

**XXVIII CONGRESSO NACIONAL DO
CONPEDI BELÉM – PA**

CRIMINOLOGIAS E POLÍTICA CRIMINAL II

THAYARA SILVA CASTELO BRANCO

HOMERO LAMARÃO NETO

Todos os direitos reservados e protegidos. Nenhuma parte deste anal poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

Diretoria – CONPEDI

Presidente - Prof. Dr. Orides Mezzaroba - UFSC – Santa Catarina

Vice-presidente Centro-Oeste - Prof. Dr. José Querino Tavares Neto - UFG – Goiás

Vice-presidente Sudeste - Prof. Dr. César Augusto de Castro Fiuza - UFMG/PUCMG – Minas Gerais

Vice-presidente Nordeste - Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva - UFS – Sergipe

Vice-presidente Norte - Prof. Dr. Jean Carlos Dias - Cesupa – Pará

Vice-presidente Sul - Prof. Dr. Leonel Severo Rocha - Unisinos – Rio Grande do Sul

Secretário Executivo - Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Napolini - Unimar/Uninove – São Paulo

Representante Discente – FEPODI

Yuri Nathan da Costa Lannes - Mackenzie – São Paulo

Conselho Fiscal:

Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim - UCAM – Rio de Janeiro

Prof. Dr. Aires José Rover - UFSC – Santa Catarina

Prof. Dr. Edinilson Donisete Machado - UNIVEM/UENP – São Paulo

Prof. Dr. Marcus Firmino Santiago da Silva - UDF – Distrito Federal (suplente)

Prof. Dr. Ilton Garcia da Costa - UENP – São Paulo (suplente)

Secretarias:

Relações Institucionais

Prof. Dr. Horácio Wanderlei Rodrigues - UNIVEM – Santa Catarina

Prof. Dr. Valter Moura do Carmo - UNIMAR – Ceará

Prof. Dr. José Barroso Filho - UPIS/ENAJUM – Distrito Federal

Relações Internacionais para o Continente Americano

Prof. Dr. Fernando Antônio de Carvalho Dantas - UFG – Goiás

Prof. Dr. Heron José de Santana Gordilho - UFBA – Bahia

Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Ramos - UFMA – Maranhão

Relações Internacionais para os demais Continentes

Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr - Unicuritiba – Paraná

Prof. Dr. Rubens Beçak - USP – São Paulo

Profa. Dra. Maria Aurea Baroni Cecato - Unipê/UFPB – Paraíba

Eventos:

Prof. Dr. Jerônimo Siqueira Tybusch (UFSM – Rio Grande do Sul)

Prof. Dr. José Filomeno de Moraes Filho (Unifor – Ceará)

Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta (Fumec – Minas Gerais)

Comunicação:

Prof. Dr. Matheus Felipe de Castro (UNOESC – Santa Catarina)

Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho (UPF/Univali – Rio Grande do Sul)

Dr. Caio Augusto Souza Lara (ESDHC – Minas Gerais)

Membro Nato – Presidência anterior Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa - UNICAP – Pernambuco

C928

Criminologias e política criminal II [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI/CESUPA

Coordenadores: Thayara Silva Castelo Branco

Homero Lamarão Neto – Florianópolis: CONPEDI, 2019.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-85-5505-828-8

Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações

Tema: Direito, Desenvolvimento e Políticas Públicas: Amazônia do Século XXI

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Congressos Nacionais. 2. Assistência. 3. Isonomia. XXVIII Congresso Nacional do CONPEDI (28 : 2019 : Belém, Brasil).

CDU: 34



XXVIII CONGRESSO NACIONAL DO CONPEDI BELÉM – PA

CRIMINOLOGIAS E POLÍTICA CRIMINAL II

Apresentação

O Grupo de Trabalho “Criminologias e Política Criminal II”, coordenado pelos Professores Doutores Homero Lamarão Neto e Thayara Castelo Branco, realizado no XXVIII Congresso Nacional do CONPEDI, na cidade de Belém/PA, dentre os seus 20 trabalhos apresentados, discutiu as mais diversas problemáticas e densidades que permeiam o tema, num debate acadêmico de alta qualidade e grande produtividade.

O primeiro trabalho que ora se apresenta é da autora Verena Holanda de Mendonça Alves, intitulado “como governar com a polícia”. A autora destaca que seus estudos são focados na polícia pública como controle social, desenvolvidos no seu doutorado. Tem como objetivo o que seria governança e a forma como esta se dá pelo controle da polícia. Para tanto, expõe as formas pelas quais uma polícia poderia ser estruturada dentro de um território nacional, apontando para a relevância da autorização seletiva concedida pela lei penal. Após, vislumbra o papel essencial da razoabilidade nesta equação problemática. Por fim, conclui pela necessidade de repensar o governo com o fim de atender os anseios democráticos.

O segundo trabalho destes anais é da autora Luciana de Souza Ramos, com o tema “KOSI EJE KOSI ORISA – Racismo religioso e criminalização das religiões de matriz africana no projeto de lei nº 230/1999”. Ela nos provoca sobre a dimensão do racismo religioso e o processo de criminalização contra as religiões de matriz africana, pela imolação de animais, a partir do Projeto de Lei 230/1999. Destaca que a tensão gira em torno dos direitos dos animais e a utilização dos mesmos em rituais religiosos, mas enfatiza que as religiões africanas entendem que o animal é uma forma de agradecimento ao animal e ele não é entendido de forma sacrificial. O projeto de lei 230/1999 visa proteger os direitos dos animais, mas criminaliza o povo de religião de matriz africana sem conhecimento profundo sobre essa questão cultural. Outra problematização que a autora faz é o enfrentamento dos conflitos por vias penais, com produções legislativas que afetam de forma real a vida das pessoas vulneráveis atingidas por esse populismo punitivo.

O terceiro trabalho tem como título “a invisibilidade das mulheres egressas do sistema prisional no acesso ao direito social à moradia”, de Amanda D’Andréa Löwenhaupt e Vanessa Aguiar Figueiredo. O texto objetiva tratar sobre a dificuldade de acesso ao direito à moradia por mulheres egressas do sistema penitenciário. Para isso, aborda sobre o tratamento jurídico do direito social à moradia, posteriormente sobre a mulher egressa do sistema

prisional e sua situação de vulnerabilidade e sobre a invisibilidade das mulheres egressas do sistema prisional no acesso ao direito social à moradia.

O quarto trabalho trata sobre “A questão prisional no Brasil - entre o panóptico e a rebelião”, de autoria de Mônica Nazaré Picanço Dias. O objetivo do texto é efetuar um gesto de reflexão sobre a teoria foucaultiana que pensa sobre a instituição prisional. Elenca os principais itens que guiam o pensamento de Foucault, sobretudo a partir da teoria do Panóptico, que nos levam a analisar, de forma breve, o significado da rebelião X massacre nas instituições prisionais manauaras. Com isso, procura contribuir para um debate que se faz urgente, da mesma forma que procura apontar caminhos para posteriores pesquisas neste tema.

O quinto trabalho é dos autores Luciano Zanetti e Matheus Felipe de Castro, com o tema sobre a “A impossibilidade jurídica do prévio estabelecimento da pena nos acordos de colaboração premiada regidos pela lei 12.850/2013 – estudo de caso da petição 7.265 DF – Supremo Tribunal Federal”. O artigo apresenta como tema a colaboração premiada disciplinada pela Lei 12.850/2013. O problema de pesquisa questiona, a partir do caso em estudo, a prática de, nos acordos de colaboração premiada, antecipadamente ser estabelecida a pena a ser cumprida pelo colaborador. A hipótese é que a Constituição Federal de 1988, na qualidade de regente dos sistemas penal e processual penal brasileiros, não admite essa antecipação. O objetivo é verificar se é juridicamente possível a prévia fixação de sanção penal ao colaborador nos acordos de colaboração premiada.

O sexto trabalho trata das “perspectivas para uma justiça restaurativa pensada desde a margem da realidade do sistema prisional brasileiro”, de Fernanda Koch Carlan e Daniel Silva Achutti. Tensiona-se o debate sobre a concepção da justiça restaurativa no contexto do sistema penal brasileiro, numa análise crítica que abarque perspectivas de uma realidade latino-americana cujas estruturas do sistema penal são baseadas em violência e dominação. Num primeiro momento, se realizará uma revisão bibliográfica sobre o tema a fim de contextualizar o movimento de inserção da justiça restaurativa no Brasil, o que passa por compreender a crise da prisão no país, bem como por percorrer as abordagens alternativas propostas. Posteriormente, numa análise teórica desde uma perspectiva do realismo marginal, ventila-se desencadeamentos práticos para uma justiça restaurativa contextualizada.

O sétimo texto fala sobre a “aplicação da nova penologia à socioeducação: do possível paralelo entre a criminologia atuarial e o perfil dos adolescentes internados ou em semiliberdade no Brasil”, de Carolina de Menezes Cardoso e Ana Paula Motta Costa. O artigo propõe uma reflexão acerca do possível paralelo entre a criminologia atuarial e o perfil

dos adolescentes cumprindo medidas socioeducativas de internação no Brasil. É feita uma revisão teórica do surgimento e desenvolvimento da teoria, seguida da apresentação das medidas socioeducativas, culminando naquela conhecida como ultima ratio, a internação (privação de liberdade). Traz-se o perfil dos adolescentes internados ou em semiliberdade no Brasil, tendo como ano base 2016, por dados disponibilizados pelo SINASE. O debate sugere ser possível identificar a criminologia atuarial na socioeducação, não se excluindo outras estruturas de controle e poder.

O oitavo trabalho trata do “decisionismo judicial e prisões preventivas para garantia da ordem pública: uma análise comparativa entre a jurisprudência do STF e as diretrizes do Sistema Interamericano de Direitos Humanos”, de Roberto Carvalho Veloso e Cristian de Oliveira Gamba. O presente estudo tem por objetivo analisar o modo como a jurisprudência nacional tem aplicado o instituto da prisão preventiva. Foi utilizada a metodologia de pesquisas bibliográficas e documentais, sobretudo a partir da análise da jurisprudência do Supremo Tribunal Federal e do Sistema Interamericano de Direitos Humanos. Concluiu-se que a jurisprudência nacional, além de não seguir as diretrizes internacionais de Direitos Humanos consolidadas na Instrução nº 86/09 da Comissão Interamericana, dá abertura para que o conceito de prisão preventiva para garantia da ordem pública seja utilizado de modo flexível.

O nono texto fala sobre “a reserva do possível no sistema penitenciário brasileiro”, de autoria de Caio Rodrigues Bena Lourenço e Arnaldo Ramos de Barros Júnior. Em vista do cenário de insuficiência orçamentária para sustentação da estrutura penitenciária brasileira, este artigo tem como objetivo discorrer sobre a reserva do possível como um dos critérios obrigatórios para que a gestão governamental disponibilize recursos orçamentários suficientes ao sistema penitenciário brasileiro que possibilitem o cumprimento dos direitos fundamentais dos presos, considerando-se a também exigência do mínimo existencial que o Estado tem a obrigação de proporcionar ao indivíduo que se encontra em regime fechado.

O décimo trabalho trata sobre “a liberdade é terapêutica: desconstruindo a medida de segurança e o manicômio judiciário”, de Andrea Tourinho Pacheco de Miranda. A pesquisa circunscreve-se na importância do tratamento humanitário trazido pela Lei Antimanicomial e, portanto, expõe a dificuldade, na prática, dos operadores do direito em implementarem o que a lei preconiza. O que se discute nesta abordagem enfatiza a ineficácia do tratamento, as violações dos direitos e princípios constitucionais de direitos humanos da pessoa portadora de transtorno mental, bem como a medida cautelar de internação provisória, que transita na contramão da Reforma Psiquiátrica, sinalizando a necessidade da interpretação da lei antimanicomial à luz do Princípio da dignidade da pessoa humana.

No décimo primeiro trabalho, de João Pedro Prestes Mietz, intitulado “aplicação da teoria do triângulo do crime na vitimologia: um estudo de caso em farmácias na cidade de Balneário Camboriú/SC”, o autor tem por objetivo principal, a análise do processo de vitimização em farmácias na cidade de Balneário Camboriú durante o ano de 2014, fazendo-se uso da teoria do triângulo do crime. Tarefa árdua e intrigante, busca a compreensão do papel da vítima no cometimento de crimes, nesta feita, usa de uma interdisciplinaridade para entender o processo, eis que são inúmeros os fatores endógenos e exógenos que levam ao desfecho do fato, procurando com isso uma adoção de métodos e técnicas para dissipar a cultura paternalista brasileira.

O décimo segundo texto aborda a questão da “saúde no cárcere fluminense: análise dos casos de meningite de 2019”, escrito por Natália Lucero e Antônio Eduardo Santoro. Os autores propõem-se analisar os episódios de enfermidades e falecimento decorrentes de meningite bacteriana ocorridos no ano de 2019 em unidades prisionais situadas no estado do Rio de Janeiro no Complexo de Gericinó. Analisando a previsão constitucional do direito à saúde, o princípio da intranscendência da pena e a responsabilidade do Estado de prover proteção e assistência àqueles indivíduos em privação de liberdade, pretendem analisar as posturas adotadas pelos representantes do governo para o tratamento da questão da saúde no cárcere em momentos de crise.

O décimo terceiro trabalho, escrito por Renata Moda Barros, aborda o “direito à vida e a saúde: o uso de cannabis sativa l. para uso medicinal”. A pesquisa tem como finalidade a análise jurídica entre a relação do uso terapêutico da Cannabis e a política pública proibicionista de drogas do Brasil, a fim de se verificar a possibilidade de superar a proibição infraconstitucional instituída pela Lei 11.343/06 para permitir o plantio, cultura, colheita e o uso de substâncias oriundas da planta para uso exclusivamente medicinal, como forma de materializar o direito à vida e à saúde.

O décimo quarto texto, intitulado “o acesso à saúde das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional”, de Bianca de Paula Feitosa e Katia Borges dos Santos, foi construído a partir de um paradigma de direitos humanos, versando sobre direito à saúde das pessoas privadas de liberdade. O acesso a saúde consiste em um direito fundamental decorrente de previsão Constitucional, direito social que deve ser promovido através de políticas públicas visando reduzir doenças e outros agravos. Conforme texto constitucional, é dever do Estado garantir à todos os cidadãos, inclusive aqueles privados de liberdade no sistema prisional, o acesso à saúde de forma integral e igualitária. Desta forma, através da revisão bibliográfica

de abordagem qualitativa, o estudo objetiva verificar no ordenamento jurídico a existência de política pública de saúde e como se dá sua estruturação para que atenda às necessidades da população privada de liberdade.

O décimo quinto texto tratou da “a invisibilidade carcerária feminina: uma análise criminológica da unidade materno-infantil do centro de reeducação feminina em Ananindeua /PA”, escrito por Lorena Matos. O artigo visa analisar a invisibilidade do encarceramento feminino, principalmente, no que diz respeito a presas gestantes. Para tanto, aborda a invisibilidade da mulher no sistema carcerário, as dificuldades que encontram em um sistema feito por homens e para homens. No segundo momento, analisa os principais aspectos à Unidade Materno-Infantil do CRF. Por fim, aborda a questão da maternidade e saúde no cárcere.

Por fim, o décimo sexto artigo tem como tema as “políticas criminais de desencarceramento: alternativas a partir da escola de Chicago”, em que os autores Thayara Castelo Branco e Claudio Alberto Gabriel Guimarães, a partir da Escola Sociológica de Chicago, propõem atualizar e resgatar os aportes teóricos que indicam o espaço urbano como fator inibidor ou potencializador da atividade criminosa, dependendo do seu nível de organização social e urbanística. A partir desse campo, investigam as possibilidades de implementação de políticas públicas de segurança (também em nível municipal), em uma perspectiva preventiva e inclusiva capazes de minimizar o estado de violências.

Desejamos a todos uma ótima leitura e fomentos de novos debates aqui iniciados.

Professor Dr. Homero Lamarão Neto - Cesupa

Professora Dra. Thayara Castelo Branco - Uniceuma

Nota Técnica: Os artigos que não constam nestes Anais foram selecionados para publicação na Plataforma Index Law Journals, conforme previsto no artigo 8.1 do edital do evento. Equipe Editorial Index Law Journal - publicacao@conpedi.org.br.

O ACESSO À SAÚDE DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE NO SISTEMA PRISIONAL

HEALTH ACCESS TO PEOPLE DEPRIVATED OF FREEDOM IN THE PRISON SYSTEM

**Bianca de Paula Costa Lisboa Feitosa
Katia Borges dos Santos**

Resumo

O acesso a saúde consiste em um direito fundamental decorrente de previsão Constitucional, direito social que deve ser promovido através de políticas públicas visando reduzir doenças e outros agravos. Conforme texto constitucional, é dever do Estado garantir à todos os cidadãos, inclusive aqueles privados de liberdade no sistema prisional, o acesso à saúde de forma integral e igualitária. Desta forma, através da revisão bibliográfica de abordagem qualitativa, o estudo objetiva verificar no ordenamento jurídico a existência de política pública de saúde e como se dá sua estruturação para que atenda às necessidades da população privada de liberdade.

Palavras-chave: Direitos sociais, Acesso à saúde, População privada de liberdade, Sistema prisional, Políticas públicas

Abstract/Resumen/Résumé

Access to health is a fundamental right deriving from Constitutional provision, a social right that must be promoted through public policies aimed at reducing diseases and other ailments. According to the constitutional text, it is the State's duty to guarantee all citizens, including those deprived of their freedom in the prison system, full and equal access to health. Thus, through a literature review of a qualitative approach, the study aims to verify in the legal system the existence of public health policy and how it is structured to meet the needs of the population deprived of freedom.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Social rights, Health access, Deprived population of liberty, Prison system, Public policy

1 INTRODUÇÃO

Desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, a assistência à saúde passou a figurar no ordenamento jurídico como um direito social, previsto no art. 6º, que deve ser garantido à todos os brasileiros de forma integral e igualitária sem distinção de qualquer natureza.

Esse direito deverá ser garantido através de políticas públicas sociais e econômicas, que, além de dar assistência, devem visar a redução de doenças e outros agravos que possam colocar em risco a saúde da coletividade.

Nessa perspectiva, quando se fala que o direito à saúde deve ser garantido de forma igualitária à todos os cidadãos, a Constituição Federal de 1988 se funda no princípio da igualdade e estabelece que todos aqueles que residem no país, independente de religião, raça, origem e cor, tem direito ao acesso a saúde de forma integral.

Nestes termos, depreende-se que aquelas pessoas que se encontram privadas de liberdade no sistema prisional, da mesma forma, também são merecedoras do direito à saúde. Pois sua condição de custodiados, não afasta os direitos que não são atingidos pela peculiaridade da pena privativa da liberdade, como por exemplo, o direito a saúde.

A assistência à saúde no Brasil é garantida através do Sistema Único de Saúde - SUS, política pública, que visa promover, proteger e recuperar a saúde dos cidadãos brasileiros e, para atender toda a demanda do país, ampliou suas ações de saúde para a população privada de liberdade, através de políticas direcionadas para o cidadão preso.

Desse modo, o trabalho busca abordar o assunto desde a implementação do direito à saúde no ordenamento jurídico através da Constituição de 1988, como um direito social fundamental de todos os cidadãos, fazendo uma indispensável conexão com o atributo da dignidade da pessoa humana e o direito à vida.

Na mesma linha, o estudo perpassa pela análise do direito das pessoas privadas de liberdade, bem como, de todos os dispositivos legais que estabelecem que a assistência à saúde é um direito também daqueles que se encontram sob custódia do Estado privados de liberdade em um estabelecimento prisional.

Diante o exposto, a pesquisa objetiva apontar se existe, em nosso ordenamento, uma política pública direcionada a atender a demanda das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional e como se formata essa política no cenário penitenciário.

Para tanto, os objetivos serão perseguidos através revisão de cunho bibliográfico de abordagem qualitativa a fim de analisar o passo a passo do desenvolvimento do acesso a saúde no Brasil e especificamente para a população carcerária.

2 O DIREITO À SAÚDE NO BRASIL

Na ordem constitucional atual, conforme o que estipula a Constituição Federal promulgada em 1988, o Brasil constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamento o princípio da dignidade da pessoa humana, pilar de todo o ordenamento jurídico e de onde derivam todos os outros princípios constitucionais.

Embora existam inúmeros conceitos sobre o que seria dignidade, me atenho, a dois conceitos, que para mim, são os que definem com mais exatidão o que seria dignidade da pessoa humana, vejamos:

A dignidade humana constitui-se em "qualidade intrínseca e distintiva de cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que assegurem a pessoa tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável, além de propiciar e promover sua participação ativa e co-responsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os demais seres humanos (SARLET, 2006).

Integralizando o pensamento, temos que: a dignidade, deve ser considerada como atributo do ser humano, algo que dele faz parte e, portanto, o faz merecedor de um mínimo de direitos (BRITO FILHO, 2018, p. 48).

Desta forma, entende-se que para se ter uma vida digna, é necessário que o ser humano usufrua de uma junção de vários direitos, que compreendem o direito a educação, trabalho, moradia, lazer, segurança, proteção à maternidade e a infância e saúde (art. 6º, CF).

No Brasil, a saúde é um direito social, e conforme determinação do texto constitucional, o Estado tem o dever de garantir à todos os cidadãos, inclusive para aqueles que se encontram privados de liberdade no sistema prisional, o acesso à saúde de forma integral e igualitária.

Sobre os direitos sociais, Ferrajoli (2002, p. 733) leciona que são direitos que correspondem aos valores da pessoa e as suas carências vitais historicamente e culturalmente determinadas e consistem em obrigações e prestações positivas do Estado.

Na mesma linha de pensamento, observam Cademartori e Strapazzon (2012) que o direito à saúde consiste em um direito social fundamental do sistema constitucional, que se

encontra fundado no princípio da justiça distributiva, entendida como um direito coletivo a estruturas de oportunidades igualitárias, o que se representa pelos princípios da inclusão e da proteção social. Se trata de um direito decorrente das garantias jurídicas do intervencionismo inerente à filosofia do Estado Social de Direito, fundado, por exemplo, no art. 6º da Constituição Federal.

É importante mencionar, que antes da reforma constitucional, a saúde era garantida apenas para aqueles que, com seus próprios rendimentos, podiam pagar pela sua assistência, para aqueles que estavam inseridos no mercado de trabalho e assim tinham acesso a assistência médica por meio da seguridade social e para aqueles que tinham plano de saúde ou seguro saúde.

Foi com a promulgação da Constituição Federal em 1988 que a saúde passou a ser direito de todos os cidadãos. Nestes moldes, o texto constitucional, preconiza, em seu artigo 96 que é dever do Estado promover a saúde, mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças bem como acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

É importante mencionar que, a Lei de Execução Penal foi um diferencial para o acesso à saúde no sistema prisional e em um contexto de democratização a Constituição de 1988 assumiu a saúde como dever do Estado e direito de todos incluindo-se aqueles que se encontram em privação de liberdade (BARSAGLINI, 2015).

Também é válido destacar, que o direito à saúde passou a ser integrado também pela visão epidemiológica da questão da saúde e da doença, que privilegia o estudo de fatores sociais, ambientais, econômicos e educacionais que podem gerar enfermidades. (SANTOS, 2010).

A Constituição Federal, ao reconhecer saúde como direito de todos, confere ao Estado a responsabilidade de ordenar um conjunto de ações e serviços, direcionados para a sociedade, que tenha a capacidade de reduzir riscos de doenças e de outros agravos relacionados a saúde, bem como garantir a população o acesso universal e igualitário a essas ações e serviços.

Desta forma, no Brasil, para promover, proteger e recuperar a saúde dos cidadãos, o poder público, implementou o Sistema Único de Saúde – SUS, política pública que reúne todos os instrumentos jurídicos, administrativos, institucionais e financeiros que compõem uma rede regionalizada e hierarquizada formando um único sistema comum à todos os entes federativos, onde o Estado desenvolve as diretrizes necessárias para que toda a sociedade, tenha acesso aos serviços de saúde (AITH, 2010).

A Constituição Federal de 1988, também estabelece que a assistência à saúde, deverá ser prestada de forma integral, assim, o SUS deve garantir atendimento adequado à toda e qualquer demanda de saúde para todo e qualquer cidadão que recorra ao serviço público de saúde no Brasil.

Fincado nas balizas da universalidade, igualdade, integralidade e participação da comunidade, o SUS se mantém econômica e financeiramente com recursos públicos, oriundos do orçamento da seguridade social, bem como dos orçamentos fiscais, federal, estadual, distrital e municipal. Logo, trata-se de um sistema mantido pela sociedade, destinado à todos os cidadãos, dentro de parâmetros de isonomia e equidade (WEICHERT, 2010).

A instituição do SUS é ampla e abrange além das políticas de saúde, as políticas de previdência e assistência social. A definição do modelo de seguridade social no Brasil significou a formulação, pela primeira vez na história do país, de uma estrutura de proteção social abrangente no que se refere a universalidade da cobertura e do atendimento, justa, por ter o intuito de prestar o serviço de forma equivalente à todos, equânime, por usar da equidade na forma de participação do custeio e democrática em função de seu caráter descentralizado na gestão administrativa, na qual cabe ao Estado a provisão e o dever de atenção.

Nestes termos, foi instituída a Lei Federal 8.080 de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as atribuições e funcionamento do Sistema Único de Saúde - SUS, e em seu art. 2º, reconhece a saúde como direito inerente ao ser humano, sendo do Estado o dever de prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. E em seguida, em seu art. 5º estabelece os principais objetivos do SUS que consistem em: identificar e divulgar os fatores condicionantes e determinantes da saúde, formular política de saúde e promover, proteger e recuperar a saúde a partir de ações assistenciais e de atividades preventivas.

Da mesma forma, também foi instituída a Lei Federal 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que disciplina sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS, reitera os dispositivos constitucionais e prevê a formulação da política de medicamentos e incentivo ao desenvolvimento científico e tecnológico na área de saúde.

Diante dos dispositivos legais, entendemos que a saúde pode ser analisada à luz da Constituição Federal como um direito subjetivo público do cidadão, onde este, na busca pela garantia do seu direito, pode recorrer ao Estado, inclusive por meio judicial.

Ademais, verifica-se que, no Brasil, após a promulgação da Constituição de 1988, onde a saúde se encontra vinculada insitivamente à dignidade e, geneticamente ao direito à vida, esta

passou a ser, além de um direito destinado à todos os cidadãos, corolário do direito à vida e a dignidade e, conseqüentemente, condição para o exercício dos demais direitos e liberdades.

3 O DIREITO A SAÚDE DO CIDADÃO PRESO

A história sobre o direito à saúde das pessoas que se encontram em privação de liberdade se verifica a partir do conjunto de declarações, tratados e outros instrumentos que tratam dos direitos humanos no âmbito internacional. Nesse sentido, podemos citar a Declaração Universal do Direitos Humanos (1948), o Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1976), o Pacto de São José da Costa Rica (1978), as Regras Mínimas para o Tratamento de Reclusos (1955) e o Protocolo Facultativo à Convenção contra a tortura e outros tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes (2002). Tais regras buscaram constringer abusos nas ações estatais, garantir condições existenciais mínimas para a população em privação de liberdade em estabelecimentos prisionais. Ademais, para além das especificidades do contexto da privação de liberdade, tais normativas, conseqüentemente, acabaram influenciando também no reconhecimento e fortalecimento dos direitos humanos como fundamento para ação estatal brasileira. Isto posto, resta claro que antes mesmo da normatização do direito à saúde no Brasil a população carcerária já se encontrava amparada por regras de tratamento comprometidas com a proteção e combate a quaisquer atos de cunho degradante e desumano (SALES, 2017).

O direito à saúde, assim como ocorre com vários direitos fundamentais sociais, vem elencado de forma genérica no art. 6º na Constituição Federal de 1988, vejamos:

São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

E conforme previsão do mesmo dispositivo, onde todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à segurança, à propriedade, à liberdade e à igualdade, pode se extrair do texto constitucional que o direito a saúde é uma garantia de todos os cidadãos, inclusive daqueles que se encontram privados de liberdade no sistema prisional.

Desta forma, o Estado, através de políticas sociais e econômicas, que buscam promover a redução do risco de doenças e outros agravos e o acesso universal às ações de promoção, proteção e recuperação é o maior responsável e garantidor de saúde à todos sem distinção.

Importa destacar, que a Constituição Federal de 1988 não é o único dispositivo legal que estabelece o direito a saúde para o cidadão preso. A Lei de execução penal, em seu art. 10, prevê que:

A assistência ao preso e ao internado é dever do Estado, objetivando prevenir o crime e orientar o retorno à convivência em sociedade. Essa assistência, que se estende inclusive ao egresso, consiste em: assistência material; à saúde; jurídica; educacional; social e religiosa.

Conforme o mesmo dispositivo, a assistência à saúde do cidadão privado de liberdade é de caráter preventivo e curativo, compreendendo atendimento médico, farmacêutico e odontológico. Nesses termos, o conveniente seria que o estabelecimento penal, fosse dotado de características necessárias para promover essa assistência à saúde, entretanto, a falta dessas características não impede que o tratamento seja concedido, uma vez que, quando o estabelecimento penal não estiver aparelhado para prover a assistência médica necessária, esta será prestada em outro local, mediante autorização da direção do estabelecimento.

O Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP) através da Resolução nº 14 de 11 de novembro de 1994 que trata sobre as Regras Mínimas para o Tratamento do Preso no Brasil, também prevê, em seu art. 15, uma série de exigências no que se refere aos serviços de saúde e assistência sanitária, dentre eles: a assistência à saúde do preso, de caráter preventivo curativo, compreenderá atendimento médico, psicológico, farmacêutico e odontológico.

Na mesma linha, a Organização das Nações Unidas (ONU), estabelece através das Regras de Mandela, preceitos mínimos para o tratamento de presos. O documento oferece balizas para a estruturação dos sistemas penais em diferentes países e reveem as "Regras Mínimas para o Tratamento de Presos" aprovadas em 1955. As normas vão ao encontro de programas implantados pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) para melhoria das condições do sistema carcerário e garantia do tratamento digno oferecido às pessoas em situação de privação de liberdade (CNJ).

As regras em comento, procuram estabelecer bons princípios e sugerir boas práticas no tratamento tanto para a gestão prisional como para as pessoas privadas de liberdade, assegurando a essas pessoas dignidade e respeito no que se refere a saúde, vejamos as seguintes regras:

Regra 24

1. O provimento de serviços médicos para os presos é uma responsabilidade do Estado. Os presos devem usufruir dos mesmos padrões de serviços de saúde disponíveis à comunidade, e os serviços de saúde necessários devem ser gratuitos, sem discriminação motivada pela sua situação jurídica.

2. Os serviços de saúde serão organizados conjuntamente com a administração geral da saúde pública e de forma a garantir a continuidade do tratamento e da assistência, inclusive nos casos de HIV, tuberculose e outras doenças infecciosas, abrangendo também a dependência às drogas.

Regra 25

1. Toda unidade prisional deve contar com um serviço de saúde incumbido de avaliar, promover, proteger e melhorar a saúde física e mental dos presos, prestando particular atenção aos presos com necessidades especiais ou problemas de saúde que dificultam sua reabilitação.

2. Os serviços de saúde devem ser compostos por equipe interdisciplinar, com pessoal qualificado suficiente, atuando com total independência clínica, e deve abranger a experiência necessária de psicologia e psiquiatria. Serviço odontológico qualificado deve ser disponibilizado a todo preso.

As Regras de Mandela levam em consideração os instrumentos internacionais vigentes no Brasil, como o Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos e a Convenção contra Tortura e outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes. As regras têm caráter programático e se prestam, primordialmente, a orientar a atuação e influenciar o desenho de novas políticas pelo Poder Judiciário para o sistema carcerário.

E além dos dispositivos legais, os Direitos Humanos, proclamados pela nossa Carta Magna e em regras internacionais de proteção aos direitos dos reclusos, defendem normas mínimas de tratamento digno aos presos, como uma boa organização e administração dos estabelecimentos penitenciários e principalmente o respeito aos direitos fundamentais (MORAES, 2017).

Nestes termos, os referidos direitos fundamentais, compreendem o direito à saúde, que deve ser concedido sem qualquer distinção à todas as pessoas, inclusive aquelas que se encontram privadas de liberdade sob custódia do Estado.

Conforme define Foucault (2014), é do conhecimento de todos os incontáveis inconvenientes da pena, sabe-se que ela é a detestável solução para prevenir e retribuir os crimes e não se tem o que pôr em seu lugar. Entretanto, a privação da liberdade, não deve atingir direitos que independem de condições para serem garantidos.

Desta forma, resta explícito, que as pessoas que se encontram privadas de liberdade no sistema prisional tem direitos (exceto, claro, aqueles atingidos pela peculiaridade da pena que estão cumprindo) que devem ser garantidos, independentemente da condição peculiar em que se encontram, uma vez que, o direito à saúde é um direito de todos, sem distinção de qualquer natureza.

Adiante, serão elencadas as normativas nacionais que definem as regras e os direcionamentos da política de saúde voltada à população privada de liberdade e sua inter-relação com o ordenamento constitucional.

3.1 POLÍTICA DE SAÚDE DIRECIONADA ÀS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE NO SISTEMA PRISIONAL

O direito à saúde da população carcerária, como já mencionado, se encontra previsto na Lei de Execução Penal. Essa lei visa regular os direitos e os deveres das pessoas que se encontram em privação de liberdade para com o Estado e a sociedade, estabelecendo normas fundamentais a serem aplicadas durante o período de prisão. Ou seja, a Lei de execução penal fundamenta os direitos, deveres, sanções da disciplina e avaliação dos presos, tendo como foco a reintegração social, que busca a prevenção do crime e preparação do custodiado para retorno ao convívio em sociedade. Dentre os direitos previstos às pessoas privadas de liberdade pela LEP estão a assistência jurídica, a educacional, a social, a religiosa e a de saúde. É sobre esse último direito social que discutiremos a seguir (LERMEN et al., 2015).

Segundo o dispositivo, mais precisamente em seu art. 14, a assistência à saúde é um direito previsto às pessoas em privação de liberdade, tem caráter curativo e preventivo e compreende o atendimento médico, farmacêutico e odontológico. E ainda que o estabelecimento penal não esteja aparelhado para prover de forma adequada a assistência a saúde, esta pode ser prestada em outro local, mediante autorização da direção do estabelecimento.

Considerando que a execução de políticas sociais e econômicas protetoras da saúde vinculam-se a planos e programas, que devem assegurar ao indivíduo e a coletividade tudo aquilo que possa ser considerado essencial para a satisfação da saúde física, mental, psicológica, moral e social (SANTOS, 2010), surge a institucionalização de políticas públicas para atender as necessidades e organizar ações e serviços de saúde no sistema penitenciário.

Em âmbito Nacional, foi instituído por meio da Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). Política Pública de saúde que foi elaborada para atender a população carcerária de todo o país.

A PNAISP é fruto de um grupo de trabalho (GT) criado pelos Ministérios da Saúde e da Justiça, o qual, em 2012 e 2013, uniu diferentes atores na construção dessa política. O GT “Do plano à política: garantindo o direito a saúde para todas as pessoas do sistema prisional” se encontra vinculado ao Programa de Direito Sanitário da Fiocruz – Brasília e é composto pela gestão, pela academia e pelas organizações de proteção às pessoas privadas de liberdade (DOMINGUES, 2012 apud LERMEN et al., 2015).

Essa política teve origem, após constatado o esgotamento do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), instituído pela Portaria Interministerial nº 1.777, de 09 de setembro de 2003, que se mostrou restrito por não contemplar em suas ações, entre outras coisas, a totalidade do sistema carcerário como as delegacias e distritos policiais, cadeias públicas, colônias agrícolas ou industriais e, tampouco as penitenciárias federais.

É importante mencionar que a criação da PNAISP impulsionou também a construção de duas resoluções do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária - CNPCP que dão luz a outras minorias no sistema prisional. São elas: a Resolução 01, de 10 de fevereiro de 2014, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental; e a Resolução conjunta CNPCP e Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (CNCD/LGBT), de 15 de abril de 2014, a qual dispõe sobre o acolhimento da população LGBT em privação de liberdade no Brasil e prevê, dentre outros aspectos, a atenção integral à saúde dessas pessoas (LERMEN et al., 2015).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), tem como objetivo, ampliar as ações de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) para a população privada de liberdade. As normas de operacionalização dessa política estão disciplinadas pela Portaria GM/MS nº 482, de 1º de abril de 2014, que disciplina os tipos de equipes, os profissionais que compõem essas equipes e o financiamento que será destinado à política.

A PNAISP prevê que os serviços de saúde no sistema prisional passem a ser ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS, qualificando também a atenção básica no âmbito prisional como porta de entrada do sistema e ordenadora das ações e serviços de saúde pela rede. E quanto a transferência de recursos financeiros, está se encontra condicionada à habilitação de equipes de Atenção Básica Prisional (EABp) previamente cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

A Equipes de Atenção Básica Prisional - EABp são formadas por profissionais da área da saúde com responsabilidade de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade, devendo realizar suas atividades nas unidades prisionais ou nas unidades básicas de saúde a que estiver vinculada. O número de pessoas custodiadas e o perfil epidemiológico dessas pessoas determinarão as modalidades de equipe, bem como suas respectivas cargas horárias.

A política define cinco modalidades de equipes que consiste em: 1 (uma) Equipe de Atenção Básica Prisional Tipo I - EABp-I (carga horária de seis horas semanais) – formada por 5 profissionais, sendo, 1 enfermeiro, 1 médico, 1 técnico ou auxiliar de enfermagem, 1 cirurgião-dentista e 1 técnico ou auxiliar de saúde bucal. 1 (uma) Equipe de Atenção Básica Prisional Tipo I com Saúde Mental - EABp-I (carga horária de seis horas semanais) – formada por oito profissionais: sendo, 1 enfermeiro, 1 médico, 1 técnico ou auxiliar de enfermagem, 1 cirurgião-dentista e 1 técnico ou auxiliar de saúde bucal, somados a um psiquiatra ou um médico com experiência em Saúde Mental e dois profissionais escolhidos entre as seguintes categorias: terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, psicólogo, assistente social, farmacêutico ou enfermeiro. 1 (uma) Equipe de Atenção Básica Prisional Tipo II - EABp-II (carga horária de 20 horas semanais) – formada por oito profissionais: sendo, 1 enfermeiro, 1 médico, 1 técnico ou auxiliar de enfermagem, 1 cirurgião-dentista e 1 técnico ou auxiliar de saúde bucal, somados a um psicólogo, um assistente social e um profissional escolhido entre as seguintes categorias: terapeuta ocupacional, psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista, farmacêutico, assistente social ou enfermeiro. 1 (uma) Equipe de Atenção Básica Prisional Tipo II com Saúde Mental - EABp-II com Saúde Mental (carga horária de 20 horas semanais) – formada por 11 profissionais: sendo, 1 enfermeiro, 1 médico, 1 técnico ou auxiliar de enfermagem, 1 cirurgião-dentista e 1 técnico ou auxiliar de saúde bucal, somados a um psiquiatra ou um médico com experiência em Saúde Mental, um psicólogo, um assistente social e três profissionais escolhidos entre as seguintes categorias: terapeuta ocupacional, psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista, farmacêutico, assistente social ou enfermeiro. 1 (uma) Equipe de Atenção Básica Prisional Tipo III - EABp-III (carga horária de 30 horas semanais) – formada por 11 profissionais: sendo, 1 enfermeiro, 1 médico, 1 técnico ou auxiliar de enfermagem, 1 cirurgião-dentista e 1 técnico ou auxiliar de saúde bucal, somados a um psiquiatra ou um médico com experiência em Saúde Mental, um psicólogo, um assistente social e três profissionais escolhidos entre as seguintes categorias: terapeuta ocupacional, psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista, farmacêutico, assistente social ou enfermeiro.

O processo de implementação da política se dá através da adesão, onde os Estados e Municípios firmam com a União a implantação da política por meio da apresentação de um Plano de Ação Estadual ou Municipal de assistência de saúde às pessoas privadas de liberdade.

Após a publicação da adesão em Diário Oficial, o Estado ou Município pode solicitar a habilitação de equipes de saúde para prestar a atenção básica às pessoas privadas de liberdade.

As propostas serão analisadas pelo Ministério da Saúde e, se aprovadas tecnicamente, serão publicadas em Diário Oficial da União, mediante dotação orçamentária. E por fim, após a habilitação ter sido publicada em Diário Oficial da União, o recurso federal será repassado mensalmente pelo Ministério da Saúde.

Pelo exposto, observa-se que instituição de uma política direcionada para a população carcerária é um avanço na busca pela preservação dos direitos humanos das pessoas que se encontram privadas de liberdade, pois, resta claro que negligenciar o acesso aos direitos sociais fere o princípio da dignidade da pessoa humana bem como desconstrói o objetivo de reinserção social do indivíduo.

A criação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) torna específica a atenção à saúde do encarcerado e verifica-se que o Estado enquanto responsável pelo acesso à saúde para a população privada de liberdade alcança o objetivo de atender as necessidades dessas pessoas e garantindo que estes também tenham acesso a esse direito social.

CONCLUSÃO

O artigo analisou por intermédio de pesquisa bibliográfica de abordagem qualitativa, o direito à saúde das pessoas privadas de liberdade. Nesse sentido verificou-se que no Brasil após a promulgação da Constituição Federal de 1988 o acesso à saúde passou a ser considerado como direito fundamental onde todos aqueles que residem no país, independentemente de qualquer condição, são dignos de assistência à saúde de forma igualitária e integral.

Quando se fala que todos aqueles que residem no Brasil merecem assistência à saúde, entende-se que esse direito se estende também àquelas pessoas que se encontram privadas de liberdade sob custódia do Estado em estabelecimentos prisionais. Logo, resta inquestionável que a população carcerária também é merecedora de acesso à saúde e que o fato de o indivíduo estar privado de liberdade, não afasta o direito de ter acesso ao direito social em comento.

Conforme o explanado no decorrer do estudo e considerando que a saúde é um direito cuja sua efetividade se garante através do acesso integral e com qualidade aos serviços de saúde, verifica-se que o Estado, enquanto responsável por prover o direito à saúde para os cidadãos

que se encontram custodiados em casas penais, estabelece e busca tornar efetiva a implementação de políticas públicas destinadas a população carcerária.

Importante destacar que o estado de saúde, não significa apenas não estar acometido por algum agravo, mas sim, ter acesso a tudo aquilo que possa ser considerado essencial para a satisfação da saúde física, mental, psicológica, moral e social.

Nestes termos, com fundamentação no princípio constitucional da igualdade, dignidade da pessoa humana, dentre outros, o Estado, com o objetivo de prover, às pessoas privadas de liberdade em estabelecimentos prisionais, o acesso a saúde, estabelece por meio de políticas sociais e econômicas a busca pela redução do risco de doenças, bem como o acesso universal e igualitário a ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde de todos os cidadãos.

Como já mencionado, no Brasil, a saúde é dever do Estado, o qual implementou através da Lei Federal 8.080 de 19 de setembro de 1990, o Sistema Único de Saúde – SUS, que consiste em uma política pública que reúne diversos instrumentos jurídicos, administrativos, institucionais e financeiros necessários para que todo e qualquer cidadão tenha acesso de forma integral aos serviços de saúde oferecidos pelo Estado.

Da mesma forma, para atender aquelas pessoas que se encontram privadas de liberdade, o Estado através da Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014, implementou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), política voltada a ampliar as ações de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) direcionando assistência integral para a população privada de liberdade.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) consiste em proporcionar maior qualidade de vida e dignidade das pessoas inseridas no sistema prisional, promovendo e reestabelecendo a saúde e evitando possíveis agravos, através da inserção formal da população carcerária no Sistema Único de Saúde, assegurando que cada unidade prisional seja ponto integrante da Rede de Atenção à Saúde.

A instituição de uma política de saúde direcionada para essa parcela de indivíduos, é, sem dúvidas, uma tentativa de promover atenção de fato aos direitos sociais da população carcerária, é uma experiência de humanização e legítima a garantia ao acesso a saúde previsto pela Constituição Federal.

A criação da política de saúde representa uma nova perspectiva na saúde para as pessoas privadas de liberdade e constitui um expressivo avanço na atenção à saúde da população privada de liberdade, bem como amplia a noção de garantia de direitos sociais. Assim, ao estender o foco anteriormente dado pela PNSSP, o público alvo da política abrange a amplitude dessa população, ou seja, todas as pessoas que se encontrem sob custódia do Estado, em regime fechado, semiaberto, aberto ou cumprindo medida de segurança na modalidade de tratamento ambulatorial (LERMEN et al., 2015).

Em última instância, a instituição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) é compreendida como um avanço quanto ao direito à saúde da população carcerária e da responsabilidade do Estado em garantir meios necessários para promover saúde à essa parcela de indivíduos, bem como, um avanço na promoção dos direitos humanos.

É importante destacar que a PNAISP além de ter o objetivo de promover a saúde em sua integralidade para toda a população que se encontra sob custódia do Estado temporariamente, a política utiliza terminologias como “pessoas privadas de liberdade” ao invés de “presos” ou “condenados”, buscando minimizar e não se ater a estereótipos que afastem a posição de pessoas dignas de direitos.

Isto posto, observa-se que a PNAISP é uma política que veio ser implementada para preencher lacunas e faltas deixadas pela política anterior PNSSP. Instituiu-se ampliando o acesso à saúde com o objetivo de atender todos aqueles que se encontram privados de liberdade temporariamente, e se caracteriza como importante elemento para a garantia dos direitos sociais nos estabelecimentos prisionais. O que se faz necessário e de grande importância, pois, alinhar os direitos da pessoa que se encontra privada de liberdade ao cumprimento de sua pena, promovendo uma vida digna, com acesso à saúde, durante o cumprimento de sua pena, é indispensável para que o Estado devolva a sociedade um indivíduo ressocializado.

REFERÊNCIAS

BARSAGLINI, Reni. Do Plano à Política de saúde no sistema prisional: diferenciais, avanços, limites e desafios. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312016000401429#aff1. Acesso em: 19 ago. 2019

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Anne Joice Angher. 24 edição. São Paulo: Rideel, 2018.

BRASIL. **Decreto - Lei Nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940.** Instituiu o Código Penal. Disponível em: [http://www .planalto.gov.br/ccivil_03/decretolei/ Del2848 compilado .htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decretolei/Del2848_compilado.htm). Acesso em: 20 Jun. 2019.

BRASIL. **Lei Nº 7.210, de 11 de julho de 1984.** Instituiu a Lei de Execução Penal. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7210.htm. Acesso em: 20 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral a Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade - PNAISP.** Disponível em: <http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/pnaisp?view=default>. Acesso em: 13 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 01, de 02 de janeiro de 2014.** Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html. Acesso em: 13. Jun. 2019.

BRITO FILHO, José Claudio Monteiro de. **Direitos Humanos.** 2º edição. São Paulo: LTr, 2018.

CADEMARTORI, Sergio Urquhart de; STRAPAZZO, Carlos Luiz. **Garantismo, hermenêutica e (neo)constitucionalismo: um debate com Luigi Ferrajoli / Alexandre Moraes da Rosa ... [Et al.]; (organizadores) Luigi Ferrajoli, Lenio Luiz Streck, André Karam Trindade.** – Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2012.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTICA. **Regras de Mandela.** Regras mínimas das nações unidas para o tratamento de presos. Disponível em: <http://cnj.jus.br/files/conteudo/arquivo/2016/05/39ae8bd2085fdb4a1b02fa6e3944ba2.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2019.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTICA. **Conselho publica tradução das Regras de Mandela para o tratamento de presos.** Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/cqnpj>. Acesso em: 20 ago. 2019.

FERRAJOLI, Luigi. **Direito e razão: teoria do garantismo penal / Luigi Ferrajoli.** – São Paulo: Editora Revista do Tribunais, 2002.

FOCAULT, Michel. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão;** Tradução de Raquel Ramalhete. 42 edição, Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

LERMEN, Helena Salgueiro. et al. **Saúde no cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira.** Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/physis/2015.v25n3/905-924/pt/#>. Acesso em: 19. Ago. 2019.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E DA SEGURANÇA PÚBLICA. **Departamento Penitenciário Nacional – Infopen.** Disponível em: <http://depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen/infopen>. Acesso em: 15 Jun. 2019.

MINISTERIO DA JUSTICA E DA SEGURANÇA PUBLICA. Resolução nº 14 de 11 de novembro de 1994. **Regras Mínimas para o Tratamento do Preso no Brasil.** Disponível em:

<http://depen.gov.br/DEPEN/depen/cnpcp/resolucoes/1994/resolucao14de11denovembrode1994.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2019.

MORAES, Alexandre de. **Direitos Humanos Fundamentais**: Teoria Geral, comentários aos arts. 1º ao 5º da Constituição da República Federativa do Brasil, doutrina e jurisprudência. 11ª edição. São Paulo, atlas, 2017.

SALES, Mariana Alencar. **O desenvolvimento da política de saúde prisional no Brasil e os reflexos no déficit de acesso da população prisional aos serviços de saúde**. Disponível em: <http://www.pt.congressoalacip2017.org> . Acesso em: 19. Ago. 2019.

SANTOS, Lenir. **Direito da Saúde no Brasil** / André Evangelista de Souza...[et al.]; Lenir Santos. – Campinas, SP: Saberes Editora, 2010.

SARLET, Ingo Wolfgang. Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988. 4ª Edição. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2006.