



**Fundação Universidade de Brasília – UnB  
Instituto de Ciências Humanas – IH  
Departamento de Serviço Social – SER  
Trabalho de Conclusão de Curso – TCC**

**Saúde prisional e serviço social: contribuições, contradições e limites  
para a reeducação de apenados no Centro de Internamento e Reeducação  
do Distrito Federal (CIR-PAPUDA-DF)**

**Autora: Laís Campos Dantas Ferreira  
Orientadora: Dra. Ailta Barros de Souza**

**Brasília – 2015**

**Laís Campos Dantas Ferreira**

**Saúde prisional e serviço social: contribuições, contradições e limites para a reeducação de apenados no Centro de Internamento e Reeducação do Distrito Federal (CIR-PAPUDA-DF).**

Monografia apresentada ao Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília, como requisito parcial para conclusão de curso e obtenção do diploma de Bacharel em Serviço Social, realizada sob orientação da Professora Doutora Ailta Barros de Souza.

Brasília – DF – 2015

**Laís Campos Dantas Ferreira**

**Saúde prisional e serviço social: contribuições, contradições e limites para a reeducação de apenados no Centro de Internamento e Reeducação do Distrito Federal (CIR-PAPUDA-DF).**

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Ailta Barros de Souza  
Orientadora

(Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília-SER-/IH/UnB)

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Andréia de Oliveira

(Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília-SER-/IH/UnB)

---

Saulo Viana de Oliveira

(Assistente Social do Centro de Internamento e Reeducação do Complexo Penitenciário da Papuda)

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, que me sustentou e guardou até aqui. Em segundo lugar à minha família, que sempre me apoiou em todas as decisões que tomei ao longo da vida. Em especial aos meus pais, que batalharam para me proporcionar uma educação de qualidade. Essa graduação é mais suas que minha!

Ao meu marido, que esteve ao meu lado me ajudando e me consolando nos momentos difíceis. Obrigada pelo companheirismo!

À minha orientadora, Dra. Ailta Barros de Souza, que me incentivou e buscou me fazer enxergar novos horizontes. Agradeço pela disponibilidade e dedicação.

À professora, Dra. Andréia Andréia de Oliveira, pelo interesse e disponibilidade em compor a banca examinadora. Em especial, por ter incentivado o meu interesse na área da saúde durante a disciplina de Seguridade Social Saúde.

Ao assistente social Saulo Viana que transmitiu parte do seu conhecimento durante a minha formação, tornando-se espelho da futura profissional que almejo ser.

A todos os profissionais do CIR que contribuíram de forma espontânea e solidária para a realização dessa pesquisa.

Agradeço às minhas amigas, que são mais que colegas de faculdade e profissão, por tornarem essa caminhada mais colorida e divertida. Espero encontrá-las para enfrentarmos juntas os desafios da profissão.

## RESUMO

A presente monografia investiga as contribuições, contradições e limites da saúde prisional para a reeducação de apenados do Centro de Internamento e Reeducação (CIR) do Complexo Penitenciário da Papuda, tendo como eixo articulador da análise a política de segurança pública e a política de saúde. A metodologia empregada nesta pesquisa consiste em um estudo exploratório e na utilização do método qualitativo de análise de dados, através de entrevistas com assistentes sociais e agentes penitenciários abordando questões referentes às três categorias em investigação. O trabalho faz sobretudo uma análise da percepção dos profissionais a respeito do tema, entendendo que estes formam a rede que propicia o acesso ao direito à saúde, garantido pela Constituição Federal de 1988 em seu artigo 196 e pelo Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Concomitantemente, aborda as dificuldades e os limites que estes profissionais enfrentam na sua prática profissional, fazendo referência às contradições que cercam as duas áreas de atuação. Tendo em vista que a saúde prisional representa um grande avanço para a conquista de direitos da população carcerária e contribui para uma real ressocialização, faz-se necessário voltar o olhar para a responsabilidade do Estado, quanto a seu papel de provedor e quanto à necessidade de um maior investimento em saúde e em segurança. O trabalho sinaliza a necessidade de introdução de outras políticas necessárias no universo prisional e defende ainda a formação de uma rede de atendimento integrada que viabilize a reeducação.

**Palavras-chave:** Saúde Prisional, Contradições, Limites, Contribuições, Assistentes Sociais, Agentes Penitenciários

## **ABSTRACT**

This monograph investigates the contributions, contradictions and limits of prison health for convicteds of the Detention, Rehabilitation and Reeducation Center (CIR) of the Penitentiary Complex of Papuda, having public safety policy and health policy as its central theme of the analysis. The methodology used in this study consists of an exploratory study and the use of qualitative methods of data analysis, through interviews with social workers and prison guards addressing issues relating to the three categories under investigation. The work mainly analyzes the perception of professionals on the subject, understanding that these form a network that provides access to the right to health, guaranteed by the art. 196 of the Constitution of 1988 and the National Health Plan for the Prison System. At the same time, it addresses the difficulties and limitations that these professionals face in their professional practice, referring to the contradictions surrounding the two areas. In view of the major breakthrough in attainment of rights that prison health represents and the contribution to a real rehabilitation, it is necessary to look again at the state's responsibility on a greater investment in health and safety; introduction of other prison required policies; and the formation of an integrated service network that enables reeducation.

**Keywords:** Prison Health, Contradictions, Limits, Contributions, Social Workers, Prison Officers

## SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO I. A HISTÓRIA DAS DUAS POLÍTICAS: SEGURANÇA PÚBLICA X SAÚDE</b> .....	<b>10</b>
1.1 POLÍTICA DE SEGURANÇA PÚBLICA.....	10
<b>1.1.1 Breve histórico do Sistema Penitenciário Brasileiro</b> .....	<b>14</b>
<b>1.1.2 Contexto histórico prisional Brasileiro</b> .....	<b>16</b>
1.2 POLÍTICA DE SAÚDE.....	19
<b>1.2.1 Breve Histórico</b> .....	<b>19</b>
<b>1.2.2 Saúde Prisional</b> .....	<b>23</b>
<b>CAPÍTULO II. A SAÚDE SOB CUSTÓDIA: O GRANDE DILEMA DO SERVIÇO SOCIAL PENITENCIÁRIO</b> .....	<b>26</b>
2.1 CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO.....	26
2.2 AGENTES DE SEGURANÇA PENITENCIÁRIO .....	27
2.3 SERVIÇO SOCIAL PENITENCIÁRIO: SAÚDE OU SOCIOJURÍDICO?.....	29
<b>2.3.1 Serviço Social na Saúde Prisional</b> .....	<b>29</b>
<b>2.3.2 Serviço social: sociojurídico ou saúde?</b> .....	<b>31</b>
2.4 CONTRIBUIÇÕES DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE PRISIONAL.....	35
2.5 LIMITES COLOCADOS AO ASSISTENTE SOCIAL NO ÂMBITO DA SAÚDE PRISIONAL .....	37
<b>CAPÍTULO III. A CONSTRUÇÃO DAS TRÊS CATEGORIAS: CONTRIBUIÇÕES, CONTRADIÇÕES E LIMITES DA SAÚDE PRISIONAL</b> .....	<b>41</b>
3.1 METODOLOGIA.....	41
3.2 ANÁLISE DOS DADOS.....	42
<b>3.2.1 Do perfil dos profissionais entrevistados</b> .....	<b>43</b>
<b>3.2.2 Contribuições da Saúde Prisional</b> .....	<b>44</b>
<b>3.2.3 Limites da Saúde Prisional</b> .....	<b>46</b>
<b>3.2.4 Contradições da saúde Prisional</b> .....	<b>49</b>
<b>3.2.5 Ainda o Serviço Social: saúde ou sociojurídico?</b> .....	<b>51</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>53</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>55</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>59</b>

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**ASP** – Agente de Segurança Penitenciário

**CDP** – Centro de Detenção Provisória

**CFESS** – Conselho Federal de Serviço Social

**CIR** – Centro de Internamento e Reeducação

**CPP** – Centro de Progressão Penitenciária

**DEPEN** – Departamento Penitenciário Nacional

**DST** – Doença sexualmente transmissível

**FUNAP** – Fundação de amparo ao trabalhador preso

**GEAIT** – Gerência de Assistência Social da Penitenciária

**IAP's** – Instituto de Aposentadoria e Pensão

**LEP** – Lei de execução Penal

**PDF 1** – Penitenciária do Distrito Federal 1

**PDF 2** – Penitenciária do Distrito Federal 2

**PNSSP** – Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário

**SES** – Secretaria de Saúde

**SESIPE** – Subsecretaria do Sistema Penitenciário

**SUS** – Sistema Único de Saúde

## INTRODUÇÃO

Este trabalho de conclusão de curso de Bacharel em Serviço Social integra os resultados dos conhecimentos adquiridos durante o processo de formação e no campo de estágio. O interesse pelo tema surgiu a partir da experiência vivenciada durante o estágio supervisionado, realizado durante dois semestres no Centro de Internamento e Reeducação (CIR-PAPUDA).

A referida instituição é um presídio masculino de regime semi-aberto-fechado, localizado no Complexo Penitenciário da Papuda. Nessa instituição os serviços de assistência à saúde do interno se materializam a partir de uma equipe de saúde multidisciplinar que possui assistentes sociais, psicólogos, dentistas, enfermeiros, técnicos de higiene bucal, técnicos de enfermagem, terapeuta ocupacional e médico. Essa pesquisa foi motivada a partir da curiosidade sobre a forma como os limites e contradições enfrentados pela saúde prisional eram observados pelos assistentes sociais e pelos agentes penitenciários. O que foi levado em consideração foi o fato de a equipe de saúde buscar garantir direitos em um local que historicamente os viola.

O presente estudo visa analisar, a partir de distintas perspectivas, uma com o olhar da política de segurança pública e outra com o olhar da saúde, quais são as contribuições, contradições e limites para a reeducação de apenados. Entendendo que, garantindo direitos, é possível alcançar o objetivo final da pena, que não se limita a castigar o corpo, mas fornecer elementos que propiciem um retorno saudável daquele corpo ao convívio social.

A pesquisa foi construída por meio do levantamento e estudo de artigos que abordam temas como a atuação da área da saúde prisional, a política de segurança pública, a política de saúde, o sistema penitenciário, a atuação do assistente social no sociojurídico, entre outros, além da realização de entrevistas com agentes penitenciários e assistentes sociais que atuam na saúde prisional.

Com o intuito de buscar respostas às três categorias elencadas, contribuições, contradições e limites da saúde prisional, essa monografia foi organizada em três capítulos. O primeiro capítulo apresenta e localiza a história das duas políticas, segurança e saúde, revelando o seu projeto-político. Para tanto, partimos de uma reconstrução do processo histórico das políticas e do sistema prisional e especialmente do sistema prisional brasileiro. Na sequência, apresentamos um

breve histórico da saúde prisional, já apontando em que concerne a grande contradição que esse trabalho almeja investigar.

O segundo capítulo tem como objetivo analisar o grande dilema do Serviço Social penitenciário, observando a grande contradição existente entre ser profissional da saúde em um espaço onde há demandas do sociojurídico. Com o intuito de delimitar o campo de análise, começamos o capítulo caracterizando a instituição de análise. Em seguida, contextualizou-se a profissão do agente penitenciário. O capítulo investe na discussão a respeito do serviço social na saúde prisional, reflete sobre em que ponto há imbricação da saúde no campo do sociojurídico, e se existe confusão de identidade dos assistentes sociais quanto a esta temática. Por fim, ressalta as contribuições e limites postos aos assistentes sociais no âmbito prisional.

O terceiro e último capítulo apresenta em detalhes a metodologia utilizada nessa pesquisa e os resultados obtidos através da análise final. Em seguida, apresentamos as considerações finais e as questões de pesquisa levantadas pela análise, objetivando um estímulo ao desenvolvimento dos temas propostos em pesquisas futuras.

## **CAPÍTULO I. A HISTÓRIA DAS DUAS POLÍTICAS: SEGURANÇA PÚBLICA X SAÚDE**

### **1.1 POLÍTICA DE SEGURANÇA PÚBLICA**

A globalização vem provocando alterações nas estruturas do Estado e redefiniu o seu papel como organização política e social. Em um contexto de neoliberalismo fica evidente a necessidade de um Estado Penal, pela via de ações que fortaleçam o controle dos processos de marginalização econômica e social.

O conceito de Estado penal foi cunhado por Loïc Wacquant, sociólogo francês radicado nos EUA, que estuda a segregação racial, a pobreza, a violência urbana, a desproteção social e a criminalização na França e nos Estados Unidos da América no contexto do neoliberalismo. (BRISOLA, 2012, p.129).

Pela análise de Wacquant evidencia-se que a emergência do chamado Estado penal, em detrimento do Estado social, situa-se no contexto da crise do capital, a qual afeta todas as instâncias da vida social (BRISOLA, 2012, p. 131).

Dessa forma, o Estado vem se modificando para responder ao movimento dinâmico da sociedade, onde a segurança da sociedade aparece como uma das principais demandas, afirmando-se como direito social. Poucas expressões da questão social mobilizam tanto a opinião pública quanto as temáticas da violência e da criminalidade. Afinal são expressões da questão social que atingem toda a população, sem discriminação de raça, classe social ou sexo. O que deve ser notado é como esse direito à segurança pode provocar exclusão em um Estado neoliberal:

Conforme salienta Loïc Wacquant (2001), o paradoxo existente entre o “menos Estado” econômico e social, subsidiado pelo neoliberalismo e o “mais Estado” policial e penitenciário, concretiza e fomenta a insegurança social generalizada da qual somos, simultaneamente, vítimas e algozes. Esse mesmo Estado penalista e punitivo apresenta-se legitimado por uma política de massa feroz que conduz a configuração do imaginário social diante das manifestações incontestavelmente cruéis da questão social, promovendo a construção de uma sociedade altamente excludente e punitiva, tal como o “mais Estado” policial e penitenciário. Fonte de materialização de tal argumentação aponta-se o sistema prisional brasileiro (CUNHA, 2011, p. 2).

A prisão parece ser a consolidação de um processo de exclusão, uma vez que a grande maioria da população carcerária tem baixa escolaridade,

trabalha sem carteira assinada – indicando o subemprego – o que aponta para uma realidade de falta de alternativas econômicas, sociais e culturais (MATTOS, 2004, p. 169 apud CUNHA, 2011, p. 3).

Para a efetivação do direito a segurança é necessária a constituição de um sistema de segurança, formado por instituições ou órgãos estatais, responsáveis por adotar ações voltadas para garantia da segurança de toda a população. O eixo estratégico é a política de segurança pública, formada pelo conjunto de ações delineadas em planos e programas que são implementados com o objetivo de garantir segurança individual e coletiva (CARVALHO; SILVA, 2011, p. 60).

A política de segurança no Brasil se iniciou com a chegada de D. Joao VI, visto que após um ano de sua chegada foi criada a Divisão Militar e a Guarda Real de Policia. Neste período ainda não se tinha noção a respeito da segurança publica, nem referência a essa questão. Em 1822 com, a independência do Brasil, a segurança do individuo era confundida com a segurança do país. Em 1889 com a proclamação da republica ficou definido através do art 5º Decreto nº 1:

a responsabilização dos governos estaduais pela manutenção da ordem e segurança pública e pela defesa e garantia da liberdade e dos direitos dos cidadãos. Essa determinação por escrito não se tornou uma prioridade no país, embora fosse uma ordem a ser cumprida, pois ainda eram usados elementos que retraíam os direitos e a liberdade do cidadão[...] (CRUZ, 2013, p.3)

É apenas no inicio do Governo Vargas, que começam as reivindicações da população por mais segurança. É nesse período que ocorreu a primeira referência às Forças Públicas, hoje a Policia Militar, como organização.

Na década de 60 e especialmente no inicio do período ditatorial, a segurança era tratada exclusivamente como política de controle social pelo Estado. Ademais, nem mesmo a transição para democracia e a Constituição Federal de 1988 foram suficientes para acabar com as práticas policiais autoritárias do período ditatorial. A redemocratização política do Brasil ainda não foi capaz de lançar suas luzes sobre as práticas das instituições criminais, especialmente sobre os presídios brasileiros que parecem resistir à democratização, formando um enclave autoritário no cerne do Estado democrático. A própria política de segurança pública foi e vem sendo encarada pelos governos apenas como modelo para oferecer um atendimento imediatista.

Planejamento, monitoramento, avaliação de resultados, gasto eficiente dos recursos financeiros não têm sido procedimentos usuais nas ações de combate à criminalidade, seja no executivo federal, seja nos executivos estaduais. Desse ponto de vista, a história das políticas de segurança pública na sociedade brasileira nas duas últimas décadas se resume a uma série de intervenções governamentais espasmódicas, meramente reativas, voltadas para a solução imediata de crises que assolam a ordem pública [...] (SAPORI, 2007, p. 109 apud CARVALHO; SILVA, 2011, p. 62)

O problema dessa política consiste na ausência de continuidade, na desarticulação entre as instituições que a compõem, na falta de uma efetiva participação da sociedade civil na sua construção, bem como na ausência de parâmetros de avaliação que ofereçam condições de adequação às reais necessidades da sociedade. Onde, torna-se necessária a construção de uma política de segurança democrática que permita uma ruptura com os padrões consolidados durante a ditadura militar:

No Brasil, a reconstrução da sociedade e do Estado democráticos, após 20 anos do regime autoritário, não foi suficientemente profunda para conter o arbítrio das agências responsáveis pelo controle da ordem pública. Não obstante as mudanças dos padrões emergentes de criminalidade urbana violenta, as políticas de segurança e justiça criminal, formuladas e implementadas pelos governos democráticos, não se diferenciaram grosso modo daquelas adotadas pelo regime autoritário. A despeito dos avanços e conquistas obtidos nos últimos anos, traços do passado autoritário revelam-se resistentes às mudanças em direção ao Estado democrático de Direito [...] (ADORNO, 1996, p. 233).

A Constituição Federal de 1988 institui o Estado Democrático de Direito, garantindo a cidadania como um princípio fundamental, conforme o seu artigo 1º :

Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:

- I - a soberania;
- II - a cidadania;
- III - a dignidade da pessoa humana;
- IV - os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa;
- V - o pluralismo político.

Em seu artigo 6º a mesma Constituição federal assegura uma gama de direitos sociais, dentre os quais a segurança, de modo que tal direito figura no conjunto dos direitos básicos de cidadania:

São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à

maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (BRASIL, 2006).

Já no artigo 144, o texto aponta que a Segurança Pública se constitui como “dever do Estado, direito e responsabilidade de todos, sendo exercida para preservação da ordem pública e da incolumidade das pessoas e do patrimônio [...]” (BRASIL, 2006). Dessa forma, a política de Segurança pública configura-se como uma Política de Estado que envolve a atuação de múltiplos atores de origem estatal, que trabalham na perspectiva de garantir à população a segurança pública. Esses atores aparecem nas mais diferentes categorias, como por exemplo: policiais, agentes penitenciários, advogados, juízes entre outros, que são referenciados como agentes de segurança pública.

A política de segurança pública envolve diversas instâncias governamentais e os três poderes da república, o que a torna uma complexa política social. O poder executivo é responsável pelo planejamento e pela gestão de políticas de segurança pública, que objetivam a prevenção e a repressão à criminalidade, à violência e a execução penal. Os agentes de segurança pública se localizam no bojo do poder executivo. Ao poder legislativo cabe estabelecer ordenamentos jurídicos, imprescindíveis ao funcionamento adequado do sistema de justiça criminal. Por fim, ao poder judiciário cabe assegurar a tramitação processual e a aplicação da legislação.

No Brasil, a segurança pública tem ocupado posição de destaque nas agendas governamentais, devido ao aumento exponencial das taxas de criminalidade, sobretudo nas duas últimas décadas, como também devido à degradação das instituições responsáveis pela ordem. Situação distinta do início da década de 1990, quando a violência era um fenômeno típico das capitais e suas regiões metropolitanas (SOARES, 2003, p.79 apud CUNHA, 2011, p.2). Embora sejam observados alguns avanços a partir do processo de redemocratização e da Constituição Federal de 1988, o sistema de segurança pública brasileiro ainda enfrenta diversas dificuldades:

O sistema de segurança pública brasileiro em vigor, desenvolvido a partir da Constituição Federal de 1988, estabeleceu um compromisso legal com a segurança individual e coletiva. Entretanto, no Brasil, em regra, as políticas de segurança pública têm servido apenas de paliativo a situações emergenciais, sendo deslocadas da realidade social, desprovidas de perenidade, consistência e articulação horizontal e setorial. (CARVALHO e

SILVA, 2011, p. 62).

Evidencia-se que na dinâmica brasileira e em decorrência também de suas raízes sócio-históricas – anteriormente abordadas – as políticas sociais são “assessórios” ao sistema político e se integram à manutenção das práticas eleitoreiras inerentes ao contexto de construção social e política do Brasil. Sendo assim, a política de Segurança Pública se formata por meio de ações interesseiras e, portanto direcionadas a partir dos aportes midiáticos e neoliberais, no qual é fomentada a legitimação da repressão à violência por meio de práticas de cunho estatal altamente repressivas e punitivas, as quais são reproduzidas individualmente pelos próprios cidadãos. (CUNHA, 2011, p. 10).

No item seguinte pretende-se ir além da questão da segurança pública no Brasil mostrando como a sociedade lida com a questão e suas implicações. Para tanto, pretende-se resgatar a construção histórica do sistema penitenciário brasileiro considerando sua importância tanto para análise que ora pretendemos desenvolver no presente trabalho, quanto para a política de segurança pública em seu conjunto.

### **1.1.1 Breve histórico do Sistema Penitenciário Brasileiro**

Até o século XVIII, o sistema prisional marcado pela pena privativa de liberdade não era conhecido no mundo. O poder judiciário ainda não havia se estruturado no período da alta idade média e as penas eram ligadas a práticas cruéis e desumanas. A privação de liberdade era usada com dois objetivos: garantir que o acusado não fugisse e conseguir provas sob tortura, até o dia do julgamento, onde ele saberia a sua real punição.

[...] Damiens fora condenado, [a 2 de março de 1757], a pedir perdão publicamente diante da porta principal da Igreja de Paris [aonde devia ser] levado e acompanhado numa carroça, nu, de camisola, carregando uma tocha de cera acesa de duas libras; [em seguida], na dita carroça, na praça de Greve, e sobre um patíbulo que aí será erguido, atenazado nos mamilos, braços, coxas e barrigas das pernas, sua mão direita segurando a faca com que cometeu o dito parricídio, queimada com fogo de enxofre, e às partes em que será atenazado se aplicará chumbo derretido, óleo fervente, piche em fogo, cera e enxofre derretidos conjuntamente, e a seguir seu corpo será puxado e desmembrado por quatro cavalos e seus membros e corpo consumidos ao fogo, reduzidos a cinzas, e suas cinzas lançadas ao vento.<sup>1</sup> Finalmente foi esquartejado [relata a Gazette d'Amsterdam].<sup>2</sup> Essa última operação foi muito longa, porque os cavalos utilizados não estavam afeitos à tração, de modo que, em vez de quatro, foi preciso colocar seis; e como isso não bastasse, foi necessário, para desmembrar as coxas do infeliz, cortar-lhe os nervos e retalhar-lhe as juntas. (FOCAULT, 1999, p. 9).

O ritual acima descrito por Foucault demonstra os requintes de crueldade e de maldade com que as sociedades tradicionais e os antigos regimes tratavam e puniam aqueles que cometiam delitos, os fora da lei. Apenas no século XVIII, a pena privativa de liberdade como alternativa às punições drásticas passou a integrar o direito penal e houve a extinção das práticas cruéis e desumanas. Essa mudança de perspectiva a respeito da pena veio a partir de mudanças políticas da época. Com a ascensão da burguesia, a punição deveria parar de ser um espetáculo público. Como o Estado passa a ser e ter o poder público, surge um novo modelo de fazer sofrer, um novo modelo entre crime e punição (SANTIS e ENGBRUCH, 2012, p.145).

No século XVIII, o mesmo da criação do sistema penitenciária na Inglaterra, a partir da iniciativa pioneira de John Howard, esse mesmo sistema começa a ser alvo de análise. Ele escreve um livro a respeito das condições penitenciárias da Inglaterra como forma de denúncia e propõe uma série de mudanças. Sua principal inovação foi a criação de estabelecimentos específicos para uma nova visão de cárcere: afinal os estabelecimentos que existiam configuravam um modelo para abrigar o criminoso temporariamente. Segundo sua proposição, esses estabelecimentos deveriam ser pensados para abrigar o criminoso como forma de punição.

No final do século XVIII e início do século XIX surgem nos Estados Unidos os primeiros presídios, onde já era aplicado o sistema de reclusão total. Em 1820, foi criado o sistema "Auburn". Nesse sistema a reclusão era absoluta, mas apenas durante o período da noite, pois durante o dia as refeições e o trabalho eram realizados coletivamente:

A vida é então repartida de acordo com um horário absolutamente estrito, sob uma vigilância ininterrupta: cada instante do dia é destinado a alguma coisa, prescreve-se um tipo de atividade e implica obrigações e proibições: Todos os prisioneiros se levantam cedo de madrugada, de maneira que depois de terem feito as camas, se terem lavado e atendido a outras necessidades, começam o trabalho geralmente ao nascer do sol. A partir desse momento, ninguém pode entrar nas salas ou outros lugares que não sejam as oficinas e locais designados para seus trabalhos... No fim do dia, toca um sino que os avisa para deixar o trabalho... Eles têm meia hora para arrumar as camas, e depois disso não lhes é mais permitido conversar alto e fazer o mínimo ruído. (FOUCAULT, 1999, p. 102).

A progressão da pena surge em uma colônia inglesa em Norfolk, que combina esses dois outros sistemas, com o objetivo de melhorar as condições de

vida dos reclusos. O regime era de isolamento total do preso. E depois de um período em que ele estivesse cumprindo a pena, este regime passava a ser apenas no período noturno. Porém o trabalho durante o dia era sob disciplina e silêncio total, como preconizado no sistema de Auburn. Após cumprir essas etapas, o condenado ia acumulando vale, e depois de conquistar uma determinada quantidade desses vales, iria para um terceiro estágio, o que se assemelha atualmente à liberdade condicional. Passando por essa fase e cumprindo o que era determinado, ele conseguiria assim a liberdade definitiva (OLIVEIRA, 2006, p. 4-5).

Após essas “inovações” da pena, outros modelos na Inglaterra, na Irlanda e na Espanha foram surgindo e se aperfeiçoando. O Sistema de Montesinos, na Espanha, por exemplo, tinha trabalho remunerado e a pena tinha caráter regenerador, o que mais se assemelha ao caráter atual das penas (SANTIS; ENGBRUCH, 2012, p. 146-147).

### **1.1.2 Contexto histórico prisional Brasileiro**

Até 1830, no Brasil, as penas aplicadas a criminosos estavam relacionadas ao o que previam as ordens Filipinas, já que o país, na qualidade de colônia de Portugal, não possuía o seu próprio Código Penal. As penas estavam relacionadas com a degradação corporal, como por exemplo: queimaduras, mutilações, açoites, humilhações públicas e confisco de bens ou multas. Nesse período ainda não havia encarceramento, já que os movimentos reformistas penitenciários só ocorreriam no século seguinte. Com a nova constituição em 1824, o Brasil também passa por uma reforma no que diz respeito à aplicação da pena. Porém ainda não é abolido totalmente o uso das práticas cruéis, já que os escravos ainda eram submetidos a essas penas. Apenas em 1830, com o Código do Império a pena de prisão é instaurada no Brasil. Ela acontecia de duas maneiras distintas: a prisão com trabalho e a prisão simples. Com esse avanço as penas passam a ser baseadas no encarceramento, mas ainda continuavam as penas de morte e as penas ligadas ao trabalho forçado (SANTIS e ENGBRUCH, 2012, p. 147-154).

Após esse grande período de aplicação de penas cruéis, inicia-se o debate no Brasil sobre os sistemas penitenciários estrangeiros, principalmente o sistema Auburn, já que começavam a ser inauguradas as primeiras Casas de Correção no país, conforme previa o Código de 1830. Essas prisões eram caracterizadas pelo

padrão violento e degradante. Apenas em 1890, com o novo Código Penal as penas de morte, perpétuas e açoites foram abolidas. Contudo, conforme aponta Foucault, as penas sempre estarão vinculadas ao corpo:

Mas podemos sem dúvida ressaltar esse tema geral de que, em nossas sociedades, os sistemas punitivos devem ser recolocados em uma certa "economia política" do corpo: ainda que não recorram a castigos violentos ou sangrentos, mesmo quando utilizam métodos "suaves" de trancar ou corrigir, é sempre do corpo que se trata - do corpo e de suas forças, da utilidade e da docilidade delas, de sua repartição e de sua submissão. É certamente legítimo fazer uma história dos castigos com base nas ideias morais ou nas estruturas jurídicas. Mas pode-se fazê-la com base numa história dos corpos, uma vez que só visam à alma secreta dos criminosos? (FOUCAULT, 1999, p.25)

O Código Penal de 1890 possibilitou estabelecer novas modalidades de prisão, considerando que não haveria mais penas perpétuas e coletivas, limitando-se às penas restritivas de liberdade individual, uma penalidade de no máximo trinta anos, com reclusão, prisão com trabalho obrigatório e prisão disciplinar (OLIVEIRA, 2006, p. 4).

No início do século XX, as prisões brasileiras já apresentavam condições de superlotação e precariedade. Em 1940, é publicado através de decreto-lei o atual Código Penal, que trouxe diversas inovações e possuía por princípio a moderação por parte do poder punitivo do Estado (ASSIS, 2007, p. 1).

O legado autoritário que sempre esteve enraizado nas políticas brasileiras facilitou a adequação do projeto neoliberal no fim dos anos 80.

a penalidade neoliberal ainda é mais sedutora e mais funesta quando aplicada em países ao mesmo tempo atingidos por fortes desigualdades de condições e de oportunidades de vida e desprovidos de tradição democrática e de instituições capazes de amortecer os choques causados pela mutação do trabalho e do indivíduo no limiar do novo século (WACQUANT, 2001, p.7 apud PASTANA, 2009, p. 123).

Nesse Estado com um caráter altamente controlador no que se refere aos conflitos sociais, cria-se um círculo vicioso que produz um aumento exponencial da insegurança da população frente à violência e que legitima o aumento da repressão. Assim, pode-se concluir que o sistema penitenciário brasileiro caminha menos para a consolidação democrática e mais para um "tapa buracos".

Em outras palavras, em tempos liberais como o atual, o que caracteriza a atuação penal é a noção de emergência, entendida como um momento excepcional a exigir “uma resposta pronta e imediata, que deve durar enquanto o estado emergencial perdure”. (PASTANA, 2009, p. 189).

Para Pastana (2009, p. 125), “aqui não cabe qualquer objetivo educador, reformador ou disciplinador, apenas o isolamento e a exclusão”. Nesse contexto, apenas o Código penal, por si só, não conseguiria responder às demandas como um todo.

nossa Justiça Penal está impregnada da ideia de encarcerar, mesmo que isso não tenha reflexos na diminuição da criminalidade. Ao contrário, nosso sistema prisional, tradicionalmente degradante e estigmatizante, serve mais como ponto de reunião, organização e difusão da criminalidade em larga escala. (PASTANA, 2009, p. 133).

Fez-se necessária a criação da Lei de Execução Penal, que teve lugar em 1983. A lei de execução penal brasileira é considerada a efetivação da execução penal como forma de preservação dos bens jurídicos e da garantia à reinserção do apenado ao convívio social, o que é de fato um avanço, principalmente para legitimar a teoria ressocializadora já prevista pelo Código Penal. Nesta lei, ficaram evidenciados os direitos e deveres dos apenados, conforme aponta Oliveira:

O condenado também possui direito, e dentre os direitos presentes no art. 41 estão o direito à alimentação suficiente, ao vestuário, à Previdência Social; à distribuição do tempo em trabalho, ao descanso e à recreação; à assistência material, à saúde, jurídica, educacional, social e religiosa; à visita de parentes em dias determinados; e ao contato com o mundo exterior por meio de correspondência escrita [...]. A Lei de Execução Penal regulamenta o sistema penitenciário brasileiro e no seu art 1º propõe o seu objetivo: “Efetivar as disposições da sentença ou decisão criminal e proporcionar condições para a harmônica integração social do condenado e do internado.” (OLIVEIRA, 2006, p. 5-6).

Ainda sobre o direito do apenado, o artigo 10 aponta que a assistência ao preso é dever do Estado, e deve ter como objetivo prevenir o crime e orientar o retorno ao convívio social. A pena está vinculada à privação de liberdade e deve ser executada e cumprida, mas os direitos fundamentais previstos por constituição, referentes à saúde, por exemplo, devem ser respeitados, visando à reabilitação do brasileiro que cumpre pena.

Porém, depois de muitas lutas e desacertos para que o país pudesse ter uma legislação que tratasse de forma específica e satisfatória sobre o assunto, o

problema enfrentado hoje é a falta de efetividade no cumprimento e na aplicação da Lei de Execução Penal.

## **1.2 POLÍTICA DE SAÚDE**

### **1.2.1 Breve Histórico**

Nessa sessão busca-se contextualizar a saúde enquanto política pública no Brasil e discutir sua evolução. Não existe uma única concepção ou definição a respeito do termo políticas públicas:

Mead (1995) a define como um campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas e Lynn (1980), como um conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos. Peters (1986) segue o mesmo veio: política pública é a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos. Dye (1984) sintetiza a definição de política pública como “o que o governo escolhe fazer ou não fazer”.<sup>3</sup> A definição mais conhecida continua sendo a de Laswell, ou seja, decisões e análises sobre política pública implicam responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por quê e que diferença faz. (SOUZA, 2006, p.24).

O sistema de saúde tem suas características guiadas pelas tendências políticas e econômicas de cada momento histórico. A assistência à saúde desenvolveu-se a partir da evolução da previdência social, com ênfase na lógica curativa e lucrativa (FLEURY; OUVÉRY, 2008, p.5).

As políticas sociais são concebidas na ordem capitalista como o resultado de disputas políticas e, nessa arena de conflitos, elas assumem caráter contraditório, são resultado das lutas e conquistas das classes trabalhadoras podendo incorporar as demandas do trabalho e impor limites, ainda que parciais, à economia política do capital. Nessa perspectiva, ao garantir direitos sociais, as políticas sociais podem contribuir para melhorar as condições de vida e de trabalho das classes que vivem do seu trabalho, ainda que não possam alterar estruturalmente o capitalismo (CFESS, 2010, p.17).

A redemocratização é um processo que se inicia no final dos anos 70 com a contestação do regime militar. Nesse cenário diversas entidades e movimentos sociais mobilizaram e estimularam a participação popular no processo de discussão da nova Constituição Federal a ser promulgada em 1988. As lutas sociais foram pela democracia, pela garantia de direitos sociais e políticos, e pela conseqüente

ampliação da cidadania. A Assembleia Constituinte foi convocada em 1987 e foi presidida por Ulisses Guimarães. A promulgação da nova Constituição Federal ocorreu em 1988 e trouxe grandes conquistas e inovações no campo da saúde.

Entretanto, a proteção social brasileira somente terá lugar em solo firme na Constituição Federal de 1988, quando afiança os direitos sociais e humanos como universais, de responsabilidade pública e estatal. Ao mesmo tempo em que avança no reconhecimento da proteção social para além do trabalho formal, contrariamente define que a seguridade social brasileira não contributiva está sedimentada em duas políticas públicas – saúde e assistência social –, não avançando na lógica social. Enquanto política pública, tanto a saúde, quanto a assistência social têm caráter universal. Este modelo de seguridade social não contributiva exclui das proteções sociais as outras dimensões das necessidades humanas, reconhecidas nas políticas sociais da referida Carta. (CFESS, 2014, p.86).

A dita Constituição Federal Brasileira (1988) inaugura um novo modelo de seguridade social no Brasil, previsto em seu artigo 194, com o seguinte texto:

Art. 194. (\*) A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. Parágrafo único. Compete ao poder público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:  
I – universalidade da cobertura e do atendimento;  
II – uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;  
III – seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;  
IV – irredutibilidade do valor dos benefícios;  
V – equidade na forma de participação no custeio;  
VI – diversidade da base de financiamento;  
VII – caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados.

Já a Lei nº 8.212/1991, que regulamenta a previdência social, traz em seu artigo 3º que:

Art. 3. A Previdência Social tem por fim assegurar aos seus beneficiários meios indispensáveis de manutenção, por motivo de incapacidade, idade avançada, desemprego involuntário, encargos de família e reclusão ou morte daqueles de quem dependiam economicamente.

Segundo os dispositivos supracitados a seguridade social é formada pelo tripé Saúde, Assistência Social e Previdência Social. Essa concepção de Seguridade Social representa um dos maiores avanços da Constituição Federal de 1988 no que se refere à proteção social e ao atendimento às reivindicações da classe

trabalhadora.

A dita Constituição incorporou a maioria dos aspectos da reforma sanitária, o que significou grande vitória para a sociedade como um todo. A instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta-se como o grande avanço na efetivação do direito à saúde pública no Brasil, uma vez que tal sistema garante acesso integral, universal e igualitário à população brasileira, nunca antes visto na história do Brasil (POLIGANO, 2008, p. 21).

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

O texto constitucional demonstra claramente que a concepção do SUS estava baseada na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do Estado para com o bem-estar social, especialmente no que se refere à saúde coletiva, consolidando-a como um dos direitos da CIDADANIA. (POLIGANO, 2008, p.22).

Os artigos 196, 197, 198 e 200 da Constituição (1988) preveem essa atenção à saúde de forma ampla:

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

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade.

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; III - ordenar a formação de recursos

humanos na área de saúde; IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico; VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

Mesmo com os avanços já citados, a política pública de saúde ainda possui grandes dificuldades pela frente. Ela tem encontrado notórias dificuldades para sua efetivação, como a desigualdade de acesso da população aos serviços de saúde, o desafio de construção de práticas baseadas na integralidade, os dilemas para alcançar a equidade no financiamento do setor, os avanços e recuos nas experiências de controle social, a falta de articulação entre os movimentos sociais, entre outras. Todas essas questões são exemplos de que a construção e consolidação dos princípios da Reforma Sanitária permanecem como desafios fundamentais na agenda contemporânea da política de saúde (CFESS, 2010, p.21).

O Sistema Único de Saúde (SUS) completou vinte anos de existência e, não obstante ter conseguido algumas inovações, o SUS real está longe do SUS constitucional. Há uma enorme distância entre a proposta do movimento sanitário e a prática do sistema público de saúde vigente. O SUS foi se consolidando como espaço destinado aos que não têm acesso aos subsistemas privados, como parte de um sistema segmentado. A proposição inscrita na Constituição de 1988 de um sistema público universal não se efetivou, apesar de alguns avanços, como o acesso de camadas da população que antes não tinham direito; o sistema de imunização e de vigilância epidemiológica e sanitária; os progressos na alta complexidade, como os transplantes, entre outros. (CFESS, 2010, p.22).

Essa nova concepção de saúde vai impactar no trabalho do assistente social em diversas dimensões:

[...] nas condições de trabalho, na formação profissional, nas influências teóricas, na ampliação da demanda e na relação com os demais profissionais e movimentos sociais. Amplia-se o trabalho precarizado e os profissionais são chamados a amenizar a situação da pobreza absoluta a que a classe trabalhadora é submetida. (CFESS, 2010, p.23).

Dito isso, cabe ressaltar que esses impactos também respingaram nos espaços de inserção e atuação dos profissionais. A saúde prisional, por exemplo,

constitui um campo privilegiado de atuação do assistente social em decorrência da ideia ampla e da concepção holística de saúde instituída pela Constituição Federal de 1988.

### **1.2.2 Saúde Prisional**

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário foi elaborado a partir de uma perspectiva pautada na assistência e na inclusão das pessoas presas, tais como: ética, justiça, cidadania, direitos humanos, participação, equidade, transparência e qualidade:

A Portaria Interministerial n.º 1.777, de 9 de setembro de 2003, que instituiu o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, é fruto de um trabalho matricial 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, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. O Plano Nacional de Saúde prevê a inclusão da população penitenciária no SUS, garantindo que o direito à cidadania se efetive na perspectiva dos direitos humanos. O acesso dessa população a ações e serviços de saúde é legalmente definido pela Constituição Federal de 1988, pela Lei n.º 8.080, de 1990, que regulamenta o Sistema Único de Saúde, pela Lei n.º 8.142, de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde, e pela Lei de Execução Penal n.º 7.210, de 1984. (PLANO NACIONAL DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO, 2005, p. 11).

De uma maneira geral, as condições de vida e de saúde são importantes para todos, porque afetam o modo como as pessoas se comportam e sua capacidade de funcionar como membros de uma determinada comunidade. As condições em que estão inseridas as pessoas privadas de liberdade são determinantes tanto para o bem-estar físico quanto para o bem-estar psíquico. Quando adentram ao sistema elas já trazem diversos problemas de saúde, vícios, transtornos mentais, entre outros que podem ser agravados pela condição precária do confinamento (PLANO NACIONAL DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO, 2005, p. 11).

A Saúde Prisional foi criada a partir da Portaria número 1.777 em 09 de setembro de 2003, pelos ministérios da Saúde e da Justiça. Essa portaria veio para regulamentar o Plano Nacional de Saúde no Sistema penitenciário, destinado a promover a atenção integral à saúde da população carcerária confinada em unidades masculinas, femininas ou psiquiátricas (PLANO NACIONAL DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO, 2005, p. 11). Segundo a Constituição Federal, a

saúde é um direito de todos e dever do Estado, não fazendo exclusão de pessoa, independente da situação em que se encontre o cidadão:

A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução de risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção e recuperação. (BRASIL, 2006).

Conforme previsto no Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, atuam dentro dos presídios equipes multidisciplinares, que contam com os seguintes profissionais: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, técnicos de higiene bucal, psiquiatras, farmacêuticos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, psicólogos e assistentes sociais.

O trabalho é desenvolvido na perspectiva de atenção primária, buscando a redução de danos. As ações caminham sempre ao encontro do que prevê o Sistema Único de Saúde. Como nas unidades de saúde fora do sistema penitenciário, a atenção primária constitui a porta de entrada das pessoas ao atendimento à saúde, sendo disponibilizadas as especialidades básicas e de clínica geral. Caso haja casos em que a atenção primária não atenda, esses internos são levados aos outros níveis de complexidade do SUS. A atenção básica tem o atendimento relacionado com o Programa Saúde da Família, realizado pelos profissionais de saúde no âmbito das penitenciárias.

Apesar de a legislação vigente ser tão abrangente e atenta em atender as necessidades dos reclusos, observa-se uma vivência bastante diferente. São inúmeras e diversas as dificuldades para o desenvolvimento de ações de saúde em presídios, em especial no campo preventivo. (ARRUDA, et al, 2013, p.52).

Em decorrência desta realidade, há diversos desafios a serem vencidos na implementação da política de saúde prisional no Brasil, como por exemplo os que ARRUDA (2013) aponta:

No âmbito da assistência à saúde no ambiente prisional, existe uma escassez de condições e recursos para um atendimento de qualidade. Isso é resultado de questões físicas e estruturais do ambiente, somadas a inexistência ou ao quantitativo ineficiente de profissionais de saúde e da área das ciências humanas para a efetivação de ações multidisciplinares e interdisciplinares para promoção de uma melhoria da saúde física e mental desses cidadãos-presos. Sendo assim, percebe-se uma contradição entre a legislação e a prática. Enquanto a Constituição Federal e a Lei de Execução

Penal asseguram o direito à saúde, há uma grande lacuna para a efetivação do direito à saúde para com os presidiários. (ARRUDA, et al, 2013, p. 46).

Embora esteja a enfrentar tais desafios, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário representa um grande avanço, à medida que a população confinada passa a ter a primeira política de saúde específica, que possibilita o acesso a ações e serviços de saúde, visando reduzir os agravos e danos provocados pelas condições de confinamento em que eles se encontram, além de representar sua inclusão no SUS. Porém:

É fato conhecido que os problemas de saúde decorrentes das condições de confinamento não têm sido objeto de ações de saúde que possibilitem o acesso das pessoas presas à saúde de forma integral e efetiva. A necessidade de implementação de uma política pública de inclusão social que atente para a promoção dos direitos humanos das pessoas privadas de liberdade aponta para a importância da reorientação do modelo assistencial, a fim de atender às carências manifestadas por essa população. (PLANO NACIONAL DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO, 2005, p. 11).

No Distrito Federal, para iniciar as ações de saúde prisional, no ano de 2004, o Conselho Estadual de Saúde aprovou por meio da Resolução nº 01/2004 e publicou no Diário Oficial nº 60, de 29 de março de 2004, o Plano Operativo Estadual de Saúde do Sistema Prisional do Distrito Federal. No dia 18 de agosto de 2004, o Distrito Federal foi um dos cinco primeiros Estados (Minas Gerais, Mato grosso, Pernambuco e Rio de Janeiro) qualificados pelo Ministério da Saúde a receber o Incentivo à Saúde Penitenciária.

Neste trabalho pretende-se focar a grande contradição existente entre saúde e segurança pública, tanto no que concerne seus respectivos projetos políticos quanto em relação à maneira como tais políticas são efetivadas. Salienta-se que, enquanto a política pública de segurança é alicerçada em práticas autoritárias, repressivas e não democráticas, a saúde visa às práticas democráticas. Enquanto a primeira se restringe apenas ao aprisionamento do corpo, a segunda almeja o cuidado com ele na sua totalidade. A questão fundamental é: Como a segurança pública e a saúde podem atuar de forma intersetorial e de complementariedade dentro de um mesmo espaço, levando assim a um resultado mais eficiente?

## **CAPÍTULO II. A SAÚDE SOB CUSTÓDIA: O GRANDE DILEMA DO SERVIÇO SOCIAL PENITENCIÁRIO.**

### **2.1 CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO**

Conforme aponta MORAES (2013, p.133), a entrada de um pesquisador e o trabalho de campo em uma instituição fechada como a prisão são marcados por muitas dificuldades relacionadas aos elementos adstritos à segurança, seja por possíveis ameaças à integridade física do pesquisador, seja em função da quebra de rotina pela presença de alguém estranho a ela. Outro dado que favorece as dificuldades são os segredos que as rotinas institucionais encerram e que não podem ou não devem ser observadas. Ademais, a presença do pesquisador pode aparacer como ameaça ao espaço que gera segregação e isolamento daqueles que, supostamente, cometeram ofensas aos valores vigentes.

O *locus* de pesquisa deste trabalho encontra-se localizado no complexo penitenciário da Papuda em Brasília, que outrora era uma fazenda desapropriada para futura instalação de um presídio. Este, que foi inaugurado em 16 de Janeiro de 1979 com a capacidade para receber 240 presos, atualmente é formado por 4 unidades prisionais e abriga por volta de 9.429 internos, funcionando em esquema de superlotação.

Via de regra, o interno passa pelas diferentes unidades prisionais localizadas no complexo penitenciário, respeitando o seguinte fluxo: antes de ser condenado, passa pelo Centro de Detenção Provisória (CDP); após sua condenação, é encaminhado para o Penitenciária do Distrito Federal I ou II. Em seguida, quando o apenado está apto a receber benefícios, como por exemplo, trabalhar dentro da penitenciária ou estar perto de sair, ele fica alocado no Centro de Internamento e Reeducação (CIR), que funciona como regime semiaberto fechado.

Neste trabalho o Centro de Internamento e Reeducação constitui-se como objeto de análise específica. Segundo o site da Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Paz Social do Distrito Federal, os objetivos principais dessa unidade prisional são: a vigilância, a custódia e a ressocialização do preso, através de medidas e ações de ressocialização, disciplina e segurança para manutenção da ordem pública e do bem estar social.

Conforme mencionado anteriormente, é um estabelecimento prisional destinado a receber presos em regime semiaberto fechado, oferecendo-lhes a possibilidade de trabalho interno, estruturada em alas destinadas a ex-policiais e a presos provisórios com direito à prisão especial. O Centro em questão possui assessoria jurídica, núcleo de saúde e a Fundação de Amparo ao Trabalhador Preso (Funap), disponibilizando oficinas de trabalho tais como: marcenaria, lanternagem e funilaria de autos, serigrafia, panificação, costura de bolas e bandeiras.

O CIR também possui uma estrutura destinada ao atendimento ambulatorial com consultório médico e odontológico, sala de atendimento para psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros, além de mini farmácia e sala de curativos.

## **2.2 AGENTES DE SEGURANÇA PENITENCIÁRIO**

Para iniciar a reflexão a respeito da formação da carreira de agente penitenciário, resgatamos o argumento de LOPES (2002, p.2) que aponta que a carreira, independentemente do tempo histórico, guarda um aspecto de estar sempre ligada às situações de torturas, agressão, vigilância, fiscalização e a outros mecanismos disciplinadores utilizados para aplicar o castigo considerado justo, ou seja, para punir o desvio e promover a adequação, mantendo uma determinada ordem social. A vida dos profissionais que atuam nas prisões é, desde o início, e ainda hoje, caracterizada pelo vínculo com o encarceramento, a exclusão e a violência.

Em um espaço onde todo o tipo de direito é violado e as precárias condições de confinamento se constituem de elementos geradores de manifestações de insatisfação, a segurança passa a ter um papel de suma importância. A segurança penitenciária, na figura do agente penitenciário, torna-se responsável por intermediar a insatisfação daquele que está sob sua custódia e atender os interesses e expectativas de seu empregador.

Embora as políticas penitenciárias defendam, já há algum tempo, os programas reabilitadores, a função dos agentes de segurança penitenciária, como o nome evidencia, é manter a segurança na unidade. Essa preocupação, já tão histórica, tem-se tornado ainda mais acentuada devido às manifestações de insubmissão por parte da população carcerária, como acontece nos motins e rebeliões que têm sido frequentes na última década. Hoje, mais do que nunca, para os que coordenam o sistema penitenciário, a segurança é fundamental. (LOPES, 2002, p. 4).

Apesar da importância exponencial da segurança no âmbito penitenciário, o empregador não oferece capacitação para este profissional, o que o leva a adaptar-se às novas realidades que lhe são impostas. Contudo, esse desinteresse do Estado favorece a transmissão de conhecimentos adquiridos na prática entre os agentes penitenciários sem nenhuma capacitação adequada, baseada nas crenças e ideologias pessoais. À luz da história, percebe-se que essa forma de aquisição de saberes continua institucionalizando práticas pautadas na exclusão e na violência.

“A tarefa de custodiar outra pessoa, em termos de passado na história das punições, não existia (tínhamos a figura do carrasco que acabava com a vida do condenado). Hoje se exerce, sem que no Brasil tenha se tido o cuidado de criar escolas de formação para profissionalizar as pessoas! Portanto, o desempenho se faz ao nível do senso comum, de “passar” conhecimentos de uma geração mais antiga de agentes para os novos que chegam. Portanto, não raro, vemos agentes novos imbuídos de algum ideal de trabalho. Ao longo dos anos, dadas as condições em que sua função se realiza e a sua natureza, a falta de uma formação sistemática faz com que homens que hoje fazem um concurso em busca de emprego se defrontem com esta tarefa, tão estranha, de custodiar outros homens. Não seria estranho se este aprendizado se efetivasse, pelo menos, na vida cá de fora. Mas como já dissemos é só na prisão que homens custodiam outros homens. Daí que as práticas “profissionais” se exercem fortemente fundadas na ideologia e muito pouco no conhecimento sistematizado ou num corpo teórico”. (DAHMER, 1992, p. 4).

O agente Penitenciário está inserido no Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), que é o órgão brasileiro responsável pela fiscalização das penitenciárias de todo o país, tanto federais quanto estaduais. É o órgão executivo do Ministério da Justiça responsável pela gestão da Política Penitenciária brasileira e pela manutenção administrativa-financeira do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCCP).

Os agentes penitenciários do Distrito Federal também respondem à Subsecretaria do Sistema Penitenciário (SESIPE), unidade gestora e coordenadora do Sistema Prisional do Distrito Federal, diretamente subordinada à Secretaria de Estado de Justiça e Direitos Humanos.

Esses profissionais realizam um importante serviço público de alto risco, por salvaguardarem a sociedade civil, contribuindo através do tratamento penal, da vigilância e custódia da pessoa presa no sistema prisional durante a execução da pena de prisão, ou de medida de segurança, conforme determinadas pelos instrumentos legais. Contudo, torna-se indispensável que os agentes penitenciários compreendam as contradições inerentes à sua própria função, conscientizem-se de

que o seu papel não consiste em apenas custodiar o apenado, mas em oferecer condições para que este seja ressocializado, assumindo assim com integralidade o seu papel, ao agir com intencionalidade na busca pela promoção da cidadania, e por consequência livrar-se dos resquícios excludentes, violentos e de tortura que acompanham a profissão.

## **2.3 SERVIÇO SOCIAL PENITENCIÁRIO: SAÚDE OU SOCIOJURÍDICO?**

### **2.3.1 Serviço Social na Saúde Prisional**

Segundo MARQUES (2009, p. 1), a presença do assistente social nas prisões sempre esteve vinculada à promoção de medidas que assegurassem aos assistidos a reintegração à sociedade. Em 8 de dezembro de 1951, foi assinada a Lei nº 1.651, que regulamentou o exercício da profissão nas casas prisionais, definindo as atribuições do Serviço Social no sistema prisional. Neste momento surge a compreensão de que é necessário o acompanhamento da pena através de um funcionamento oficial e regular, desde o instante em que o indivíduo adentra o sistema carcerário até o seu reingresso definitivo no meio social. Dessa forma, passa a fazer parte do ambiente prisional o processo de trabalho do Serviço Social.

Atuando conforme os dispositivos legais, os assistentes sociais começaram a manter contato com os presos, sendo uma das primeiras profissões a penetrar no interior das prisões, juntamente com a Psicologia e o Direito. (MARQUES, 2009, p.1)

Contudo a entrada do serviço social nesse complexo espaço ocupacional não foi capaz de garantir de fato a efetivação de direitos, nem tão pouco uma direção de atuação comum para categoria.

A intervenção profissional era mantida para amenizar o clima da instituição, muito mais numa 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, 1990 apud MARQUES, 2009, p. 2).

Após o processo de redemocratização e a criação da lei de execução penal, o Estado brasileiro começou a se redefinir. Ele então aplica as políticas

compensatórias, não se organizando como um Estado de Direito, mas reforçando seu poder punitivo e controlador sobre os marginalizados. Neste contexto o assistente social, começa a questionar a sua atuação profissional.

As prisões, reconhecidas como depósitos de pessoas excluídas socialmente, reforçaram seu caráter punitivo e repressor. Mesmo nestas condições, a prática do assistente social continuava voltada para a ressocialização, fazendo com que o objeto de trabalho da profissão, começasse a conflitar com os objetivos da instituição penitenciária. (MARQUES, 2009, p.3)

Notou-se então, que apenas as intervenções voltadas para manter a paz institucional já não eram suficientes. O profissional passa a ter como objetivo garantir os direitos assegurados na Constituição Federal de 1988, na Lei de Execução Penal e no Plano Nacional de Saúde Prisional, priorizando seu objeto de atuação profissional voltado à garantia da saúde da pessoa em privação de liberdade. Compreende-se que a saúde é um dos importantes elementos que compõem a ressocialização do apenado e que, em sua ausência, esse movimento de prevenir o crime e garantir um retorno saudável à sociedade torna-se insustentável.

Porém, as condições limites de vida e saúde da população que se encontra em unidades prisionais, levam-nos a refletir que embora a legislação vise a prevenir o crime e a garantir o retorno à convivência social, as precárias condições de confinamento tornam-se um dos empecilhos a esta meta, bem como impossibilitam o acesso das pessoas presas à saúde de forma integral e efetiva. (GOIS et al, 2012, p.1236).

Os apenados, independentemente da natureza de sua transgressão, continuam a ter garantidos os seus direitos fundamentais. Apesar de se encontrarem privados de liberdade, lhes são preservados os demais direitos humanos inerentes à sua cidadania, cabendo ao assistente social a função de mediador na garantia do acesso a esses direitos.

Às vezes, pelo menos esta é a sensação que temos, de estranheza a este mundo tenebroso e frio, que causa arrepios muitas vezes só de falar, pelos crimes praticados, pela falta de liberdade, pela agressividade, pelos conflitos e pela insegurança permanente no desempenho das atividades. De acordo com a Lei de Execuções Penais (LEP) – Lei nº 7.210 de 1984, que regulamenta o cumprimento das penas restritivas de liberdade e inclui orientações detalhadas, os presos deverão ser classificados e separados por sexo, antecedentes criminais e status legal (condenados ou aguardando julgamento). A mesma lei assegura alimentação, vestuário, instalações

higiênicas, atendimento médico, assistência jurídica, assistência educacional e preservação dos direitos não atingidos pela perda de liberdade. (SOUZA e PASSOS, 2008, p. 418).

Atualmente, os assistentes sociais que atuam no sistema prisional do Distrito Federal são servidores do quadro da Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), vinculados administrativamente à Diretoria de Atenção Primária a Saúde-DIRAPS, e tecnicamente à gerência de Serviço Social (GESS/SAS) e à Gerência de Saúde no Sistema Prisional (GESSP/SAPS). São lotados no Centro de Saúde de São Sebastião e emprestados ao sistema penitenciário pela secretaria de saúde.

Conforme aponta um protocolo de fluxo de atendimento do serviço social na saúde prisional desenvolvido pela equipe de assistentes sociais que atuavam na saúde prisional em 2012 (p. 3), o assistente social no campo da saúde pública no âmbito do sistema prisional tem sua atuação voltada especificamente para a política de saúde. Contudo, considerando a visão do conceito ampliado de saúde, faz-se necessário a articulação com outras Políticas Públicas, como por exemplo, a Política de Assistência Social, a Política de Previdência Social, a Política de Justiça e de Direitos Humanos e seus segmentos a fim de garantir a intersetorialidade.

As atividades são realizadas de forma integrada com outras políticas públicas e apoio de órgãos governamentais e não governamentais inseridos na rede de proteção social existente. O mesmo protocolo (2012, p. 4) aponta que a segurança pública, maior interface do assistente social da saúde prisional, ainda não possui em seu quadro de servidores o assistente social para atuação nas questões relativas à assistência social ao preso, conforme prevê a LEP, o que compromete o trabalho em rede e, principalmente, se configura como barreira no acesso dos presos e egressos a direitos básicos de cidadania e ao respeito à dignidade humana. O atendimento à saúde do preso pelo serviço social só terá efetivo resultado, se as demais políticas sociais oferecerem retaguarda de benefícios e acesso a serviços que promovam e garantam direitos. É nesse cenário que foi sugerida a criação do referido protocolo, visto que os próprios assistentes sociais atuantes nesse campo entendem que a sua função é distinta do que seria a função do assistente social da segurança pública.

### **2.3.2 Serviço social: sociojurídico ou saúde?**

A discussão sobre saúde prisional leva necessariamente à reflexão sobre a

imbricação dos campos da saúde com o sociojurídico, dois espaços historicamente de suma relevância para o desenvolvimento do serviço social e da profissão de assistente social.

Iamamoto assinalou a importância do respaldo coletivo da categoria para a definição de um perfil da profissão entendendo e propondo que as definições e parâmetros de atuação profissional estipuladas pelo Conselho Federal de Serviço Social devem ser considerados pelos profissionais.

Na direção de expansão das margens de autonomia profissional no mercado de trabalho, é fundamental o respaldo coletivo da categoria para a definição de um perfil da profissão: valores que a orientam, competências teórico-metodológicas e operativas e prerrogativas legais necessárias à sua implementação, entre outras dimensões, que materializam um projeto profissional associado às forças sociais comprometidas com a democratização da vida em sociedade. Este respaldo político-profissional mostra-se, no cotidiano, como uma importante estratégia de alargamento da relativa autonomia do assistente social, contra a alienação do trabalho assalariado. (IAMAMOTO, 2009 p. 355).

Os assistentes sociais que ora atuam no âmbito do sistema penitenciário do Distrito Federal são vinculados e respondem à Secretaria de Saúde do Distrito Federal, pautados pelo Plano Nacional de Saúde Prisional. Porém, há uma contradição quanto ao entendimento do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) em localizar o sistema prisional como espaço que deveria ser considerado como esfera do sociojurídico:

[...] é toda nossa intervenção [de assistentes sociais] com o universo do jurídico, dos direitos, dos direitos humanos, direitos reclamáveis, acesso a direitos via Judiciário e Penitenciário. (BORGIANNI, 2004, p. 44 e 45 apud CFESS, 2014, p. 11).

Sendo assim, as intervenções dos assistentes sociais empregados pela SES deveriam estar atreladas também aos direitos via judiciário e penitenciário, o que não ocorre, visto que o objetivo prioritário dos assistentes sociais consiste no acesso ao direito à saúde.

Se por um lado a atuação dos assistentes sociais na saúde prisional está pautada no Plano Nacional de Saúde Prisional, por outro, a Lei de Execução Penal (LEP) prevê a sua atuação dentro de um espaço configurado como sociojurídico:

[...] A aprovação da Lei de Execuções Penais (LEP) em 1984, também provocou o serviço social a desenvolver produções sobre a inserção profissional no âmbito do sistema penitenciário. Isso, porque a nova lei, em muitos aspectos, descaracterizou elementos que haviam se consolidado na trajetória do exercício profissional nessas instituições. Práticas que, mesmo historicamente desenvolvidas na perspectiva de reforçar as dimensões disciplinadoras e moralizantes, ganharam novos contornos com as prerrogativas presentes na LEP. (GUINDANI, 2001 apud CFESS, 2014, p. 13).

Segundo esta análise, cabe a seguinte reflexão: seria viável que o assistente social empregado na saúde, o único presente no campo penitenciário, fosse o profissional responsável por realizar além das ações da saúde as ações do sociojurídico? Ou deveria este profissional seguir as orientações dadas pelo CFESS no que se refere aos parâmetros da saúde?

[...] no campo 'saúde', tem aparecido apenas informações referentes à saúde mental. É de conhecimento que várias ações referentes à saúde da população carcerária são desenvolvidas por assistentes sociais no sistema penitenciário. Entretanto, a superlotação, a insalubridade, o sucateamento e o descaso com que a população carcerária é tratada têm produzido epidemias de diversas doenças. A inexistência de informações sobre a atuação profissional em situações referentes à saúde tem exigido do Conjunto CFESS-CRESS inserir o tema em sua pauta de lutas, uma vez que o/a assistente social é reconhecidamente um/a profissional da saúde e, de acordo com o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, deve compor as equipes de saúde. Apropriar-se dessa política e pensar ações e projetos que visem a avançar no acesso da população carcerária ao direito à saúde pública, gratuita, 100% estatal, por meio do Sistema Único de Saúde, é uma tarefa fundamental para assistentes sociais. (CFESS, 2014, p. 72,73).

Para Eunice Fávero há uma confusão de identidade, já que esses profissionais se veem como profissionais da saúde, mas na verdade atuam dentro da penitenciária.

O campo de execução penal é o nosso campo de trabalho. Sem querer ser redundante, há um entendimento no Brasil, por exemplo, por parte dos/as psicólogos/as, assistentes sociais de que eles/as pertencem ao campo da saúde, embora, neste caso, estejam lotados/as especificamente no sistema penitenciário. Logo, não se trata da saúde propriamente dita, no sentido estrito: "trabalho num hospital penal". O/a profissional trabalha na cadeia, mas se vê, enquanto identidade, como um/a profissional do campo da saúde, segundo uma referência conceitual bem ampla da Organização Mundial para a Saúde (OMS), enquanto saúde como um estado de bem-estar. Não é um sentido estrito, é um conceito largo demais, com o qual eu não concordo. Pessoalmente, não penso que sejamos, em todas as circunstâncias e lugares, profissionais da saúde. Entendo que o nosso campo é o campo da execução penal, não obstante o conceito de saúde amplo e largo[...] É no campo de execução penal que atuamos, por todas as condições do por que nos encontramos ali, a serviço da população

carcerária, ou seja, usuários/as que estão ali compulsoriamente, conforme os ditames da legislação brasileira e de uma cultura instituída do ponto de vista da permanência da prisão, enquanto clamor da sociedade. Então, os espaços em que transitamos pertencem ao sistema de justiça criminal, o qual, por sua vez, também é bem grande. O/a nosso/a usuário/a transitou pelas várias instâncias da justiça criminal: teve um Registro de Ocorrência 97 no II Seminário Nacional: O Serviço Social no Campo Sociojurídico na Perspectiva da Concretização de Direitos (RO) pela instituição policial, que é o primeiro lugar em que ele/a se apresentou, então aquele seu inquérito virou processo, foi distribuído para uma vara criminal, um promotor se apossou desse processo para se pronunciar. Depois, temos um defensor público, um juiz, o Ministério Público, a Defensoria, outros três atores desses sistemas de justiça criminal. Temos o sistema penal atuando concomitantemente. Se ele estava numa Delegacia, veio para uma Casa de Custódia. No Rio de Janeiro, ela corresponde ao que seria uma cadeia pública na LEP, para presos provisórios. O/a usuário acaba, assim, fazendo o mesmo longo percurso que o processo dele/a fez. O campo, então, no qual estamos inseridos/as, atrelados/as politicamente, é o campo da execução penal. Isso traz dilemas éticos extremamente complexos para a atuação profissional. Não estou dizendo que, se estivéssemos nos entendendo como profissionais de saúde, não trariam, mas o fato é que estamos num espaço institucional bastante contraditório. Vou dar um exemplo: a política de segurança pública do Rio de Janeiro é uma política de confronto e de “limpeza” da cidade, reiterada pelo governo o tempo todo. Esse sistema de justiça criminal é atravessado por várias políticas. A política de segurança pública atravessa justamente esse campo. (FAVÉRO, 2012, p. 96 e 97).

Para Iamamoto, o assistente social deve ser capaz de assumir perfis diferenciados nos vários espaços ocupacionais nos quais está inserido. Entende-se, que a relação do profissional com seu objeto de trabalho é muito mais ampla que um recorte prévio das políticas definidas pelos organismos empregadores. Sendo assim, deveria o assistente social que atua no sistema penitenciário assumir outros perfis, ou seja, não assumir apenas o perfil de profissional da saúde para atender o objeto de seu trabalho?

O assistente social ingressa nas instituições empregadoras como parte de um coletivo de trabalhadores que implementa as ações institucionais/ empresariais, cujo resultado final é fruto de um trabalho combinado ou cooperativo, que assume perfis diferenciados nos vários espaços ocupacionais. Também a relação que o profissional estabelece com o objeto de seu trabalho – as múltiplas expressões da questão social, tal como se expressam na vida dos sujeitos com os quais trabalha – depende do prévio recorte das políticas definidas pelos organismos empregadores, que estabelecem demandas e prioridades a serem atendidas. (IAMAMOTO, 2009, p. 353).

Outro aspecto que deve ser salientado nessa complexa discussão é o fato de que a segurança pública não possui a carreira de assistente social, que seria o profissional responsável por responder as demandas oriundas da justiça.

Considerando que são apenas dois assistentes sociais no CIR para atendimento a uma população de 2.050 apenados, seria possível assumir todas essas funções e/ou responder a todas essas demandas sem que haja um recorte de política?

Não se pretende aqui esgotar a discussão a respeito da atuação do assistente social e a contradição entre esses dois campos abordados no âmbito prisional. O preponderante é compreender essa dinâmica contraditória em que o profissional está inserido. Não cabe também a presunção de indicar a melhor ou a forma correta da ação profissional, ou o que ele deve incluir no seu universo de práticas profissionais, e sim apontar as facetas dessa complexa discussão. Dessa forma, a escuta aos profissionais que atuam no sistema penitenciário faz-se indispensável.

## **2.4 CONTRIBUIÇÕES DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE PRISIONAL**

As contribuições do Assistente Social na Saúde Prisional merecem lugar de destaque nesta análise. O assistente social é o profissional que tem a compreensão crítica da realidade e consegue compreender as faces do Estado Neoliberal, além de estar capacitado a observar os problemas e partir para o seu enfrentamento. Dentro de um sistema complexo como o sistema prisional, o/a assistente social é capaz de criar pontes ao invés de muros, ele/a consegue discutir e lutar pela consolidação de uma efetiva política pública de saúde.

Além disso, as iniquidades sociais, grande problema das sociedades contemporâneas, trazem profundas consequências para a saúde, mais ainda para a saúde dentro do sistema prisional. O ponto das “iniquidades” é crucial na discussão das faces do Estado Neoliberal, pois somos a sexta economia mundial e ainda preservamos muitas mazelas, ainda preferimos os muros às pontes que distanciam a realidade do cárcere em relação à sociedade. Ao analisar o direito à saúde no sistema prisional com vistas à política pública de saúde (Plano Nacional de Saúde no Sistema Prisional), se está criando pontes ao invés de muros, pois observar e reconhecer um problema é o primeiro passo para enfrentá-lo. Nesse contexto, o enfrentamento do problema da cegueira em relação à concretização do direito fundamental à saúde no sistema prisional dar-se-á mediante a consolidação da política pública de saúde. (KOLLING et al, 2013, p. 284).

Em um universo onde há apartação social, isolamento e frequentes humilhações, o espaço de diálogo e escuta torna-se notoriamente importante e nele o assistente social é o profissional capacitado para atuar. Muitas vezes a

possibilidade de ser reconhecido como pessoa humana e ter a oportunidade de ser ouvido e tratado como ser humano e não como um “bicho”, reflete impactos positivos na saúde e conseqüentemente na reeducação daquele interno.

Por trabalhar em consonância com a garantia de direitos, o/a assistente social está habilitado/a a lidar com uma diversidade de situações, expressas por pessoas que vivem em condições, muitas vezes, de apartação social, que passam por experiências permeadas por violência social e interpessoal, com vínculos sociais e familiares rompidos ou esgarçados. Exemplo disso é o sofrimento social provocado por essas rupturas e pela humilhação da ausência de acesso a direitos. Nesse contexto, a possibilidade de ser ouvido/a, de ser atendido/a por um/a profissional que vai procurar efetivar reflexões e informações sobre direitos e que pode criar um espaço facilitador de diálogo, de compreensão e de reflexão crítica a respeito dos problemas e dilemas que vivenciam, pontual ou cronicamente, pode ser uma maneira mais ágil e viável na direção do acesso à justiça. (FAVÉRO, 2012, p. 135).

Segundo o protocolo de fluxo de atendimento do serviço social na saúde prisional, o assistente social tem entre suas atribuições:

- ✓ facilitar o acesso à saúde e sensibilizar o usuário para que ele se perceba como sujeito do processo saúde-doença;
- ✓ informar sobre direitos sociais;
- ✓ socializar as informações;
- ✓ realizar reuniões educativas e orientar sobre benefícios sociais.

Percebe-se então que o assistente social da saúde oferece articulações sanitárias com propostas educativas, promovendo respostas efetivas a algumas questões de saúde particulares do sistema prisional. Por exemplo: as palestras sobre doenças sexualmente transmissíveis se revelam importantes, na medida em que os próprios internos as solicitam, visto que a taxa de transmissão dessas doenças no meio carcerário é bem elevada.

Precisamos articular as ações sanitárias com a educação, com as questões estruturais, dentre outras, e isso é palpável no âmbito do sistema prisional. Precisamos dar respostas efetivas e eficazes à promoção e concretização desse direito humano – saúde, especialmente no contexto dos muros que erguemos para distanciar ainda mais aqueles que o próprio sistema negligencia. (KOLLING, et al, 2013, p.295).

Embora o serviço social seja apenas uma das áreas de conhecimento a lidar com essa realidade social, o assistente social é capaz de trabalhar em interdisciplinaridade, o que demonstra a seriedade desse profissional em concretizar

direitos. Esse profissional consegue articular a sua prática com a de outras categorias profissionais, conseguindo assim, respostas muito mais efetivas às demandas dos internos.

Precisamos ter clareza de que o Serviço Social é apenas uma das áreas do conhecimento e do fazer profissional a lidar com a realidade social e, portanto, não nos cabe - e obviamente nem podemos ter essa pretensão - enfrentarmos sozinhos/as as pressões da questão social nesse cotidiano. Como nos ensina José Paulo Netto (2008, s/p), evidentemente não somos "... os únicos profissionais a se confrontar com a questão da concretização de direitos - por isto, é necessário conhecer os outros, apresentar-nos a eles, aprender com eles e ensinar-lhes o que temos acumulado. É preciso articular nossa reflexão e nossa prática com outras categorias profissionais, conhecer suas estratégias, estabelecer alianças, criar vínculos; é preciso sair do nosso nicho profissional e levar em conta que os espaços profissionais são plásticos, movem-se, alteram-se, ampliam-se e, também, definham, se os seus protagonistas não dispõem de inventiva e criatividade." O que não significa, do meu ponto de vista, uma defesa simplista de uma suposta transdisciplinaridade, mas, sim, aprendermos, de fato, a necessidade da articulação interprofissional e intersetorial para o avanço do nosso trabalho cotidiano, para além do estudo de caso e da perícia social. É necessário, sim, mas não enquanto meios e fins únicos de algumas das áreas do campo sociojurídico, como pode acontecer no sistema judiciário e talvez no sistema prisional. Para isso, um passo necessário é o investimento contínuo no diálogo, o que exige pensarmos os desafios para além da ótica exclusiva do nosso espaço sócio-ocupacional e da nossa profissão. (FAVÉRO, 2012, p.131 e 132).

A importância e as contribuições do assistente social no âmbito da equipe de saúde prisional e dentro de um espaço complexo como o presídio não devem nunca ser minimizadas ou desconsideradas, pois este profissional consegue compreender a realidade dos indivíduos, construindo propostas, mesmo que limitadas, a esses internos que, em muitos momentos, não são vistos como pessoas humanas.

## **2.5 LIMITES COLOCADOS AO ASSISTENTE SOCIAL NO ÂMBITO DA SAÚDE PRISIONAL**

Indicaremos três limites colocados ao assistente social dentro da saúde prisional. Esses limites não são exclusivos a ele, mas extensivos à equipe de saúde como um todo.

Em primeiro lugar, é o fato do profissional da saúde estar submisso às orientações da segurança para a realização da sua ação profissional. Sendo assim, as respostas possíveis às demandas dos internos tornam-se limitadas, devido ao próprio ambiente em que são realizados os atendimentos. Por exemplo, ao surgir

uma demanda de alto índice de doenças sexualmente transmissíveis, foi proposto pela equipe de saúde que fossem distribuídas camisinhas na porta do parlatório<sup>1</sup> em dias de visita, o que foi indeferido algumas vezes pela segurança, com a justificativa de que as camisinhas eram utilizadas pelos internos para esconder e transportar drogas. Dessa forma, esse projeto de fornecer maior segurança sexual e consequentemente impactos positivos de prevenção, a fim de garantir a saúde dos internos, não foi possível ser concretizado por uma questão de segurança. Tal fato,

[...]nos leva a pensar que trabalhar em equipe com os agentes é, também, enquadrar-se nas regras do encarceramento, pois são eles que vão ditar o que pode ou não ser feito dentro do sistema prisional. E muitas vezes são regras que se afastam de ações de cuidado e de possibilidades de escuta do preso. Por exemplo, os atendimentos só ocorrem quando os agentes penitenciários estão disponíveis para trazer o encarcerado de dentro da galeria para a unidade de saúde, ou mesmo, quando a consulta acontece com a presença do agente penitenciário, por regras da segurança. (JESUS et al, 2013, p.48).

Em segundo lugar, a falta de autonomia revela-se um limitador, ao passo que a locomoção dos profissionais também é restrita. Por exemplo: é vedado ao profissional da saúde visitar o pátio onde os presos ficam, a não ser que esteja acompanhado por escolta, devendo esta ser autorizada previamente. Cabe a ressalva de que, embora a presença do agente penitenciário em todos os atendimentos ao preso seja uma situação limitadora, a segurança é indispensável, visto que o profissional da saúde deve ter sua segurança garantida.

Quanto aos limites da realidade intramuros da unidade hospitalar do Sistema Penal, na fala dos sujeitos percebemos que a falta de autonomia (relacionada à locomoção de ir e vir) para prestar a assistência emerge pela presença do agente penitenciário. [...] Cabe ressaltar que o agente penitenciário é um profissional que não faz parte do quadro efetivo da realidade extramuros, entretanto, no Sistema Penal, está presente a todo o momento. [...] Destaca-se que, apesar de a presença do agente penitenciário ser por vezes tida como vigilância constante [...] clama por mais segurança dentro do Sistema Penal, pois se sente vulnerável devido à periculosidade do apenado e do Sistema em si. (SOUZA e PASSOS,2008, p. 421).

Em terceiro e último lugar, existe a limitação da fala e da escuta, pois os atendimentos devem ser realizados com escolta, comprometendo assim a dimensão do sigilo. De acordo com o capítulo V do código de ética dos assistentes sociais:

---

<sup>1</sup> Parlatório é uma espécie de quarto onde os internos podem receber visitas íntimas.

Art. 16 - O sigilo protegerá o usuário em tudo aquilo de que o assistente social tome conhecimento, como decorrência do exercício da atividade profissional.

Parágrafo único - Em trabalho multidisciplinar só poderão ser prestadas informações dentro dos limites do estritamente necessário.

Art. 17 - É vedado ao assistente social revelar sigilo profissional.

Art. 18 - A quebra do sigilo só é admissível quando se tratarem de situações cuja gravidade possa, envolvendo ou não fato delituoso, trazer prejuízo aos interesses do usuário, de terceiros e da coletividade.

Dessa forma, o assistente social não pode oferecer um espaço de fala e escuta otimizado, garantindo o sigilo ao interno previsto pelo seu código de ética. Por exemplo: em atendimento, o interno começa a relatar sobre como adquiriu uma determinada doença sexualmente transmissível dentro do presídio. Mesmo que seja um fato importante a ser conhecido pelo assistente social, para que possa indicar as melhores alternativas àquele interno, o seu espaço de fala e de escuta deve ser limitado a fim de não expor e nem comprometer o sigilo do interno, já que ao agente penitenciário não cumpre a questão do sigilo. Segundo prescreve a Constituição Federal de 1988 em seu Artigo V, dos Direitos e Garantias Fundamentais:

X - São invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação.

Assim, a exposição do apenado durante atendimento em função das circunstâncias decorrentes do encarceramento além de constituir uma grave violação ao direito à intimidade, acarreta ainda uma violação do direito de ser respeitado como ser humano. Eis mais um grande desafio para o serviço social, qual seja, o de lutar para fazer respeitar tais direitos no âmbito do espaço penitenciário.

Por fim, vale ressaltar que o cotidiano prisional apresenta dificuldades relacionadas à própria dinâmica institucional. Como observou Marques (2009, p.4), a correlação de forças e a manipulação do poder ganham destaque, pois muitas chefias imediatas não acreditam no processo de trabalho do assistente social. O que nos faz refletir novamente e resgatar a questão inicial pautada pela concepção de Foucault a respeito das penas: como dois projetos políticos tão distintos podem trabalhar harmonicamente, sendo que o serviço social busca incessantemente o cuidado com o corpo e os agentes penitenciários visam o castigo do mesmo?

Destaca-se, ainda, que no cotidiano prisional encontramos sistemas de funcionamento que estabelecem dificuldades relacionais na dinâmica institucional. A correlação de forças e a manipulação do poder ganham destaque neste contexto, pois não raras vezes os assistentes sociais estão subordinados a chefias que não acreditam no processo de trabalho da área humana. Muitas vezes, servidores embrutecidos com o cotidiano da prisão acabam desmotivados, não acreditando em propostas de trabalho interventivo nos Direitos Humanos. Neste cenário, o que se comprova são correlações de forças e poder que abalam tragicamente as estruturas de ação no Tratamento Penal, tanto quanto se abatem a dignidade das pessoas presas. Esta questão torna-se volante na produção do cotidiano e nas relações conflituosas entre a segurança e o corpo técnico, uma vez que não se estabelece um diálogo institucional mínimo sobre o que é possível em termos de tratamento penal, colocando-se nesse processo a disputa de saberes ou de verdades, como diria Foucault. Já o poder em seu exercício, passa por canais muito mais sutis, muito mais ambíguos dentro da prisão, porque cada um de nós (técnicos ou agentes penitenciários) é, no fundo, titular de certo poder, sendo que este poder não tem por função única reproduzir somente as relações de trabalho, mas oprimi-las sem a produção do diálogo. Segundo Foucault (1979), na prisão as redes da dominação e os circuitos da exploração se apoiam e interferem uns nos outros, mas não coincidem. (MARQUES, 2009, p. 4).

Eis mais uma vez a explicitação dos dilemas do serviço social no ambiente prisional. O capítulo seguinte tem por objetivo aprofundar o debate a partir das falas dos atores visando trazer luz a tão complexo debate a partir do vivido de cada um.

## **CAPÍTULO III. A CONSTRUÇÃO DAS TRÊS CATEGORIAS: CONTRIBUIÇÕES, CONTRADIÇÕES E LIMITES DA SAÚDE PRISIONAL**

### **3.1 METODOLOGIA**

A coleta de dados e informações sobre as contribuições, contradições e limites da saúde prisional para a reeducação de apenados no Centro de Internamento e Reeducação constitui-se em um estudo exploratório, realizado por meio da construção de um referencial teórico e aplicação de um questionário (em anexo), que possui perguntas abertas e fechadas através de entrevistas estruturadas e semiestruturadas. O primeiro formato de coletas de dados foi utilizado a fim de tornar possível a caracterização dos profissionais.

Serão analisadas duas populações: a primeira, os profissionais que atuam dentro do sistema penitenciário como segurança (agentes penitenciários); e a segunda, os assistentes sociais da saúde prisional. A amostra foi delimitada em 7 profissionais, sendo que 5 deles são da segurança pública com atuação na Gerência de Assistência Social da Penitenciária (GEAIT), e 2 assistentes sociais da saúde prisional.

Utilizou-se o método qualitativo para a realização da análise de dados. Conforme apontam os autores Laville e Dionne (1999), a análise qualitativa de conteúdo é dividida em 3 estratégias: Emparelhamento, Análise Histórica e Construção Iterativa de uma explicação. As duas primeiras opções foram descartadas pela fato de necessitarem de uma presença prévia de um ponto de vista teórico, o que não é contemplado nesta pesquisa. Assim, foi escolhida a terceira estratégia apresentada pelos autores.

[...] O processo de análise e interpretação é aqui fundamentalmente iterativo, pois o pesquisador elabora pouco a pouco uma explicação lógica do fenômeno ou da situação estudados, examinando as unidades de sentido, as interpretações entre essas unidades e entre as categorias em que elas se encontram reunidas. Essa modalidade de análise e de interpretação, que lembra a construção aberta, convém particularmente aos estudos de caráter exploratório quando o domínio de investigação não é bem conhecido do pesquisador, a ponto de este julgar preferível não elaborar hipóteses a priori. Esta é então simultaneamente desenvolvida e verificada, ainda que em parte, em um vaivém entre reflexão, observação e interpretação, à medida que a análise progride. (LAVILLE E DIONNE, 1999, p. 227-228)

Os aspectos éticos obedeceram às normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre as Diretrizes e Normas que regulamentam as

pesquisas envolvendo seres humanos, zelando pelo sigilo e pela privacidade dos participantes. Também seguiu-se à risca o conjunto de preceitos pactuados no Código de Ética Profissional do Assistente Social e na Lei 8.662 de 1993, que regulamenta o exercício profissional do assistente social.

A pesquisa objetiva responder a seguinte questão: Quais as contribuições, contradições e limites que a saúde prisional possui no âmbito do sistema carcerário brasileiro para a reeducação dos apenados no Centro de Internamento e Reeducação?

Visando alcançar esse propósito, foi estabelecido como objetivo geral investigar quais são as contribuições, contradições e limites da saúde prisional, na visão das duas áreas distintas de conhecimento, saúde e segurança pública, no sentido de garantir a reeducação de apenados no Centro de Internamento e Reeducação do Distrito Federal – CIR – DF, tendo como centro da análise a política de saúde e a inserção do serviço social na saúde prisional.

Para delimitar a abrangência do estudo, os seguintes objetivos específicos foram elencados: identificar as contribuições da saúde prisional para a reeducação de apenados; salientar os limites impostos à saúde prisional; evidenciar as contradições da saúde prisional no trabalho com encarcerados; realizar uma análise a partir da prática concreta do serviço social na saúde, tendo como *locus* o ambiente prisional; e investigar as contradições e contribuições do assistente social no processo de reeducação.

O campo de pesquisa foi escolhido em decorrência das experiências de estágio supervisionado obrigatório I e II no Centro de Internamento e Reeducação, localizado no Complexo Penitenciário da Papuda no Distrito Federal.

### **3.2 ANÁLISE DOS DADOS**

A análise foi estruturada em duas partes: a primeira revela os dados quantitativos sobre o perfil dos entrevistados; e a segunda visa responder aos objetivos elencados anteriormente, através de uma análise qualitativa, a partir do que foi apontado pelos entrevistados.

Neste estudo analisou-se apenas o Centro de Internamento e Reeducação, que consiste em uma das unidades prisionais componentes do Complexo Penitenciário da Papuda. A coleta de dados foi realizada durante o mês de outubro

de 2015 nesta unidade prisional, entrevistando 5 agentes penitenciários que formam a equipe da GEAIT, e que lidam diretamente com as escoltas da saúde, o que caracteriza uma amostra representativa, uma vez que atualmente essa gerência é formada por 6 agentes. Quanto à amostra dos assistentes sociais da saúde, totalizaram-se 2 entrevistas que correspondem a 100% dos assistentes sociais atuantes nesse espaço.

### **3.2.1 Do perfil dos profissionais entrevistados**

Dos 5 agentes penitenciários entrevistados, a média de atuação no âmbito da saúde prisional é de 3 anos, e a média de idade desses profissionais é de 31 anos. Desses cinco profissionais da área de segurança entrevistados, sessenta por cento são homens e quarenta por cento mulheres, sendo que todos possuem nível superior completo. Porém, ao ingressarem no sistema prisional os homens haviam concluído apenas o ensino médio. A ascensão acadêmica, segundo relatos feitos pelos entrevistados, foi facilitada pelo Governo do Distrito Federal - GDF, que ofereceu a possibilidade de cursarem gestão pública via faculdade particular à distância, o que proporcionou melhoria salarial através de gratificações.

Este dado caracteriza um recorte de gênero. Embora o concurso público para agente penitenciário fosse a nível de ensino médio os homens estudaram menos que as mulheres para ocuparem o mesmo cargo, visto que todas já possuíam curso superior ao ingressarem na carreira de agente penitenciário, enquanto que todos os homens só cursaram uma faculdade após sua entrada nessa carreira.

Em relação ao trabalho realizado pela saúde prisional, os agentes penitenciários afirmaram que se caracteriza por ações destinadas a auxílio ao interno em casos de emergência e consideraram uma forma de garantir o bem estar destes. Esse atendimento é ofertado aos internos que demonstram algum tipo de necessidade de atenção à saúde. Embora teoricamente o atendimento devesse ser ofertado a todos, essa atenção universal fica comprometida, devido ao baixo contingente de servidores. O agente penitenciário fica responsável por escoltar esse interno no atendimento com os profissionais da saúde.

Em relação ao tempo de atuação dos assistentes sociais no campo da saúde prisional, a média é de 4 anos; e a média de idade desses profissionais é de quarenta anos. Pode-se afirmar que esses profissionais obtiveram uma formação

crítica ao modelo de produção vigente visto que já foram formados de acordo com a novas Diretrizes Curriculares do Serviço Social e que de alguma forma isso afeta a vida da população, notadamente a dos usuários dos serviços. Assim, os assistentes sociais são qualificados para refletir criticamente sobre a realidade imposta, tornando-se indispensáveis no cotidiano profissional dentro dos presídios, que se constituem em um espaço complexo e contraditório.

Já na década de 1980, o Serviço Social fundamentou sua prática na Teoria Crítica de Antonio Gramsci e na década de 1990, alicerçou seu Projeto Ético-Político (Projeto cujo valor central é a liberdade humana, alicerçada no aparato legal dos direitos civis, direitos sociais e direitos políticos) em outro marxista, Georges Lukács. (MACHADO, 2013, p. 3).

Como já mencionado, o assistente social está inserido na equipe de saúde e atua de forma multi e interdisciplinar com as outras categorias que compõem a equipe de saúde dentro do CIR. As ações desse profissional estão embasadas na perspectiva de prevenção quanto às questões de saúde, cidadania e garantia de direitos.

Embora seja uma equipe de saúde, outros tipos de demandas são colocadas ao serviço social, como a obtenção de documentos pessoais, problemas oriundos do processo de encarceramento, questões relativas ao tempo do cumprimento da pena e solicitação de benefícios previdenciários. Porém esses profissionais não têm como viabilizar essas solicitações, tendo em vista que não possuem acesso aos meios institucionais para resolução das mesmas. Aqui mais uma vez se evidencia a ambiguidade e o paradoxo do serviço social na saúde prisional haja vista a imbricação com o campo sócio jurídico evidenciada pela demanda e pela necessidade de resgate de direitos sociais dos apenados.

### **3.2.2 Contribuições da Saúde Prisional**

Em relação às contribuições da saúde prisional, as opiniões entre assistentes sociais e agentes penitenciários foram notórias:

Resposta do profissional de segurança 1: A equipe de saúde é muito importante, faz uma diferença enorme. Acredito que essa diferença se faz mais importante no trabalho do pessoal do plantão, porque de acordo com a qualidade do serviço que é prestado pela equipe de saúde [grifo nosso],

isso de certa forma acalma os ânimos de quem está lá em cima. [sic] (Entrevista realizada em 01/10/2015)

Resposta do profissional de segurança 2: Eu vejo a saúde como um importante auxílio ao plantão. Acho que sua principal contribuição é ajudar o plantão a manter o sossego lá em cima. [sic]. (Entrevista realizada em 01/10/2015)

A partir dessas falas, pode-se perceber que as contribuições apontadas pela segurança pública estão atreladas a um benefício para a categoria, isto é, a utilização da saúde prisional como moeda de troca pelo bom comportamento do apenado, facilitando o trabalho do agente penitenciário em plantão. Quando os agentes penitenciários fazem alusão ao “plantão” ou a “quem está lá em cima”, estão se referindo aos agentes penitenciários que não trabalham com a saúde prisional, mas são responsáveis por cuidar do dia-a-dia do presídio, mantendo contato direto com o preso nas 24 horas de sua escala de trabalho. Cerca de noventa por cento dos profissionais da segurança não relacionaram as contribuições com o direito à saúde do preso, previsto em lei. Apenas dez por cento atrelaram as contribuições às necessidades dos internos.

Resposta do profissional de segurança 3: A saúde reflete o poder do Estado aqui dentro, que também está presente, né? Isso mostra para o preso que ele está aqui para cumprir a pena que ele receber e pagando por um crime que ele cometeu, mas em contrapartida o Estado está tentando dar os direitos que ele ainda tem, porque ele preso, tem alguns direitos que foram suprimidos. [sic]. (Entrevista realizada em 01/10/2015)

Enquanto se observa essa percepção por parte da segurança pública, os assistentes sociais foram enfáticos ao trazerem as contribuições para o âmbito do direito à saúde:

Resposta do profissional assistente social 1: Acho que até mesmo a questão de conscientizar a segurança pública de que aqui não é apenas um lugar de apenamento, mas também de garantia de direitos. Até porque a única privação que eles têm é a questão da liberdade, porque o resto dos direitos eles não estão aqui para serem privados. E também a contribuição atrelada aos próprios presos. Quando eles veem que a gente está lidando com isso com caráter de direito, eles começam a perceber que eles também têm esse direito [grifo nosso]. [sic]. (Entrevista realizada em 01/10/2015)

Resposta do profissional assistente social 2: Os internos pedem cada vez mais que haja trabalhos no sentido de prevenção. Como eu trabalho com grupo de uso e abuso de álcool e drogas, eu entendo que a saúde prisional

é um link que se trabalha a troca de informações, de passar informações, de orientar... A saúde prisional deveria atender a questão da prevenção, mas infelizmente acabamos por atender uma questão emergencial. Quando a gente trabalha em grupo, por exemplo, eles mesmos revelam como é importante essa dimensão da prevenção para a reeducação deles próprios. A dimensão educativa da saúde prisional é fundamental. É muito importante pro interno [grifo nosso]. [sic]. (Entrevista realizada em 01/10/2015)

Nota-se que o assistente social, compondo essa equipe de saúde, compreende a saúde prisional sob outro ponto de vista. As dimensões educativa, preventiva e do direito do interno foram levantadas por cem por cento dos profissionais.

[...] nesta conjuntura em que os/as assistentes sociais atuam, em um misto institucional contraditório de punição e humanização. Nesse contexto, é preciso atuar na defesa intransigente dos direitos e estes compreendidos em uma lógica ampliada, que recai na radical captura dos complexos instituídos no cenário legal da execução penal e do sistema prisional. (CFESS, 2014, p. 66)

Embora existam diferentes concepções a respeito das contribuições da saúde prisional pelos profissionais, estas foram sinalizadas e reconhecidas como de suma importância para o bom funcionamento do sistema penitenciário. O reconhecimento de que a saúde prisional é um importante elemento que compõe a ressocialização dos presos foi apontada por cem por cento dos sete entrevistados, o que se revela motivador.

### 3.2.3 Limites da Saúde Prisional

Quanto aos limites também houve controvérsia na fala das duas categorias profissionais. Sessenta por cento dos profissionais da segurança pública atrelaram os limites da saúde prisional ao tipo de atendimento que pode ser ofertado:

Resposta do profissional de segurança 1: Os limites começam onde os profissionais não conseguem responder a todas as demandas com o que tem aqui dentro. Por exemplo: se um preso for estocado ou sofrer algum ferimento profundo lá em cima, temos que levar ele pro hospital. O médico não consegue atender ele aqui dentro. O limite que eu vejo é só de procedimentos que não podem ser feitos aqui. Em casos de emergência que não dá pra ser atendido aqui, no caso de uma parada respiratória, que é necessário um aparato maior, aí tem que ser encaminhado pra fora. [sic]. (Entrevista realizada em 01/10/2015)

Resposta do profissional de segurança 2: Os limites aqui são necessários. Tem que ter a assistência dentro de um limite, que é como eu falei; a saúde, eu enxergo como caso de emergência. Então eu acho que tem que ter esse limite, tem que dar a assistência básica. Não tem que avançar com outros projetos para fazer aqui dentro. Só tem que ter o básico para o preso ter a vida dele mais tranquila. [sic]. (Entrevista realizada em 01/10/2015)

Resposta do profissional de segurança 3: Eu vejo o limite assim: aqui não dá pra fazer tudo. Tem coisas que tem que levar pra fora, para um hospital com uma estrutura melhor. O atendimento lá fora e aqui se complementam, quando necessário. [sic] (Entrevista realizada em 01/10/2015)

Os outros quarenta por cento atrelaram os limites da saúde prisional ao atendimento a fim de salvaguardar a vida do servidor da saúde:

Resposta do profissional de segurança 4: Enxergo os limites, mas por uma questão de resguardar o próprio servidor da saúde mesmo. Eu posso dar vários exemplos, porque eu sou treinado e por mais inerte que o Estado seja, eu tenho um treinamento que vai me dar o mínimo de segurança para agir lá dentro, e o pessoal da saúde não tem esse conhecimento. Eu vou saber usar as armas que a gente tem, letais e não letais, vou saber usar na hora certa, vou saber a hora de retroceder, de avançar. Aí, assim a saúde pode entrar até certo ponto. [sic]. (Entrevista realizada em 01/10/2015)

Resposta do profissional de segurança 5: O limite tem que existir, se não bagunça as coisas. Eu não posso dar pitaco na área da saúde, assim como a saúde não pode dar pitaco na segurança, e todos com objetivo da ressocialização do preso. Então na questão do atendimento, a saúde deve compreender que aqueles limites que impomos é para o próprio bem estar do servidor. [sic]. (Entrevista realizada em 01/10/2015)

O ponto refletido pelos agentes penitenciários sobre o limite da atenção à saúde se faz verdadeiro. No entanto, de forma completamente equivocada. Embora a saúde prisional ainda seja tratada em caráter apenas de emergência, o seu objetivo é garantir saúde no âmbito da atenção básica, ou seja, as ações preventivas e educativas devem ser consideradas na ação profissional.

- Prestar assistência integral resolutiva, contínua e de boa qualidade às necessidades de saúde da população penitenciária;
- Contribuir para o controle e/ou redução dos agravos mais freqüentes que acometem a população penitenciária;
- Definir e implementar ações e serviços consoantes com os princípios e diretrizes do SUS;
- Proporcionar o estabelecimento de parcerias por meio do desenvolvimento de ações intersetoriais;

- Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde;
- Provocar o reconhecimento da saúde como um direito da cidadania;
- Estimular o efetivo exercício do controle social. (PLANO NACIONAL DE SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL, 2005, p.15)

O outro limite apontado, tanto pelos profissionais da segurança como pelos assistentes sociais, é a dificuldade de se trabalhar em consonância, com o que foi abordado nesse trabalho e é apontado por JESUS (2013), cabendo assim a retomada desse ponto diante das falas apresentadas:

[...] nos leva a pensar que trabalhar em equipe com os agentes é, também, enquadrar-se nas regras do encarceramento, pois são eles que vão ditar o que pode ou não ser feito dentro do sistema prisional. E muitas vezes são regras que se afastam de ações de cuidado e de possibilidades de escuta do preso. Por exemplo, os atendimentos só ocorrem quando os agentes penitenciários estão disponíveis para trazer o encarcerado de dentro da galeria para a unidade de saúde, ou mesmo, quando a consulta acontece com a presença do agente penitenciário, por regras da segurança. (JESUS et al, 2013, p. 48)

Os limites apresentados pelos assistentes sociais são consequência dos limites da própria dinâmica institucional. Assim, compreender a instituição carcerária em sua totalidade desvelando o panoptismo denunciado de tais instituições e seus desdobramentos, constitui um dos requisitos e ao mesmo tempo um desafio para a ação profissional do assistente social.

Resposta do profissional assistente social 1: São muitos. Tem a questão estrutural do ambiente, por exemplo, no caso do assistente social, o lugar e o ambiente de atendimento é uma sala para dois profissionais; então não tem como eles atenderem ao mesmo tempo [...] Tem a questão do sigilo que aqui não tem como ter sigilo, aqui não temos aquele esquema do vidrinho que um fica de um lado, o outro fica de outro e essa sala tem uma acústica toda preparada como a gente vê em filmes norte americanos [...] aqui a própria sala não oferece nenhum tipo de proteção e ainda tem a questão da escolta, que fica na porta ouvindo tudo que a gente fala. O preso está no ambiente que propicia a ele a tentar não ser o verdadeiro culpado. Sempre está com medo de ser testado e ao mesmo tempo ainda tem esses furos que ele não tem segurança dentro da cela. As celas são todas cheias, e aí você tem uma questão que piora a saúde, piora a segurança deles. É uma coisa complicada esse limite da saúde, até na questão das drogas, não conseguimos manter. Por exemplo: a entrada da droga existe, mas ao mesmo tempo você não pode fazer um tratamento, porque o tratamento exige sigilo e você não tem sigilo e tem gente que começa até a usar aqui dentro, pra você ter uma noção. A questão do HIV, não se pode falar abertamente de sexo, não se pode distribuir camisinha porque eles usam para colocar droga. Tem todo um negócio que é limitado devido às questões da segurança. As meninas da higiene bucal não podem distribuir fio dental porque é usado para matar [...] A gente tenta fazer o máximo para conseguir otimizar nosso atendimento sem comprometer a segurança. E a própria segurança tem esse problema: às vezes tem tão pouco efetivo que eles têm que colocar muito limite mesmo, justamente porque eles não têm esse

controle por falta de efetivo. Aí se invertem muitos valores. Então pra trabalhar tudo isso precisamos de efetivo, cursos, acompanhamento e por aí vai. [sic]. (Entrevista realizada em 01/10/2015)

Apesar dos limites sinalizados por ambas as categorias terem sido colocados por diversas vezes como desafio a ser vencido pela saúde prisional, há o consenso de que eles devem existir para o bom funcionamento do presídio. O espaço de diálogo entre segurança pública e saúde prisional deve estar aberto para se alcançar o grande objetivo em comum: a ressocialização.

### **3.2.4 Contradições da saúde Prisional**

Cem por cento dos profissionais da segurança pública não demonstraram ter consciência da contradição existente entre a prerrogativa de se ter, gozar e preservar a saúde, como figura de cuidado com o corpo, dentro de um espaço prisional, cuja finalidade é promover a figura do castigo com o corpo. E apesar disso compreendem que é possível um trabalho harmônico entre as duas áreas de atuação. Mas ao longo da entrevista reconheceram que, para a categoria de agentes penitenciários em geral, ainda é um desafio fazê-los compreender e acordar a dimensão do direito àquele que violou determinada ordem social.

Resposta do profissional de segurança 1: Acho que dá pra trabalhar os dois lados juntos. Para a parte da segurança é mais difícil até a gente ter essa visão. Para quem não está lá trabalhando diretamente na área da saúde é mais difícil de enxergar isso. É como o pessoal diz: está beneficiando o interno que cometeu um crime - e no geral não concorda, mas quem trabalhou na área de saúde enxerga de forma diferente, enxerga que é um caso de necessidade mesmo, não tem como separar. Não é porque a pessoa está presa que tem que tirar esse direito dela, né? O direito à assistência à saúde. [sic]. (Entrevista realizada em 01/10/2015)

Resposta do profissional de segurança 2: Não enxergo essa contradição, não. Porque na verdade o grande objetivo das duas áreas é a ressocialização do preso. [sic]. (Entrevista realizada em 01/10/2015)

Para os assistentes sociais essa contradição foi evidenciada e posta como um desafio a se trabalhar. Percebe-se que a prerrogativa do exercício do direito à saúde se faz presente na compreensão e nas falas do assistente social.

Resposta do profissional assistente social 1: Observo, sim. Independentemente deles estarem mantendo esse corpo aqui dentro, eles não conseguem enxergar que esse corpo precisa de cuidados, que é como a gente enxerga. A nossa relação não está sendo harmônica no momento, mas deveria ser. Dá para trabalhar, mas tudo isso depende da gestão. Tem que trabalhar muito pra alcançar o mesmo objetivo ainda. Até mesmo para eles saberem qual é a missão deles aqui, porque o que temos aqui é uma herança cultural de ditadura, de punição, de culpabilização, sendo ela de cunho moral ou religiosa. Aqui tem uma questão moral mesmo, brasileira e portuguesa, acho que desde Portugal tínhamos essa questão, né? De não só a pessoa ser privada, mas a pessoa ser torturada e aí você tem a questão da saúde que é o contrário disso, que é o cuidado e, muitas vezes, quando você está aqui trabalhando, você percebe que a segurança está torturando e a saúde está tratando a tortura que eles estão cometendo, e isso é uma bagunça que só, sabe? Parece que a gente constrói uma coisa, eles vão e desconstróem e vice-versa. Eles acham que muitas vezes a gente está desconstruindo algo que eles estão fazendo, então não existe essa harmonia. Mas do meu ponto de vista, a harmonia seria nesse sentido, que todos deveriam entender que não é só a segurança pública mas considerar a presença e a missão de alguns funcionários da saúde também. Eu posso dizer que agora ainda tem que melhorar dentro da equipe de saúde essa noção do cuidado. Não se está enxergando ali a pessoa que cometeu o crime, e sim uma pessoa que está em processo de ressocialização. A questão cultural interfere muito nessa contradição. O projeto político está escrito tanto na saúde prisional quanto no projeto da segurança pública, mas essa raiz cultural ainda atrapalha muito, faz com que essa política de fato não se efetive.[sic]. (Entrevista realizada em 01/10/2015)

Embora essa questão tenha sido levantada anteriormente, merece maior destaque nesse tópico. Apesar dos servidores da segurança pública terem a noção da necessidade da ressocialização, a prática é repleta de propostas que tendem a retirar o acesso aos direitos do apenado com a perspectiva de castigar o corpo. Neste cenário de atuação, se o assistente social objetiva tratar esse corpo, estaria desconstruindo o trabalho realizado pelo agente penitenciário e o contrário também se faz verdadeiro.

Muitas vezes, servidores embrutecidos com o cotidiano da prisão acabam desmotivados, não acreditando em propostas de trabalho interventivo com base nos Direitos Humanos. Neste cenário, o que se comprova são correlações de forças e poder que abalam tragicamente as estruturas de ação no Tratamento Penal, tanto quanto se abatem a dignidade das pessoas presas. Esta questão torna-se volante na produção do cotidiano e nas relações conflituosas entre a segurança e corpo técnico, uma vez que não se estabelece um diálogo institucional mínimo sobre o que é possível em termos de tratamento penal, colocando-se nesse processo a disputa de saberes ou de verdades, como diria Foucault. Já o poder em seu exercício, passa por canais muito mais sutis, muito mais ambíguos dentro da prisão, porque cada um de nós (técnicos ou agentes penitenciários) é, no fundo, titular de certo poder, sendo que este poder não tem por função única reproduzir somente as relações de trabalho, mas oprimi-las sem a produção do diálogo. (MARQUES, 2009, p. 4).

A solução mais viável para diminuir os impactos dessa contradição seria as duas políticas atuantes dentro do sistema penitenciário compreenderem e se conscientizarem que uma depende da outra, para que sua prática profissional seja realizada com sucesso. Notou-se que esse discurso do reconhecimento já adentrou o universo dos agentes penitenciários. Observar discursos, por parte da segurança pública, como “na verdade o grande objetivo das duas áreas é a ressocialização do preso” (Profissional de segurança 2), mostra que a conscientização da necessidade de promover a atenção ao corpo já está acontecendo, mesmo que de forma lenta e gradativa.

### **3.2.5 Ainda o Serviço Social: saúde ou sociojurídico?**

A percepção dos assistentes sociais, referente ao seu campo de atuação, foi unânime na afirmação da categoria enquanto profissionais da saúde e não do sociojurídico. Quanto a esse problema, apontaram-no como uma falha do Estado, visto que o governo ou os governos não contratam servidores para responder à quantidade nem à totalidade das demandas que um presídio apresenta. Tal constatação, a partir dos dados empíricos levantados na nossa pesquisa e amplamente discutidos até o presente, demonstra a inviabilidade do atendimento de outras demandas existentes no espaço penitenciário pelo assistente social da saúde.

Resposta do profissional assistente social 1: Sou um profissional da saúde, fiz o concurso da Secretaria da Saúde e sou lotado dentro do Centro de Saúde de São Sebastião. O meu primeiro emprego foi em um hospital, então eu sou um profissional da saúde e sou a favor que exista um profissional em cada política pública, cada um focando na sua política. É óbvio que a gente tem uma intersetorialidade, que a gente tem que promover isso, mas a gente não tem que assumir o papel de todos os assistentes sociais. Até porque não faria sentido ter assistente social na justiça, ter um assistente social na assistência social, porque não damos conta de tudo. É impossível. A minha função é saúde. O sociojurídico fica lá na Secretaria da Justiça, no caso na Vara da Execução Penal. Mas aqui deveria ter outros assistentes sociais, o da segurança pública, o da educação que não tem, e também o da assistência social. É claro que temos que ter uma noção do todo. Eu atendi um caso, trabalhando no hospital, que encaminhava para todas as políticas e aquilo que eu tinha que atender dentro da saúde eu atendia, mas tem coisas que a saúde não vai suportar e temos que encaminhar para o setor que é específico daquela questão[...]. E o mesmo vale pra aqui, o nosso fim é a saúde, não é o sociojurídico. Não é resolver as questões jurídicas dos usuários, pensar a questão de tempo que eles estão aqui, que muitas vezes eles ficam pedindo e a gente fala que não é a gente que vê isso, não cabe a gente ver processo. Mas, às vezes, encaminhamos para a defensoria pública, a título

de informação. A gente quer a emancipação deles, e damos as informações para que eles corram atrás sobre questões que não são de saúde, mas aqui nesse contexto tem um problema de locomoção. Mas deveria ter todos os órgãos da mesma forma que tem a saúde, por exemplo, deveria ter da segurança; da assistência, por exemplo, tem uma questão de vínculos rompidos, que poderia estar sendo trabalhada e por aí vai, conselhos tutelares, para tratar das questões da visita.[sic]. (Entrevista realizada em 01/10/2015)

A partir dessa fala, analisa-se que não há uma confusão de identidade. Os profissionais compreendem que sua ação profissional deve ser voltada à atenção à saúde, embora localizem a questão da intersectoralidade como indispensável em sua ação profissional.

O Estado tenta ao máximo se desresponsabilizar das questões sociais existentes, visando com isso garantir o mínimo. Quando o assunto é atenção integral, em todos os âmbitos, àqueles que estão em condição de privação de liberdade, essa tendência de se desresponsabilizar é ainda maior. Conforme já apontado, o apenado possui sua pena vinculada à privação de sua liberdade e não a de seus outros direitos. A saúde compõe um desses direitos e, embora trabalhe com déficit de servidores, responde à essa demanda específica. O assistente social demonstra um efetivo compromisso com essa missão. Contudo, ainda existem outras demandas que devem ser atendidas e respondidas pelo Estado.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A presente monografia teve como objetivo investigar as contribuições, contradições e limites da saúde prisional para a reeducação de apenados no Centro de Internamento e Reeducação – CIR da Papuda- DF. A inovação se apresenta na construção de uma análise sobre a saúde prisional, tema ainda pouco estudado pela categoria dos assistentes sociais, embora objeto de várias bandeiras e lutas pelos órgãos representativos da mesma categoria. Embora as fontes de literatura sejam escassas, o que impossibilita uma maior profundidade na análise e no escopo do presente trabalho, a pesquisa se mostra relevante ao realizar os apontamentos das três categorias: contribuições, contradições e limites da saúde prisional. Não se teve tempo hábil para indicar possíveis soluções, o que é sugerido para os próximos estudos.

Ao buscar respostas aos objetivos elencados, deparamo-nos com pouquíssimas outras análises sobre o tema pesquisado e por este motivo se apresentou um estudo qualitativo e exploratório. A pesquisa propiciou um entendimento mais amplo a respeito da saúde prisional como um todo e , ao mesmo tempo, sobre a atuação do assistente social e o papel da segurança pública nesse complexo espaço. A saúde prisional é um dos instrumentos de valorização do cidadão que vivencia a transitória condição de apenado ou preso e proporciona um espaço de escuta, configurando-se e afirmando-se como direito e abrindo francas possibilidades de exercício de outros direitos. Conforme investigado, existe uma dimensão educativa da saúde prisional, o que contribui para a reeducação do apenado. Dito isso, vale lembrar que houve uma evolução histórica das duas grandes políticas: saúde e segurança pública, o que possibilitou a entrada desse direito no universo prisional que historicamente suprimia direitos para além da liberdade.

Certamente há ainda desafios a serem vencidos. Diante da pesquisa apresentada se revela a necessidade da humanização do sistema e, principalmente, um maior investimento do Estado no que concerne à saúde e à segurança, a entrada de outras políticas que ainda não participam do universo prisional, bem como a garantia de outros direitos que não foram suprimidos do apenado, como por

exemplo, o direito à educação e os seus direitos previdenciários (auxílio reclusão). Outros direitos, como o direito das crianças e pais à convivência familiar devem ser postos na pauta do debate sobre saúde prisional pois todos os apenados tiveram ou tem uma família, o que faz desse direito uma questão, também, de direitos humanos.

Parte dos limites observados na saúde prisional estão relacionados à ausência de investimento por parte do Estado. A falta de recursos humanos e materiais e a própria dinâmica institucional se revelaram como fatores limitadores da saúde prisional, o que dificulta o processo de reeducação dos apenados. Tais fatos, impactam diretamente sobre a prática dos profissionais, dentre os quais os assistentes sociais.

O presente trabalho também permitiu apontar as contradições existentes nesse campo de estudo. A primeira contradição encontra-se na situação em que a saúde prisional, que visa fundamentalmente o cuidado com o corpo, atua exatamente e paradoxalmente no mesmo espaço em que a segurança objetiva o castigo com e contra o corpo. De acordo com o que foi levantado é possível que essas duas áreas de atuação trabalhem harmonicamente, desde que as duas categorias e as chefias compreendam que possam unir-se através de diálogo e assim definir estratégias para alcançar um único objetivo: a ressocialização do apenado, para que este tenha um retorno saudável à sociedade. A segunda contradição relaciona-se ao trabalho do assistente social lotado em um espaço do sociojurídico, mas reconhecendo-se essencialmente como um profissional da saúde. Porém essa confusão de identidade não está presente nos profissionais do CIR, cujo entendimento aponta para a necessidade de haver um assistente social especialmente para responder às diversas demandas que compõem o universo penitenciário, o que contribuiria significativamente para uma maior eficácia e efetividade no trabalho.

Existem dificuldades de todas as ordens, incluindo aspectos institucionais e governamentais, o que denota a irrelevância com que o Estado, e a própria sociedade através da sua indiferença, tratam esse problema. Apesar de todas as controvérsias identificadas e analisadas, o entendimento de que a saúde e a segurança se completam, a fim de proporcionar um bom funcionamento no dia-a-dia do presídio e de propiciar a efetiva reeducação do apenado, mesmo que de forma

lenta e gradativa, já teve o seu início no âmbito prisional, o que ressalta a importância da atuação do assistente social nesse universo.

## REFERÊNCIAS

ACURCIO, Francisco de Assis. **Evolução histórica das políticas de saúde no Brasil**. 2010. Disponível em: <<http://www.farmacia.ufmg.br/cespmed/text1.htm>>. Acesso em: 2 de Junho de 2015.

ADORNO, S. **A gestão urbana do medo e da insegurança: violência, crime e justiça penal na sociedade brasileira contemporânea**. 282 p. Tese (apresentada como exigência parcial para o Concurso de Livre-Docência em Ciências Humanas) - Departamento de Sociologia, da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, 1996.

AGUINSKY, Beatriz Gershenson and ALENCASTRO, Ecleria Huff de. **Judicialização da questão social: rebatimentos nos processos de trabalho dos assistentes sociais no Poder Judiciário**. Rev. katálysis [online]. 2006, vol.9, n.1, pp. 19-26. ISSN 1414-4980.

ASSIS, Rafael Damaceno. **As prisões e o direito penitenciário no Brasil**. 2007. Disponível em: <<http://www.direitonet.com.br/artigos/exibir/3482/As-prisoos-e-o-direito-penitenciario-no-Brasil>>. Acesso em: 2 de junho de 2015.

ARRUDA, A.J.C.G. et al. **Direito à saúde no sistema Prisional: Revisão integrativa**. Revista de enfermagem. 2013.

BRASIL, CFESS - Conselho Federal de Serviço Social. **Código de ética profissional do assistente social**. 1993/1994.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Protocolo de fluxo de atendimento do Serviço Social na Saúde Prisional**. Vigência: 11.04.2013 à 11.04.2015. 2012. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/images/Protocolos/Protocolos%20clnicos/protocolos%20clnicos/Atendimento%20do%20Servico%20Social%20na%20Saude%20Prisional.p>>. Acesso em: 02 de Julho de 2014.

\_\_\_\_\_. Brasil, CFESS. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. 2010.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Portaria 648, de 28 de Março de 2006**. Disponível em: <<http://www.ministerio.saude.bvs.br/html/pt/coleções.html>>. Acesso em: 20 de junho de 2015.

BRISOLA, Elisa. **Estado penal, criminalização da pobreza e Serviço Social**. SER Social, Brasília, v.14, n. 30, p.127-154. 2012.

CARVALHO, V. SILVA, M. **Política de segurança pública no Brasil: avanços, limites e desafios**. Rev. katálysis vol.14 no.1 Florianópolis Jan./June 2011.

CFESS. **Atuação de assistentes sociais no Sociojurídico: subsídios para reflexão**. Brasília. 2014.

CRUZ, G.B. **A historicidade da Segurança Pública no Brasil e os desafios da participação popular**. Cadernos de Segurança Pública. n.4. 2013

CUNHA, C. **A construção de um novo paradigma de segurança pública como política social: A experiência da política de Prevenção à Criminalidade no Estado de Minas Gerais**. III Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais. Minas Gerais, 2011.

DELMANTO, Celso et al. **Código penal comentado**. 7 ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2008.

Dahmer; Tânia. **Segurança e Disciplina**. Texto mimeo. Desipe/RJ. 7pp. 1992.

FÁVERO; Eunice. **Serviço Social no campo Sociojurídico: possibilidades e desafios na consolidação do projeto ético-político profissional**. CFESS. II Seminário nacional: o serviço social no campo sociojurídico na perspectiva da concretização de direitos / Conselho Federal de Serviço Social - Gestão Tempo de Luta e Resistência. Brasília: 2012.

FLEURY, Sonia; OUVENEY, Assis Mafort. **Política de saúde: uma política social**. In: GIOVANELLA, Ligia, ESCOREL, Sarah, LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa (Orgs.). Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

FOCAULT, Michael. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. 29 edição. Editora vozes, Petropolis, 2004. Tradução de Raquel Ranalhetete. 1999.

GOIS, Swyanne Macêdo; SANTOS JUNIOR, Hudson Pires de Oliveira; SILVEIRA, Maria de Fátima de Araújo and GAUDENCIO, Mércia Maria de Paiva. **Para além das grades e punições: uma revisão sistemática sobre a saúde penitenciária**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2012, vol.17, n.5, pp. 1235-1246. ISSN 1413-8123.

IAMAMOTO, M.V. **Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social**. In: Serviço social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABPESS, 2009. p. 341-376.

JESUS, Luciana Oliveira de; SCARPARO, Helena Beatriz K. e LERMEN, Helena Salgueiro. **Desafios profissionais no campo da saúde no sistema prisional: dilemas na interface entre a saúde e a segurança**. Aletheia [online]. 2013, n.41, pp. 39-52. ISSN 1413-0394.

KOLLING, Gabrielle Jacobi; SILVA, Martinho Braga; DELDUQUE, Maria Celia. **O direito à saúde no sistema prisional**. Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva[online].2013, vol.7,n.1, pp.281 a 297.ISSN-1982-8829.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber**: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 1999.

LOPES, Rosalice. **Psicologia jurídica o cotidiano da violência**: o trabalho do agente de segurança penitenciária nas instituições prisionais. Psicol. Am. Lat. [online]. 2002, n.0, pp. 0-0. ISSN 1870-350X.

MACHADO; L.A.R. **Os desafios da formação do assistente social no âmbito da proteção social básica**. III simpósio mineiro de assistentes sociais. CRESS. Minas Gerais. 2013.

MARQUES, Simone Felix. **O Desacreditável e o Desacreditado**: Considerações sobre o fazer técnico do Assistente Social no Sistema Prisional. 2009. Disponível em:

<[http://www.susepe.rs.gov.br/upload/1326743484\\_Artigo.%20Simone%20vers%C3A3o%20final.pdf](http://www.susepe.rs.gov.br/upload/1326743484_Artigo.%20Simone%20vers%C3A3o%20final.pdf)> Acesso em: 27 de setembro de 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Entendendo o SUS**. 2006. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=136](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=136)>. Acesso em: 16 de maio de 2015.

MORAES, Pedro R. **A identidade e o papel de agentes penitenciários**. Tempo Social, revista de sociologia da USP, v. 25, n. 1. 2013.

ROUQUAYROL, M.Z. & ALEMIDA, F.N. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro, MEDSI, 2003. 6 ed. p. 567-71.

RUMIN, Cassiano. **Sofrimento na Vigilância Prisional**: O trabalho e a Atenção em Saúde Mental. PSICOLOGIA CIÊNCIA E PROFISSÃO, 2006, 26 (4), 570-581

SANTIS, B.M.D.; ENGBRUCH, W. **A evolução histórica do sistema prisional e a Penitenciária do Estado de São Paulo**. Revista Liberdade, n 11, p. 143 a 160. 2012.

Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Paz Social do DF. **Centro de Internamento e Reeducação**. Brasil. Disponível em: <<http://www.ssp.df.gov.br/sobre-a-secretaria/subsecretarias/sesipe/cir.html>> Acesso em: 22 de setembro de 2015.

SOUZA, Celina. **Políticas públicas**: uma revisão da literatura. Sociologias [online]. 2006, n.16, pp. 20-45. ISSN 1807-0337

SOUZA, Mônica Oliveira da Silva e and PASSOS, Joanir Pereira. **A prática de enfermagem no sistema penal**: limites e possibilidades . Esc. Anna Nery [online]. 2008, vol.12, n.3, pp. 417-423. ISSN 1414-8145.

OLIVEIRA, Heloisa dos Santos Martins de. **O carácter ressocializador da atividade laborativa.** 2006. Disponível em: <<http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/article/viewFile/1176/1125>>. Acesso em: 1 de junho de 2015.

PASTANA, Débora. **Justiça penal autoritária e consolidação do estado punitivo no Brasil.** *Rev. Sociol. Polit.* [online]. 2009, vol.17, n.32, pp. 121-138. ISSN 1678-9873.

POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão.** Minas gerais, 2008. Disponível em: <<http://www.medicina.ufmg.br/internatorural/arquivos/mimeo-23p.pdf>>. Acesso em: 20 de junho de 2015.

## ANEXOS

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

#### ***Dados de identificação:***

**Título do Projeto:** “Saúde Prisional: contribuições, contradições e limites para a reeducação de apenados dentro do Centro de Internamento e Reeducação no Distrito Federal.”

**Pesquisador Responsável:** Laís Campos Dantas Ferreira

**Instituição a que pertence a Pesquisadora Responsável:** Aluna de Serviço Social da Universidade de Brasília – UnB

**Telefones para contato:** (\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

**E-mail:** \_\_\_\_\_

**Nome do participante de pesquisa:** \_\_\_\_\_

**e-mail:** \_\_\_\_\_

**RG nº** \_\_\_\_\_

**Instituição a que pertence o (a) participante da pesquisa:** CIR-PAPUDA

**Profissão:** \_\_\_\_\_

O Senhor(a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “Saúde Prisional: contribuições, contradições e limites para reeducação de apenados no trabalho realizado dentro do Centro de Internamento e Reeducação no Distrito Federal” , que resultará em dados que serão analisados por Laís Campos Dantas em seu Trabalho de Conclusão de Curso cujo objetivo é Investigar qual é o peso que se dá na atuação da saúde prisional dentro do CIR. Orientadora Profa. Dra. Ailta Barros de Souza.

Ressalta-se, que esta pesquisa assim como a elaboração do Trabalho de

Conclusão de Curso são exigências acadêmicas para a conclusão do curso de Bacharel em Serviço Social.

A sua participação neste estudo será por meio de uma entrevista que poderá ser gravada, segundo o seu consentimento. O conteúdo das gravações ficará sob a responsabilidade do pesquisador durante um período de 5 (cinco) anos. Como forma de devolução dos dados, o Trabalho de Conclusão de Curso em sua versão final será enviado ao endereço eletrônico dos participantes.

Informo que a sua privacidade será respeitada, de modo que, o seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa identificá-lo (a) será mantido em absoluto sigilo. O senhor (a) poderá se recusar a participar do estudo, ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar e, caso deseje sair da pesquisa, não sofrerá qualquer prejuízo. O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente trinta minutos.

Obtive os esclarecimentos necessários de que o presente estudo não acarretará em resultados negativos para a minha pessoa. Também fui informado de que os resultados positivos ou negativos somente serão obtidos após a realização da pesquisa. Estou ciente de que no decorrer da pesquisa receberei visitas da pesquisadora em meu local de trabalho, em dias e horários pré-agendados.

Tendo sido orientado (a) quanto ao teor de tudo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico a receber ou a pagar por minha participação.

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

---

Nome e assinatura do (a) participante de pesquisa.

---

Nome e assinatura da pesquisadora responsável.

## Roteiro de entrevista

### DADOS PESSOAS:

1. Idade: \_\_\_\_\_
2. Tempo de CIR:
3. Sexo : ( ) Feminino ( ) Masculino
4. Escolaridade: \_\_\_\_\_
5. Formação acadêmica? \_\_\_\_\_
6. Saúde( ) Segurança ( )

### ENTREVISTA

1. Quando o termo “saúde prisional” é falado, o que lhe vem a cabeça?
2. Quais são as contribuições da saúde prisional em sua percepção?
3. Quais são as contradições que o senhor(a) observa entre saúde prisional e o trabalho da segurança pública? Compreende que é possível trabalhar harmonicamente mesmo sendo campos distintos de atuação?
4. Quais são os limites da saúde prisional que o senhor(a) observa, atuando nesse espaço?
5. Deseja acrescentar algo a respeito desse assunto à essa entrevista?
6. Se assistente social : você considera que há uma contradição em trabalhar saúde em um campo do sociojuridico? Acha que há um confusão de identidade?