. É o Serviço Social que trabalha em meio as contradições, buscando a partir da demanda que lhe chega, solucionar os problemas e efetivar os direitos.

Podemos aqui também, apontar sobre a necessidade da contratação de mais profissionais de Serviço Social, especialmente se levarmos em conta a crescente demanda e a necessidade de continuar ofertando um atendimento efetivo e eficaz, sem sobrecarga dos profissionais.

Portanto, podemos afirmar que o trabalho da equipe de Serviço Social no âmbito da Defensoria se torna realmente um trabalho de extrema importância, onde através do olhar crítico a pessoa privada de liberdade tenha garantido seus direitos.

## **7 CONCLUSÃO**

Ao término de uma pesquisa muitos conhecimentos nos foram agregados e vários sentimentos permearam a trajetória, que não se resumiu a este ano que produzimos este trabalho, mas de um percurso de quatro anos de buscas e aprendizados que possibilitaram conhecer caminhos nunca antes trilhados.

Conforme elucidado acima, o Estado tem a responsabilidade de garantir os direitos dos cidadãos, incluindo o direito da pessoa presa. Contudo, o que notamos é que o mesmo não corresponde ao que lhe é atribuído, não protegendo a sociedade, especialmente os sujeitos privados de liberdade. No que se refere ao direito à saúde, garantido na Constituição Federal vigente, podemos dizer que o mesmo não é consolidado e para os presos este acesso

torna-se mais difícil. Estar preso não significa a perda de direitos, já que o único direito aqui privado é o de ir e vir garantindo assim aos que se encontram nesta condição a necessidade de viabilização dos demais.

A dificuldade do acesso à saúde da população presa, objeto aqui de pesquisa, é reflexo do sistema lento, precário e superlotado que assola tanto o sistema penitenciário como o Sistema Único de Saúde (SUS). Este por sua vez não suporta atender a todas as demandas existentes, sendo a população carcerária uma sobrecarga para o sistema de saúde, pois quando uma unidade prisional é criada são ampliados os serviços de saúde da cidade para atendimento aos presos.

Sendo assim, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) e o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) são importantes instrumentos de garantias de exigibilidade de direito, mas não são efetivados em sua totalidade em função da escassez das equipes médicas, no atendimento e atenção à saúde do indivíduo privado de liberdade e ainda no preconceito existente na sociedade. O não atendimento do direito da pessoa presa, seja no interior da prisão ou no âmbito da rede do SUS, sobrecarrega também o sistema de saúde e gera a judicialização das demandas.

É neste contexto que surge a importância e a necessidade da atuação do assistente social junto à Defensoria Pública, contribuindo para o atendimento satisfatório das demandas de saúde através de intervenções positivas, levando o indivíduo – incluindo o privado de liberdade – a efetivação de seu direito à saúde.

A pesquisa nos possibilitou compreender que a prisão sob o olhar do senso comum foi historicamente pensada como uma forma de punição ao sujeito, pelo cometimento de crimes. Igualmente contribuiu para a compreensão sobre o contexto social vivenciado por tais sujeitos e os motivos que os impulsionaram a cometer algum tipo de delito, indo além do que prega o senso comum.

Bem sabemos que a sociedade contemporânea adota o modo capitalista de produção, visando a geração de riquezas e apropriadas por uma minoria, ou seja, pela classe capitalista. Para a classe trabalhadora resta a

venda de sua mão de obra, sem a possibilidade de acessar a riqueza que produziu com seu trabalho.

No entanto, está claro que nem todos aqueles que possuem sua mão de obra para oferecer são incluídos no mercado de trabalho e uma grande parcela dessa população, não absorvida, acaba marginalizada e excluída. Parte dessa população marginalizada e excluída são expostas cotidianamente a condições de vulnerabilidade social, encontrando no crime uma alternativa de sobrevivência. Desta forma podemos confirmar por meio deste fato as hipóteses previstas no projeto de pesquisa realizado no início do presente trabalho.

Esse quadro, associado aos resultados da pesquisa de campo, nos revela que muitas pessoas que se encontram no cárcere não foram alcançadas por políticas públicas ofertadas pelo Estado. A pesquisa de campo mostra claramente que o perfil da pessoa privada de liberdade, sejam homens ou mulheres, fazem parte de uma população jovem, com baixa escolaridade e que não possuem qualificação profissional.

Foi possível apreender ainda que o sistema penitenciário historicamente não atende aos fins a que foi instituído e não contribui de fato para a reintegração social, conforme previsto na Lei de Execução Penal (LEP). Além de não efetivar os direitos já previstos, apresenta falhas estruturais potencializadas pela superlotação e pelas condições precárias de atendimento à saúde, além de outras problemáticas que rebatem diretamente na vida das pessoas privadas de liberdade. Estes por sua vez continuam a vivenciar uma realidade de invisibilidade diante da sociedade livre, condições essas que aviltam a dignidade humana.

As assertivas foram confirmadas na pesquisa realizada na Defensoria Pública do Estado de São Paulo - Regional de Presidente Prudente, visto que as demandas possuem expressividade foram pertinentes à saúde no âmbito do sistema penitenciário, posto que o expressivo número de solicitações sobrevém possivelmente das precariedades vivenciadas pelas pessoas privadas de liberdade, que convivem cotidianamente com situações subumanas. Isso só comprova o fato de que o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário não é efetivado em sua totalidade, já que muitas unidades não garantem nem mesmo o direito mínimo e universal à saúde.

O direito não efetivado no interior das unidades prisionais, como já mencionado pela ausência de equipe completa de saúde, acaba fazendo com que os presos precisem de atendimento especializado extramuros. Este deslocamento implica na necessidade de escolta policial, configurando assim mais um entrave enfrentando, haja vista que nem sempre esta escolta é disponibilizada e o preso acaba perdendo o atendimento médico, geralmente há tempos agendado.

Considerando que a falta de escolta policial é um dos grandes problemas que dificultam o acesso à saúde da pessoa privada de liberdade, entendemos que deveria existir um investimento por parte do Estado para a contratação de profissionais necessários à formação da equipe dentro das unidades e que possam acompanhar o preso nos atendimentos de saúde.

Cabe ainda mencionar que a importância e necessidade da contratação de médicos, culminando na redução de custos, visto que deixaria de movimentar inúmeros servidores públicos (agentes penitenciários, policiais militares), reduzir os gastos com veículos e combustível e o mais importante, melhoraria a qualidade de saúde dos presos. Também vale lembrar que o sistema penitenciário paulista conta com Agentes de Vigilância e Escolta Penitenciária (AEVPS), que apesar de terem a atribuição de realizar estas escoltas, na prática ainda não dispõem de condições materiais e humanas para desempenharem este papel.

Por conta da morosidade do sistema de saúde e das inúmeras dificuldades enfrentadas, muitas vezes as famílias ou os próprios presos recorrem à Defensoria Pública, com o objetivo de acelerar o acesso à saúde. Vale ressaltar que a demanda do sistema penitenciário deve possuir um olhar especial, já que estamos falando de uma população que não tem condições de buscar por si a efetivação de tal direito. Ressaltamos também que tal morosidade do sistema de saúde pode acarretar o agravamento das doenças, podendo levar o indivíduo a morte.

Neste sentido, podemos compreender que a Defensoria Pública possui um papel extremamente importante frente à sociedade civil, pois é através dela que as pessoas mais vulneráveis socialmente têm a garantia do acesso à justiça, sendo um mecanismo na efetivação de direitos.

Considerando a necessidade e o aumento das solicitações de atendimentos a saúde do sistema penitenciário, a Regional de Presidente Prudente criou uma articulação entre o Centro de Atendimento Multidisciplinar e a Vara de Execuções Criminais, a fim de que as demandas do sistema penitenciário sejam resolvidas de forma administrativo e não judicializadas.

No estabelecimento desta estratégia, o Serviço Social é inserido e visando desvelar as demandas postas no cotidiano, bem como solucioná-las pela via administrativa, com a clara intenção de reduzir a judicialização dos casos e, caso não seja possível, criar um histórico documental que possa subsidiar uma possível ação judicial.

Como demonstrado na análise realizada, a equipe de Serviço Social tem obtido resultados positivos pela via da intervenção administrativa, ou seja, pelo contato aproximado com a rede de serviços de saúde, otimizando o acesso ao direito à saúde da pessoa privada de liberdade.

Concluimos que estamos diante de um Estado que não é capaz de fornecer o acesso pleno e integral das políticas públicas à população em geral e em especial àqueles que se encontram privados de sua liberdade. Isso reflete diretamente na solicitação de atendimento de demandas referentes à saúde no âmbito da Defensoria Pública, advindas do sistema penitenciário.

Por fim, podemos afirmar que o trabalho realizado pela equipe de Serviço Social - embora ainda seja uma ação realizada há um tempo relativamente curto - tem apresentado resultados positivos na efetivação de direitos da pessoa privada de liberdade, em especial nas demandas relacionadas a saúde, intervindo de forma administrativa e evitando a judicialização, garantindo assim o direito da pessoa presa.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSIS, Rafael Damaceno de. **As Prisões e o Direito Penitenciário no Brasil**. 2007. Artigo publicado no site <http://www.direitonet.com.br/artigos/exibir/3482/As-prisoas-e-o-direito-penitenciario-no-Brasil>. Acesso em 21 de maio de 2016.

BATISTELA, Jamila Eliza; AMARAL, Marilda Ruiz Andrade. **Breve Histórico do Sistema Prisional**. ETIC - ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA - ISSN 21-76-8498, Vol. 4, N° 4 (2008). Disponível em: <http://inter temas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/article/viewArticle/1662>. Acesso em 20 de março de 2016.

BAUMAN, Zygmunt. **Globalização** - As Consequências Humanas. Tradução de Marcus Pechel. Rio de Janeiro, 1999, Jorge Zahar Editor.

BAZAN, Thiago Marcos. **Do Sistema Penitenciário Brasileiro e da Eficácia da Pena Privativa de Liberdade.** Disponível em: <<http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/Juridica/article/viewFile/833/810>> Acesso em 15 de março de 2016.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília: Senado, 1988.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8080/90.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm). Acesso em 04 de outubro de 2016.

\_\_\_\_\_. **LEP - Lei de Execução Penal.** 1984. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L7210compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7210compilado.htm). Acesso em 20 de abril de 2016.

\_\_\_\_\_. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – INFOPEN,** junho de 2014. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/relatorio\\_depen.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/relatorio_depen.pdf)> Acesso em 01 de maio de 2016.

\_\_\_\_\_. **Mapa do Encarceramento: Os Jovens do Brasil.** 2015. Disponível em: <[http://www.pnud.org.br/arquivos/encarceramento\\_WEB.pdf](http://www.pnud.org.br/arquivos/encarceramento_WEB.pdf)> Acesso em 15 de março de 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça e Cidadania. **População carcerária brasileira chega a mais de 622 mil detentos.** 2016. Disponível em: <http://www.justica.gov.br/noticias/populacao-carceraria-brasileira-chega-a-mais-de-622-mil-detentos>. Acesso em 10 de maio de 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **PLANO NACIONAL DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO.** 2004. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha\\_pnssp.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_pnssp.pdf) > Acesso em 03 de agosto de 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. PNAISP. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional.** 2013. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/folder/politica\\_nacional\\_saude\\_sistema\\_prisonal.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/folder/politica_nacional_saude_sistema_prisonal.pdf)>. Acesso em 03 de agosto de 2016.

\_\_\_\_\_. **Política de Humanização – SUS.** Disponível em: <<http://pensesus.fiocruz/humanizacao>>. Acesso em 08 de abril de 2016.



\_\_\_\_\_. **Política Nacional da Saúde.** Lei Nº 8.080/90. Disponível em: <<http://www.pucpr.br/arquivosUpload/1237436911311194557.pdf>> Acesso em 04 de abril de 2016.

BRAVO, Maria Inês Souza; VASCONCELOS, Ana Maria de; GAMA, Andréia de Sousa. (Orgs). **Saúde e Serviço Social.** 3º Ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2007.

BONI, Valdete; Quaresma, Sílvia Jurema. **Aprendendo a entrevistar:** Como fazer entrevistas em Ciências Sociais. Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC. 2005, Vol. 2 nº 1. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/viewFile/18027/16976>. Acesso em 08 de outubro de 2016.

CALDEIRA, Felipe Machado. **A Evolução Histórica, Filosófica e Teórica da Pena.** Revista da EMERJ, Rio de Janeiro, nº45, v.12, 2009.

CARLOS, Maria Carolina Carvalho de. **DEFENSORIA PÚBLICA DE PRESIDENTE PRUDENTE/SP COMO ESPAÇO SÓCIO-OCUPACIONAL DO SERVIÇO SOCIAL.** Disponível em: <http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/Repositorio/0/Documents/DISSERTA%C3%87%C3%83O%20-%20Maria%20Carolina%20Carvalho%20de%20Carlos.pdf>. Acesso em: 16 de setembro de 2016.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.** Revista CFESS. Série: Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. Brasília – 2010.

CHAVES, Leandro Santos. **A Evolução Histórica do Direito Penal Positivado no Brasil.** Disponível em: <http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/article/viewFile/2238/2222>. Acesso em 15 de maio de 2016.

CHIAVERINI, Tatiana. **Origem da Pena de Prisão.** Dissertação de Mestrado em Filosofia do Direito – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2009. Disponível em: <http://www.observatoriodeseguraca.org/files/Origem%20da%20de%20prisão.pdf>. Acesso em 16 de março de 2016.

CHUARI, Silvia Helena **Assistência Jurídica e Serviço Social:** Reflexões Interdisciplinares. In: Revista Serviço Social e Sociedade nº 67, Cortez São Paulo, 2001.

CNJ. CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Novo Diagnóstico de Pessoas Presas no Brasil.** 2014. Disponível em: [http://www.cnj.jus.br/images/imprensa/pessoas\\_presas\\_no\\_brasil\\_final.pdf](http://www.cnj.jus.br/images/imprensa/pessoas_presas_no_brasil_final.pdf). Acesso em 10 de julho de 2016.

CONSELHO NACIONAL DE PSICOLOGIA. **Jornal PSI, Nº 170**, set/out de 2011. Disponível em: <http://www.crpsp.org.br/porta1/comunicacao/jornalpsi.aspx>. Acesso em 19 de setembro de 2016.

COSTA, Aurenir Marinho; ELIAS, Hadassa Nyedja da Silva; SILVA, Ana Carla França da. **POBREZA E PRISÃO: CONTEXTUALIZAÇÃO E UMA ANÁLISE SOBRE O PERFIL DAS MULHERES DO PRESÍDIO JÚLIA MARANHÃO**. Disponível em: <http://www.prac.ufpb.br/enex/trabalhos/3CCJDIPFLUEX2012339.pdf>. Acesso em 11 de agosto de 2016.

COTRIM, Simone. **PARALELO ENTRE O SISTEMA PRISIONAL CONVENCIONAL E O MÉTODO APAC**. 2012. Disponível em: <https://bibliotecadigital.uniformg.edu.br:21015/jspui/bitstream/123456789/142/2/SimoneCotrim-Texto.pdf>. Acesso em 10 de agosto de 2016.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Disponível em: <http://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/Default.aspx?idPagina=2868>. Acesso em 19 de setembro de 2016.

DEPEN. Departamento Penitenciário Nacional. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – Infopen – junho de 2014**. Disponível em: <http://www.justica.gov.br/noticias/mj-divulgara-novo-relatorio-do-infopen-nesta-terca-feira/relatorio-depen-versao-web.pdf>. Acesso em 02 de outubro de 2016.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir: Nascimento da Prisão**. Tradução de Raquel Ramallete. 39º Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

GOMES, Jorge Roberto. **O Sistema Prisional e a Lei De Execução Penal: Uma Análise do ser ao dever ser**. 2010. Disponível em: <http://br.monografias.com/trabalhos-pdf/sistema-prisional-lei-execucao-penal/sistema-prisional-lei-execucao-penal.pdf> Acesso em 02 de março de 2016.

GOMES. Jéssica Ribeiro. **A VIOLAÇÃO DO DIREITO A SAÚDE DO PRESO NO ÂMBITO DA DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO - REGIONAL DE PRESIDENTE PRUDENTE/SP**. 2010. Disponível em: <http://intertemas.toledoprudente.edu.br/revista/index.php/SeminarioIntegrado/article/view/5157/4909>. Acesso em 15 de outubro de 2016.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Lei Complementar nº 988, de 09/01/2006**. Organiza a Defensoria Pública do Estado, institui o regime jurídico da carreira de Defensor Público do Estado. Disponível em: <http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/Default.aspx?idPagina=5416>. Acesso em 20 de setembro de 2016.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** Cortez, 2012.

JÚNIOR, Reynaldo Mapelli; COIMBRA, Mário; MATOS, Yolanda Alves Pinto Serrano. **DIREITO SANITÁRIO.** São Paulo: Ministério Público, Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça Cível e de Tutela Coletiva, 2012.

MACHADO, Graziela Scheffer; SANTIAGO, Letícia. **PERFIL E DEMANDAS DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE.** VI Jornada Internacional de Políticas Públicas. 2013. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2013/JornadaEixo2013/anais-eixo8-direitosepoliticaspUBLICAS/perfiledemandasdajudicializacaodasaude.pdf>. Acesso em 01 de outubro de 2016.

MAIA, Clarissa Nunes et al. (Org.). **História das Prisões no Brasil.** Volume I. Rio de Janeiro, Rocco, 2009.

MARTINELLI, M.L. **Serviço Social: Identidade e Alienação.** 15ª Ed., São Paulo. Cortez, 2010.

MOTTA, Manoel Barros da. **Crítica da Razão Punitiva: Nascimento da Prisão no Brasil.** Rio de Janeiro: Forense, 2011.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo monopolista e serviço social.** 3. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

NETO, Manoel Valente Figueiredo. **O Processo Histórico de Construção do Sistema Único de Saúde Brasileiro e as Novas Perspectivas.** Disponível em: [http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=7781](http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=7781). Acesso em 28 de abril de 2016.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Universidade Federal de Santa Catarina. **Estado de Bem-Estar Social – origens e desenvolvimento.** Katálysis. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/5738>. Acesso em 20 de maio de 2016.

NORMATIZAÇÃO DE APRESENTAÇÃO DE MONOGRAFIAS E TRABALHOS DE CONCLUSÃO DE CURSO. Núcleo de Estudos e Pesquisa – NEPE. Presidente Prudente: Centro Universitário Antônio Eufrásio de Toledo, 2016.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PRADO, Luiz Regis. **Curso de Direito Penal Brasileiro: Volume I, parte geral - Arts. 1º a 120.** 9. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2010.

QUEIROZ, Nana. **Presos que menstruam: A brutal vida das mulheres – tratadas como homens – nas prisões brasileiras.** 3º Ed, 2015. Editora Record.

REVISTA ÉPOCA. **Brasil tem a quarta maior população carcerária do mundo.** 2015. Disponível em: <http://epoca.globo.com/tempo/filtro/noticia/2015/06/brasil-tem-quarta-maior-populacao-carceraria-do-mundo.html>. Acesso em 10 de agosto de 2016.

RODRIGUES, Fernando. **Número de presos no Brasil mais que dobra em 14 anos.** 2016. Disponível em: <http://fernandorodrigues.blogosfera.uol.com.br/2016/04/26/numero-de-presos-no-brasil-mais-que-dobra-em-14-anos/>. Acesso em 02 de agosto de 2016.

SALLA, Fernando; GAUTTO, Maitê; ALVAREZ, Marcos César. A Contribuição de David Garland – A Sociologia da Punição. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ts/v18n1/30020.pdf>. Acesso em 30 de maio de 2016.

SANTIS, Bruno Morais Di; ENGBRUCH, Werner. **A Evolução Histórica do Sistema Prisional e a Penitenciária do Estado de São Paulo.** Disponível em: [https://www.ibccrim.org.br/revista\\_liberdades\\_artigo/145-HISTORIA](https://www.ibccrim.org.br/revista_liberdades_artigo/145-HISTORIA). Acesso em 16 de março de 2016.

SANTOS, Maricelly Costa. **A EMERGÊNCIA DO SERVIÇO SOCIAL COMO PROFISSÃO: ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE SUA ORIGEM E RELAÇÃO COM A QUESTÃO SOCIAL.** 2004. Disponível em: <http://docslide.com.br/documents/maricelly-costa-santos-a-emergencia-do-servico-social-como-profissao.html>. Acesso em 28 de agosto de 2016.

SAP. Secretaria da Administração Penitenciária. Disponível em: <http://www.sap.sp.gov.br/uni-prisionais/pen.html#>. Acesso em 05 de outubro de 2016.

SCHEFFER, Graziela; CARIAGA, Maria Helena; BURGINSKI, Vanda Micheli. **POLÍTICAS SOCIAIS, PRÁTICAS & SUJEITOS.** Prismas da Atualidade. 1ª edição. Campinas, SP: Papel Social, 2013.

SILVA, Dinis Carla Borghi da. **A História da Pena de Prisão.** 2013. Disponível em: [http://monografias.brasilecola.uol.com.br/direito/a-historia-pena-prisao.htm#capitulo\\_5](http://monografias.brasilecola.uol.com.br/direito/a-historia-pena-prisao.htm#capitulo_5). Acesso em 05 de março de 2016.

SIMÕES, Carlos. Coleção Biblioteca Básica de Serviço Social. **Curso de direito no Serviço Social.** Cortez.

SOUSA, Rafael da Cruz. **Política Pública de Saúde no Brasil: História e Perspectivas do Sistema Único de Saúde – SUS.** Disponível em:

<<http://propi.ifto.edu.br/ocs/index.php/connepi/vii/paper/viewFile/2842/1827>>  
Acesso em 28 de abril de 2016.

TAKADA, Mário Yudi. **Evolução Histórica da Pena no Brasil**. 2010. Disponível em: <http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/article/viewFile/2428/1952>. Acesso em 16 de abril de 2016.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. USP. Biblioteca Virtual de Direitos Humanos. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) – 1946**. Disponível em: [.http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html](http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html). Acesso em 11 de junho de 2016.

WACQUANT, L. **PUNIR OS POBRES: A NOVA GESTÃO DA MISÉRIA NOS ESTADOS UNIDOS** [A onda punitiva]. 3. Edição. Revista e ampliada. n. 6. Rio de Janeiro: Revan, 2007. Coleção Pensamento Criminológico.

WANDERLEY, Mariangela Belfiore. **Refletindo sobre a noção de exclusão**. In: SAWAIA, B., op.cit., 2001. Pp.16-26.

WOLFF, Maria Palma. **Mulheres e Prisão: A Experiência do Observatório de Direitos Humanos da Penitenciária Feminina Madre Pelletier**. Porto Alegre: Dom Quixote, 2007.

WOLKMER, Antônio Carlos. **Fundamentos de História do Direito**. 2°. Ed. 5. Tir. Ver. E ampl. – Belo Horizonte: Del Rey, 2004.

## APÊNDICE

**Apêndice A** - Entrevista com o Defensor Público coordenador da Vara de Execução Criminal

## IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

Nome:

Idade:

Formação acadêmica: ano:

Especializações:

Profissão:

Período (ou tempo) de atuação:

- 1- Como se deu a construção da estratégia de intervenção do CAM1 frente à Vara de Execução Criminal? O que motivou a intervenção do CAM para atendimentos de demandas relacionadas à Vara de Execução Criminal?
- 2- O CAM tem conseguido produzir respostas positivas a partir das intervenções realizadas junto ao Sistema Penitenciário?
- 3- Quais as demandas mais expressivas relacionadas à VEC?
- 4- Em sua opinião, quais são os principais fatores que contribuem para que a demanda de saúde seja uma das mais expressivas no sistema penitenciário?
- 5- A partir de seu entendimento, quais as ações que poderiam ser adotadas para a redução desta demanda? Que atores sociais/instituições poderiam contribuir para o equacionamento desta demanda?
- 6- Segundo seu entendimento, qual a importância da atuação do Serviço Social na Instituição?
- 7- Em seu entendimento, quais os principais fatores que contribuem com a judicialização de demandas relacionadas à saúde do sistema penitenciário? E do Sistema Único de Saúde?

**Apêndice B** - Entrevista com a Assistente Social da Defensoria Pública do Estado de São Paulo – Regional de Presidente Prudente

## **PERFIL**

Ano de formação:

Idade:

Experiência Profissional:

Capacitação/ Especialidade (se possui):

- 1 – Quais são as demandas institucionais postas ao Serviço Social na Defensoria? E quais as principais demandas socioprofissionais?

- 2 – Existem conflitos entre as demandas institucionais e as socioprofissionais?
- 3 – Quais as principais demandas do sistema penitenciário que exigem a intervenção da equipe de Serviço Social? De que forma essas demandas chegam ao Serviço Social?
- 4 – Como é realizada a intervenção do Serviço Social frente às demandas de saúde advindas do sistema penitenciário?
- 5 – Quais os impactos que a intervenção causa na vida dos usuários?
- 6 – Em sua opinião, é possível a ampliação da intervenção o Serviço Social?
- 7– Qual sua opinião sobre a judicialização das demandas? Como é pensado profissionalmente?
- 8 – Em sua opinião, qual a importância do Serviço Social na instituição? Cite as principais dificuldades e potencialidades para a profissão neste campo de atuação profissional.