

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

ELIZIANE FERRAZ

**A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE NO SISTEMA
PRISIONAL: UMA EXPERIÊNCIA EM SERVIÇO SOCIAL NA PERSPECTIVA
DA REINTEGRAÇÃO SOCIAL**

Porto Alegre

2015

ELIZIANE FERRAZ

**A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE NO SISTEMA
PRISIONAL: UMA EXPERIÊNCIA EM SERVIÇO SOCIAL NA PERSPECTIVA
DA REINTEGRAÇÃO SOCIAL**

Monografia apresentada no Curso de Serviço Social do Instituto de Psicologia na Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora Prof^ª Dr^ª Alzira M^a Baptista Lewgoy

Porto Alegre

2015

AGRADECIMENTOS

Inicialmente gostaria muito de agradecer minha mãe (*in memoriam*) pelo apoio, carinho e por permitir que eu alçasse vôo cedo do ninho, em busca de meus sonhos, sei que ela continua a me acompanhar da onde estiver... Obrigada mãe querida...

Agradecer ao meu amado companheiro Ari, pelo apoio, incentivo, paciência e tolerância aos dias difíceis no decorrer do curso e por acreditar que tudo daria certo, e deu... aos meus filhos queridos Fabrício e Livia por trazerem alegria e alento para minha vida...

Aos meus amados irmãos Ivete, Fátima, Mirinho e Dorinho que sempre me incentivaram e estimularam com sua admiração...

Aos meus amigos-irmãos que encontrei pelo caminho, que acabaram se transformando em minha família...

Aos meus queridos colegas de trabalho, que me acompanharam neste percurso de estudante trabalhadora, que sem o apoio deles seria uma tarefa bem mais árdua...

Aos mestres desta faculdade que me acompanharam nesta jornada, cada um com sua forma de ensinar: afetuosos, críticos, exigentes, humanos... enfim, cada um com sua característica que me auxiliaram nesse construir da minha formação... Em especial minha querida orientadora prof^a. Alzira, que com muito entusiasmo e estímulo me auxiliou a dar vida a este trabalho... A prof^a. Miriam que me acompanhou no estágio obrigatório, sua presença foi de vital importância para que eu pudesse dar conta de uma realidade tão difícil...

Aos meus colegas de curso, pelos momentos de parceria, discussões, alegrias e companheirismo, cada uma com seu jeitinho: doces, críticas, tímidas, extrovertidas, guerreiras, solidárias...

Aos trabalhadores do Presídio Central de Porto Alegre, principalmente a minha querida supervisora de campo Mara Minotto, que tornou possível a realização de meu estágio, pelo seu acolhimento, carinho e dedicação...

As pessoas privadas de liberdade da Galeria 3ª H, que participaram de meu projeto de intervenção, propiciando momentos de intensa troca e aprendizado...

Muito obrigada!!!!

RESUMO

O estudo analisa a saúde como um dispositivo de cuidado no processo de reintegração social das pessoas privadas de liberdade, a partir da implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP) no âmbito do SUS. Para tanto, realiza-se uma contextualização histórica da constituição da pena de privação de liberdade e da prisão, embasada nas reflexões dos autores Rusche e Kirchheimer demonstrando a estreita relação da questão criminal com a questão social e nos estudos de Foucault em relação às técnicas disciplinares próprias da prisão moderna, utilizadas como tecnologia de poder que tornam os corpos dóceis e disciplinados. Discute-se a concepção de ressocialização trazida pela LEP/84 (positivista) e a Reintegração Social como alternativa a ressocialização, apoiada nas ideias de criminologia crítica. Identifica-se a seletividade do sistema penal. Apresenta-se as políticas públicas, identifica-se as políticas presentes no sistema prisional e aprofunda-se a análise na política de saúde. Em relação à PNAISP expõe-se a pesquisa documental realizada, a fim de averiguar como está ocorrendo o processo de implantação da no país e em especial no Rio Grande do Sul (RS). Constata-se que o processo de implantação está ocorrendo de forma lenta e desproporcional no país. No RS, apesar da evolução no número de Equipes de Saúde nos estabelecimentos prisionais, a cobertura em saúde ainda é insuficiente e a metodologia de trabalho permanece em uma ótica curativa. Focaliza-se o Presídio Central de Porto Alegre, espaço de inserção da aluna durante o estágio curricular obrigatório em Serviço Social. Problematisa-se o trabalho do Assistente Social neste espaço. E a partir do projeto de intervenção de estágio, confirma-se a hipótese inicial do trabalho, que a partir do cuidado e educação em saúde é possível vislumbrar processos de reintegração social.

Palavras-Chave: Saúde Prisional. Serviço Social. Reintegração Social. Políticas Públicas

LISTA DE SIGLAS

AHVN – Associação Hospital Vila Nova

AIDS – Acquired Immunodeficiency Syndrome (Síndrome da Imunodeficiência)

BM – Brigada Militar

CE – Código de Ética

CES – Conselho Estadual de Saúde

CF – Constituição Federal

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CIDH – Comissão Interamericana de Direitos Humanos

CNE - Conselho Nacional de Educação

CNESS – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNJ – Conselho Nacional de Justiça

CNPCP – Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária

CRESS – Conselho Regional de Serviço Social

DEPEN – Departamento Penitenciário Nacional

DST – Doença Sexualmente Transmissível

DTP – Departamento Tratamento Penal

EPEN – Equipe Penitenciária

ESP – Equipe de Saúde no Sistema Prisional

EUA – Estados Unidos da América

FASC – Fundação de Assistência Social e Cidadania

GAM – Gestão Autônomo de Medicação

GT – Grupo de Trabalho

HIV – Human Immunodeficiency Virus

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INFOPEN – Informações Penitenciárias

IPFMC – Instituto Penal Florense Dr. Maurício Cardoso

LACEN – Laboratório Central do Estado

LEP – Lei de Execução Penal

MJ – Ministério da Justiça

MS – Ministério da Saúde

NEEJA – Núcleo Estadual de Educação de Jovens Adultos

ONGS – Organização Não Governamentais

PCPA – Presídio Central de Porto Alegre

PEFG – Penitenciária Estadual Feminina de Guaíba

PEP – Projeto Ético Político

PFMP – Penitenciária Feminina Madre Pelletier

PMEO – Penitenciária Modulada de Osório

PMPA – Prefeitura Municipal de Porto Alegre

PNAISP – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde para Pessoas Privadas de Liberdade

PNSSP – Plano Nacional de Saúde no Sistema Prisional

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

POES – Plano Operativo Estadual

PRONASCI – Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania

RH – Recursos Humanos

RS – Rio Grande do Sul

SEC – Secretária de Educação e Cultura

SES – Secretária Estadual de Saúde

SSP – Secretaria de Segurança Pública

SUS – Sistema Único de Saúde

SUSEPE – Superintendência dos Serviços Penitenciária

TB – Tuberculose

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

UAT – Unidade de Triagem

UBSP – Unidade Básica de Saúde Prisional

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Repasse Financeiro Ministério da Saúde – Ano 2014	54
Tabela 2 – Quadro de Incentivo Financeiro Estadual	55
Tabela 3 – Demonstrativo da Evolução e Investimento da Saúde Prisional – RS	60

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – População Prisional Segundo Etnia (cor/raça) – (2005 a 2012)	24
Figura 2 – Percentual da População Prisional Segundo Escolaridade – (2005 a 2012)	25
Figura 3 – População Prisional Segundo Faixa Etária – (2005 a 2012)	26
Figura 4 – População Prisional Segundo Tipo de Delito – (2008 a 2012)	26

Sumário

1.	INTRODUÇÃO	20
2	A EXCLUSÃO E A REINserÇÃO SOCIAL: DUAS FACES DA MESMA MOEDA.....	25
2.1	Do Suplício a Privação de Liberdade: As dores do corpo e da alma.....	25
2.2	A Pobreza Encarcerada: O Perfil do Preso Brasileiro	31
2.3	Ressocialização e Reintegração Social: Entre o real e o ideal.....	37
3.	AS POLÍTICAS PÚBLICAS NO SISTEMA PRISIONAL: ALICERCES DA REINTEGRAÇÃO SOCIAL	41
3.1	A Saúde no Cárcere: Entre o cuidar e o vigiar	47
3.1.1	O Cenário	47
3.1.2	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP): Um novo olhar para Saúde	49
3.2	A Implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde Prisional no Território Nacional: Pesquisa Documental.....	52
3.2.1	A PNAISP no Brasil	55
3.2.1.1	Saúde Prisional.....	55
3.2.1.2	Equipes de Saúde Prisional	55
3.2.1.3	População Prisional e os Estabelecimentos Prisionais	57
3.2.2	PNAISP no Rio Grande do Sul	59
3.2.2.1	Saúde Prisional	60
3.2.2.2	Equipes de Saúde Prisional.....	60
3.2.2.3	População Prisional e os Estabelecimentos Prisionais	65
3.2.3.	Política de Atenção Integral à Saúde Prisional - SUSEPE.....	65
4	A SAÚDE ATRÁS DO MURO: O CUIDADO EM SAÚDE NO PRESÍDIO CENTRAL DE PORTO ALEGRE E O TRABALHO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NESTE CONTEXTO	72
4.1	Presídio Central de Porto Alegre – PCPA	72
4.2	Do Hospital Penitenciário a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde Prisional.	74
4.3	Projetos de Saúde no PCPA	75
4.4	Serviço Social no Sistema Prisional: Desafios e Possibilidades	80
4.4.1	O Serviço Social no Sistema Prisional	80
4.4.2	A Experiência do Estágio Curricular Obrigatório - Os Multiplicadores de Saúde: Uma Estratégia no Processo de Reintegração Social	84
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
6.	REFERÊNCIAS.....	95
	APÊNDICE A.....	100

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como proposta realizar uma discussão de como o cuidado em saúde no sistema prisional, a partir da implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do SUS, tal política poderá possibilitar processos de reintegração social das pessoas que estão sob a custódia do Estado (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

O interesse por esta temática advém: a) da experiência do estágio curricular obrigatório I, II e III do curso de graduação em Serviço Social, realizado na Unidade de Saúde do Presídio Central de Porto Alegre, considerado um dos piores presídios da América Latina, sua situação é tão grave que foi denunciado a Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH), em função das constantes violações de direitos humanos; b) da vivência profissional como Educadora Social da Fundação de Assistência Social e Cidadania (FASC) do município de Porto Alegre, na execução da política de assistência social para a população adulta em situação de rua, que em certa medida, assemelha-se a condição de total desproteção social, imposta aos indivíduos que cumprem pena de privação de liberdade.

O sistema prisional brasileiro é uma temática que vem sendo explorada, por algumas áreas de conhecimento. O tema vem sendo veiculado com grande frequência nos meios de comunicação de massa nos últimos anos. O que reforça o senso comum de que os cidadãos presos, “eles”, são diferentes de “nós”, os intitulados “cidadãos de bem”, produzindo, desta forma, um estereótipo de criminoso (FERREIRA e FONTOURA, 2008).

Estudos apontam que, a percepção da sociedade sobre a violência e a criminalidade é diretamente influenciada pela cobertura da mídia (FERREIRA e FONTOURA, 2008). Rebeliões, fugas, domínio dos presídios por facções criminosas, e a inoperância do sistema prisional, têm ganhado destaque nas manchetes, fazendo que haja um debate sobre a questão.

Deste modo, a cada evento violento noticiado, cresce o clamor da sociedade pelo recrudescimento da legislação penal. Reascendendo um conservadorismo expresso no debate da redução da idade penal, para os adolescentes, passando de 18 para 16 anos, ampliação das penas para crimes contra a vida e o patrimônio, bem como presença mais ostensiva do policiamento nas ruas.

Paradoxalmente, há uma resistência de boa parte da sociedade que sejam realizados investimentos em políticas públicas para os ditos “criminosos”. Frente a essa situação, as

estratégias reivindicadas não consideram todo o contexto social, que envolve esta temática, colocando somente no comportamento violento do indivíduo, a criminalidade a ser combatida.

Desta forma, a realidade carcerária distancia-se cada vez mais do princípio da ressocialização preceituado pela Lei de Execução Penal (LEP) (BRASIL. PRESIDENCIA DA REPÚBLICA, 1984). Essa lei, que apesar de representar um avanço na execução penal brasileira, visto que a mesma representa uma tentativa de humanizar o espaço prisional, tem em sua essência uma ideologia positivista, que, segundo Baratta (2014), é herança anacrônica da velha criminologia positivista, que tinha o condenado como um indivíduo anormal e inferior, que necessita ser (re)adaptado à sociedade, considerando acriticamente esta como “boa” e aquele como “mau”.

O legislador, ao colocar a ressocialização como um dos objetivos da lei, trás a classificação para orientar a individualização da pena e, a definição do tipo de tratamento a ser prestado, conforme art. 5º da LEP/84, buscando, a partir dela, impetrar uma mudança sobre a pessoa presa, a fim que, ela fique apta a retornar a sociedade, ou seja, enquadrar-se em um padrão social, instituído como correto (BRASIL. PRESIDENCIA DA REPÚBLICA, 1984).

Esta tarefa foi delegada à profissionais de diferentes áreas, que atuam no sistema prisional, dentre elas a/o Assistente Social (BRASIL. PRESIDENCIA DA REPÚBLICA, 1984).

Conforme Wolff (2007), [...] “A ressocialização contorna, dessa forma, uma perspectiva unilateral que deposita unicamente no indivíduo a responsabilidade pela prática de delitos”. A ideia de recuperação expressa na lei remete ao poder disciplinador e sancionador de desigualdades, pois a força da lei recai de forma diversa, se tratando de classe social. Para Zaffaroni (apud WOLFF, 2007, p. 23) “recuperar, ressocializar e reeducar são fins da pena que foram inventados pela necessidade de legitimar o exercício de poder verticalizador e corporativizador da sociedade”.

Desta forma, o fio condutor para o desenvolvimento deste trabalho, é a reflexão acerca da saúde como dispositivo de cuidado no processo de reintegração social das pessoas privada de liberdade, sob a luz do método dialético-crítico, que possibilita aos assistentes sociais desvendarem o real, a partir de um sistema de mediações que se renova permanentemente, viabilizando a incorporação do novo, não de modo espontâneo, mas a partir de uma reflexão crítica (SIMIONATTO, 2004).

O trabalho é dividido em quatro capítulos sendo este o introdutório. No segundo é introduzida a discussão sobre o caráter contraditório da prisão, que se apresenta como espaço

ressocializador, ideal apontado na legislação e sua materialização em um espaço punitivo e excludente.

Conforme Rusche e Kirchheimer (2004), historicamente a adoção da prisão como forma majoritária de punição de criminosos, apresenta estreita vinculação entre a ação dos sistemas penais e o momento econômico vivenciado pela sociedade, que será demonstrado a partir de um breve resgate histórico.

Neste sentido, este capítulo abordará a relação entre os modos de produção e a forma de punir adotada pelo Estado, demonstrando a estreita relação da questão criminal com a questão social.

A partir destas reflexões, traz-se para a discussão o ideal ressocializador apontado na legislação, sua contradição, ao propor a construção de um processo de reinserção das pessoas privadas de liberdade na sociedade, em um ambiente de segregação, que, ao invés de ressocializá-las, as dessocializa. Essas pessoas sofrem um processo de despersonalização, que se inicia com uma sequência de perdas, já nos procedimentos de admissão: tirar fotografia, impressões digitais, atribuir números, procurar e enumerar bens pessoais a fim de que sejam guardados, receber instruções quanto às regras, dirigir-se a um local designado (GOFFMAN, 2010).

Como consequência do processo de dessocialização, tem-se a prisionalização ou aculturação, que, conforme Goffman (2010) é um processo comum a todas as instituições fechadas, onde o recluso se adapta às formas de vida, usos e costumes impostos pelos internos do estabelecimento penitenciário, na maioria das vezes, por não existir alternativa. O detento adota nova linguagem, forma de vestir, desenvolve novos hábitos ao comer, aceita o papel de líder nos grupos de internos e estabelece novas relações de amizade.

Por outro lado, Baratta (2014) sustenta que o intuito da ressocialização não deve ser abandonado, mas reconstruído e, nesta reconstrução, propõe a substituição dos termos ressocialização e tratamento pelo de reintegração social. A concepção utilizada por Baratta, (2014), que condiz com um processo de comunicação e interação entre o cárcere e a sociedade, no qual os cidadãos reclusos se reconheçam na sociedade e esta, por sua vez, se reconheça na prisão.

Desta forma, o segundo capítulo fará uma discussão sobre as categorias evidenciadas neste tópico: ressocialização, dessocialização, prisionalização, reintegração social, prisão, criminalização da pobreza e segurança.

A seguir, no terceiro capítulo, é apresentada a discussão sobre Políticas Públicas no sistema prisional. Por intermédio delas que ocorrerá a materialização dos dispositivos

previstos na LEP, em relação à assistência ao preso, que visam tornar o aprisionamento um momento de aprendizagens significativas, que contribuam com a (re)construção de um projeto de vida, de forma mais democrática e cidadã (BRASIL. PRESIDENCIA DA REPÚBLICA, 1984). A Política de Saúde é abordada, de forma mais detalhadamente, espaço de inserção da aluna no período de estágio curricular, é explorada a PNAISP no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) – instituída por meio da Portaria Interministerial nº 01 dos Ministérios da Saúde e Justiça – (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014a).

Neste capítulo, é feita uma discussão sobre os desafios e possibilidades, da implementação de ações em saúde, em um espaço que tem a segurança como eixo central, e como a saúde pode tornar-se potente dispositivo no processo de reintegração social, visando ao fortalecimento social e psíquico das pessoas privadas de liberdade, para sua promoção como pessoa e cidadão.

Com intuito de continuidade de estudo acerca do tema e enriquecer a discussão, apresentaremos a pesquisa documental realizada sobre a implementação da PNAISP no país e, de forma detalhada no Rio Grande do Sul, a fim de mapear e identificar como este processo está ocorrendo e, possíveis resultados já obtidos.

No quarto capítulo, é apresentado o Presídio Central de Porto Alegre e os processos de cuidado em saúde existentes neste espaço, entendo esses processos a partir da Linha de Cuidado Integral, que, conforme Ferri, Loureiro e Godoi (2013): "[...] é fruto de um grande pacto que deve ser realizado entre todos os atores que controlam serviços e recursos assistenciais".

Ferri, Loureiro e Godoi (2013) enfatizam o usuário como elemento estruturante de todo o processo de produção da saúde, quebrando com o tradicional modo de intervir sobre o campo das necessidades de forma compartimentada.

Ainda neste capítulo, é realizada a abordagem de como o/a Assistente Social está inserido neste campo de trabalho, seus limites, possibilidades e conflitos. Sendo este um espaço institucional complexo e contraditório, destinado à reclusão, custódia, vigilância, punição, disciplina e ressocialização, o projeto profissional deverá dar conta da mediação entre o que determina a instituição e as demandas das pessoas que ali estão privadas de liberdade.

É apresentada também, a experiência do estágio curricular da autora, através de seu projeto de intervenção, que teve como objetivo principal a formação de presos para atuarem como multiplicadores de ações de promoção à saúde, visando melhora na qualidade da saúde dos presos e, conseqüentemente dos familiares e trabalhadores, através do conhecimento, da

informação e educação, contribuindo para mudança de cultura e autocuidado (FERRAZ, 2014).

Esta experiência foi realizada na galeria onde se encontram os presos que se declaram homossexuais, travestis, gays e seus companheiros. A escolha por trabalhar com estes sujeitos foi em função da segregação sofrida por eles dentro do sistema prisional, em decorrência de sua orientação sexual, não são aceitos pelo restante da massa carcerária, reproduzindo em certa medida, a vida extramuros, por isso, não são inseridos em atividades coletivas, como por exemplo, trabalho e educação.

Assim, o presente trabalho ambiciona aprofundar algumas questões que circundam a temática da privação de liberdade, trazendo debates e construções de outras áreas, uma vez que, socialmente, a questão do sistema prisional abarca de forma interdisciplinar, outras ciências, como psicologia, educação, direitos humanos, criminologia entre outras. O que possibilita uma reflexão crítica, para a compreensão de temas como ressocialização e reintegração social e, conseqüentemente, o trabalho do/a Assistente Social, neste espaço sócio ocupacional.

Os termos “prisões”, “estabelecimentos prisionais” são utilizados aqui como sinônimo e, de modo intercambiável neste estudo. Da mesma forma, serão utilizados de modo equivalente os termos “presos”, “detentos”, “apenados” e “pessoas privadas de liberdade”, bem como, os termos “sistema prisional” e “sistema carcerário” para identificar o conjunto de estabelecimentos prisionais do estado.

Por fim, nas considerações finais foi realizada uma reflexão visando contribuir com a discussão, sobre a reintegração social, das pessoas que cumprem pena de privação de liberdade, no sistema prisional brasileiro, trazendo elementos sob a perspectiva do Serviço Social, no horizonte do projeto ético-político, que aponta na direção da ampliação da cidadania e no “reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes – autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais” (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2011), trazendo como questionamento central - A saúde como dispositivo potencializador do processo de reintegração social.

2 A EXCLUSÃO E A REINserÇÃO SOCIAL: DUAS FACES DA MESMA MOEDA

O capítulo aborda a discussão acerca da prisão como mecanismo de exclusão e de reinserção social, duas faces deste espaço contraditório.

A partir de uma breve contextualização histórica buscar-se-á evidenciar como a prisão está ligada aos modos de produção da sociedade e, a que medida potencializa processos de exclusão social, com o aprisionamento de indivíduos que se encontram a margem desta sociedade, como se verá a partir do perfil do preso e, de como está constituído o sistema prisional brasileiro.

Pauta-se também neste capítulo, o ideal ressocializador previsto na legislação, como o mesmo se constitui e se efetiva. Em contrapartida, apresenta-se a categoria reintegração social ancorada nas ideias de Alessandro Baratta, filósofo, sociólogo e jurista italiano considerado um dos precursores da corrente da criminologia crítica, movimento heterogêneo do pensamento criminológico contemporâneo que busca a construção de uma teoria materialista do conceito de desvio, sendo influenciada por instrumentos e hipóteses elaboradas no âmbito marxista.

2.1 Do Suplício a Privação de Liberdade: As dores do corpo e da alma

Foucault (1997), em sua obra “Vigiar e punir: nascimento da prisão” estuda as transformações das práticas penais na França, da época clássica ao século XIX. Na obra, o autor inicialmente narra o suplício a que eram submetidos os condenados pela justiça e, como este processo era organizado. O suplício era uma técnica de sofrimento e um ritual político do qual o povo era chamado a participar como espectador, visando provocar, não só medo, mas também fazê-lo testemunha e garantindo a punição. Por outro lado, a justiça que era responsável pela condenação, guardava distância da execução da pena, que tornando-se um setor autônomo, livrando desta forma a justiça do mal-estar ocasionado pelo espetáculo público do suplício, modelo que ainda permanece nos dias de hoje, na medida em que o judiciário é responsável por todo o processo de condenação do indivíduo, porém, quem administra a execução da pena é o poder Executivo, muitas vezes distanciando-se do definido na sentença.

Este sistema de punição foi mantido até a segunda metade do século XVIII. As mudanças ocorridas no sistema penal neste período foram atribuídas por muitos autores, à

influência do Iluminismo, cujas ideias não se harmonizavam com tais práticas. Havia necessidade de humanizar o sistema penal, desvinculando o Direito de uma natureza mágica ou religiosa, lhe conferindo lastro na natureza humana e na vontade geral dos membros da comunidade (FUDOLI, s/d).

Evidencia-se a necessidade de punir de outra forma. Para Foucault (1997), o fim da “festa de punição” começa a ocorrer devido ao mal-estar causado na sociedade, pois os suplícios transformavam carrascos em criminosos, juízes em assassinos e, o supliciado em objeto de piedade. Todavia, criminólogos do século XX, insatisfeitos com esta explicação linear e, de certa forma acrítica das mudanças ocorridas no Século das Luzes em relação aos métodos de punição, buscam respostas mais satisfatórias para o seguinte questionamento: “A consolidação da prisão foi realmente fruto de gloriosos esforços humanitários, ou tal processo vem ancorado em necessidades outras?” (FUDOLI, s/d).

Neste sentido, propõem-se uma discussão embasada a partir do enfoque dado pelos autores Rusche e Kirchheimer (2004), que relacionam a estrutura punitiva com o mercado de trabalho. Os autores realizam um estudo, publicado no ano de 1939, demonstrando a extensão da influência de fatores socioeconômicos sobre o desenvolvimento de métodos de punição, seus estudos são fortemente influenciados pela teoria marxista. A tese principal dos mesmos é de que toda a forma de reação punitiva se relaciona com as variações da estrutura social, particularmente das econômicas.

Conforme Rusche e Kirchheimer (2004), o sistema de aprisionamento em massa começa se consolidar juntamente com a afirmação do sistema capitalista de produção, acumulação de riquezas no século XIV e a queda do feudalismo. Até então, vigia um sistema de pagamento de fiança e indenização. Esta modalidade de pena tinha a função de preservar a hierarquia social, pois a fiança era quantificada de acordo com o nível social do autor e também do ofendido. Este tipo de punição foi o cerne para a evolução do castigo corporal, pois diante da incapacidade de cobertura financeira de uma parcela da população, o corpo torna-se o instrumento de pagamento.

No final da Baixa Idade Média, as penas de morte e mutilações se tornam comuns e mais cruéis, em função da abundância da mão de obra e da defesa da propriedade pela Burguesia, a valorização da vida humana tornou-se cada vez menor, o sistema penal, neste período, se constituiu em um dos meios de prevenção do crescimento populacional (RUSCHE e KIRCHHEIMER, 2004).

Rusche e Kirchheimer (2004) referem que no século XVI as guerras religiosas e o crescimento de novos postos de trabalho levaram o governo a estimular o sistema penal a não

mais eliminar os indesejados, mas sim utilizá-los como mão de obra controlável, pois em função das condições de trabalho impostas para os trabalhadores livres, estes preferiam a mendicância ao trabalho precário ao qual eram submetidos, em decorrência de legislações que tabelavam salários e jornadas de trabalho, rígidos regulamentos fabris, incentivo do trabalho infantil e criação de escolas industriais para órfãos. Desta forma,

“A forças que de trabalho que o estado podia controlar melhor era composta por pessoas que exerciam profissões ilegais, como mendigos e prostitutas, e tantas outras que estavam sujeitas à sua supervisão e dependiam de sua assistência por lei e por tradição, como viúvas, loucos e órfãos” (RUSCHE e KIRCHHEIMER, 2004, p. 58).

A forma prisão preexiste à sua utilização sistemática nas leis penais, a origem do conceito de prisão como pena, teve seu início em mosteiros, no período da Idade Média, com o propósito de punir os monges e clérigos que não cumpriam com suas funções. Eles eram obrigados a se recolherem em suas celas e dedicarem-se à meditação e à busca do arrependimento por suas ações, ficando dessa forma, mais próximos de Deus (FOUCAULT, 2014).

Inspirados com a ideia, os ingleses construíram em Londres, o que foi considerada a primeira prisão destinada ao recolhimento de criminosos. A *House of Correction* foi erguida no período entre 1550 e 1552, no entanto, sua utilização e conceito difundiram-se de forma acentuada no século XVIII. O objetivo principal era transformar a força de trabalho dos infratores em mão-de-obra útil. Este sistema foi considerado o embrião do sistema prisional, agregava em seu seio uma conjunção de casa de assistência aos necessitados (*poorhouse*) com oficina (*workhouse*) e instituição penal.

A Revolução Industrial encerrou a transição entre o feudalismo e capitalismo, ocasionando consequências sociais e penais, pois, ao mesmo tempo em que o processo industrial avançava, as pessoas perdiam seus postos de trabalho, provocando grande aumento na taxa de desemprego, conduzindo a massa empobrecida a buscar no crime a única alternativa de sobrevivência.

Com o avanço da revolução industrial, as casas correccionais fecharam as portas, assim, o cárcere passou a ser a principal forma de punição e, apesar da forma vertiginosa que as condenações cresciam os investimentos por parte do Estado na manutenção destes espaços diminuía. Esse desinteresse era fundado nos mesmos motivos que levaram as casa de correção à falência, ou seja, o estabelecimento de um numeroso exército de reserva que diminuiu o lucro proveniente da exploração desses locais, gerando a submissão das massas aos

desmandos de poucos, além de uma concepção de que a qualidade de vida na prisão deveria ser menor que o da massa livre, paralelo que acompanha até os dias de hoje as políticas para o sistema prisional.

Foucault (1997) enfatiza em sua análise, que ultrapassada a era do suplício, na qual a punição dirigia-se ao corpo, o castigo passa a atingir a alma.

Entra em cena era dos castigos incorporais. A partir de então, toca-se o mínimo possível no corpo, passando a acreditar em uma discricção do fazer sofrer, arranjando sofrimentos mais sutis para atingir algo que não é propriamente físico (FOUCAULT, 1997).

Segundo Foucault (1997) a liberdade é considerada dom e direito. Privando, coagindo e obrigando os indivíduos a se adequarem perante regras e normas, seria um castigo incorporal, a disciplina é a nova técnica de controle minucioso das operações do corpo, que realiza a sujeição constante de suas forças e lhes impõem uma relação de docilidade-utilidade.

Neste ponto situa-se a crítica de Foucault em relação aos estudos de Rusche e Kirchheimer (2004), para ele, as técnicas disciplinares próprias da prisão moderna são de extrema importância, como tecnologia de poder que devem ser postas em análise, para além da questão econômica. Em seus estudos, ele procura demonstrar que, as práticas disciplinares próprias da prisão têm um alcance que vai muito além dos muros da instituição, ao constituir tecnologias de poder que, partindo das práticas prisionais, espalham-se por toda a sociedade, em instituições como fábricas, hospitais, escolas, etc.

Outras críticas também são feitas aos estudos de Rusche e Kirchheimer (2004), no sentido de que os autores subestimam o papel desempenhado pelas forças políticas e ideológicas na configuração dos diferentes regimes punitivos, em análise unilateral centrada somente em um aspecto da complexa origem e função da instituição prisão, reduz de forma simplista a questão. Apesar das críticas ao trabalho apresentado, todos reconhecem que o pioneirismo das discussões propostas pelos autores abriu caminho para muitas questões que direcionam o debate do tema.

O percurso histórico da prisão no Brasil seguiu os mesmos passos do Ocidente, a tentativa de estabelecer leis que pudessem punir aqueles que infringiam as normas sociais esteve presente no país desde o período da Colonial, baseado no modelo de Portugal.

A partir de 1830, com o advento do Código Criminal do Império, a função da prisão começou a mudar, pois foi nesse estatuto que a pena de prisão começou a ser utilizado como sanção.

O primeiro estabelecimento prisional instituído no Brasil foi em 1834, Casa de Correção de São Paulo, posta em funcionamento apenas no ano de 1851. A partir do século

XIX, deu-se início ao surgimento de prisões com celas individuais e oficinas de trabalho, bem como arquitetura própria para a pena de prisão.

O Código Penal de 1890 possibilitou o estabelecimento de novas modalidades de prisão, considerando que não mais haveria penas perpétuas ou coletivas, limitando-se às penas restritivas de liberdade individual, com penalidade máxima de trinta anos, bem como prisão celular, reclusão, prisão com trabalho obrigatório e prisão disciplinar (BRASIL. SENADO FEDERAL, 1890).

No Rio Grande do Sul, no período colonial, a Cadeia Velha de Porto Alegre teve sua construção iniciada em 1794 e, só entrou em funcionamento em 1812, ainda com a função de contenção daqueles considerados os criminosos pela sociedade da época. Após 30 anos de atividade a prisão já estava em ruínas e superlotada (ARAÚJO, 2007).

Em 1852 foi iniciada a construção da Casa de Correção de Porto Alegre, no entanto, como demonstra Araújo (2007), a repressão da criminalidade e a aplicação das penas não estavam trazendo a tranquilidade social desejada. O novo estabelecimento prisional não foi suficiente para acabar com as masmorras coloniais espalhadas por outras cidades do Rio Grande do Sul. A obra só foi concluída em 1870 e, em 1876 já apresentava superlotação, chegando até segundo denúncias, não haver separação entre os sexos nas celas.

Os presos praticamente não possuíam qualquer espécie de direitos, o regime que determinava se o preso deveria, ou não ser mantido em isolamento celular, não podendo conversar, receber ou escrever cartas, sendo também proibidos de ler jornais ou livros. O trabalho só era permitido quando a pena fosse abrandada, devendo ser executado no mais absoluto silêncio, pois era considerado “prêmio” de bom comportamento para o apenado.

Os presos desenvolviam as atividades mais pesadas e degradantes junto às caldeiras da Usina do Gasômetro, sem as mínimas condições exigidas para o desempenho do trabalho, permanecendo expostos as mais altas temperaturas durante muitas horas.

O Hospício São Pedro existia desde 1884, mas somente em 1924 os criminosos doentes mentais passaram a cumprir suas “penas” no manicômio. Foi construído um pavilhão próprio aos infratores, separados dos loucos comuns.

Em 1939 foi instituído o Reformatório de Mulheres Criminosas, administrado pela Congregação de Nossa Senhora da Caridade do Bom Pastor d’Angeles (Instituto Feminino de Readaptação Social). E em 1981 foi adquirido pelo Estado e passou a chamar-se Penitenciária Feminina Madre Pelletier.

Em 1954 um grande incêndio provocado pelos detentos destruiu grande parte das celas da Casa de Correção de Porto Alegre. Nas áreas não atingidas, foram amontoados parte

dos presos. O restante foi distribuído por diversos cárceres do Estado. Inicia-se neste período a construção da Casa de Prisão Provisória, atual Presídio Central de Porto Alegre, que só foi inaugurado em 1959.

O Brasil, atualmente, ocupa o quarto lugar em número de população prisional no mundo e o primeiro na América do Sul. Dentre os Estados brasileiros, o Rio Grande do Sul está em sexto lugar com 30.848 apenados (RIO GRANDE DO SUL. SUSEPE, s/d). Conforme relatórios de inspeção realizados por juízes das Varas de Execução Criminal (BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, s/d), o país tem atualmente 602.449 pessoas no sistema prisional, distribuídas em 374.936 vagas, gerando um déficit de 227.513 vagas.

No Mutirão Carcerário realizado pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) no período de 2010 a 2011, foram vistoriados praticamente todos os estabelecimentos prisionais do país, e, infelizmente constatado as condições precárias e sub-humanas a que os presos são submetidos, além da ausência do Estado nestes espaços, tem ocasionado seu domínio por facções criminosas (BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2012)

Na gestão das unidades federativas têm-se, em geral, as secretarias de Estado a gerir o sistema prisional e determinar a promoção da política de ressocialização. Com algumas variações, os sistemas prisionais dos estados estão em pastas da Secretaria de Justiça, Segurança Pública, Secretarias Executivas de Ressocialização e mesmo Gestão Prisional e Administração Penitenciária.

O governo federal através do Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN) acompanha e controla a aplicação da LEP e das diretrizes da Política Penitenciária Nacional, emanadas principalmente, pelo Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP).

No Rio Grande do Sul a Superintendência dos Serviços Penitenciários (SUSEPE) é órgão responsável pelo planejamento e execução da política penitenciária no Estado, e encontra-se vinculada a Secretaria de Segurança Pública (SSP).

O atual cenário do sistema prisional brasileiro repercute de forma muito intensa na sociedade, pois a segurança surge como o principal requisito à garantia de direitos e ao cumprimento de deveres, estabelecidos nos ordenamentos jurídicos (CARVALHO e SILVA, 2011). Apesar desta garantia constitucional, sua efetivação, ou falta dela, não incide de maneira significativa sobre o cenário de insegurança vivenciado pela população, estimulando assim, a descrença nas instituições representativas da segurança pública, e seu caráter

repressivo gera um processo de "criminalização da pobreza" e, total ausência de respeito aos Direitos Humanos.

2.2 A Pobreza Encarcerada: O Perfil do Preso Brasileiro

Historicamente a prisão tem servido de instrumento para conter aqueles “não adequados”, papel que também foi desempenhado pelos espaços manicomiais em outros tempos.

Atualmente essa função continua a ser exercida pelas instituições prisionais, em crescente acirramento, cumprindo às exigências do modelo econômico neoliberal excludente. Loïc Wacquant, sociólogo francês radicado nos EUA, estuda a segregação racial, a pobreza, violência urbana, desproteção social e a criminalização na França e nos Estados Unidos da América, no contexto do neoliberalismo. O autor apresenta o conceito de Estado penal em detrimento do Estado Social, e questiona as estratégias de esvaziamento das ações de proteção social estatal no contexto neoliberal e emergência do Estado penal, que tem como resultado, a criminalização da pobreza (WACQUANT, 2001).

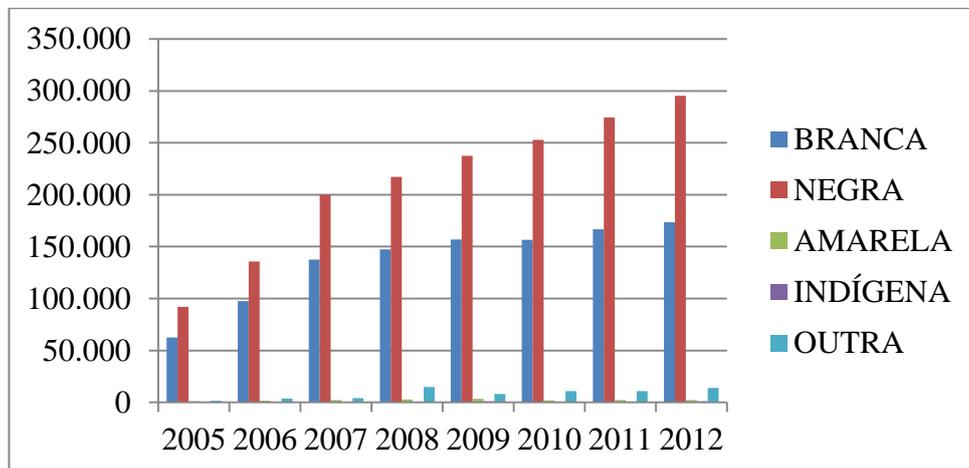
De acordo com Wacquant (2001), no processo de transição do Estado providência para o Estado penal nos Estados Unidos, o financiamento da assistência social foi reduzido à medida, e na mesma proporção, em que os recursos destinados ao sistema carcerário e policial aumentavam. Tudo isso, amparado por uma mudança nas concepções que transformaram a imagem daqueles que são beneficiários das políticas sociais em pessoas dependentes/parasitas do Estado Social. Aliado a esta concepção, a política de Tolerância Zero, instrumento utilizado para controle das camadas populares, deu respaldo jurídico ao encarceramento ao menor sinal de delinquência, fazendo com que a população carcerária norte americana aumentasse de forma estrondosa; contudo, as prisões não ficaram lotadas de criminosos perigosos, e sim, por usuários de drogas, autores de furtos ou de autores de simples atentados à ordem pública.

A situação americana é muito semelhante à brasileira, a qual é constatada a partir do perfil da população encarcerada no país, elaborado pela Secretaria Geral da Presidência e Secretaria Nacional de Juventude, com apoio do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), apresentado na publicação do Mapa do encarceramento: os jovens do Brasil (BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2015).

O mapa do encarceramento aponta que a população carcerária do país, em um período de sete anos teve crescimento de 74%, passando de 296.919 presos em 2005 para 515.482 presos em 2012.

Abaixo é demonstrado o perfil do preso no Brasil através de números, a partir das variáveis: etnia, faixa etária, escolaridade, relação entre o tipo de delito e o encarceramento, os gráficos foram organizados de acordo com os dados constantes no Mapa do encarceramento, relativos à série histórica de 2005 a 2012 (BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2015).

Figura 1 - População prisional segundo Etnia (cor/raça)-2005 a 2012



Fonte: BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2015.

A Figura 1 demonstra o acentuado e constante aumento do encarceramento da população negra¹, diferente da população branca, que apesar de ter apresentado crescimento no encarceramento, o mesmo estabiliza-se. A pesquisa demonstra que a taxa proporcional de encarceramento de negros em 2012 foi 1,5 maior que a de brancos (BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2015).

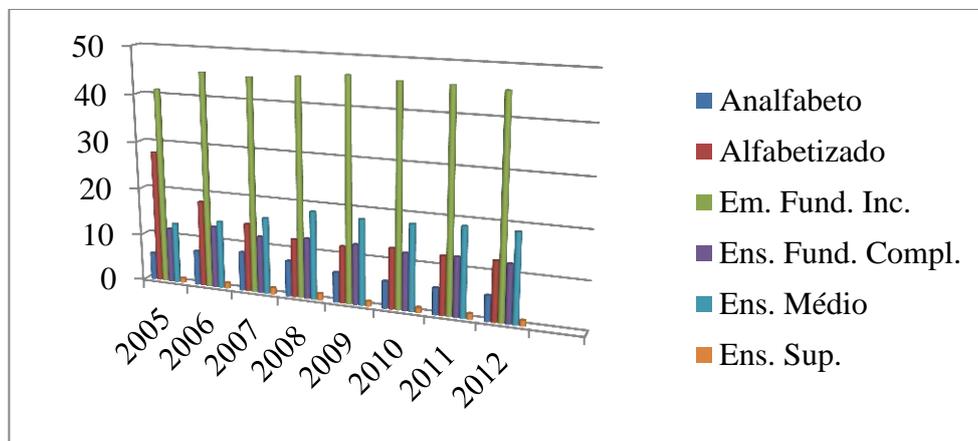
O Estado de São Paulo lidera o *ranking* entre os Estados brasileiros com o maior percentual de negros encarcerados. O Rio Grande do Sul encontra-se na sexta posição.

¹ Os dados coletados junto ao Infopen foram recategorizados utilizando-se a categoria negros para a somatória dos indivíduos classificados como pretos e pardos, conforme o padrão censitário desenvolvido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Desta forma, as tabelas e os gráficos desta publicação seguem este padrão. (BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2015).

Salienta-se na pesquisa a inconsistência de alguns dados relativos ao perfil do preso, por não fazerem parte dos campos obrigatórios dos relatórios que os gestores devem encaminhar para o Ministério da Justiça (MJ).

Em relação aos índios, sua presença no sistema prisional é irrisória, bem como a categoria amarela. O crescimento da categoria “outras”, utilizada pelos gestores, cresceu sete vezes no período analisado. Compromete a explicitação do dado fornecido, por falta de tipificação.

Figura2 - Percentual da população prisional segundo escolaridade (2005 a 2012)

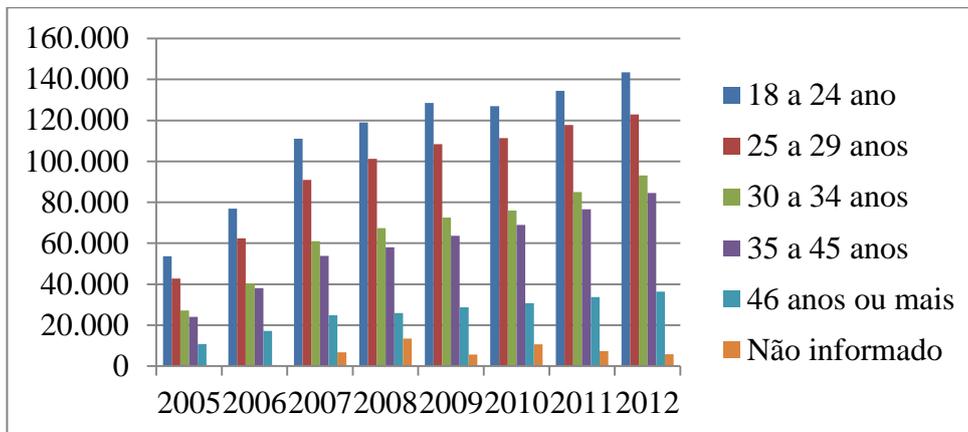


Fonte: BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2015.

Pode-se observar na Figura 2, que em relação à escolaridade, a grande maioria pessoas privadas de liberdade não concluíram o Ensino Fundamental. Percebe-se leve crescimento de pessoas com Ensino Médio, a presença de pessoas com Ensino Superior no sistema prisional é muito pequena.

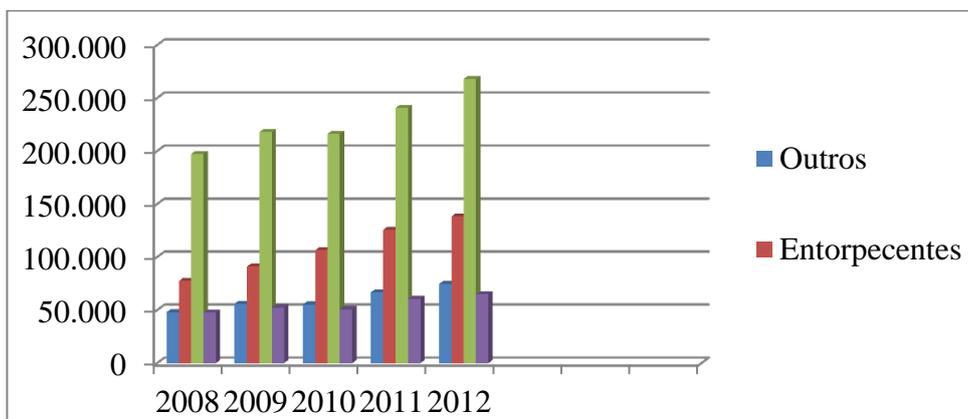
Na análise por região, a pesquisa revela que 44% dos presos analfabetos do país estão concentrados no Nordeste e 49% dos presos brasileiros com formação superior estão concentrados no Sudeste.

O Sudeste é ainda a região que concentra o maior percentual de presos alfabetizados e com os todos os níveis de escolarização do país.

Figura 3 - População prisional segundo faixa etária – (2005 a 2012)

Fonte: BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2015

Conforme Estatuto da Juventude é considerado jovem, as pessoas com idade entre 15 (quinze) e 29 (vinte e nove) anos de idade, desta forma ao analisar o gráfico percebe-se um assombroso e constante aumento do encarceramento da juventude (BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2013). A variação percentual da série histórica analisada na pesquisa demonstra que alguns Estados tiveram crescimento acima da variação nacional, que foi de 26%. Em contrapartida, três Estados tiveram decréscimo no encarceramento juvenil: Rio Grande do Sul, Paraíba e Roraima.

Figura4 - População prisional segundo tipos de crime – (2008 a 2012)

Fonte: BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2015.

Na categoria *outros*, os autores da pesquisa agruparam os crimes que, ao longo dos anos analisados, mantiveram representatividade igual ou menor que 5%. São eles: crimes contra os costumes (4,1%), contra a paz pública (1,6%), contra a fé pública (0,9%), contra a administração pública (0,2%), praticados por particular contra a administração pública (0,2%), Estatuto da Criança e Adolescente (0,2%), genocídio (0%), crimes de tortura (0%), contra o meio ambiente (0%), Lei Maria da Penha (0,6%) e Estatuto do Desarmamento (5%).

Quando se observa os tipos de crime mais cometidos pelos presos do Brasil, verifica-se que o mais recorrente é o patrimonial. Em apenas cinco Estados brasileiros o cenário não se repete: Amazonas, Espírito Santo, Acre, Roraima e Rio Grande do Sul; nestes estados o crime predominante é o de entorpecentes.

A partir dos números apresentados na pesquisa realizada pela Secretaria Geral da Presidência da República em parceria com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) constata-se a seletividade penal existente no Brasil. Os dados revelam que o aprisionamento é balizado em um perfil populacional (negros, jovens, baixa escolaridade) e relacionado a dois tipos de delitos prevalentes: crimes contra o patrimônio e tráfico de drogas. Evidenciando desta forma, o endurecimento penal contra grupos sociais já marginalizados e excluídos socialmente. Assim, em nome de uma política governamental de combate as drogas e de uma crescente insegurança da classe média e alta, ampliou-se de forma significativa a população encarcerada no país.

Outra estratégia utilizada pelos agentes do Estado no combate à criminalidade são os Autos de Resistência. Esse mecanismo tem sido utilizado como forma de “legalizar” as execuções dos ditos “criminosos” pelos órgãos da segurança pública. Segundo dados do Instituto de Segurança Pública do Rio de Janeiro, os homicídios decorrentes de intervenção policial no estado do Rio, os famosos autos de resistência, tiveram um aumento de 30% entre 2013 e 2014.

Esta seleção penal pode ser entendida a partir da Teoria do Etiquetamento, ou *Labeling Approach*, desenvolvida na década de 60. Ela se destina à identificação e caracterização das condutas desviantes, tendo como consequência a alteração na própria identidade do indivíduo.

Segundo Baratta (2003), o etiquetamento consiste na ratificação de um processo de interpretação, definição e tratamento em que alguns indivíduos pertencentes à determinada classe interpretam uma conduta como desviante, definem as pessoas praticantes dessa mesma conduta como desviantes e empregam tratamento que entendem apropriado, o que acaba as dessocializando, embrutecendo e estigmatizando.

Torna-se visível o processo da seletividade penal quando o sistema prisional seleciona pessoas ou ações, como também criminaliza certas pessoas segundo sua classe e posição social (ZAFFARONI e PIERANGELI, 2011).

A seletividade manifesta-se também, quando as instituições do sistema de justiça realizam constrangimentos e seleções para certos atores sociais (os bem afortunados e os desfavorecidos), gerando desigualdades de tratamento no campo da segurança pública e da justiça criminal. Os bem afortunados são aqueles cujas demandas por justiça transitam facilmente pelas estruturas judiciais e, suas infrações atraem pouca atenção da repressão penal. Desfavorecidos são os que simultaneamente atraem a repressão penal aos seus modos de morar, trabalhar, comerciar, viver e encontram muitas dificuldades em administrar os conflitos de que são protagonistas por regras e procedimentos estatais (SINHORETTO, SILVESTRE e SCHLITER, 2014).

Nessa perspectiva, Zaffaroni e Pierangeli (2011) destacam que:

“[...] Há uma clara demonstração de que não somos todos igualmente ‘vulneráveis’ ao sistema penal, que costuma orientar-se por ‘estereótipos’ que recolhem os caracteres dos setores marginalizados e humildes, que a criminalização gera fenômeno de rejeição do etiquetado como também daquele que se solidariza ou contata com ele, de forma que a segregação se mantém na sociedade livre” (p. 73).

Não obstante, historicamente as classes mais empobrecidas serem principal alvo do sistema penal, esta situação agravou-se com a adesão do país ao projeto político de perspectiva neoliberal, que teve início na década de 90, e foi orientado por organismos internacionais a partir do Consenso de Washington (1993)², trazendo consigo a desregulamentação das relações de trabalho, provocando desestruturação e precarização do trabalho, e a conseqüente desproteção social acirrada com a reforma do estado.

Enquanto o desemprego estrutural e o empobrecimento da população se ampliaram em níveis alarmantes, intensificando a ocorrência de condições de trabalho precarizado e sem vínculo empregatício, a ação reguladora do Estado foi diminuindo sua atuação, realizando apenas ações focalizadas e seletivas no enfrentamento da "questão social". Assemelhando-se a política de proteção social, existente no país antes da década de 80, que tinha como matriz

² O termo Consenso de Washington ficou conhecido como um conjunto de medidas de ajuste macroeconômico formulado por economistas de instituições financeiras como FMI e o Banco Mundial, elaborado em 1989. Entre essas “regras” que deveriam ser adotadas pelos países para promover o desenvolvimento econômico e social estavam: disciplina fiscal, redução dos gastos públicos, reforma tributária, juros de mercado, câmbio de mercado, abertura comercial, investimento estrangeiro direto, com eliminação de restrições, privatização das estatais, desregulamentação e desburocratização, direito à propriedade intelectual.

orientadora – a hierarquização no acesso a bens e serviços sociais - concepção de tutela de direito ao invés de igualitária e emancipatória, ocorrendo naturalização da pobreza e consequente desresponsabilização do Estado.

Essa concepção só começou a mudar a partir da redemocratização do país, e a promulgação da Constituição Federal de 1988, que trouxe em seu bojo conceitos como: direitos sociais, seguridade social, equidade, descentralização, universalização, controle social entre outros (BRASIL, 1988). Constituindo desta forma um novo padrão de proteção social. Apesar do país não ter vivido, nem próximo, a proteção social nos moldes Keynesianos, forças conservadoras neoliberais responsabilizaram este novo modelo pela crise econômica e fiscal vivida pelo Estado na década de 90.

Diante da crise, a solução encontrada pelo Estado foi adequar-se a ajustes fiscais e econômicos orientados por organismos internacionais, que penalizaram a população e preservaram o patrimônio privado, ampliando desta forma as desigualdades sociais. O Estado passa a reforçar seu poder punitivo e controlador sobre os marginalizados, prevalecendo o interesse econômico em detrimento ao interesse social, gerando assim, aumento da violência, à qual o Estado passou a responder com maior controle social punitivo e segurança policial, ocasionando expressivo aumento da população carcerária do país (COUTO, 1996).

Deste modo, a prisão ganha contornos aparentemente paradoxais, pois ao mesmo tempo em que seu uso é intensificado como mecanismo de controle, espera-se que ocorra inclusão destes indivíduos novamente a sociedade, a partir de processos de ressocialização dentro dos estabelecimentos prisionais.

2.3 Ressocialização e Reintegração Social: Entre o real e o ideal

O resgate histórico sobre a constituição da pena de privação de liberdade e prisão, bem como as reflexões e análises realizadas a partir da revisão bibliográfica sobre o processo de aprisionamento, são fundamentais para que se avalie a reintegração social, como possibilidade positiva neste processo.

Segundo dicionário do Pensamento Social do século XX (OUTHWAITE e BOTTOMORE, 1996), socialização são processos pelos quais os seres humanos são induzidos a adotar padrões de comportamento, normas, regras e valores do seu mundo social, que iniciam na infância e prosseguem ao longo da vida.

As diversas áreas de conhecimento que se dedicaram ao estudo deste tema, o abordaram a partir de um ponto de vista específico de seu conhecimento, por exemplo: a

psicologia concentrou-se nos processos de interação, em particular as relações mãe-filho; os antropólogos sociais concentraram-se na transmissão da cultura em sociedades pequenas e relativamente homogêneas; já os sociólogos estudaram instituições e subculturas em sociedades complexas como agentes de socialização.

Sendo assim, não existe uma teoria unitária da socialização, mas, em decorrência da grande influência do pensamento psicanalítico, algumas unanimidades foram constituídas. Um deles é o poder de socialização primária da família, que ocorre nos primeiros anos de vida. Nos demais estágios da vida do indivíduo, outras agências socializantes vão cumprindo este papel, como a escola e grupos de pares, ingresso no mundo do trabalho, exposição aos veículos de comunicação de massa, estabelecimento de uma família, vida comunitária, e finalmente as condições de aposentadoria.

À medida que a socialização acontece se processam a dominação de certos impulsos indesejáveis e, uma série de ajustamentos a determinados padrões culturais acontecem.

Historicamente associou-se a ação ressocializadora a pena de privação de liberdade, cujo objetivo inicial era evitar que o criminoso repetisse novas infrações, além de inibir que outros cidadãos violassem as leis criadas socialmente. A pena, desta forma tinha caráter de defesa social e, até por isso, não poderia ter como fim a punição e a prevenção de novos delitos.

Assim, deveria possibilitar primordialmente a recuperação ou ressocialização do infrator, o que o tornaria apto a regressar ao convívio social comportando-se dentro dos padrões instituídos.

Tomando como base o sistema de mosteiros da Idade Média, as prisões infligiam ao condenado, em menor ou maior grau, o isolamento, o silêncio e a leitura da bíblia. Nessas condições, a ressocialização ou reforma moral, seria resultado de um processo individual de reflexão e de arrependimento que o infrator efetivaria sobre si mesmo.

A legislação penal brasileira, ao trazer a ressocialização como um dos objetivos da pena de privação e liberdade, o faz sobre forte influência de um pensamento conservador de base positivista. Intenciona através dela, reeducar, reformar e adequar o indivíduo novamente ao convívio social, do qual ele desviou-se ao cometer um crime.

Sob este prisma, a finalidade da pena continua sendo a recuperação ou ressocialização, entretanto, não mais resultado de um processo individual de reflexão, processado pelo infrator com vistas ao arrependimento pelo mal causado a vítima e a sociedade. Agora, ela se torna sinônimo de “cura” a ser alcançada mediante tratamento a ser efetuado durante o cumprimento de pena. Assemelhando-se ao descrito na LEP/84 em relação

à classificação e individualização da pena (BRASIL. PRESIDENCIA DA REPÚBLICA, 1984).

Desta forma, pensar na reintegração social destes sujeitos é um grande desafio que está posto aos profissionais, que atuam no sistema prisional. Desafio este, que segundo Foucault (1997), está fadado ao insucesso, pois a prisão é um espaço de contradição por produzir delinquência enquanto busca a ressocialização e, assim, ela só é capaz de contribuir para a

“[...]manutenção da delinquência, na indução do interno a se tornar reincidente; ela transforma o infrator ocasional com seus pequenos delitos e ilegalidades em delinquente habitual; a organização da “sociedade do cárcere” ajuda a promover a solidariedade entre os internos para o mundo do crime e da delinquência”

Foucault (2014) argumenta que a discussão atual sobre esta temática, parece centrada em dois pólos: um realista e o outro idealista. No primeiro caso, há um reconhecimento científico de que a prisão não pode ressocializar, mas unicamente neutralizar os indivíduos aprisionados, muito em função de suas condições estruturais e funcionais, comprovada pelo alto grau de reincidência, além do fato que a pena carcerária para o delinquente não significa em absoluto uma oportunidade de reintegração à sociedade, mas um sofrimento imposto como castigo. Tal fato reforça o argumento da teoria que a pena deve neutralizar o delinquente, e/ou representar o castigo justo para o delito cometido. O segundo pólo incorre-se na “falácia idealista”: apresenta-se uma norma contrafactual que não pode ser concretizada, uma norma impossível.

Para Foucault (2014), no contexto da criminologia crítica, apesar da prisão não produzir resultados úteis para a ressocialização do sentenciado e, ao contrário, impõe condições negativas a esse objetivo.

A busca da reintegração do sentenciado à sociedade não deve ser abandonada. Esse abandono, segundo o autor, apenas implicaria na defesa de que a prisão só pode se constituir em um espaço de confinamento, para ele, precisa ser reinterpretada e reconstruída, sob uma base diferente. É necessário buscar formas de tornar o menos precário possível às condições do cárcere. Não apenas melhorar as condições estruturais, para efetiva reintegração social dos sentenciados. Precisa-se considerar seriamente, como política de curto e médio prazo, drástica redução da pena, bem como atingir ao mesmo tempo, a ampliação das possibilidades já existentes do sistema prisional, de real prática e realização dos direitos dos apenados à

educação, ao trabalho e à assistência social. E desenvolver, cada vez mais, possibilidades na esfera do legislativo e da administração penitenciária (BARATTA, 2014).

Outro desafio apontado por Baratta (2014) é a abertura da prisão à sociedade, e vice-versa, uma vez que o isolamento é um dos elementos mais negativos das instituições carcerárias, simbolizado pelos muros e grades. Portanto até que não sejam derrubados, pelo menos simbolicamente, as chances de “ressocialização” do sentenciado continuarão diminutas. Evidencia-se desta forma, o caráter contraditório da prisão, ao mesmo tempo em que segrega, almeja realizar a reintegração das pessoas.

Este é o diferencial na concepção de reintegração social, diferentemente da ressocialização, que busca uma mudança do sujeito.

A reintegração requer a abertura de um processo de comunicação e interação entre a prisão e a sociedade. Processo no qual os cidadãos reclusos se reconheçam na sociedade e esta, por sua vez, se reconheça na prisão, assumindo desta forma, sua parte de responsabilidade nos problemas e conflitos que se encontram “guardados” na prisão.

Logo, a reintegração social significa, antes de tudo, corrigir as condições de exclusão social, para que se possa conduzi-los a uma vida pós-cárcere, e, que não signifique simplesmente, o regresso à reincidência criminal, ou o à marginalização secundária a partir da volta a prisão (BARATTA, 2014).

A partir dessa ótica, é importante afirmar que, é de extrema relevância que este indivíduo seja acolhido pela sociedade de forma plena, para que possa quebrar as barreiras impostas pela exclusão social, usufruindo das políticas públicas que dão sustentabilidade a cidadania.

3. AS POLÍTICAS PÚBLICAS NO SISTEMA PRISIONAL: ALICERCES DA REINTEGRAÇÃO SOCIAL

A Reintegração Social é uma possibilidade a ser construída no processo de aprisionamento, e se relaciona diretamente as condições de vida intramuros e extramuros.

Nesse capítulo busca-se identificar as condições existentes no sistema prisional que darão sustentabilidade ao processo de reintegração social das pessoas privadas de liberdade. Condições estas, que somente poderão materializar-se de forma efetiva através de políticas públicas, construindo desta forma, momentos de aprendizagens significativas, que possam contribuir com a (re) construção de projetos de vida, de uma forma mais democrática e cidadã.

A Constituição Federal (CF) buscou a superação de um regime autoritário e almejou o estabelecimento de uma sociedade baseada em novos pilares, tendo o respeito e a dignidade humana, sido elevados a uma posição de destaque (BRASIL, 1988).

No entanto, a concretização dos Direitos Fundamentais – em especial dos direitos sociais – ainda se revelam como problema social, pois sua efetivação depende do investimento estatal em políticas públicas que sob argumento da crise fiscal do Estado, transformam-se em ações pontuais e compensatórias, prevalecendo o trinômio articulado do ideário neoliberal para as políticas sociais – a privatização, a focalização e a descentralização³ (BEHRING e BOSCHETTI, 2011).

Essa realidade atinge duplamente as pessoas privadas de liberdade, no sentido de que esta efetivação deficitária das políticas sociais contribui para o seu encarceramento, e dentro do sistema prisional sua ausência contribuirá com sua permanência e reincidência.

Desta forma, busca-se identificar quais as ações que estão sendo executadas na prisão, com a finalidade de realizar a quebra desse ciclo de reincidências, na perspectiva das políticas públicas. Conforme Souza (2007), não existe uma única, nem melhor, definição sobre o que seja a política pública, mas resumidamente pode-se defini-la,

“[...] como o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, “colocar o governo em ação” e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente).

³De acordo com a autora, a Descentralização aqui é “[...] estabelecida não como partilhamento de poder entre esferas públicas, mas como mera transferência de responsabilidades para entes da federação ou para instituições privadas e novas modalidades jurídico-institucionais correlatas” (BEHRING e BOSCHETTI, 2011).

A formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real” (p. 69).

As políticas públicas correspondem aos direitos assegurados constitucionalmente ou, que se afirmam graças ao reconhecimento por parte da sociedade e/ou pelos poderes públicos, enquanto novos direitos das pessoas, comunidades, coisas ou outros bens materiais ou imateriais. Suas diretrizes estão na Constituição Federal (BRASIL, 1988), devendo o Poder Legislativo organizá-las na forma de leis, o Poder Executivo realizá-las de modo mais adequado, o Poder Judiciário exercer o seu controle com participação ativa do Ministério Público, Defensoria Pública e, especialmente da sociedade civil organizada.

Portanto, a necessidade de políticas públicas no campo da realidade carcerária tem sua referência nas obrigações do Estado, visando o retorno do egresso prisional à convivência em sociedade, com condições de exercer sua plena cidadania.

A legislação penal reforça esta obrigação com a pessoa privada de liberdade, no sentido de garantir o acesso as políticas públicas, pois traz como um dos seus objetivos a ressocialização, para tanto, apresenta uma série de dispositivos de obrigação estatal, garantidores da prestação de assistência: material, à saúde, jurídica, educacional, social e religiosa ao preso (BRASIL. PRESIDENCIA DA REPÚBLICA, 1984).

O Ministério da Justiça, através do Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), órgão executivo responsável pela gestão e fiscalização das penitenciárias em todo o país, estabelece alguns eixos básicos para os projetos na área de Reintegração Social, como: Formação Educacional e Profissional dos Apenados, Internados e Egressos do Sistema Penitenciário Nacional, relaciona-se ao processo pelo qual se procura associar a elevação da escolaridade e a educação profissional, com o acesso ao trabalho e à geração de renda, de maneira a preparar o beneficiário para ingresso no mundo do trabalho, após o cumprimento da pena privativa de liberdade, principalmente no que concerne à capacitação das mulheres em privação de liberdade.

As orientações contidas no site do DEPEN fazem referência a um movimento de promoção dos direitos dos apenados, internados, egressos, dependentes e familiares, criando condições para que estes possam exercer a sua autonomia cidadã. Processos que devem ser mediados pela inclusão dos beneficiários na agenda das políticas públicas de governo e pelo apoio a ações de instituições públicas e privadas, de caráter permanente, que tenham como objetivo prestar atendimento aos beneficiários, na forma e nos limites da lei: material, jurídica, educacional, social, religiosa e principalmente à saúde ao egresso, após a edição do

Plano Nacional de Saúde no Sistema Prisional (PNSSP) (BRASIL. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA; 2008; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Embora as orientações oficiais deem conta de um processo inclusivo e abrangente, ressalta-se que, o sistema penitenciário brasileiro caracteriza-se pela descentralização, ou seja, cada Unidade Federativa possui mecanismos próprios para implantar suas políticas públicas, conforme dispõe a Constituição Federal, o que na prática, acarreta em ações diversas e diferenciadas, e na maioria dos locais, esta assistência não está presente de forma efetiva e, quando ocorre, atinge um percentual ínfimo de presos (BRASIL, 1988).

Historicamente, o trabalho prisional apesar de sua condição ambivalente entre direito e obrigação, tem sido um dos mecanismos mais utilizados nos processos de ressocialização. A título de incentivo a lei prevê o instituto da Remição - a cada três dias trabalhados reduz um da pena - Lei 7.210 art. 126, §3º (BRASIL. PRESIDENCIA DA REPÚBLICA, 1984).

Ainda de acordo com a Lei 7.210 art. 28, “[...] o trabalho do condenado, como dever social e condição de dignidade humana, terá finalidade educativa e produtiva” (BRASIL. PRESIDENCIA DA REPÚBLICA, 1984).

Desse modo, o trabalho do preso tem como objetivo a sua ressocialização. Entretanto, da forma como ocorre dentro dos estabelecimentos prisionais, ele não cumpre sua função de (re)inserção do preso no mercado de trabalho. Normalmente são atividades de manutenção do próprio espaço ou, atividades que não o qualificam para concorrer a uma vaga no mercado de trabalho, não produzindo desta forma, significado para o preso enquanto atividade laboral profissionalizante, com a qual poderá manter a si e sua família. O trabalho acaba simplesmente, cumprindo uma função de ocupar o tempo ocioso no cárcere, compartilhando da ideia de Goffman (2010) de “sentimento de tempo morto”.

De forma tímida e insuficiente, a educação é outra política que está presente no sistema prisional. A legislação penal indica uma obrigatoriedade somente no ensino fundamental, entretanto algumas ações dão conta de experiências no ensino médio, inclusive de nível superior. Mas a grande questão que se apresenta é como esta educação deve ser efetivada no contexto prisional, contraditório por natureza. Como bem apresenta Onofre e Julião (2013),

“[...] nesse espaço, encontram-se duas lógicas opostas sobre o que significa o processo de reabilitação, ou seja, o princípio fundamental da educação que é, por essência, transformador, e a cultura prisional, caracterizada pela repressão, ordem e disciplina, que visa adaptar o indivíduo ao cárcere” (p. 4).

Nesta perspectiva, pensar o universo da educação, significa ir além do processo educativo institucionalizado, a educação formal ou escolar, é agregar experiências educativas que ocorrem no cotidiano das pessoas, através do relacionamento com outras pessoas e com o seu ambiente. Desta forma, a educação torna-se base para a abertura de processos de inclusão social, cultural e econômica.

O Ministério de Educação estabeleceu algumas diretrizes para a oferta de educação a jovens e adultos em situação de privação de liberdade, nos estabelecimentos penais, aprovadas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE):

“Compreendendo a educação como um dos únicos processos capazes de transformar o potencial das pessoas em competências, capacidades e habilidades e o educar como ato de criar espaços para que o educando, situado organicamente no mundo, empreenda a construção do seu ser em termos individuais e sociais, o espaço carcerário deve ser entendido como um espaço educativo, ambiente socioeducativo. Assim sendo, todos que atuam nestas unidades – dirigentes, técnicos e agentes – são educadores e devem estar orientados nessa condição. Todos os recursos e esforços devem convergir, com objetividade e celeridade, para o trabalho educativo” (BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2010).

Desta forma, amplia-se a concepção de educação no sistema prisional, que envolve bem mais do que dispor de um espaço físico e um profissional educador. Ela envolve uma atenção aos profissionais que atuam no sistema, pois é geradora de interações entre os indivíduos e promove redes afetivas, permitindo a (re)conquistada cidadania. Desta maneira o investimento nos trabalhadores é essencial para estes processos acontecerem.

O projeto de intervenção elaborado e aplicado no decorrer do estágio curricular, ocorrido no período de Março/2013 a Julho/2014, junto aos presos do Presídio Central de Porto Alegre (PCPA), teve como um dos pilares a educação, que inserida em um espaço repressivo, potencializa processos reflexivos e educativos para além da educação escolar, corroborando com a construção de espaços onde o indivíduo em privação de liberdade pode (re)significar o mundo como algo dinâmico e inacabado, tornando-se protagonista de sua história.

Entretanto, a realidade dos estabelecimentos prisionais do país, é um dos grandes limitadores na execução de uma política de educação, nestes moldes, tendo em vista que: a) os espaços são inadequados, b) há carência de material essencial e de apoio, c) em decorrência das precariedades e carências (RH/Material) aludidas, o número de vagas ofertadas é muito limitado; d) há desmotivação dos profissionais e do próprio preso; e) são diversas as barreiras e limitações a serem enfrentadas, que necessitam de articulação intersetorial e responsável por

parte do poder público, para a efetivação de uma política pública educacional no âmbito prisional.

Para ilustrar tal afirmativa, trago novamente a experiência no PCPA. Em diversos atendimentos realizados pela estagiária foi demandada pelos presos a inclusão na escola, solicitação que em todo o período de estágio (18 meses) foi atendida uma única vez, dos diversos encaminhamentos feitos.

No PCPA funciona um Núcleo Estadual de Jovens e Adultos (NEEJA) disponibilizado pela Secretaria Estadual de Educação e Cultura (SEC). A escola ocupa um espaço pequeno, que não comporta a demanda existente. Na época oferecia duzentas (200) vagas entre o Ensino Médio, Ensino Fundamental e na Alfabetização.

Em relação à política de segurança, o governo criou o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (PRONASCI). O PRONASCI possui ações no sentido de criar novas vagas prisionais, com a construção de prisões especiais, destinadas aos presos de 18 a 24 anos, com estrutura administrativa diferenciada (salas de aula, salas de informática, espaços produtivos, etc.), de forma a operar com metodologia e modelo de gestão, próprios para o público jovem. No entanto, estas ações não atingem os indivíduos que se encontram sob a custódia do Estado. Esses indivíduos encontram-se mais vulneráveis a violência e a opressão dentro de um espaço de segurança, do que talvez fora dele.

De acordo com dados apurados pelos pesquisadores da Secretaria Geral da Presidência da República, Secretaria da Juventude e do PNUD (BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2015), a assistência jurídica é uma das maiores carências no sistema prisional.

Dados indicam que é alto o número de presos que permanecem no sistema, mesmo já tendo cumprido o tempo estabelecido na pena decretada pela justiça, fato decorrente da ausência de advogado/defensor público para movimentação de seu processo junto a Vara de Execução Criminal.

Outro dado verificado na pesquisa foi o referente ao tempo de condenação, cerca de 18% dos presos condenados cumprem pena de até quatro anos, que, de acordo com a legislação, poderiam ser substituídas por penas alternativas em boa parte dos casos. Da mesma forma, o número de prisões preventivas que ultrapassam o prazo legal é imenso dentro do sistema.

Desde 2008, o CNJ realiza Mutirões Carcerários, que tem como objetivos garantir e promover os direitos fundamentais na área prisional. Neste período realizaram a revisão de mais de 400 mil processos de presos, além de mais de 80 mil benefícios concedidos, como:

progressão da pena, liberdade provisória, direito a trabalho externo, entre outros (BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2012).

De maneira geral, boa parte da assistência oferecida aos presos relativa à cultura, lazer, espiritualidade e até mesmo assistencial, são realizadas por organizações não governamentais (ONGs) que atuam no sistema prisional. Uma das mais tradicionais é a Pastoral Carcerária, que está presente em todo o sistema prisional brasileiro. Da mesma forma que diversos grupos religiosos prestam assistência espiritual e material aos presos, organizações ligadas a movimentos de direitos humanos e instituições acadêmicas transitam pelos estabelecimentos prisionais, prestando auxílio e suporte jurídico, psicológico e orientação aos presos e familiares.

A participação da sociedade no processo de implantação de políticas públicas no sistema prisional é essencial para sua efetivação. A própria legislação penal formalizou a presença do controle social através do Conselho de Comunidade, que representa a instância de participação da comunidade local junto aos presídios.

Porém, como avalia Wolff (2014), a prática que tem sido observada nos diferentes estados brasileiros remete, em muitos casos, a ações pontuais destinadas apenas a suprir necessidades materiais dos presídios ou àquelas atividades de cunho assistencialista. Deixa-se, assim, de imprimir o caráter mais estrito de representação da sociedade local na problemática que envolve os presos e os egressos do sistema penitenciário.

O Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) constituiu um grupo de trabalho para discutir a participação dos Assistentes Sociais nos Conselhos da Comunidade, pois entende que esta representação não condiz com as exercidas nos conselhos de direitos e sim como atuação voluntária de caráter técnico, envolvendo desta forma a questão ética na participação dos Assistentes Sociais em um espaço que apresenta características “assistencialistas”, e não uma prática cidadã participativa. Este Grupo de Trabalho (GT) do CFESS/CRESS (Conselho Regional de Serviço Social) sinaliza a tendência de fortalecer a participação de profissionais, mas que seja na perspectiva da defesa dos direitos das pessoas em cumprimento de pena e, portanto, reforçam a necessidade de alteração da lei (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2011).

Por fim, em relação à assistência a saúde, até o lançamento do PNSSP, não existia uma política estabelecida em relação à saúde, o cuidado era realizado de forma pontual e restrito a algumas patologias, principalmente em relação ao HIV/AIDS (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Com a implementação do PNSSP e o posterior

lançamento da PNAISP, este cenário sofre algumas alterações, que serão analisadas em maior profundidade no próximo tópico (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014a).

3.1 A Saúde no Cárcere: Entre o cuidar e o vigiar

3.1.1 O Cenário

Historicamente a saúde da população privada de liberdade não é considerada no processo prisional. Diversos são os estudos que evidenciam total ausência de assistência ao condenado, à violência que são submetidos, a precariedade dos espaços, falta de higiene, alimentação insuficiente e ausência de atividades físicas, são alguns dos fatores que provocam o adoecimento deste sujeito.

Desta forma, a pena privativa de liberdade, instituída no século XVIII, como tentativa de humanização de um direito penal, até então baseado quase que exclusivamente em penas corporais, foi se mostrando mais desumana do que as torturas e mutilações de antes. Somente após um processo de luta e de conscientização dos direitos humanos, mesmo que vagarosa, refletiu nas legislações.

A despeito da adesão do Brasil aos tratados internacionais, a saúde da população que se encontra em unidades prisionais no Brasil tem sido feita sob a ótica reducionista e curativa, apesar dos altos índices de tuberculose, pneumonias, dermatoses, transtornos mentais, hepatites, DST/AIDS, além de outros agravos prevalentes na população brasileira, observados no âmbito destas instituições.

Diante desta realidade caótica, de constantes violações de direito, o direito a saúde também foi violada, não obstante, a todo um conjunto de dispositivos legais que dão suporte a este direito. A começar pelo Art. 196 da Constituição Federal,

“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).

A LEP/1984, no artigo 14 da seção III, atinente à assistência à saúde, aponta que:

“A assistência à saúde do(a) preso(a) e do(a) internado(a) de caráter preventivo e curativo, compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico. Quando o estabelecimento penal não estiver aparelhado para prover a assistência médica

necessária, esta será prestada em outro local, mediante autorização da direção do estabelecimento” (BRASIL. PRESIDENCIA DA REPÚBLICA, 1984).

Apesar do foco desta legislação, ser um atendimento em saúde a partir do tratamento e nas especialidades (médico, farmacêutico, dentista), em uma lógica de saúde como ausência de doenças, tendo em vista a mesma terem sido construídas antes da Constituição Federal, que trouxe um enfoque da saúde como direito de todos, e com diretriz no sentido do atendimento integral, com prioridade às ações preventivas, de promoção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988), que conforme a carta de intenções da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em 1986, denominada Carta de Ottawa, define a promoção à saúde como:

“[...] o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. Assim, a promoção à saúde não é responsabilidade exclusiva do setor da saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global”.

Ao pensar a saúde no contexto prisional, deve ser levado em conta questões que influenciam de forma significativa as ações relativas à promoção de saúde neste ambiente, como a superlotação, problemas estruturais, carência de recursos humanos e principalmente questões relativas à segurança.

Aliado a isso, o ambiente insalubre torna propício à proliferação de epidemias e contágio de doenças, além destes fatores, a falta de higiene, a insuficiência na alimentação (por, muitas vezes dependem exclusivamente da alimentação fornecida pelo Estado). O isolamento, abandono, sedentarismo e uso de drogas também são fatores que interferem na condição de saúde deste sujeito, principalmente na área da saúde mental (FERRAZ, 2014).

Importante destacar também, que ingressam pessoas com sérios problemas de saúde como: Hepatite C, Tuberculose, HIV/AIDS, sífilis e outras enfermidades, levando a concluir que o sistema prisional tem suas limitações, mas uma parcela de sua demanda de atendimento em saúde advém de um sistema de saúde deficitário, que é ofertado à população em geral. No entanto, mesmo diante deste quadro, a assistência à saúde dentro dos presídios ainda é voltada somente para o emergencial e curativo.

3.1.2 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP): Um novo olhar para Saúde

Diante do cenário expresso pelos altos índices de contágio de HIV dentro do sistema carcerário, o mesmo foi incluído como prioridade, juntamente com as áreas de prostituição e homossexualidade, para a elaboração de políticas mais adequadas a estes segmentos, através da Portaria MS/GM nº 485 29/03/95 (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1995).

A Portaria Interministerial MS /MJ nº 2.035, instituiu a comissão interministerial, com a atribuição de definir estratégias e alternativas de promoção e assistência à saúde, no âmbito do sistema penitenciário nacional (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

O trabalho desta comissão resultou na formulação do PNSSP, instituído pela Portaria Interministerial nº 1777, construído com a participação de diversas áreas técnicas dos Ministérios da Saúde e da Justiça e com a participação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Este plano tinha como objetivo prestar atendimento de saúde as pessoas privadas de liberdade, a partir da constituição de equipes de saúde, que atuariam dentro dos estabelecimentos prisionais, priorizando as ações de promoção da saúde e de atenção no nível básico, relativo à saúde bucal, saúde da mulher, doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, saúde mental, hepatites, tuberculose, hipertensão, diabetes, hanseníase, bem como, a assistência farmacêutica básica, imunizações e coleta de exames laboratoriais.

Em de janeiro de 2014, através da Portaria Interministerial nº 01, foi instituída a PNAISP no âmbito do SUS (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014a).

É objetivo geral da PNAISP, garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional, ao cuidado integral no SUS. Em 01 de abril de 2014, foram instituídas as Normas para a operacionalização da PNAISP no âmbito do SUS. Esta portaria normatiza o funcionamento dos serviços em relação às normas arquitetônicas penais e sanitárias, bem como, a constituição das equipes de trabalho, que terão a composição definida de acordo com o número de presos custodiados, os serviços de saúde serão prestados por equipes multiprofissionais, denominadas Equipes de Saúde no Sistema Prisional (ESP) (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014b).

A política determina que as ações e os serviços de atenção básica em saúde serão organizados nas unidades prisionais e, realizados por equipes interdisciplinares de saúde. O

acesso aos demais níveis de atenção em saúde, serão pactuados e definidos no âmbito de cada estado, em consonância com os Planos Operativos e aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e do Conselho Estadual de Saúde (CES).

Conforme a portaria nº 482/MS, os serviços de saúde nos estabelecimentos prisionais serão conformados de acordo com a população prisional e o funcionamento dos serviços, classificando-se em 3 (três) faixas:

I - unidades prisionais que contenham até 100 (cem) custodiados: serviço de saúde com funcionamento mínimo de 6 (seis) horas semanais;

II - unidades prisionais que contenham de 101 (cento e um) a 500 (quinhentos) custodiados: serviço de saúde com funcionamento mínimo de 20 (vinte) horas semanais; e

III - unidades prisionais que contenham de 501 (quinhentos e um) a 1200 (um mil e duzentos) custodiados: serviço de saúde com funcionamento mínimo de 30 (trinta) horas semanais” (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014b).

A partir deste marco legal diversos estabelecimentos prisionais em todo o país começaram a contar com a presença de ESP, que trazem como desafio, mudar o panorama desigual da distribuição de serviços e o acesso a saúde no espaço da prisional.

O Rio Grande do Sul aderiu a esta política em 2005 e, conforme dados da Secretaria Estadual de Saúde (SES)/RS, existem atualmente cerca de vinte e cinco equipes de atenção básica de saúde prisional e dezoito Unidades Básicas de Saúde Prisional (UBSp), distribuídas nos diversos estabelecimentos penais do estado.

A PNAISP orienta que, estabelecimentos com menos de 100 presos não terão equipes exclusivas. O atendimento será realizado no próprio estabelecimento por profissionais da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), respeitando a composição da equipe citada anteriormente, e com carga horária mínima de quatro horas semanais.

A política tem como público alvo os custodiados pelo Estado, em caráter provisório ou sentenciados para cumprimento de pena privativa de liberdade, ou medida de segurança, não contemplando desta forma, a totalidade da população prisional, que acaba utilizando os serviços públicos existentes no território do estabelecimento prisional em que se encontra. Este fato pode gerar desassistência ao preso, pois demanda a presença de escolta, que em cenário de carência de recursos humanos, pode inviabilizar o acesso à saúde (SÁ E SILVA, 2009).

Apesar disso, a PNAISP vem como potente dispositivo para fazer frente às iniquidades existentes nas prisões, construindo um novo modelo de conhecimento e

intervenção na vida do preso, visando acesso democrático e justo á saúde, principalmente se for consideradas as diretrizes estabelecidas para a execução da política, como a concepção de integralidade, que fundamenta o modelo do SUS. Representa assim, um passo extremamente relevante a ser dado pelo Estado e pela sociedade na criação de laços de reciprocidade com o cárcere, estabelecendo uma forma de diálogo com as pessoas que ali se encontram, através de outra linguagem que não a da violência e exclusão (SÁ E SILVA, 2009).

De acordo com Cecilio e Merhy (2003), a integralidade do cuidado que cada pessoa real necessita frequentemente ser transversal a todo o “sistema”. Não há integralidade radical sem esta possibilidade de transversalidade. A integralidade do cuidado só pode ser obtida em rede. Portanto, ela exige a articulação dos profissionais, constituindo como um desafio ao sistema de saúde, sobretudo, nos diferentes espaços em que a saúde atua.

No espaço prisional, esta articulação necessita romper com processos instituídos e cristalizados no que tange ao cuidado em saúde, e a relação com os presos, sendo imprescindível a corresponsabilização das instâncias da segurança pública nesse processo, alterando a lógica de trabalho compartimentado, que prevalece nestes espaços.

O preso deve ser o elemento estruturante de todo processo de produção em saúde. Desta forma, a responsabilidade de promover a educação em saúde, que conforme D’el-Rey, (1998)(apud FERRI; LOUREIRO E GODOI, 2013), consiste em uma prática social situada na interface do campo da saúde/educação, porque é vivenciada por indivíduos ou grupos sociais, afetando o cotidiano destes, e cabe a todos os trabalhadores da instituição. Garantindo assim, a integralidade do processo do cuidado em saúde e, conseqüentemente do processo de reintegração social.

“Dessa maneira, a educação em saúde pode propiciar ao indivíduo o conhecimento da realidade e dos fatores que afetam o ambiente em que vive, estimulando-o a buscar transformações alternativas para a melhoria de sua qualidade de vida”. (D’el-Rey, 1998,apud FERRI; LOUREIRO E GODOI, 2013).

Desse modo, a atuação do Assistente Social deve buscar a construção de processos emancipatórios, que possibilitem a estes indivíduos, apesar da condição de subalternidade em que se encontram perceberem-se cidadãos de direitos. Para isso,

"[...] a socialização das informações é um componente fundamental para a viabilização de direitos, pois se apresenta como uma ação de fortalecimento do usuário para acessar esses direitos e para mudar a sua realidade" (Silva, 2000, apud MIOTO, 2009).

Este processo requer não somente disponibilizar a informação, mas propiciar a sua compreensão e, ao mesmo tempo, garantir que o seu conhecimento seja levado em conta pelos profissionais na construção de estratégias de cuidado.

Buscando ampliar a perspectiva em relação à atuação da PNAISP como um dispositivo capaz de potencializar processo de reintegração social, realizou-se uma pesquisa documental, com o objetivo de perceber a totalidade deste processo.

3.2 A Implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde Prisional no Território Nacional: Pesquisa Documental

A partir das vivências no período do estágio curricular na UBS-p e, no decorrer do processo de construção do projeto de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) I, algumas inquietações e dúvidas surgiram em relação à saúde no sistema prisional, principalmente no tocante ao trabalho de prevenção e promoção de saúde. Em um espaço onde a comunicação é totalmente verticalizada e a segurança tem primazia sobre todas as ações, o cuidado em saúde preconizado pela política de saúde torna-se uma tarefa de difícil execução. Segundo Pinheiro e Guizardi, (2004) (apud FERRI; LOUREIRO e GODOI, 2013) “a definição de cuidado é indissociável de sua integridade: É o tratar, o respeitar, o acolher, o atender o ser humano em seu sofrimento, em grande medida fruto de sua fragilidade social”.

Apesar disto, informações oficiais dão conta de significativa melhora na qualidade e na abrangência de cobertura de saúde no cárcere, a partir da implantação do PNSSP. Desta forma, esta pesquisa documental almeja verificar como está ocorrendo à implementação desta política no território nacional, especial no Rio Grande do Sul.

Utilizou-se como método, a Análise de Conteúdo, por não se tratar de um instrumento [...] mas de um leque de apetrechos; ou, com maior rigor, será um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações (BARDIN, 2009).

A autora apresenta um conjunto de fases indispensáveis para se alcançar o objetivo da pesquisa de forma mais precisa. A primeira é a “pré-análise” que compreende a operacionalização e sistematização inicial das ideias, visando à condução de um esquema preciso, para o desenvolvimento das operações seguintes, resultando em indicadores que fundamentam a interpretação final.

Nesta fase, para estabelecer as categorias iniciais da análise, foi realizada leitura flutuante do material e, para orientar a sistematização e análise dos dados identificados no

decorrer da pesquisa, foi construído um roteiro (Apêndice A), que serviu também de guia para a exploração inicial do material, e posterior categorização do mesmo.

Conforme a autora, os critérios de homogeneidade (os dados devem referir-se ao mesmo tema, serem obtidos por técnicas iguais e colhidos por indivíduos semelhantes), representatividade (amostra deve representar o universo), exaustividade (esgotar a totalidade da comunicação), pertinência (os documentos devem adaptar-se ao conteúdo e objetivo da pesquisa) e exclusividade (um elemento não deve ser classificado em mais de uma categoria), também devem ser levados em conta na elaboração das categorias, na análise dos documentos selecionados para a pesquisa estes critérios foram considerados. Após foi realizada a escolha dos documentos pertinentes à análise.

A segunda fase constituiu-se da exploração do material, auxiliada pelo roteiro constante do apêndice A., Foram escolhidas unidades de codificação das informações obtidas: objetivos da PNAISP, público alvo, abrangência e financiamento.

E, finalmente, na terceira fase, o tratamento dos resultados, com inferência e interpretação. Os resultados brutos foram ajustados de maneira que fossem significativos e válidos, permitindo a compreensão dos fatores que acompanham a implementação da PNAISP no país e, particularmente, no Rio Grande do Sul.

O esforço empreendido nesta pesquisa foi realizar uma atualização destes dados, tarefa que se mostrou adversa, tendo em vista que o acesso a algumas informações é restrito a pessoas com vínculo institucional os órgãos estudados. Os dados que são disponibilizadas para o livre acesso da população não contemplam totalmente as necessidades da pesquisa. A maior parte dos dados aqui apresentados são resultados de sistematizações organizadas pelos governos federal e estadual.

Também foram de extrema relevância as informações constantes no site do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), que desenvolveu uma ferramenta – Geopresídios - que possibilitou um acompanhamento da realidade do sistema prisional (BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2014). Os dados são atualizados tendo em vista as inspeções mensais realizadas pelos juízes das Varas de Execuções do país por determinação do CNJ.

Desta forma, foi necessária uma ampliação das fontes iniciais, quais sejam – os sites oficiais das Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais, Planos Operativos dos Estados, Relatórios de Gestão das Secretarias Estaduais de Saúde, Sistema de Transferência do Incentivo para Atenção a Saúde no Sistema Penitenciário, Sistema de Informações Penitenciárias (INFOPEN) entre outros.

Assim, obteve-se os seguintes documentos analisados : a) Relatório do Projeto de Pesquisa “Do Plano à Política: garantindo o direito à saúde para todas as pessoas do sistema prisional”(2012), que foi o embrião da política e trouxe novas perspectivas para a saúde no sistema prisional; b) Relatórios do Conselho Nacional de Justiça (BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2014), c) Programa Geopresídios (BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2014); d) Documento de Sistematização sobre a Política Estadual de Atenção Básica de Saúde Prisional – Rio Grande do Sul(RIO GRANDE DO SUL. SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, 2014); e) Portaria Interministerial nº 01/2014 - PNAISP no âmbito SUS (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014^a); f) Portaria Interministerial Nº 1777/2003 PNSSP (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003); g) Resoluções da Comissão Intergestores Bipartite (CIB/RS, 2011) (RIO GRANDE DO SUL. SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, 2011); h) Sala de Situação em Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, SALA DE APOIO A GESTÃO ESTRATÉGICA, 2015); i) Documento sobre a Política de Atenção Integral à Saúde Prisional(RIO GRANDE DO SUL. SUSEPE, 2011); j) Mapa encarceramento: os jovens do Brasil (BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA,2015); k) Relatório da Situação Atual do Sistema Prisional: Assistência a Saúde (BRASIL. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2008).

A exploração desses documentos evidenciou como categoria de análise: a) Saúde Prisional, b) Equipes de Saúde Prisional, c) Estabelecimentos Prisionais, d) População Prisional. Entende-se que as categorias são conceitos classificatórios, carregados de significação, por meio dos quais a realidade é pensada de forma hierarquizada (MINAYO, 2007).

As categorias de análise selecionadas representam o desenho do planejamento da PNAISP, tendo por objetivo verificar como está ocorrendo à implementação da política no território nacional e, especialmente no Rio Grande do Sul. A partir da mudança do paradigma da saúde prisional, a delimitação do público alvo e a forma como o acesso a saúde será efetivado nos estabelecimentos prisionais. Para a análise da implantação da política utilizou-se as categorias referidas anteriormente, para identificação em todo o país e, no Rio Grande do Sul.

3.2.1 A PNAISP no Brasil

3.2.1.1 Saúde Prisional

Um dos documentos que auxiliou na análise das categorias elencadas foi o relatório do projeto de pesquisa “Do Plano à Política: garantindo o direito à saúde para todas as pessoas do sistema prisional” (2012), coordenado pelo Prof. Dr. Martinho Braga Batista e Silva, cujo objetivo foi realizar uma revisão da implementação do PNSP, visando a elaboração das bases da política.

O referido plano foi implantado em 2003, com a seguinte missão: “prover a atenção integral à saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas”. A concepção de saúde trazida neste documento difere da até então vigente na LEP/84, e nas ações estabelecidas pelo governo, que buscavam garantir tratamento e prevenção em saúde às pessoas presas, particularmente atendimento médico, odontológico e farmacêutico (BRASIL. PRESIDENCIA DA REPÚBLICA, 1984).

Já, o PNSSP/03 veio na perspectiva de garantia do direito à saúde e a diretriz no sentido do “atendimento integral” (“com prioridade às ações preventivas, sem deixar de contemplar as assistenciais”), o foco era na prevenção, promoção e recuperação da saúde, bem como na atenção básica.

A atenção integral aponta para outra composição entre atenção básica e especializada, na qual se deve garantir atenção básica dentro dos estabelecimentos penais e referenciar para a atenção especializada (internações e exames, por exemplo) fora dos mesmos, nos próprios hospitais, unidades básicas de saúde, ambulatórios e laboratório que compõe o SUS (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

3.2.1.2 Equipes de Saúde Prisional

A partir dessas categorias pode-se inferir de que forma está ocorrendo o processo de implementação da política de saúde prisional. O relatório de avaliação do PNSSP/03 apontou que em 2012, 23 dos 27 estados da federação aderiram ao PNSSP e foram qualificados (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), havia na época 250 EPEN no território nacional, localizadas em 230 dos 1.771 estabelecimentos prisionais.

Segundo o INFOPEN, abarcando aproximadamente 30% da população penitenciária e 10% da carcerária⁴.

A revisão da implantação do PNSSP até 2012 mostrou que financiamento, recursos humanos e processo de trabalho em equipe provocaram também grandes impasses, principalmente em relação à formação das equipes mínimas, pois em virtude do grande número de especialidades, os municípios tiveram dificuldade de montá-las para realizar a qualificação junto ao Ministério da Saúde.

Atualizando estes dados através do CNES, percebe-se que não houve grande incremento das Equipes de Saúde Prisional, atualmente há 299 equipes distribuídas em 26 estados da federação. Somente no estado do Piauí não existe equipe cadastrada, situação já apontada no Relatório da Situação Atual do Sistema Prisional: Assistência a Saúde de 2008 (BRASIL. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2008). A justificativa apresentada pelo governo estadual era a falta de profissionais interessados em trabalhar no sistema prisional, a assistência à saúde era realizada através de convênios com hospitais públicos e prestadores de serviços.

Depreende-se destas informações, que em termos nacionais, a situação da assistência em saúde no sistema prisional tem avançado de forma lenta e desproporcional. Uma das hipóteses para esta situação é a forma como ocorre à implementação da PNAISP, uma vez que, é facultado aos estados aderirem ou não a política. Da mesma forma aos municípios que tenham estabelecimentos penais.

Importante ressaltar que o preso, pelo censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), é considerado residente do município/estado em que se encontra privado de liberdade, portanto, em tese, já considerado nos cálculos de financiamentos federais a saúde para atenção primária, secundária e terciária, ou seja, a Política Nacional de Saúde é apenas um complemento, não sendo obrigatória a sua adoção pelos estados.

A limitação na implementação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário é notória. Exemplificando, o estado do Pará, que possui em seu território 144 estabelecimentos prisionais, no entanto apenas possui 5 equipes de saúde cadastradas. Da mesma forma o Rio Grande do Norte com 170 estabelecimentos e 3 equipes de saúde. Esses dois exemplos já nos dão a dimensão da falta de investimento na saúde prisional.

⁴A População Carcerária é composta por presos provisórios, condenados, em prisão domiciliar e no semiaberto e aberto. População Penitenciária é composta pelos presos que já foram julgados e condenados.

Dentre os objetivos da política, além de contratar uma equipe de saúde, está à reforma e equiparação das próprias Unidades Prisionais e, a organização das ações e serviços de atenção básica. No entanto, diante de uma realidade de espaços prisionais deteriorados e sucateados, o valor do incentivo para atenção à saúde no Sistema Penitenciário torna-se irrisório, corroborando desta forma para o desinteresse dos Estados e Municípios em aderirem à política.

Apresenta-se a seguir as categorias população prisional e estabelecimentos prisionais, de forma conjunta, por ambas estarem intimamente relacionadas.

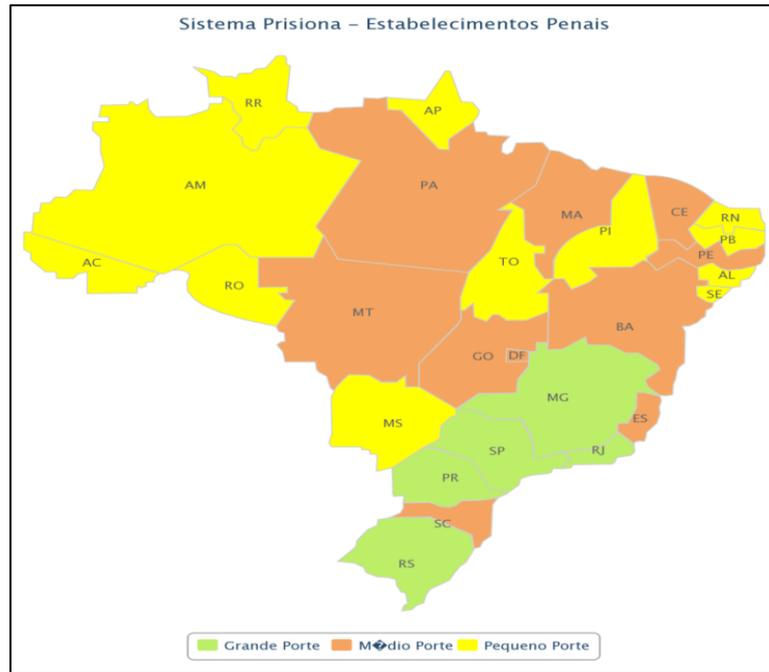
3.2.1.3 População Prisional e os Estabelecimentos Prisionais

O relatório do projeto de pesquisa “Do Plano à Política: garantindo o direito à saúde para todas as pessoas do sistema prisional” (2012) apontou algumas limitações encontradas inicialmente para a execução do PNSSP. Por exemplo, a ausência de sistematização precisa dos dados relativos ao sistema prisional, tais como – número de presos e estabelecimentos prisionais, pois foi somente em 2004 que surgiu o Sistema Integrado de Informações Penitenciárias (INFOPEN). Desta forma trabalhou-se somente com estimativas.

Outra questão problematizada no relatório é em relação ao público alvo, o plano contempla somente a população recolhida em penitenciárias, presídios, colônias agrícolas e/ou agroindustriais e hospitais de custódia e tratamento, não incluindo presos do regime aberto e presos provisórios, recolhidos em cadeias públicas e distritos policiais. O que deixou cerca de $\frac{3}{4}$ da população carcerária fora da cobertura da referida política.

Através do sistema Geopresídios, podemos constatar crescimento no número de pessoas presas no país, o número atual é de 602.449 pessoas, distribuídas em 374.936 vagas, gerando um déficit de 227.513 vagas (BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2015).

O mesmo relatório informa que estes presos estão distribuídos em 2.776 estabelecimentos prisionais, conforme observa-se no mapa abaixo.



Fonte: BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2015.

Observa-se maior concentração nas regiões Sul e Sudeste de estabelecimentos prisionais de grande porte, em um universo de 587.461 pessoas custodiadas pelo Estado, 64% encontram-se nestas regiões, para o cálculo foi considerado somente os presos em regime fechado, semiaberto, prisão provisória, e internos em cumprimento de medida de segurança (BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2015).

Conforme o Mapa encarceramento (BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2015), que utilizou como base a série histórica de 2007 a 2012, o Estado de São Paulo concentra, em torno de 37% das pessoas privadas de liberdade no país no ano de 2012, destas 82% estavam no regime fechado.

Quando analisados os tipos de crime mais cometidos pelos presos do Brasil, no período da pesquisa, verifica-se que o mais recorrente é o patrimonial, a taxa fica acima de 50% em todos os Estados nas regiões sul e sudeste. A exceção é o Rio Grande do Sul que o crime predominante para o encarceramento é entorpecentes, 56% das pessoas estão presas sob esta acusação. Em relação ao perfil racial, a pesquisa demonstrou que São Paulo é o estado com maior índice de encarceramento de negros em 2012, e o Rio Grande do Sul ocupa a 6ª colocação no país. Da mesma forma, merecem destaque os dados referentes ao Estado de Minas Gerais, onde a população prisional mais cresceu no período de 2005 a 2012, 624%, sendo que a média nacional foi 74%, teve a terceira maior variação na taxa de encarceramento de negros durante 2005 a 2012.

Estes dados corroboram com a tese da criminalização da pobreza, nestas regiões concentram-se os grandes pólos econômicos do país, e são altos os índices de desigualdade social, conforme Netto (2007)

“Nas sociedades em que vivemos - vale dizer, formações econômico-sociais fundadas na dominância do modo de produção capitalista -, pobreza e desigualdade estão intimamente vinculadas: é constituinte insuprimível da dinâmica econômica do modo de produção capitalista a *exploração*, de que decorrem a *desigualdade* e a *pobreza*. [...]” (Netto, 2007, p. 142).

Como já evidenciado neste trabalho, a ausência de investimentos governamentais em políticas sociais, maximizam as expressões da questão social, Netto (2007) pondera que esta realidade não pode ser atacada com ações minimalistas, pois não evitam - como não podem mesmo evitar - a redução da pobreza, ocorrendo crescimento cada vez maior de pobres que ameaçam a boa ordem e deslizam para além das instituições, desta forma o recurso ao endurecimento legal parece inevitável: o assistencialismo conjuga-se e completa-se com a repressão policial. A resposta estatal para este problema social tem sido a ampliação dos estabelecimentos prisionais.

3.2.2 PNAISP no Rio Grande do Sul

Diante da dificuldade em refinar os dados obtidos, como por exemplo a classificação dos estabelecimentos prisionais, se são os definidos pela PNAISP como público alvo, ou seja, os de regime fechado e de medida de segurança, bem como a classificação em relação às equipes de saúde, se são tipo I, II ou III com Saúde Mental ou não, e pela possibilidade de acesso a dados mais abrangentes em relação à saúde prisional do Rio Grande do Sul optou-se por realizar este recorte geográfico na pesquisa.

Pesou nesta decisão, a proximidade da pesquisadora com a diretora Departamento de Tratamento Penal (DTP), a referida diretora foi sua supervisora de campo no PCPA. A este setor que cabe planejar, coordenar, orientar e supervisionar políticas e ações de saúde física e mental, assistência psicossocial e jurídica, educação, capacitação profissional, cultura, esporte e lazer das pessoas privadas de liberdade, bem como outros julgados convenientes e necessários, bem como a localização geográfica da pesquisadora.

3.2.2.1 Saúde Prisional

Os documentos analisados refletem a mudança na concepção da saúde prisional pós o lançamento e implementação do PNSSP/03 buscando alinhamento nas diretrizes do SUS. Entretanto, as práticas ainda se realizam sob a ótica emergencial e curativa, com poucas ações de promoção e prevenção à saúde.

De acordo com o planejamento de ações da Divisão de Saúde da SUSEPE para 2015, diversas são as ações pensadas para mudança deste cenário, como:

a) Oferta de laqueadura enquanto método contraceptivo alternativo e opcional às estratégias já ofertadas para o planejamento familiar, nos seguintes estabelecimentos prisionais femininos: Penitenciária Feminina Madre Pelletier (PFMP), Instituto Penal Feminino (IPF-POA) e Penitenciária Estadual Feminina de Guaíba (PEFG);

b) Racionalização e regulação dos encaminhamentos para consulta e tratamento psiquiátrico à Unidade de Triagem (UAT) do Instituto Psiquiátrico Forense Doutor Maurício Cardoso (IPFMC), objetivando diminuição das necessidades de encaminhamento à UAT do IPFMC mediante prevenção das crises psiquiátricas, bem como qualificação do atendimento em situações de crise e da logística envolvida nesse processo;

c) Racionalização do uso de medicamentos controlados, usando como estratégia a implantação do Guia de Gestão Autônoma da Medicação (Guia GAM), a título de piloto, em um estabelecimento prisional do Rio Grande do Sul, na Penitenciária Modulada Estadual de Osório (PMEO), a título de piloto. Com o objetivo de diminuir o uso inadequado e/ou abusivo de medicação controlada na Penitenciária Modulada de Osório, bem como as respectivas despesas;

d) Implantação de cronograma de ações coletivas em saúde, a serem realizadas em datas mundiais e nacionais relacionadas a área da saúde, através da realização de atividades educativas em saúde durante 2015 nos estabelecimentos prisionais.

Importante ressaltar, que estas ações ainda encontram-se em processo de planejamento e implantação, portanto ainda não produziram dados para análise.

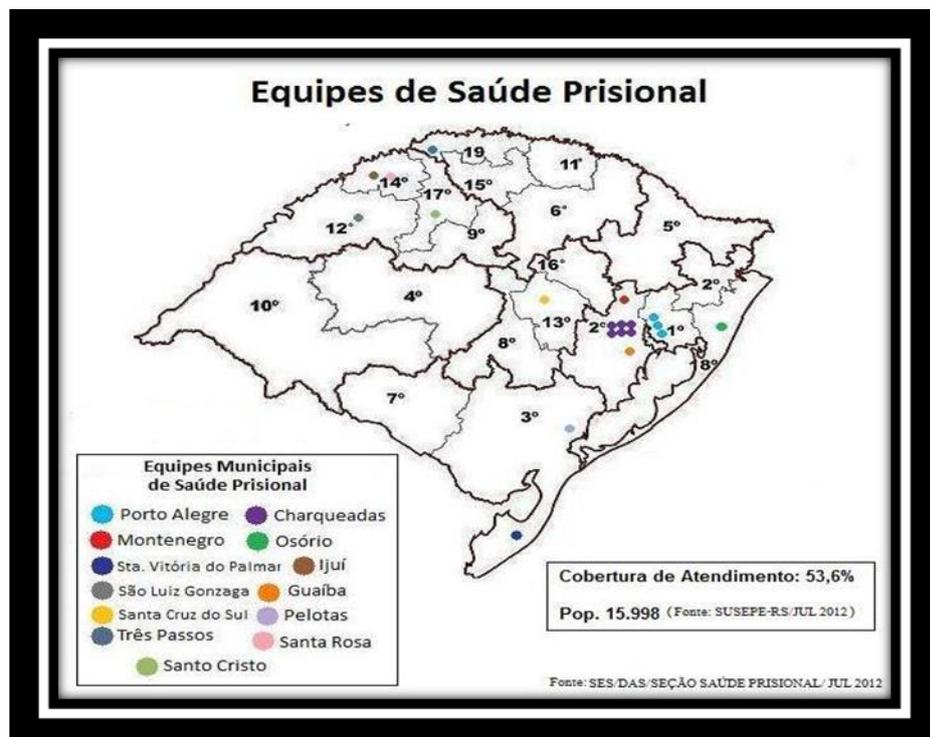
3.2.2.2 Equipes de Saúde Prisional

O Rio Grande do Sul iniciou sua participação na política de saúde prisional, somente em 2005, com a construção do Plano Operativo Estadual (POES). Em 2008 implementou as

cinco primeiras equipes de saúde, nos municípios de Charqueadas, Santa Vitória do Palmar e Montenegro.

A política define a instalação de Unidades Básicas de Saúde Prisionais (UBSp) em estabelecimentos com mais de cem presos. Os serviços de saúde serão prestados por equipes multiprofissionais. A composição e o número de equipes são definidos de acordo com o número de custodiados. Conforme informações obtidas junto a SES/RS, a maioria da ESP são do tipo II e III, para atendimento de mais de cem presos, algumas com saúde mental.

De acordo com dados publicizados no site da Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul – SES/RS (RIO GRANDE DO SUL. SECRETARIA DE SAÚDE, 2015). O Estado até 2014, contava com 24 equipes de ESP. Em 2015 foi implementada a 25ª em São Gabriel. As demais estão distribuídas da seguinte forma: 06 no município de Charqueadas, 04 em Porto Alegre, 02 em Rio Grande, 02 em Osório, 01 em Montenegro, 01 em Santa Rosa, 01 em São Luiz Gonzaga, 01 em Santo Cristo, 01 em Santa Vitória do Palmar, 01 em Três Passos, 01 em Ijuí, 01 em Guaíba e 01 em Pelotas, como visualiza-se no mapa abaixo.



Fonte: RIO GRANDE DO SUL. SECRETARIA DE SAÚDE, 2015.

Um dos nós apontados na revisão realizada sobre o PNSSP em 2012, relativo à dificuldade encontrada pelos Estados aderirem ao plano, era em relação ao financiamento, que deveria garantir além da contratação das equipes, compra de medicamentos, equipamentos e

reforma, que em muitos casos, era a construção de espaços adequados para a instalação das ESP. A PNAISP estabelece uma divisão entre os entes federados das responsabilidades financeiras. Apurou-se junto ao site do Ministério da Saúde, relativos às transferências Fundo a Fundo, que em 2014 os municípios que estavam habilitados receberam R\$ 495.180,00 (quatrocentos e noventa e cinco mil cento e oitenta reais) da União a título de Saúde Prisional, conforme Tabela 1.

Tabela 1 –Repasse Financeiro Ministério da Saúde- Ano: 2014

RIO GRANDE DO SUL				
Charqueadas	Fundo Municipal de Saúde	132.300,00	0,00	132.300,00
Porto Alegre	Fundo Municipal de Saúde	92.610,00	0,00	92.610,00
Ijuí	Fundo Municipal de Saúde	26.460,00	0,00	26.460,00
Montenegro	Fundo Municipal de Saúde	26.460,00	0,00	26.460,00
Osório	Fundo Municipal de Saúde	26.460,00	0,00	26.460,00
Pelotas	Fundo Municipal de Saúde	26.460,00	0,00	26.460,00
Santa Cruz do Sul	Fundo Municipal de Saúde	26.460,00	0,00	26.460,00
Santa Rosa	Fundo Municipal de Saúde	26.460,00	0,00	26.460,00
São Luiz Gonzaga	Fundo Municipal de Saúde	26.460,00	0,00	26.460,00
Três Passos	Fundo Municipal de Saúde	26.460,00	0,00	26.460,00
Porto Alegre	Fundo Municipal de Saúde	22.680,00	0,00	22.680,00
Rio Grande	Fundo Municipal de Saúde	15.120,00	0,00	15.120,00
Santa Vitória do Palmar	Fundo Municipal de Saúde	13.230,00	0,00	13.230,00
Venâncio Aires	Fundo Municipal de Saúde	7.560,00	0,00	7.560,00
Total - RS		495.180,00		495.180,00

Fonte: BRASIL, SALA DE APOIO A GESTÃO ESTRATÉGICA, 2015.

Os valores repassados correspondem ao número de equipes que cada município tem habilitada. Observa-se que, Charqueadas foi o município que mais recebeu repasses, em virtude de ser o local que concentra o maior número de ESP, ao todo são 06 (seis), e de estabelecimentos prisionais do regime fechado do Estado. Os incentivos financeiros de responsabilidade do governo Estadual foram estabelecidos na CIB/RS nº 54/2010 e alterados pela CIB/RS nº 57/2011, e estão relacionados ao tipo de ESP, conforme demonstrado na Tabela 2.

Tabela 2 – Quadro de Incentivo Financeiro Estadual

População Prisional	Incentivo Estadual/Saúde Prisional/mês	Incentivo Federal/Saúde Prisional/mês	Total/equipe/mês
Até 100 pessoas		R\$ 1.890,00	R\$ 1.890,00
100 até 300 pessoas	R\$8.220,00	R\$ 3.780,00	R\$ 12.000,00
301 até 500 pessoas	R\$9.220,00	R\$ 3.780,00	R\$ 13.000,00
501 até 700 pessoas	R\$ 10.220,00	R\$ 3.780,00	R\$ 14.000,00
701 a 1.000 pessoas	R\$ 11.220,00	R\$ 3.780,00	R\$ 15.000,00
1.001 a 2.000 pessoas	R\$ 12.220,00	R\$ 3.780,00	R\$ 16.000,00
2.001 a 3.000 pessoas	R\$ 13.220,00	R\$ 3.780,00	R\$ 17.000,00
Acima de 3.000 pessoas	R\$ 14.220,00	R\$ 3.780,00	R\$ 18.000,00

Fonte: CIB/RS nº 57/2011

A CIB/RS nº 57/2011 definiu, além do repasse mensal, uma transferência no valor máximo de R\$ 80.000,00 (oitenta mil reais) para despesas de investimentos (construção, ampliação, equipamentos e material permanente), a ser transferido em parcela única, mediante apresentação de Plano de Trabalho aprovado tecnicamente pela SES/RS. O Estado também deverá complementar o custeio da unidade de atenção básica, compra de kits de materiais de consumo e insumos, manutenção de equipamentos e apoio técnico-administrativo, no valor de R\$ 2,78 (dois reais e setenta e oito centavos) por habitante privado de liberdade/mês, do município.

A dificuldade financeira apontada anteriormente, ainda se faz presente. Da mesma forma que presenciamos diariamente notícias sobre o sucateamento e falta de verbas para a saúde da população em geral. No sistema prisional esta situação se agrava, uma vez que, em vários estabelecimentos prisionais se parte do zero, e muitos municípios não conseguem acessar os recursos financeiros disponibilizados pelo Estado. Por vezes em função destes estabelecimentos prisionais não possuem certificação dos órgãos responsáveis para o pleno funcionamento, o que impede as adequações estruturais necessárias para a implantação das ESP.

3.2.2.3 População Prisional e os Estabelecimentos Prisionais

De acordo com informações constantes no site da SUSEPE, o Estado tem sob sua custódia 30.848 pessoas, isto representa a sexta população carcerária do país, distribuída em 98 estabelecimentos prisionais, compreendidos entre albergues, penitenciárias, presídios, colônias penais e institutos penais, acolhendo presos do regime aberto, semiaberto e fechado. Deste universo de estabelecimentos somente em 20 há a presença de Equipes de Saúde Prisional (RIO GRANDE DO SUL. SUSEPE, 2011).

Da mesma forma do resto do país, os estabelecimentos penais gaúchos encontram-se superlotados, sendo a situação mais crítica a do Presídio Central de Porto Alegre que, segundo dados do CNJ, tem uma população de 4.052 presos para 2.069 vagas, ocasionando um déficit de 1.983, além das péssimas condições dos espaços, o que repercute de forma acentuada na saúde dos indivíduos que lá estão.

3.2.3. Política de Atenção Integral à Saúde Prisional - SUSEPE

A seguir apresenta-se a Política de Atenção Integral à Saúde Prisional (2011), desenvolvida pela SUSEPE, publicizada em seu site, sob gerenciamento do Departamento de Tratamento Penal – DTP (RIO GRANDE DO SUL. SUSEPE, 2011), esta política se desenvolve através de alguns programas. Em relação à assistência hospitalar existem dois programas vinculados:

a) Regulação de Leitos Hospitalares no Sistema Prisional – que objetiva gerenciar e registrar o número de internações, facilitando o acesso aos leitos hospitalares para o Sistema Prisional. É gerenciado através da Central de Regulação de Saúde, que funciona 24 horas, oferece o transporte por meio de ambulância;

b) Programa de Atenção Hospitalar – que objetiva prestar assistência à saúde em casos de maior complexidade. Em caso de necessidade de internação, são disponibilizados leitos específicos para o atendimento de apenados: Hospital Vila Nova - 50 leitos (32 leitos clínicos e 18 leitos para dependência química); Hospital Nossa Senhora da Conceição - 3 leitos de alta complexidade. Ainda estavam em processo de habilitação com os hospitais dos seguintes municípios: - 20 leitos em Charqueadas; - 2 leitos em Rosário do Sul; - 20 leitos em Rio Pardo; - 2 leitos em Pelotas; - 2 leitos em Nova Prata; - 5 leitos em Irai; - 7 leitos em São

Luiz Gonzaga, que de acordo com informações do setor de regulação dos leitos da SUSEPE, não se concretizou ainda.

Entretanto, quando há necessidade de internação hospitalar e as vagas conveniadas estão ocupadas, o preso fica internado em ala comum, sob custódia da Casa Prisional que ele cumpre pena, porém, com a crise de recursos humanos no sistema, esta é uma situação bem delicada, que em muitas vezes pode dificultar o acesso do preso à saúde.

Conforme o pactuado na CIB/RS, estes programas recebem um incentivo financeiro para o custeio das ações previstas, no valor de R\$ 2.800,00 (dois mil e oitocentos reais) por leito/mês. Deve ser repassado ao Hospital Vila Nova incentivo financeiro no valor de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais/mês), para o atendimento ambulatorial à população prisional, considerando a necessidade de atendimentos ambulatoriais identificadas pela SES/RS, de acordo com o perfil de morbimortalidade da população prisional, e a disponibilidade financeira da SES/RS para o custeio dessas ações.

Em relação ao atendimento em Saúde Mental, é apresentado o programa de Atenção à Saúde Mental e Medida de Segurança.

c) Atenção à Saúde Mental e Medida de Segurança – que tem como Hospital de Custódia e Tratamento de referência para todo o Estado o Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso, oferecendo assistência à saúde mental e reabilitação psicossocial. Como já explicitado na categoria saúde prisional, a Divisão de saúde do Departamento de Tratamento Penal da SUSEPE, traz em seu planejamento para 2015, uma ação visando à racionalização e regulação dos encaminhamentos para consulta e tratamento psiquiátrico à Unidade de Triagem (UAT) do IPFMC. Esta ação tem em vista a redução dos encaminhamentos mediante prevenção das crises psiquiátricas, bem como qualificação do atendimento em situações de crise e da logística envolvida nesse processo. Qualificação do tratamento continuado, mediante estímulo ao atendimento nos serviços de saúde mental da região, e busca de matriciamento para os profissionais da SUSEPE.

Neste campo da saúde mental, a Política de Saúde da SUSEPE, também apresenta o programa de Assistência ao Dependente Químico.

d) Assistência ao Dependente Químico – que consiste na destinação de espaço físico para atender dependentes químicos no PCPA, que passaram pela desintoxicação no Hospital Vila Nova. Este espaço físico é dotado de laboratório de informática para atividades de inclusão digital e outras atividades terapêutico-laborais. Além dessas atividades o programa conta com atenção psicossocial com equipe constituída por psicólogo, psiquiatra e assistente social e rede de apoio com grupos de autoajuda.

Outro programa que se destaca neste documento é o relativo ao controle da Tuberculose, que consiste em dois programas: “Porta de Entrada” e “Rastreamento da Tuberculose em Sintomáticos Respiratórios”.

e) Porta de Entrada- Consiste na disponibilização de exames de Raio-X e tratamento à toda pessoa presa que ingressa no PCPA, sendo oferecido também os teste rápido de HIV. Este programa atende anualmente, em média, 2.700 pessoas presas.

f) Rastreamento da Tuberculose em Sintomáticos Respiratórios – Consiste em oferecer exames de Raio-X e de laboratório, tratamento e internação, segundo DTP, era referência para doze estabelecimentos prisionais, alcançando cobertura de 11.602 apenados. Estas informações são relativas ao ano de 2011. Não foi encontrada atualização desta Política no site oficial.

Em relação aos programas que estavam sendo executados no PCPA, durante o estágio curricular, tive a oportunidade de conhecer e acompanhar o desenvolvimento deles.

A galeria E1 foi o espaço destinado dentro do presídio como livre de drogas, neste local há somente 64 vagas, onde é possível realizar um trabalho de maior qualidade com os detentos, ocorrem diversas ações dentro deste espaço encabeçadas por grupos religiosos e ONGs, tendo como destaque o projeto “Direito no Cárcere”. O fluxo de ingresso nesta galeria inicia-se através da UBS-p, a partir do atendimento individual com os profissionais da equipe, o preso pode manifestar desejo, ou ser sensibilizado a aderir ao programa, também são encaminhados via judicial, a pedido das famílias. O acompanhamento psicossocial na galeria é feito pelas técnicas da UBS-p. Infelizmente a demanda ao projeto é muito maior que sua capacidade.

Alguns nós comprometem a efetividade deste projeto, como a falta de rotatividade dos presos no projeto, pois como esta é a única zona livre de drogas no presídio, o preso ficaria muito vulnerável ao ser encaminhado novamente para sua galeria de origem. Este foi um impasse que esteve em discussão durante o período do estágio.

Outra questão, diz respeito à metodologia de trabalho dos profissionais, que trabalham em perspectiva de abstinência, contrariando as orientações da política de saúde mental do SUS, que tem como diretriz a Redução de Danos. Entendo que esta incompatibilidade ocorre em função da primazia da segurança sobre a saúde.

Outro programa que tive grande proximidade foi o relativo ao atendimento da Tuberculose - Porta de Entrada – este programa foi considerado uma das melhores práticas em saúde encontradas no país pelo Mutirão Carcerário. No entanto, novamente pela grande demanda existente no PCPA e, o reduzido número de profissionais, as equipes não estavam

conseguindo realizar a triagem inicial com todos os presos que ingressavam no PCPA, que girava em torno de 40 por dia, impossibilitando desta forma, a realização de exames preventivos.

Da mesma forma, as equipes não conseguiam realizar o rastreamento dos sintomáticos, ocasionando descontrole da doença dentro do presídio. Esta é uma realidade de todo o sistema carcerário.

Aliado, a esta dificuldade no diagnóstico, a impossibilidade de manter os doentes em isolamento nas galerias, contribuiu para o crescimento assustador da doença nos presídios, afetando desta forma a saúde dos trabalhadores e os familiares.

Apesar dos vários programas e ações realizadas dentro dos estabelecimentos prisionais relativas ao atendimento em saúde, o cenário atual demanda maior atenção e investimento de todos os entes federados envolvidos no cuidado da população privada de liberdade. A SES/RS apresenta um demonstrativo que evidencia a evolução da cobertura e investimentos em Saúde Prisional no Estado do Rio Grande do Sul, entre os anos de 2007 a 2013, conforme demonstrado a seguir na Tabela 3.

Tabela 3 – Demonstrativo da Evolução e Investimento da Saúde Prisional - RS

	2007-2010	2011-2013
Média da população prisional do RS no período	27.960,00	29.590,00
Nº equipes de saúde prisional habilitadas	08	24
Nº de municípios com equipes de saúde prisional	05	16
Nº de estabelecimentos prisionais com equipes de saúde prisional	08	19
Cobertura de população prisional atendida pelas equipes de saúde prisional (%)	20%	55%
Cobertura de população prisional atendida pelas equipes de saúde prisional (nº)	5.592	16.000
Nº de leitos prisionais	53	53
Incentivo estadual para financiamento das equipes de saúde prisional	370.416,56	3.437.147,47
Incentivo estadual para financiamento de construção e compras de equipamentos e materiais permanentes das unidades de saúde prisional	1.060.000,00	1.000.000,00
Total de incentivos estaduais repassados aos municípios	1.430.146,56	4.437.147,47

Fonte: RIO GRANDE DO SUL. SUSEPE, 2011.

Embora o número de estabelecimentos prisionais com equipes de saúde tenha apresentado incremento neste período, e o incentivo financeiro repassado aos municípios tenha sofrido acréscimo de mais de 300%, os dados apurados em relação à implantação da política provocam algumas reflexões, principalmente no que se refere à cobertura apontada pela SES, de 55% da população prisional.

Faz-se necessário uma análise mais aprofundada destes dados, trazendo a luz outros elementos que auxiliariam nesta análise, como: qual o total da população prisional que está sendo considerada para o cálculo e como ocorre o acesso dos presos às equipes de saúde?

Considerando que, os dados sejam referentes aos estabelecimentos prisionais apontados na Política, de regime fechado ou em medida de segurança, este percentual também precisa ser mais bem qualificado, pois a simples presença de uma ESP dentro do estabelecimento não garante o acesso do preso à saúde.

Trago para reflexão a experiência de estágio dentro de uma UBSp no PCPA, onde haviam duas equipes e uma terceira em processo de implantação. Mesmo com a presença destas equipes um elevado percentual de presos não tinham acesso à saúde, e aqueles que tinham, o cuidado não era realizado nos moldes estabelecidos pela política, ou seja, o cuidado

ainda era realizado em uma lógica curativa, com pouquíssimas ações preventivas e educacionais.

Outro ponto a ser considerado é a forma como estas equipes vêm sendo constituídas. A grande maioria dos municípios faz opção por contratação através de convênios, o que acaba por estabelecer um vínculo empregatício precarizado e frágil.

Esta responsabilidade ficou definida na Resolução Nº 257/11 – CIB/RS - ficam os municípios responsáveis por assumir a gerência da atenção básica nas unidades prisionais com mais de 100 (cem) presos, efetivar a contratação dos técnicos necessários e não disponíveis na Casa Prisional, cadastrar a Unidade de Saúde Prisional com equipe mínima no CNES, e a infraestrutura existente. Habilitar-se ao incentivo financeiro federal que será transferido do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde, de acordo com a Portaria Interministerial 1.777/2003. Também deverá executar a contrapartida exigida na referida portaria (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

A dificuldade de montar a equipe mínima exigida para a realização da habilitação junto ao Ministério da Saúde é geral. O relatório de avaliação do PNSPP já apontava que o maior custo financeiro é relativo aos Recursos Humanos (RH). A contratação de todos os componentes das EPENs, formada por sete categorias (médico, dentista, psicólogo, assistente social, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório dentário) em alguns estados da federação, foi uma missão quase impossível.

Avalia-se no relatório que, para o aumento do acesso da população prisional às ações e serviços de saúde a exigência de uma EPEN com tantos especialistas pode, tendo em vista as dificuldades de contratação de recursos humanos, significar um empecilho e não um acréscimo, ou seja, colocar a contratação de sete profissionais de saúde como ponto de partida do processo de qualificação dos estados da federação ao PNSPP pode diminuir, e não aumentar, o acesso à saúde para todos aqueles que se encontram privados de liberdade.

Esta dificuldade também está presente em diversos municípios do RS, a ausência de profissionais para atuarem no sistema prisional, e também na rede pública, haja vista a necessidade da implantação do programa federal “Mais Médicos” no Estado, ou seja, há carência de profissionais da medicina na rede pública para o atendimento da população em geral, o que reflete na saúde prisional. Esta situação contribui para a não adesão dos municípios a PNAISP.

Em Porto Alegre, o município optou por realizar um convênio com o Hospital Vila Nova, que realizou a contratação dos funcionários para comporem as equipes juntamente com os técnicos de saúde que estavam lotados nas Casas Prisionais, desta forma, no PCPA a ESP

esta constituída por profissionais vinculados ao Hospital Vila Nova (Município) e a SUSEPE. Complementando a teia institucional, têm-se a Brigada Militar na administração do espaço. Este cenário, em alguma medida, causa alguns atritos e distanciamento entre a equipe, o que refletem no processo de trabalho da equipe.

Além desta falta de articulação entre os profissionais, as ações de atenção básica esbarram na lógica da segurança pública predominante no sistema prisional, de modo que, atividades de prevenção e promoção de saúde acabam inviabilizadas, como a distribuição de camisinha, colocação de cartazes na parte interna das galerias e a própria movimentação dos presos.

Desta forma, analisaremos a seguir como ocorre à materialização da saúde atrás dos muros do PCPA, local de realização do estágio curricular da aluna.

4 A SAÚDE ATRÁS DO MURO: O CUIDADO EM SAÚDE NO PRESÍDIO CENTRAL DE PORTO ALEGRE E O TRABALHO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NESTE CONTEXTO

4.1 Presídio Central de Porto Alegre – PCPA

Fundado em 1959, com o nome de Casa de Prisão Provisória, veio para resolver o problema da superlotação existente nos espaços profissionais da época. O PCPA é hoje o maior estabelecimento penal do Rio Grande do Sul. Considerado a porta de entrada do sistema penitenciário do Estado, conforme CNJ, o PCPA esta com 4.052 presos para 2.069 vagas. Seu objetivo é receber homens presos em flagrante e capturados pela justiça, mantendo-os em regime fechado em situação provisória, isto é, indivíduos que não foram julgados definitivamente. Entretanto, na atual população carcerária do PCPA, se misturam presos provisórios, condenados definitivos e, inclusive, presos que deveriam estar em unidades de regime semiaberto, por já terem recebido o benefício, mas que ficam aguardando vagas nesses estabelecimentos.

Desde 26 de julho de 1995, o PCPA vem sendo administrado pela Brigada Militar (BM) em parceria com a SUSEPE. Esta troca provisória ocorreu em função das constantes conturbações ocorridas no presídio. A BM é responsável pela logística e segurança. A Susepe pelas diretrizes e orientações técnicas. Entretanto, essa que era considerada uma missão temporária da Brigada, tem vinte anos de atividade e tem sido automaticamente renovada a cada ano.

O excesso de presos no presídio, e as condições de habitação nas celas insuportáveis, obrigaram a administração alterar a forma de organização interna das galerias. As portas das celas foram retiradas. O acesso dos presos foi liberado aos corredores.

Consequentemente houve a retirada dos agentes penitenciários e policiais do interior das galerias. As adaptações improvisadas ocorridas no espaço físico das celas para dar conta do grande número de presos, acarretaram em agravamento das condições do espaço, tornando aquele ambiente mais insalubre e degradante, colocando o sistema de esgoto, hidráulico e elétrico em colapso, com alto risco de incêndio, devido a diversas instalações clandestinas e precárias. A instituição não possui plano contra incêndio. Este quadro de esgotamento arquitetônico é resultante da total ausência de manutenção adequada.

Esta situação acabou gerando uma espécie de “administração compartilhada” do presídio, ficando o Estado com o controle apenas dos corredores de acesso às galerias, alas

administrativas e operacionais, e os presos com o controle interno das galerias e os respectivos pátios. Transferindo, desta forma, grande poder para aos presos, inclusive o de determinar qual a galeria que o preso irá ficar de acordo com a facção⁵ que se identifica. O que ocasiona grande disputa de poder entre as galerias, gerando uma série de violências intra e extramuros, afetando de forma significativa a saúde destes indivíduos.

Conforme Salim (2008) o líder é chamado de “plantão”, “prefeito” ou “representante da galeria”, e é escolhido pelo grupo de presos que estão comprometidos com a facção, levando em consideração sua capacidade de liderança, negociação e autoridade. O representante de galeria é responsável pelo controle dos conflitos entre os presos das galerias e pela imposição das regras aos comandados, e representa os presos nas reivindicações dirigidas ao comando da segurança, que são de toda ordem como: providenciar atendimento técnico, incluindo médico, psicológico, dentista, assistente social e jurídico, autorizar a entrada de materiais para artesanato ou equipamentos eletrônicos, e informar o nome da pessoa que o preso quer que seja seu visitante ou, se necessário, fazer a troca desses nomes, além dos pedidos de transferência para outras unidades prisionais, ou seja, ele é a voz dos demais.

O indivíduo ao ingressar no sistema prisional depara-se com uma organização social diferente da que vivia até então. A permanência e segurança do preso nesse local dependem da sua disposição em seguir os códigos de conduta impostos pelo grupo que comanda a galeria. Ele adapta-se ao modo de vida no cárcere e aceita os costumes e os códigos impostos pelo grupo dos presos que lá já estavam. Em decorrência da falta da assistência aos presos, relativa a recursos materiais (roupas, material de higiene, colchões) por parte do Estado, alguns presos, principalmente aqueles oriundos das camadas mais empobrecidas, que são a grande maioria, ou ainda aqueles que não recebem visitas, ficam a mercê deste poder paralelo que os acolhe, mas ao mesmo tempo os aprisiona.

⁵Facção são grupos estruturados a partir de um núcleo verticalizado de liderança, o qual impõe códigos de conduta e julgamentos aos internos de sua galeria (SALIM, 2008)

4.2 Do Hospital Penitenciário a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde Prisional

Criado em 1974, o Hospital inicialmente funcionava de forma precária em dois andares de um pavilhão do Presídio Central. Em 1978 foi criado o pavilhão Médico Hospitalar do Presídio Central de Porto Alegre, onde passou a funcionar o Hospital Penitenciário. Com o objetivo de dar assistência, em âmbito hospitalar e ambulatorial aos internos do regime fechado do sistema prisional do Estado. Entre o público alvo, também estavam às mulheres do regime fechado e esporadicamente os detentos do semiaberto.

O atendimento ambulatorial era realizado em um Anexo do Hospital, e era destinado somente aos presos do PCPA. Contava com serviço de assistência médica, de enfermagem, odontológica e atendimento psicossocial aos presos doentes internos e o preso trabalhador do Hospital e do PCPA.

Em decorrência de crescente precarização no atendimento aos presos internados, ocasionada pela redução dos recursos humanos, financeiros e disputas políticas, o Hospital foi fechado em 2002 e transformado em mais um pavilhão para abrigar presos.

Com o fechamento, a SUSEPE orientou o atendimento hospitalar da população carcerária para unidades penitenciárias na rede pública, as possibilidades de internação hospitalar eram no Hospital Nossa Senhora Conceição (HNSC), Centro Clínico, que funcionava dentro do IPF, e posteriormente, foi firmado um convênio com o Hospital Vila Nova. O Anexo ambulatorial foi preservado, e continuou dando assistência aos presos internos de forma limitada e contava com alguns profissionais da saúde da SUSEPE, o cuidado era realizado sob a ótica emergencial curativa.

O governo federal, em 2002, através dos Ministérios da Saúde e Justiça, lançou algumas portarias reorientando a assistência médica à população carcerária, em uma tentativa de unificar algumas ações já existentes no sistema e reforçar o atendimento interno nos estabelecimentos, para isto, instituiu um Plano que previa a constituição de equipes, além de aporte financeiro a título de incentivo aos Estados e Municípios participantes do plano.

Nesta primeira etapa o Rio Grande do Sul não aderiu ao novo modelo, só vindo a efetivar a adesão em 2005, na vigência da portaria interministerial nº 1.777 (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Esta portaria instituiu o PNSSP no âmbito do SUS, desta forma o Ambulatório transformou-se em UBSP.

O objetivo deste plano era garantia do acesso ao atendimento integral à saúde da população privada de liberdade no âmbito do SUS. O processo de condução da Política abrange estratégias de gestão compartilhada e participativa entre as Secretarias do Estado, dos Municípios do Rio Grande do Sul, do Ministério da Saúde e da Justiça.

No PCPA existem atualmente três equipes de Saúde Prisional, nos moldes estabelecidos pelo PNAISSP, cuja responsabilidade gerencial é do município de Porto Alegre.

A partir de junho de 2010, a Secretaria Municipal de Saúde do município de Porto Alegre (SMS/PMPA) firmou convênio com a Associação Hospitalar Vila Nova (AHVN), a fim de viabilizar o atendimento ambulatorial aos apenados dentro do PCPA. A partir da contratação de equipe médica, de enfermagem, odontológica, diagnóstico em radiologia e assistência em saúde mental e por profissionais concursados da SUSEPE. Ambas as equipes estão cadastradas no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde).

Esta parceria, Estado e Município, proporcionou o reaparelhamento da unidade com a aquisição de equipamentos médicos e de escritório, bem como reforma da estrutura física.

As emergências são encaminhadas para a AHVN ou para o Hospital de Pronto Socorro (HPS). A AHVN é o hospital referência para o PCPA, contando atualmente com 50 leitos prisionais contratualizados pelo SUS, sendo 32 leitos para atendimentos clínicos e cirúrgicos, e uma unidade com 18 leitos específicos para dependentes químicos.

A atenção básica em saúde prestada pela UBSp se restringe ao atendimento e acompanhamento dos presos doentes, algumas ações de caráter contínuo são ofertadas pela equipe, porém, não contemplam a promoção e prevenção em saúde, como explicita-se a seguir.

4.3 Projetos de Saúde no PCPA

Apesar das limitações estruturais e de recursos humanos, as equipes de saúde da UBSp desenvolvem alguns ações de cuidados e acompanhamento voltadas a diagnóstico da Tuberculose (TB), HIV, DSTs, Hepatite, Hipertensão, Diabetes, Dependência Química, entre outras. Porém, estas ações ainda não atingem a totalidade da massa carcerária.

a) Projeto de Desintoxicação - Luz No Cárcere.

Em março de 2011, iniciou-se no PCPA um projeto de tratamento para o usuário ou dependente de substâncias psicoativas. Foi criada uma galeria específica para acolher os

presos vinculados ao projeto. Esta galeria tem regras específicas e uma equipe própria para o acompanhamento dos mesmos, composta por Assistente Social, Psicóloga e Psiquiatra.

Neste espaço também há execução de alguns projetos voluntários. O processo de ingresso ao projeto envolve uma avaliação inicial com a psiquiatria, psicologia e o serviço social, e posterior encaminhamento para a internação hospitalar, para desintoxicação por um período de 21 dias. No retorno à instituição penal, o preso segue em acompanhamento psicossocial e psiquiátrico com a equipe de saúde.

b) Projeto Porta de Entrada.

Em parceria com o Fundo Global, em 2009 foi implantado no PCPA o Laboratório de Controle da Tuberculose, que é referência para 12 estabelecimentos prisionais da região metropolitana de Porto Alegre. Tem capacidade de realizar uma média de 350 exames de baciloscopia por mês.

Concomitante a implantação do Laboratório, foi realizada uma pesquisa em parceria com a SES/RS (Programa Estadual de Controle da Tuberculose), LACEN/RS e o Projeto Fundo Global, para identificar a incidência de tuberculose e HIV no PCPA.

O estudo envolveu a comparação entre os métodos de diagnóstico de TB na população já encarcerada (galerias B e C), com a população masculina de Porto Alegre de idade equivalente.

Os resultados mostraram a gravidade da situação. Foram triados 1.918 pacientes, cerca de 9,1%, da população estudada, tiveram diagnóstico de tuberculose. A incidência encontrada da doença foi na ordem de 8.158 casos/100 mil habitantes, índice 35,7 vezes maior do que a encontrada na população masculina de Porto Alegre, de mesma faixa etária.

A partir dos dados obtidos na pesquisa, o atendimento para tuberculose no PCPA foi reestruturado. Existe uma equipe com médico, enfermeira, técnicos de enfermagem e técnico de radiologia. Inserção da avaliação clínica e radiológica (raio x de tórax) de todos os detentos ingressantes nesta unidade, baciloscopia de escarro aos sintomáticos respiratórios e tratamento dos doentes identificados. Também é oferecida a realização de teste rápido para sífilis e HIV. Este projeto foi incorporado a UBS-p.

c) Projeto Busca Ativa.

As atividades referentes a este projeto iniciaram no final de 2012, e consistem na realização de triagem da totalidade dos presos do PCPA, com o foco na Tuberculose

pulmonar, com os mesmos objetivos do projeto Porta de Entrada, quais sejam – diagnóstico precoce, diminuição da proliferação da doença e contaminação das demais pessoas.

A equipe passou a receber material impresso de educação em saúde alusivo à tuberculose e, desenvolveu algumas ações educativas junto aos presos que acessam a UBS-p.

Este projeto foi atravessado pela redução de recursos humanos, que aliado à superlotação do presídio inviabiliza a efetividade das ações.

d) Projeto HIV/AIDS e DSTS.

Este projeto atua na abordagem aos detentos, oferecendo a possibilidade de realizar o teste rápido para o HIV e Sífilis. A decisão é pessoal do preso em fazer ou não o teste. Quando da recusa ao tratamento, o preso tem que assinar um termo oficializando sua desistência ao tratamento, conforme a equipe esta é uma forma de se resguardarem de futuras responsabilizações.

Em caso de confirmação de diagnóstico positivo, é realizado pela Enfermeira responsável, o aconselhamento e as devidas orientações em relação ao tratamento. Ao ser incluído no projeto, o preso passa a ser acompanhado pelos demais profissionais, como Nutricionista e Psicóloga.

As principais causas de mortalidade identificadas no presídio estão relacionadas com o HIV e a doenças respiratórias decorrentes de complicações na associação do HIV e Tuberculose. De acordo com os dados oficiais após a implementação da UBS-Prisional do PCPA em 2010, houve impacto significativo na diminuição do número de óbitos no PCPA.

e) Projeto Hepatite.

Tem como objetivo informar, diagnosticar e tratar o preso visando melhora na qualidade de vida.

O tratamento foi disponibilizado somente para presos condenados e que tem pena a cumprir de mais de um ano, não podendo ser transferidos durante o tratamento. Estes requisitos foram colocados, em função do alto custo do tratamento para Hepatite C, e pela duração do tratamento.

A genotipagem e a carga viral para as Hepatites B e C são coletadas na UBS-p e encaminhadas ao Município para análise. Posteriormente é agendada consulta com especialista, via sistema Aghos (sistema de marcação de consultas especializadas no município) no Hospital Presidente Vargas, hospital referência.

f) Projeto Paciente - Detento Hipertenso. Presos com sintomas de hipertensão recebem uma atenção diária e/ou semanal no controle. Há verificação da pressão arterial e caso necessário com devida avaliação e acompanhamento médico são cadastrados pela equipe de enfermagem. A Nutricionista é a técnica responsável por este projeto.

g) Projeto Paciente - Detento Diabético.

Este projeto funciona nos mesmos moldes do projeto Detento Hipertenso, e é realizado o controle, verificação, orientação e cadastro pela equipe de enfermagem, além de acompanhamento nutricional

h) Acompanhamento ao Preso de Baixo Peso.

Todo preso que é identificado com baixo peso, associado a alguma patologia é incluído em acompanhamento com Nutricionista, que realiza controle do peso de forma periódica e a dispensação de complementos nutricionais, bem como prescrição dietoterápica.

Os projetos apresentados são ações que buscam realizar atendimento de qualidade as pessoas que se encontram doentes e em privação de liberdade. No entanto, focalizam somente no indivíduo doente, em detrimento as ações educativas e preventivas, que são praticamente nulas.

Diversos são os motivos para esta situação, além da já tão falada superlotação, a dificuldade de acesso aos presos é algo que inviabiliza qualquer possibilidade de uma ação mais educativa. Somente ocorre a distribuição de materiais informativos, para aqueles que acessam a UBSp ou que buscam informação junto a BM.

Da mesma forma, a equipe deve estar aberta para exercer esta função educativa, o que não foi observado no cotidiano daquela equipe. Apesar do trabalho das equipes da Atenção Primária tem por característica desenvolver ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida. A mesma metodologia de abordagem é realizada com os familiares, perdendo-se desta forma um canal importantíssimo de comunicação e troca com os presos.

Esta falta de comunicação já gerou recusa de vacinação por parte de muitos presos. No mutirão realizado para vacinação contra gripe, por exemplo, muitos não aceitaram em função de não saber do que se tratava.

Explicitando desta forma, que a mudança de paradigma no cuidado da saúde no sistema prisional, do curativo para o de promoção e proteção da saúde e prevenção das doenças, precisa ir além da presença das equipes no estabelecimento, devendo haver constante

qualificação e sensibilização dos trabalhadores para as questões que envolvem a necessidade de saúde dos detentos, e o seu direito a ela.

No processo de construção do projeto de intervenção, esta falta de cultura do diálogo entre os trabalhadores foi visível e de certa forma engessador, demandando uma ação específica com este grupo, pois muitos trabalhadores tinham receio que as ações junto aos presos provocassem aumento de trabalho para eles, e que algumas questões estruturais do presídio não apresentam solução, como a superlotação, portanto não seria interessante problematizar com os presos, questões como lixo, pois estaríamos gerando demanda sem solução.

Diante disto, realizaram-se alguns encontros com quase a totalidade dos trabalhadores do presídio. O objetivo foi de sensibilizá-los, informá-los e, principalmente, abrir um canal de comunicação entre as equipes, para que as ações planejadas obtivessem êxito.

O projeto visava justamente trabalhar com a promoção em saúde, através de ações de educação em saúde, na adoção de um novo paradigma educacional centrado na promoção de escolhas saudáveis, livres e racionais.

Outra questão que limita as possibilidades de acolhimento e atendimento das situações de saúde dos detentos, era a forma como ocorreu a comunicação da UBSp com as Galerias. As solicitações de atendimento chegam via familiares, através do efetivo policial, do próprio preso quando está em atendimento na UBSp, mas o mais usual é vir através da Prefeitura da Galeria. Ocasionalmente, desta forma fortalecimento das facções no controle da vida do preso, definindo quem tem a solicitação encaminhada ou não, para a saúde, o que gera uma relação de submissão do preso-doente com a facção.

Apesar, do projeto Porta de Entrada estabelecer triagem inicial com todos os presos que ingressam no presídio, este contato não é suficiente para a realização de avaliação de saúde adequada deste indivíduo, até porque este procedimento é realizado junto a um corredor de grande circulação, não havendo nenhum tipo de privacidade, nem mesmo os exames de raio-x estavam sendo realizados, ocasionando ingresso de pessoas com Tuberculose nas Galerias.

Assim, torna-se extremamente importante que os profissionais que atuam no sistema coloquem-se no debate da saúde no sistema prisional enquanto política pública.

Os Assistentes Sociais tem na sua formação e no seu Projeto Ético Político (PEP), bem como no Código de Ética (CE) as bases para realizar este debate e enfrentamento.

4.4 Serviço Social no Sistema Prisional: Desafios e Possibilidades

A direção social que o Serviço Social brasileiro construiu a partir dos anos 80 provocou uma verdadeira transformação paradigmática na profissão, firmando um compromisso profissional voltado para os interesses da população usuária, em defesa dos direitos de cidadania e dos valores democráticos; na perspectiva da liberdade; da equidade e da justiça social; busca uma nova forma de pensar e realizar o trabalho profissional com qualidade, tendo como base uma proposta teórico-metodológica apoiada na teoria social crítica.

Desta forma, refletir sobre a atuação do Serviço Social em espaços repressores por natureza, como sistema prisional, é de extrema relevância, para afirmarmos os princípios do Projeto Ético Político da profissão. Os riscos da atuação profissional ser capturada por lógicas de controle social são significativos, tanto que a estrutura do sistema penitenciário tem diversas previsões que situam o/a Assistente Social em sistemas de classificação/rotulação e de controle de comportamentos. Junto a isso, os elevados níveis de violação de direitos do sistema conduzem os/as Assistentes Sociais a um distanciamento de experiências profissionais mais amplas de luta por direitos e os/as colocam inseridos/as em dilemas cotidianos, na busca pela garantia dos direitos humanos mais elementares, como a higiene pessoal, vestuário e a alimentação. (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2011a)

4.4.1 O Serviço Social no Sistema Prisional

Historicamente a presença do Assistente Social nas prisões esteve vinculada a promoção de medidas que visassem assegurar aos assistidos a reintegração à sociedade, atuando como agentes humanizadores. A intervenção profissional era mantida para amenizar o clima da instituição, muito mais em uma função de controle, do que na efetivação de acompanhamento das demandas do preso, pois partia do pressuposto de que o trabalho dos assistentes sociais deveria criar um clima favorável entre funcionário e presos. Ainda que imbuídos da atividade humanizadora do ambiente carcerário, a função do assistente social não pensava o sujeito preso em sua totalidade, como parte integrante de um sistema social excludente (FERREIRA apud MARQUES, 2012).

De acordo com Marques (2012), o Rio Grande do Sul teve significativa contribuição para a implantação de atividades profissionais do Assistente Social nas prisões.

Em meados de 1940 a acadêmica em Serviço Social Maria Ribeiro Tavares realizou uma visita na extinta Casa de Correção em Porto Alegre, começando estudos sobre questão criminal e penitenciária. Desenvolveu-se um trabalho visando intervenção no âmbito social, o retorno do preso a sociedade. A partir de seu exitoso trabalho, ocorre a criação da Fundação Patronato Lima Drummond em 1947, e com ele a necessidade de instituir o serviço social penitenciário como parte do processo de recuperação do apenado.

Em abril de 1949, na 3ª Conferência Penitenciária Brasileira, realizada no Rio de Janeiro, a proposta de intervenção do serviço social no âmbito prisional e as atividades que aconteciam no RS de forma destacada, apontaram para a criação de espaços formais na potencialidade de exercício do Assistente Social. Em 08 de dezembro de 1951 foi assinada a Lei nº 1651, que regulamentou o exercício da profissão nas casas prisionais, definindo como atribuições do serviço social, a promoção de medidas que visassem assegurar aos assistidos a reintegração à sociedade, tratamento médico, jurídico e atendimento aos familiares.

Durante alguns anos a presença do Serviço Social esteve vinculada às atividades do Patronato, surgindo à compreensão de que era necessária a individualização da pena através de funcionamento oficial e regular desde o instante em que o indivíduo adentra no sistema carcerário, acompanhando-o até o reingresso definitivo no meio social.

Atuando conforme os dispositivos legais, os assistentes sociais passam a manter contato com os presos dentro dos presídios, sendo uma das primeiras profissões da área psicossocial a penetrar e atuar no interior das prisões.

A criação da Superintendência dos Serviços Penitenciários (SUSEPE), em 1968, trouxe consigo a Divisão de Assistência Educacional e Social que, foi criada como órgão de apoio técnico, tendo como objetivo proporcionar aos presos meios de formação humana, cultural e profissional, bem como prestar assistência à sua família e ao egresso.

A década de 80 apresentou-nos cenário em que o agravamento da crise social, política, econômica e cultural estavam presentes. Entretanto, não esteve presente apenas o aprofundamento das desigualdades sociais, mas simultânea e contraditoriamente, houve avanço democrático, que permanece atualmente, sob a forma de importantes espaços de participação e tomada de decisões.

A Constituição Federal de 1988 trouxe com ela a proteção social, que passa a incorporar valores e critérios inovadores para o Brasil. Direitos sociais, seguridade social, universalização, equidade, descentralização político-administrativa, controle democrático, mínimos sociais, vão nortear, na Constituição Brasileira, “um novo padrão de políticas sociais” (COUTO, 1996).

Contudo, a prática do Assistente Social no sistema prisional, de forma geral, continua voltada para a ressocialização preconizada pela LEP/84 e, junto a outras categorias profissionais, compõem as equipes técnicas de classificação, estruturando as atividades de trabalho da seguinte forma: atendimento individual, atendimento grupal e atendimento comunitário.

Ao associar à prática profissional dos Assistentes Sociais, a busca da ressocialização orientada pela LEP/84, com uma concepção que coloca a conduta criminosa como desvio “fruto de algum desajuste ou desvio de comportamento por parte do infrator” e, por conseguinte, o desenvolvimento de intervenção profissional que se centra no indivíduo e não nas relações sociais, confere à prática profissional no sistema penitenciário caráter conservador e condição de funcionabilidade aos interesses dominantes, o que não se difere, de muitos outros espaços sócio ocupacionais.

Com o amadurecimento da profissão sob nova perspectiva ideológica, a categoria tem assumido a posição de que a admissão dessa marca histórica não significa, automaticamente, a perpetuação dela. O fracasso do ideal ressocializador e a mudança do paradigma da profissão coloca os profissionais na busca de um novo estágio na profissão. Encontrando nas bases da Reintegração Social, preconizada pela criminologia crítica, sustentabilidade para este fazer profissional, que envolve uma prática profissional que privilegie estratégias que propiciem à pessoa presa, condições para que possa se perceber em suas potencialidades e capacidades e que, ajudando a fortalecê-las, possa contribuir com ela no enfrentamento, em melhores condições, dos obstáculos com os quais se deparará quando for posto em liberdade.

Iamamoto (s/d) fala que essa tensão existente entre o projeto profissional, que identifica o Assistente Social como um ser dotado de liberdade e teleologia, capaz de realizar projeções e buscar implementá-las na vida social; e a condição de trabalhador assalariado, cujas ações são submetidas ao poder dos empregadores e determinadas por condições externas aos indivíduos singulares, é o desafio a ser rompido, necessitando para isto, articulação efetiva, entre as dimensões teórico-metodológica e técnico-operativo e a dimensão ético-políticas.

A particularidade é fundamental neste processo uma vez que consiste no campo da intervenção profissional do assistente social. É neste espaço que o singular se universaliza, e o universal se singulariza (PONTES, 1996).

Através desta reflexão é necessário elevar o singular ao universal, entretanto, não se deve ficar somente nos pensamentos, nas ideologias, é necessário trazer de volta à realidade. A particularidade é que mediará este processo, através do olhar crítico do profissional.

Marques (2012) em sua pesquisa sobre o fazer do Assistente Social no sistema penitenciário do Rio Grande do Sul, constata que muitas vezes o assistente social está vinculado a demanda institucional que não o permite pensar sua prática olhando-a pela perspectiva do sujeito da ação. Tornam-se atores dentro do cenário carcerário que contemplam a rotina prisional. Como pode se constatar na fala da profissional lotada em uma instituição de grande porte em Charqueadas:

“As prioridades dos presos, nem sempre são por nós identificadas, já que o contato que temos com eles é, quase sempre, apenas na hora de uma avaliação. Quando podemos atendê-los através das solicitações por eles enviadas a nós, por vezes conseguimos ouvir suas necessidades e aliviar suas angústias, muitas vezes apenas com este simples atendimento ou encaminhando suas demandas”.(Assistente Social-Charqueadas) (Marques, 2012, p. 34)

Ressalta-se que, “[...] a construção do processo interventivo não depende só do Assistente Social, mas também dos outros sujeitos envolvidos, dentre eles, o espaço sócio ocupacional no qual o profissional está inserido e os destinatários das ações nele desenvolvidas.” (MIOTO, 2009).

Desta forma, o presídio por estar ligado ao aparato estatal e diretamente vinculado a Brigada Militar, que tem como diretriz de funcionamento o respeito a hierarquia, tende a limitar a autonomia profissional, criando difíceis laços de subordinação.

Diante deste quadro, que não é específico deste espaço sócio ocupacional, é importante refletir que embora o Projeto Ético Político da categoria seja em muitos casos antagônico ao projeto institucional, não se esgotam para os assistentes sociais as possibilidades de intervenções pautadas por reflexões críticas e reflexivas acerca do que cotidianamente lhe é requerido em contraposição ao que enquanto profissão lhe cabe defender e buscar promover.

Segundo Lima (apud MIOTO, 2009), as ações educativas desenvolvidas pelos Assistentes Sociais no processo de orientação e acompanhamento dos usuários podem

“contribuir para o fortalecimento de processos emancipatórios, nos quais há a formação de uma consciência crítica dos sujeitos frente à apreensão e vivência da realidade, sendo ela, também facilitadora de processos democráticos, garantidores de Direitos e de relações horizontais entre profissionais e usuários, ao mesmo tempo que projeta a sua emancipação e a transformação social”.

Desta forma, o trabalho dos Assistentes Sociais deve construir novas possibilidades de intervenção no enfrentamento das expressões da questão social, produzidas pela contradição fundante da nossa sociedade (capital x trabalho), que se evidenciam neste espaço das mais diferentes formas. Neste sentido, a abertura de campo de estágio curricular constitui-se em estratégia que amplia e enriquece as possibilidades de intervenção do profissional, como se explicita no tópico a seguir.

4.2.2 A Experiência do Estágio Curricular Obrigatório - Os Multiplicadores de Saúde: Uma Estratégia no Processo de Reintegração Social

Propor, inquietar, questionar, problematizar, mobilizar, desacomodar, são alguns dos efeitos que a presença de um estagiário causa nos espaços de trabalho, pois, ao adentrar nas equipes, traz consigo, outro olhar para rotinas e processos de trabalho instituídos.

A inserção no campo é também para muitos, a primeira aproximação com o mundo do trabalho, que traz consigo o desafio de colocar em prática e, ao mesmo tempo apreender o quanto a teoria estudada aproxima-se da realidade vivenciada pelos profissionais, em sua rotina de trabalho.

É divisor de águas, no processo de formação, e para dar luz a este desafio, busca-se o Projeto Ético-Político Profissional (PEP), que, neste percurso deverá guiar nossas ações, angústias, disputas e principalmente nos proteger da captura do instituído.

A despeito de minha experiência profissional, foi com este sentimento que ingressei no presídio. Apesar de conhecer a realidade do sistema prisional, estar dentro dela, teve outras implicações e dimensões, que exigiram muita reflexão e postura crítica sobre o agir profissional, num cotidiano opressor, de vigilância permanente, muitas vezes avesso aos direitos sociais e humanos.

Recordo do impacto do primeiro dia. O ritual de ingresso foi longo: identificação, cadastro, guarda de pertences que não podem adentrar na instituição (celular, carregador). Os sons e cheiros foram elementos que também fizeram parte do processo de reconhecimento do campo.

Transposta a primeira barreira, fui levada até o interior do presídio. A visão inicial provoca sensações contraditórias, ao mesmo tempo em que o santuário que se localiza no meio do pátio, da uma ideia de religiosidade/fraternidade, a visão das galerias e o latido dos cães de guarda provocam certa angústia.

O percurso até a UBSp foi feito através de um corredor que ligava a entrada com o fundo da cadeia, separados por uma tela. Estavam diversos presos que ingressavam naquele momento no presídio e outros que se deslocavam. Todos viravam-se para parede quando cruzavam conosco, quem não fazia espontaneamente, era orientado a fazê-lo pelos guardas.

Soube mais tarde, que esta é uma das regras básicas da cadeia, “ninguém choca a visita do outro”, ou seja, eles não olham para as mulheres dentro da cadeia, isto já foi motivo de muitos conflitos nas galerias.

Em nome da segurança, realizávamos os atendimentos com os presos algemados com as mãos para as costas, sem privacidade e com certo controle de tempo, a comunicação se dava com muito formalismo, reflexo de uma cultura militar e de controle instaurada nestes espaços.

Diante deste cenário, pensar em cidadania, protagonismo e práticas emancipatórias era algo surreal. Mas, o desafio estava lançado, e por muito tempo esta situação me inquietou, uma vez que desejava realizar um projeto que realmente incidisse de alguma forma nas condições de vida das pessoas que ali estavam reclusas.

As condições estruturais e insalubres dos ambientes do presídio, bem como a superlotação existente, o que propicia um alto contágio de doenças, como Tuberculose, HIV/AIDS e a proliferação de epidemias, nos provocou a pensar alternativas para incidir de forma efetiva sobre esta realidade no tocante ao acesso à saúde. A Constituição Federal de 1988 vem com uma nova perspectiva,

“[...] 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 igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

Para tanto, a partir do apoio as orientações do PNSSP relativos à participação dos presos, a atuarem como agentes promotores de saúde desenvolveu-se um projeto de intervenção que teve como objetivo principal a formação de presos para atuarem como multiplicadores de ações de promoção à saúde, visando melhora na qualidade da saúde dos presos e, conseqüentemente dos familiares e trabalhadores, através do conhecimento, da informação e educação, contribuindo para mudança de cultura e no autocuidado (FERRAZ, 2014). Um conceito muito utilizado na saúde a teoria do autocuidado

“[...] é o desempenho ou a prática de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar. Quando o autocuidado é

efetivamente realizado, ajuda a manter a integridade estrutural e o funcionamento humano” (DIÓGENES ePAGLIUCA, 2003, p. 288).

Assim, entende-se por autocuidado, o comportamento do indivíduo que atua de maneira autônoma para estabelecer e manter a própria saúde, prevenir e controlar suas doenças. Incluindo cuidados com a higiene (geral e pessoal), a alimentação (tipo e qualidade dos alimentos ingeridos), estilos de vida (atividades desportivas, lazer, etc.), ambientais (condições de vida, hábitos sociais, etc.), socioeconômicos (níveis de renda, níveis culturais, etc.).

Em relação aos cuidados mencionados, é importante refletirmos em que medida as pessoas privadas de liberdade, tem a possibilidade e autonomia para mantê-los, como alimentação, atividades esportivas e acesso a cultura.

Especificamente, em relação aos presos que encontram-se no PCPA, muitos destes cuidados são totalmente inatingíveis.

Esta perspectiva de saúde, no contexto do autocuidado relaciona-se com o conceito de saúde apresentado na CF/88 e na Lei 8080/90 (SUS) (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990), fruto do movimento da Reforma Sanitária, que traz em sua essência a visão de saúde como direito e responsabilidade do Estado, além de dar condições de acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, através de políticas sociais e econômicas, porém, o dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade, no tocante ao cuidado da saúde.

Neste sentido, o projeto de intervenção elaborado no estágio se propôs a despertar a consciência crítica nestes sujeitos, em relação aos cuidados básicos de sua saúde, que conseqüentemente repercutiriam em suas vidas.

As atividades com o grupo foram desenvolvidas no formato de Oficinas de Saúde. A partir de ações pedagógicas e diálogos problematizadores, auxiliados em alguns encontros por dinâmicas de grupo, buscou-se a construção de um espaço democrático e reflexivo, na busca de despertar consciência crítica que possibilitassem mudança de cultura em relação ao autocuidado.

Realizou-se inicialmente um levantamento de demandas com os participantes. Os temas mais apontados foram álcool e outras drogas e saúde mental, o que foi bem interessante, e reflete o isolamento que este grupo se encontra, pois até mesmo ao projeto de desintoxicação seu acesso é limitado a somente ao atendimento com psiquiatra e a dispensação de medicação.

O trabalho foi desenvolvido pela estagiária e a Assistente Social. Contou-se com a participação da Nutricionista e da Técnica de Enfermagem referência para o acompanhamento do processo de diagnóstico e tratamento da Tuberculose no presídio.

Havia previsão inicial da participação da Enfermeira referência para o acompanhamento do tratamento do HIV/AIDS e Hepatites, da mesma forma articulação com a área técnica da Secretária de Saúde de Porto Alegre, e o apoio técnico em algumas oficinas. Contudo, nenhuma das participações concretizou-se em função do conflito de agendas, em decorrência dos diversos atrasos ocorridos no processo de aplicação do projeto de intervenção.

Em função da superlotação e da dinâmica de funcionamento do presídio, no que diz respeito à separação dos presos, existem diversas facções que dominam o interior das galerias, e por questões de segurança não podem ser misturadas. Optou-se por realizar um projeto piloto.

A princípio duas galerias seriam contempladas. Uma que apresentasse algum tipo de organização ou projeto, e outra que fosse totalmente desassistida. Entretanto, novamente teve-se que reavaliar a situação em função da baixa do efetivo da segurança da Brigada Militar.

Desta forma definiu-se por trabalhar somente com a Galeria 3ª do H, local onde estão os presos que se declaram gays, homossexuais ou travestis e seus companheiros. Esta galeria foi escolhida em função da dificuldade que este grupo tem para ser incluído nos espaços coletivos do presídio, como trabalho e escola, em função de sua orientação sexual.

A proposta de trabalho foi muito bem aceita pelo grupo. Inicialmente o grupo foi formado por 18 pessoas, praticamente a metade da lotação da galeria. Por ser um espaço diferenciado dentro do presídio, esta galeria não sofre com a superlotação das demais.

Neste mesmo pavimento, mas em outra galeria estão alojados os presos que cometeram algum crime de conotação sexual, estes, também não são aceitos pela massa carcerária, desta forma, a solução encontrada pela administração foi colocar no mesmo pavimento os “segregados” dos segregados. Incluímos no grupo alguns presos desta galeria.

As atividades com o grupo foram atravessadas por diversas questões administrativas, estruturais e de segurança, que acabaram por repercutir na execução do projeto.

A falta de espaço físico para os encontros foi algo que prejudicou de forma significativa o planejamento das ações programadas, bem como a limitação do tempo das oficinas.

Apesar do reconhecimento por parte de administração do presídio e da coordenação da UBS-p da relevância das ações, este apoio não se materializou em ações concretas,

ocasionando desta forma, readequações constantes ao projeto, o que de certa forma fortaleceu minha autonomia e protagonismo frente ao projeto.

O grande desafio da proposta do projeto de intervenção foi estabelecer uma ação de caráter reflexivo e emancipatório no âmbito prisional, e estabelecer a partir das atividades propostas nas oficinas o despertar de uma consciência crítica nos presos, buscando constituir uma conexão entre suas singularidades (saúde, dependência química, falta de trabalho, estudo, acesso ao defensor público, família, violência, falta de materiais básicos de higiene, roupa, lazer etc.) com as coletivas (Políticas Públicas, Segurança Pública, Saúde, Educação, Cultura, Justiça etc.).

As condições de trabalho dentro do presídio acabaram por limitar em muito as ações pensadas e propostas no projeto, fragmentando desta forma o processo de intervenção. Em função da falta de espaço para a execução das ações do projeto, ocorreram intervalos mais prolongados que o planejado entre as oficinas, o que gerou ansiedade e frustração nos presos.

As dificuldades encontradas na realização das ações refletem a realidade do sistema prisional, que vai desde a precariedade das estruturas físicas, da falta de recursos materiais e humanos, ao controle paralelo exercido pelas facções dentro das galerias, o que em certa medida impossibilitou uma ampliação da proposta.

Ademais, a própria dinâmica da vida no cárcere também afetou de alguma forma a execução do projeto, por exemplo, a rotatividade da população carcerária, alguns presos foram transferidos e outros saíram em liberdade ou trocaram de galeria.

Apesar de todos estes contratemplos, constata-se, a partir das avaliações realizadas com os participantes do grupo, que a proposta de despertar consciência crítica nestes indivíduos obteve resultado. Neste sentido o papel do Serviço Social foi de extrema relevância, pois a partir de uma postura reflexiva e através da mediação, buscou-se transformar esta realidade.

Os presos Multiplicadores, ao retornarem para seu cotidiano retornam modificados, desta forma conseguem em alguma medida alterar este ambiente e talvez suas vidas extramuros.

Muitos depoimentos em relação ao desconhecimento de ações básicas de prevenção a doenças prevalentes no sistema, como a Tuberculose, fortalecem a necessidade de trabalhar com a informação e educação, como estratégia para se garantir alguns cuidados básicos em relação à saúde.

Desta forma, construir um processo emancipatório que possibilite a estes indivíduos, apesar da condição de subalternidade em que se encontram perceberem-se cidadãos de

direitos, requer não somente disponibilizar a informação, mas propiciar a sua compreensão e ao mesmo tempo garantir que o seu conhecimento seja levado em conta pelos profissionais na construção de algumas estratégias de cuidado.

Como exemplo deste processo reflexivo foi às discussões realizadas em relação à alimentação e o lixo, dois pontos nevrálgicos no PCPA. Pauta construída e discutida em oficina com a participação da Nutricionista e os Oficiais da BM que coordenam a cozinha, as discussões envolveram questões de direito, responsabilidade do Estado para com eles, responsabilidades individuais, bem como a estrutura do sistema prisional e a organização interna do PCPA (facções e BM), os resultados foram extremamente positivos, e alterou conforme relato deles, de forma significativa à qualidade do ambiente na galeria.

Alguns alimentos começaram a ser fornecidos *in natura* para galeria, para que fossem processados pelos presos, evitando desta forma o desperdício de alimentos, e o descarte inadequado do lixo orgânico.

Conforme as avaliações individuais dos presos, descritas a seguir, julgo que foi possível, considerando todo o processo, realizar a formação dos mesmos para atuarem como agentes multiplicadores de saúde, apesar de todas as intercorrências já relatadas. Ao questionamento - **Para você o que é ser Multiplicador?** Temos as seguintes respostas:

"É poder ajudar para o bem estar da galeria, é poder fazer parte das soluções dos problemas da galeria, isto me deixa muito bem comigo mesmo". (preso R)

"Além de ser um repassador de informação, é fazer um diferencial na vida do apenado". (preso A)

"É poder passar para as pessoas os riscos de saúde que elas podem estar passando e com se prevenir". (preso W)

Mioto (2009) apresenta duas categorias trabalhadas por Paulo Freire em seu processo de conscientização para uma educação libertadora - o diálogo e a problematização - estas categorias dão sustentação a um processo reflexivo.

"[...] o ponto de partida teórico e prático para o movimento de conscientização é a própria realidade, a realidade concreta histórica como um todo, e que se manifesta nas particularidades de cada situação [...] A conscientização não se produz num movimento de idéias, mas se enraíza nas situações concretas, nas contradições, nas lutas cotidianas para superação dessas contradições. Assim, o diálogo não é um meio de persuasão ou de orientação, uma estratégia de convencimento e manipulação, mas uma relação, uma comunicação, um intercâmbio de mensagens a partir de situações específicas, de relações de poder e de uma visão geral do processo social" (FALEIROS, 1981, apud MIOTO, 2009, p. 7).

Neste sentido, o espaço do grupo tornou-se um espaço de diálogo e problematizações, que propiciou importantes momentos de reflexões a cerca das condições de vida de cada um, e independente das dificuldades encontradas para o desenvolvimento das ações dentro do presídio, que devido ao seu caráter coercitivo e cerceador, acabou em alguns momentos nos forçando a reconsiderá-las, conseguiu-se construir juntamente com os presos um espaço de diálogo. Desta forma, as trocas estabelecidas com o grupo no decorrer das oficinas, possibilitaram que eles percebem-se e discutissem questões de seu cotidiano de forma crítica, expandindo as possibilidades de resolução e desejos, pois a cada encontro as demandas/reivindicações foram se ampliando.

Embora a experiência tenha ocorrido em um curto espaço de tempo e, com alguns intervalos, ela foi muito intensa e significativa, tanto para os presos como para mim. A partir de sucessivas aproximações com a realidade concreta e suas contradições, desvelando o cotidiano do presídio que a cada momento se transforma, diversas foram às determinações geradas, cuja análise permitiu conferir sentidos, ampliando as possibilidades de transformação desta realidade. Entretanto, apesar da repercussão interna do projeto e do reconhecimento de sua relevância, o mesmo não teve continuidade após o encerramento do estágio.

Novamente a carência de recursos humanos encerra uma possibilidade de realizar um trabalho que efetivamente pudesse alterar a realidade das pessoas privadas de liberdade em uma perspectiva emancipatória.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como objetivo principal, verificar se a partir da implantação da PNAISP a saúde poderia tornar-se um dispositivo potencializador de processos de reintegração social. Pensando estes processos na perspectiva da criminologia crítica, como demonstrado na construção do trabalho.

Elegeram-se como unidade de análise o PCPA, espaço da execução do estágio curricular obrigatório I, II e III.

Para chegar ao ponto de análise, se fez necessário problematizar, inicialmente, o sistema prisional, o que foi possível na perspectiva da historicidade, uma das categorias centrais do método dialético-crítico, revelando que a realidade é, ao mesmo tempo, histórica e contemporânea e condicionada pelas leis, que regem a sociedade, e esta, por sua vez, produz novas regras e forma de desenvolvimento.

Neste sentido, compreender e identificar as interconexões históricas que envolvem a pena de privação de liberdade foi de fundamental importância para explicitar a dinâmica e as contradições presentes neste processo.

A partir das análises de Rusche e Kirchheimer (2004) e Foucault (1997) sobre a pena de privação de liberdade e a prisão, pode-se perceber o caráter econômico e de controle social que ela assumiu no decorrer da história, adequando-se as necessidades do capital.

Essas características acompanham a instituição até os dias de hoje, ocasionando crescente criminalização de segmentos sociais, que num contexto de profundas transformações societárias advindas da reestruturação produtiva do capitalismo, tornam-se o alvo principal da política de segurança do Estado em sua face penal.

As problematizações realizadas sobre a ressocialização demonstram as contradições existentes neste ideal projetado na LEP. Lei esta, que traz em sua essência uma ideologia positivista, almejando mudança no indivíduo a adequação aos padrões sociais estabelecidos como correto.

Ideia incompatível com as orientações e os princípios do Código de Ética profissional, bem como do projeto ético político da profissão.

Para tanto, buscou-se suporte teórico nas discussões realizadas pela criminologia crítica, através das ideias de Alessandro Baratta, que traz a Reintegração Social como possibilidade de enfrentamento ao cárcere.

A partir da categoria totalidade, buscou-se apreender as relações que se estabelecem na sociedade que contribuem para o aprisionamento destes segmentos sociais, buscando a partir deste reconhecimento propor alternativas que possibilitem de forma efetiva a reintegração social. Neste sentido, as políticas públicas se apresentam como os alicerces deste processo. Entretanto, o que se constatou foi a sua ausência ou quando muito, modesta presença na grande maioria dos estabelecimentos prisionais do país.

Diante do colapso que se encontra o sistema prisional brasileiro, com estabelecimentos prisionais superlotados, condições precárias de higiene, saúde e alimentação, domínio das facções criminosas, expondo as pessoas privadas de liberdade a todo tipo de violência, o Estado tem apresentado soluções que apontam para maior recrudescimento penal, tais como: ampliação do Sistema Penitenciário, por meio da construção de mais presídios e do aumento indiscriminado de vagas em espaços já deficitários.

É preciso reforçar a premissa de que as pessoas presas, qualquer que seja a natureza de sua transgressão, mantêm todos os direitos fundamentais a que têm direito todas as pessoas humanas, e principalmente o direito de gozar dos mais elevados padrões de saúde física e mental.

As pessoas estão privadas de liberdade, e não dos direitos humanos inerentes à sua cidadania. O lançamento do Plano e posteriormente da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no âmbito do SUS, trouxe uma expectativa de mudança deste quadro.

Respondendo a hipótese construída no início do trabalho, em relação à potencialidade do cuidado em saúde, possibilitar processos de reintegração social, a pesquisa documental sobre a implementação da política no país, principalmente no Rio Grande do Sul, permitiu visão de uma perspectiva ontológica do seu enraizamento, bem como, constatou-se que a nível nacional, esta política tem sido implantada de forma lenta e insuficiente, diante da demanda existente.

No Rio Grande do Sul, apesar de aparente ampliação da cobertura de saúde, após a adesão do Estado a PNAISP. Muitos estabelecimentos ainda não contam com as Equipes de Saúde Prisional e, aquelas estabelecidas no PCPA, são insuficientes diante da necessidade existente.

Outra questão constatada foi em relação à metodologia de trabalho, a PNAISP preconiza atendimento nos moldes das diretrizes estabelecidas pelo SUS, na atenção básica promoção e prevenção de saúde, o que apuramos é que o atendimento dispensado pelas ESP

no PCPA, ainda tem perspectiva curativa. Dentre os projetos analisados que estão em andamento no PCPA, poucas são as ações de caráter preventivo e educacional.

Considera-se ainda, que o projeto de intervenção foi idealizado sob ótica educacional e de promoção de saúde, buscando a partir do conhecimento e da informação construir a cultura de autocuidado, aliando a este processo os conhecimentos adquiridos no decorrer da formação.

Avalia-se que o trabalho foi desenvolvido sob a perspectiva da totalidade, decifrando a realidade e buscando formas de intervenção para sua transformação. Propiciou a construção de propostas criativas e capazes de preservar e efetivar direitos a partir das demandas emergentes do cotidiano dos presos.

A experiência do projeto de intervenção, em certa medida, confirmou a hipótese inicial do estudo – a saúde como dispositivo de cuidado pode desencadear processos de reintegração social.

Apesar da PNAISP não estar sendo implementada nos moldes que foi preconizada e não estar presente de forma efetiva nos estabelecimentos prisionais, sua existência já suscita o debate sobre a saúde no sistema prisional, trazendo elementos e contribuições de outra política para dentro do sistema prisional.

Outro ponto positivo foi a ampliação das categorias profissionais que passaram a atuar dentro do sistema prisional, expandindo, desta forma as possibilidades de um trabalho interdisciplinar e em rede. Isso retirou o/a Assistente Social do isolamento institucional que acomete muitos profissionais.

O conjunto CFESS/CRES tem promovido discussões com a categoria, sobre o serviço social no sistema penal, apresentando nos encontros promovidos amadurecimento e consistência nas reflexões. Isso fomenta as deliberações importantes, principalmente sobre as atribuições profissionais contidas na LEP/1984, (o exame criminológico; as comissões técnicas de classificação; a requisição do/a assistente social no conselho da comunidade; as avaliações dos apenados, com vistas à progressão de regime, e as avaliações disciplinares) que estão desatualizadas em relação à atual Lei de Regulamentação Profissional e do atual Código de Ética.

Esta é uma ação importante de fortalecimento para os profissionais do sistema penal, frente aos desafios do cotidiano carcerário, que tende a capturar e cooptar o trabalho do Assistente Social.

Concluindo, esta experiência foi desafiadora, enriquecedora e, apaixonante no processo de formação, fortalecendo-nos na defesa intransigente dos direitos humanos, na ampliação e consolidação da cidadania, e na luta em favor da equidade e justiça social.

Princípios de nosso Código de Ética, que tem como valor ético central o reconhecimento da liberdade, nos quais os profissionais devem pautar suas intervenções. Espera-se que esta contribuição, em uma temática tão complexa e adversa como sistema prisional brasileiro, possa ter desdobramentos em novos debates e pesquisas acadêmicas no âmbito das políticas públicas, para que a reintegração social no sistema prisional seja uma possibilidade real.

6. REFERÊNCIAS

ARAÚJO, C. E. M. de. *Cárceres Imperiais: A Casa de Corrigindo os desviantes: A construção do sistema prisional no Brasil – uma perspectiva comparativa.* Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul, século XIX. In. **:III Encontro Escravidão e Liberdade no Brasil Meridional.** São Leopoldo: Oikos, 2007

BARATTA, A. **Criminologia crítica e crítica do Direito Penal: introdução à Sociologia do Direito Penal.** Rio de Janeiro: Revan, 2003.

BARATTA, A. **Ressocialização ou Controle Social: Uma Abordagem Crítica de “Reintegração Social” do Sentenciado.** Alemanha Federal. Disponível em: <http://www.ceuma.br/portal/wp-content/uploads/2014/06/BIBLIOGRAFIA.pdf> Acesso em: 19 de novembro 2014.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 2009.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história.** São Paulo: Cortez, 2011.

BRASIL, SALA DE APOIO A GESTÃO ESTRATÉGICA. **Sala de Situação em Saúde.** Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/>. Acesso em: 08 de maio de 2015.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Geopresídios.** 2014. Disponível em http://www.cnj.jus.br/inspecao_penal/mapa.php. Acesso em: 15 de abril de 2015.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Novo Diagnóstico de Pessoas Presas no Brasil.** Departamento de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Execução de Medidas Socioeducativas. Brasília/DF, junho de 2014.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Mutirão Carcerário: Raio-X do Sistema Penitenciário Brasileiro.** Departamento de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Execução de Medidas Socioeducativas - DMF Brasília/DF, 2012. Disponível em: http://www.cnj.jus.br/images/pesquisas-judiciarias/Publicacoes/mutirao_carcerario.pdf. Acesso em: 23 de maio de 2015.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Casa Civil. Brasília, DF, 1988.

BRASIL. **Lei n. 8080, de 19 de Setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e os funcionamentos dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Brasília, DF, 19 set. 1990.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Resolução Nº 2, de 19 de Maio de 2010.** Dispõe sobre as Diretrizes Nacionais para a oferta de educação para jovens e adultos em situação de privação de liberdade nos estabelecimentos penais. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Básica. Brasília, DF, 19 de maio de 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. DEPEN. **Relatório da Situação Atual do Sistema Prisional: Assistência a Saúde.** 2008. Disponível em: http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao_civel/cadeias/doutrina/Meta14_Ass%20Sa%C3%BAde.pdf Acesso em: 11 de maio de 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. **Relatório da Situação Atual do Sistema Prisional: Assistência a Saúde.** Departamento Penitenciário Nacional. 2008. Disponível em: 14/05/15

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Área Técnica de Saúde no Sistema Penitenciário. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Interministerial Nº 1, de 02 de janeiro de 2014.** Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Brasília, DF, 02 de janeiro de 2014a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Interministerial Nº 1.777, de 09 setembro de 2003.** Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. Brasília, DF, 09 de setembro de 2003.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Interministerial Nº 2.035, de 08 de Novembro de 2001.** Instituiu a comissão interministerial com a atribuição de definir estratégias e alternativas de promoção e assistência à saúde no âmbito do sistema penitenciário nacional. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Brasil, DF, 08 de novembro de 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Nº 482, de 1º de Abril de 2014.** Institui normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Gabinete do Ministro. Brasília, DF, 01 de abril de 2014b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Nº 485, de 29 de Março de 1995.** Constitui comitês de assessoramento para as respectivas áreas de prostituição, homossexualidade e sistema penitenciário da Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS do Ministério da Saúde. Ministério da Saúde Gabinete do Ministro. Brasília, DF, 29 de março de 1995.

BRASIL. PRESIDENCIA DA REPÚBLICA. **Lei de Execução Penal. Lei 7.210 de 11 de julho de 1984.** Institui a Lei de Execução Penal. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, DF, 11 de julho de 1984.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **lei Nº 12.852, De 5 De Agosto De 2013.** Institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes

das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude - SINAJUVE. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, DF, 05 de agosto de 2013.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Secretaria Geral. **Mapa do encarceramento: os jovens do Brasil** / Secretaria Geral da Presidência da República e Secretaria Nacional de Juventude. – Brasília: Presidência da República, 2015.

BRASIL. SENADO FEDERAL. **Decreto nº 847, de 11 de outubro de 1890**. Promulga o Código Penal. Senado Federal. Subsecretaria de Informações. Brasília, DF, 11 de outubro de 1890.

CARVALHO, V.A. de; SILVA, M.R.F. **Política de segurança pública no Brasil: avanços, limites e desafios**. Florianópolis: Katályxis, 2011.

CECILIO, L.C.O.; MERHY, E.E. **A Integralidade Do Cuidado Como Eixo Da Gestão Hospitalar**. Campinas. 2003. Disponível em: <http://www.hc.ufmg.br/gids/Integralidade.pdf>
Acessado em: 15/03/2015

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Código de ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão**. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social. 2011b.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Grupo de Trabalho Conselho da Comunidade: Relatório Final**. Brasília – DF, 11 de janeiro de 2011a. Disponível em http://www.cfess.org.br/arquivos/Relatorio_final_GT_Conselho_da_Comunicade acessado em 25/10/14.

COUTO, B. **Seguridade Social e Serviço social**. Revista do CRESS10ª Região. Porto Alegre, 1996/1996, p.15-20.

DIÓGENES, M.; PAGLIUCA, L.M.F. Teoria do autocuidado: análise crítica da utilidade na prática da enfermeira. **Rev Gaúcha Enferm**, v.24, n.3, p.286-93, 2013.

FERRAZ, E. **Projeto de Intervenção: Multiplicadores de Ações de Promoção de Saúde: Novos caminhos para Saúde no PCPA**. UFRGS, Porto Alegre, 2013.

FERRAZ, E. **Relatório Final de Atividades do Estágio Curricular em Serviço Social III**. UFRGS, 2014.

FERREIRA, H.; FONTOURA N.O. **Sistema De Justiça Criminal No Brasil: Quadro Institucional E Um Diagnóstico De Sua Atuação**. Brasília. Governo Federal Ministro de Estado Extraordinário de Assuntos Estratégicos – Roberto Mangabeira Unger Núcleo de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. Março de 2008.

FERRI, E.K.; LOUREIRO, M.D.R.; GODOI, S.D.C. A Promoção da Saúde. IN: **A Coordenação do Cuidado nas Redes de Atenção. Curso de Especialização em Gestão em Saúde no Sistema Prisional**. UFMS. FIOCRUZ. DEPEN, 2013.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: o nascimento das prisões**. Petrópolis: Vozes, 1997.

FUDOLI, R.A. **“Punição E Estrutura Social”: As Idéias Criminológicas De Rusche E Kirchheimer**. Disponível em: <http://www2.direito.ufmg.br/revistadoacaap/index.php/revista/article/view/138/137>. Acesso em 23 de outubro de 2014.

GOFFMAN, E. **Manicômicos, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2010.

IAMAMOTO, M.V. **Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social**. s/d. Disponível em: <http://www.cressrn.org.br/files/arquivos/FH41e700eM1MvI8g3552.pdf>

MARQUES, S.F. **Sistema Prisional e Produção de violência: O cotidiano de trabalho do Assistente Social**. 2012. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Ética e Educação em Direitos Humanos) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS, Porto Alegre.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

MIOTO, R. C. **Orientação e acompanhamento social a indivíduos, grupos e famílias**. Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Unidade V. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009

NETTO, J.P. Desigualdade, pobreza e Serviço Social. **Revista Em Pauta**, n.19, 2007.

ONOFRE, E.M.C; JULIÃO, E.F. A Educação na Prisão como Política Pública: entre desafios e tarefas. **Educação & Realidade**, v. 38, n. 1, p. 51-69, 2013.

OUTHWAITE, W.; BOTTOMORE, T. **Dicionário do pensamento social do Século XX**. Jorge Zahar Editor. 1996.

PONTES, R. N. A categoria de mediação em face do processo de intervenção do Serviço Social. **Cadernos Técnicos**, n.23, p.53-60, 1996.

Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde - **Carta de Ottawa**. Ottawa, novembro de 1986.

RIO GRANDE DO SUL. SECRETARIA DA SAÚDE. **Resolução Nº 351/11 – CIB/RS**. Porto Alegre, 27 de setembro de 2011.

RIO GRANDE DO SUL. SECRETARIA DE SAÚDE. Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/lista/203/Sa%C3%BAde_Prisional. Acesso em: 07 de abril de 2015.

RIO GRANDE DO SUL. SECRETARIA DE SAÚDE. **Relatório Detalhado de Prestação de Contas 1º Quadrimestre 2014**. Disponível em

http://www.saude.rs.gov.br/upload/1408039982_quadri12014.pdf. Acesso em 15 de outubro de 2014.

RIO GRANDE DO SUL. SECRETARIA DE SAÚDE. **Resolução Nº 257/11 – CIB/RS**. Porto Alegre 31 de agosto de 2011.

RIO GRANDE DO SUL. SUSEPE . **Mapa Prisional**. Disponível em: <http://www.susepe.rs.gov.br/capa.php> Acessado em 07/06/15

RIO GRANDE DO SUL. SUSEPE. **Política de Atenção Integral à Saúde Prisional. 2011**. Disponível em: http://www.susepe.rs.gov.br/upload/1315597369_SAUDE.pdf. Acesso em 11 de maio de 2015.

RUSCHE, G; KIRCHHEIMER, O. **Punição e estrutura social**. Rio de Janeiro: Revan, 2004.

SÁ E SILVA, F.C.M. de. A cidadania encarcerada: problemas e desafios para a efetivação do direito à saúde nas prisões. In COSTA, A.B. **O Direito achado na rua: Introdução crítica ao direito à saúde**. Brasília: CEAD/ UNB, 2009.

SALLIN, V.R. **As Facções E O Grupo Da Segurança No Presídio Central De Porto Alegre: Relações Em Um Sistema Social Complexo**. 2008. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, PUCRS, Porto Alegre.

SIMIONATTO, I. Fundamentos históricos e teórico-metodológicos do serviço social. **Temporalis**, n. 8, p. 31-42, 2004.

SINHOTETTO, J.; SILVESTRE, G.; SCHLITER, M.C.. **Desigualdade racial e segurança pública em São Paulo: Letalidade policial e segurança pública**. Relatório de Pesquisa, Gevac/UFSCar, 2014.

SOUZA, Celina. **Estado da Arte da Pesquisa em Políticas Públicas**. In: HOCHMAN, Gilberto (Org), **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

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

WACQUANT, L. **Os condenados da cidade: estudo sobre marginalidade avançada**. Rio de Janeiro: Revan, 2001.

WOLFF, M.P. **Mulheres e prisão: a experiência do Observatório de Direitos Humanos da Penitenciária Feminina Madre Pelletier**. Porto Alegre: Dom Quixote, 2007.

WOLFF, M.P. **Participação social e sistema penitenciário: uma parceria viável? Arquivos do Ministério da Justiça**. Disponível em: <http://www.justica.gov.br/seus-direitos/politica-penal/arquivos/ouvidoria-1/anexos-ouvidoria/participacao-social-e-sistema-penitenciario-uma-parceria-viavel.pdf> Acesso em: 21 de novembro de 2014.

ZAFFARONI, E.R.; PIERANGELI, J.H. **Manual de Direito Penal Brasileiro**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011.

APÊNDICE A

ROTEIRO PARA ANÁLISE DOCUMENTAL

Nome da Organização/Instituição:

O documento analisado

- 1- Relaciona os projetos de saúde com a PNAISP
- 2- A implantação da PNAISP ampliou a capacidade de atendimento da saúde prisional nesta região?
- 3-Atinge a totalidade das pessoas privadas de liberdade da instituição analisada?
- 4-O número de equipes de saúde prisional está em consonância com o indicado na PNAISP?
- 5-Apresenta uma reflexão crítica sobre a saúde prisional?
- 6-Qual o entendimento de saúde explicitado no documento?
- 7-Os projetos analisados orientam-se pelas diretrizes estabelecidas no SUS?
- 8-Explicita a composição das equipes, qual o vínculo funcional estabelecido com os profissionais?
- 9-Apresenta articulação com a rede de atendimento extramuros?
- 10-Apresenta a estrutura dos espaços de atendimento nos estabelecimentos profissionais,
- 11-Evidencia as fontes de financiamento?
- 12- Identifica-se processos de educação permanente?