



Universidade de Brasília - UnB
Instituto de Ciências Humanas – IH
Departamento de Serviço Social – SER

**Sistema penitenciário e acesso à saúde: possibilidades e limites
do controle social.**

Jéssica Fonseca Machado

Brasília, 2013



Universidade de Brasília - UnB
Instituto de Ciências Humanas – IH
Departamento de Serviço Social – SER

JÉSSICA FONSECA MACHADO

**SISTEMA PENITENCIÁRIO E ACESSO À SAÚDE:
possibilidades e limites do controle social.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Serviço Social (SER) da Universidade de Brasília (UnB), como pré requisito para aprovação na disciplina Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

Orientadora: Prof^a M^a Morena Gomes Marques Soares.

Brasília, 2013

FOLHA DE APROVAÇÃO

JÉSSICA FONSECA MACHADO

SISTEMA PENITENCIÁRIO E ACESSO À SAÚDE:

possibilidades e limites do controle social.

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Serviço Social (SER) da Universidade de Brasília (UnB), como pré requisito para aprovação na disciplina Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

Orientadora: Prof^a M^a Morena Gomes Marques Soares.

APROVADA:

Prof^a M^a Morena Gomes Marques Soares

Prof.^a Dra. Andreia de Oliveira
(Membro interno do SER/UnB)

M^a Alessandra Ribeiro de Souza
(Membro externo ao SER/UnB)

MACHADO, Jéssica Fonseca.

Sistema penitenciário e acesso à saúde: possibilidades e limites do controle social. Pg. 70. 2013.

Orientadora: Prof.^a M^a Morena Gomes Marques Soares

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade de Brasília, Curso de Serviço Social, 2013.

1. Contrarreforma do Estado. 2. Sistema Penitenciário. 3. Saúde. 4. Direitos Humanos. 5. Penalização. I. Marques, Morena. II. Universidade de Brasília. III. Sistema penitenciário e acesso à saúde: possibilidades e limites do controle social.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por todas as coisas boas que me oferece a cada dia. E a Nossa Senhora por me manter amparada, iluminando sempre o meu caminho.

A minha família, pai (Wilson) mãe (Nilza) e irmã (Vanessa), por sempre me apoiar e confiar nas escolhas que tomei. Pela paciência, amor e atenção que sempre me deram, mesmo nos momentos mais difíceis. Em especial a minha irmã que foi uma grande companheira nos momentos de estudo e criação desse trabalho.

A minha orientadora, Morena, por ter aceitado me orientar nessa etapa importante de minha formação. Pela sua paciência e disposição em ensinar e contribuir para meu crescimento.

A Andreia de Oliveira e Alessandra de Souza por terem aceitado participar da banca. Em especial a Alessandra por também colaborar no momento de realização das entrevistas.

A Ana, Robertinha, e Gessyca, que partilharam das mesmas angústias, questionamentos e aflições acadêmicas. Por estarem ao meu lado durante toda a formação e também nas saídas e distrações. Pela amizade, companheirismo, apoio e parceria.

A Mixa, amiga fiel e parceira. Pelo suporte emocional, pela paciência e amparo em todos os nossos nove anos de amizade. Por estar presente nos momentos mais importantes da minha vida, inclusive acadêmicos, e por sempre se mostrar solícita e disposta a ouvir, ajudar, e até mesmo mostrar quando estou errada.

Aos companheiros de curso que de certa forma fizeram parte dessa etapa e contribuíram para meu crescimento intelectual e pessoal: Wladslá, Madalena, Linniker, Laila, Lynn, Amanda, Ana Paula, Dani, Sabin, Etiene, Gabi, dona Silvia, Chandra, Thamiris, e Thamara.

Agradeço a todas as professoras e professores do Departamento de Serviço Social, pois foram essenciais em minha formação acadêmica. E aos funcionários e funcionárias que sempre nos auxiliavam.

Agradeço aos trabalhadores do Conselho Nacional de Saúde por aceitarem participar das entrevistas para a realização deste trabalho.

EPÍGRAFE

*Confuso amanhecer, de alma ofertante
e angustias sofrada, injustiças e fomes
e contrastes e lutas e achados rutilantes
de riquezas da mente e do trabalho,
meu passo vai seguindo no ziguezague
de equívocos, de esperanças que malogram
mas renascem de sua cinza morna.
Vai comigo meu projeto entre sombras,
minha luz de bolso me orienta
ou sou eu mesmo o caminho a procurar-se?
(Carlos Drummond de Andrade – Canto Brasileiro)*

RESUMO

Com a Constituição Federal de 1988 muitos dos direitos passaram a ser garantidos no Brasil, sendo a saúde materializada no Sistema Único de Saúde – SUS, o qual prevê a participação da comunidade como um de seus princípios. A discussão da temática “saúde, direitos humanos e sistema penitenciário” é ainda hoje pouco presente nas pautas do controle social. No sentido de democratização do controle sob processos decisórios, os conselhos profissionais e movimentos sociais voltados à saúde são determinantes para pautá-la. Estes se encontram em um campo contraditório e permeado por lutas de interesses distintos, no entanto são mecanismos possíveis de realizar algumas mudanças através da participação na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais. Cabe a eles agirem de forma a construir estratégias para viabilizar o acesso à política de saúde à todos, inclusive aos apenados. Tendo em vista que a conjuntura contemporânea de contrarreforma incide sob todas as esferas das políticas sociais, os apenados nessa perspectiva se tornam dupla ou até triplamente penalizados, onde perdem o direito à liberdade, não possuem a garantia de seus direitos fundamentais, nem a representação na luta por parte do controle social.

Palavras-chave: Contrarreforma do Estado; Sistema Penitenciário; Saúde; Direitos Humanos; Penalização.

ABSTRACT

With the Constitution of 1988 many of the rights guaranteed to be spent in Brazil, the health embodied in the Unified Health System - SUS, which provides for community participation as one of its principles. The discussion of the theme "health, human rights and prison system" is still somewhat present on the agendas of social control. Towards democratization of control over decision making, professional advice and health-related social movements are crucial to her agenda. These are contradictory and in a field permeated by struggles distinct interests, however are possible mechanisms to do these changes through participation in the preparation, implementation and monitoring of social policies. It is for them to act in order to build strategies to facilitate access to health policy to everyone, including inmates. Given that the contemporary conjuncture of contrarreforma focuses on all areas of social policy, the prospect that inmates become double or even triple penalized where they lose their right to freedom, not have the guarantee of fundamental rights or representation in part of the struggle for social control.

Keywords: Counter State; Prisons, Health, Human Rights, Penalty.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- ABRATO - Associação Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais
- ANTRA – Associação Nacional de travestis e Transexuais
- CAPs – Caixa de Aposentadoria e Pensões
- CF/88 – Constituição Federal de 1988
- CFESS - Conselho Federal de Serviço Social
- CNS – Conselho Nacional de Saúde
- DH – Direitos Humanos
- DRU – Desvinculação de Receitas da União
- FASUBRA - Federação de Sindicados de Trabalhadores Técnico-Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil
- FENAM - Federação Nacional dos Médicos
- FHC – Fernando Henrique Cardoso
- FIO - Federação Interestadual dos Odontólogos
- FNE - Federação Nacional dos Enfermeiros
- IAPAS – Instituto de Administração financeira da Previdência e da Assistência Social
- IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões
- INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
- LEP – Lei de Execução Penal
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- PNS – Plano Nacional de Saúde
- PNSSP - Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário
- PT – Partido dos Trabalhadores
- SUS – Sistema Único de Saúde
- TCC – Trabalho de Conclusão de Curso
- TLCE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	CAPÍTULO I: PANORAMA DA SAÚDE NO BRASIL.....	14
	2.1 Histórico da saúde no Brasil	14
	2.2 Concepção de saúde	23
	2.3 Sistema Único de Saúde – SUS	24
	2.3.1 Controle Social.....	28
3	CAPÍTULO II:SAÚDE, DIREITOS HUMANOS E SISTEMA PENITENCIÁRIO	30
	3.1 Direitos humanos e Sistema Penitenciário.....	30
	3.2 Saúde e Sistema Penitenciário	35
4	CAPÍTULO III: CONTRARREFORMA DO ESTADO: IMPACTOS NA SAÚDE, SISTEMA PENITENCIÁRIO E CONTROLE SOCIAL	39
	4.1 Neoliberalismo e a Contrarreforma do Estado.....	39
	4.1.1 Impactos da reorganização do capital e da contra-reforma do Estado na Saúde	47
	4.2 O olhar do controle social sobre o acesso à saúde no sistema penitenciário	49
	4.2.1 Debate da temática “saúde, direitos humanos e sistema penitenciário”	50
	4.2.2 Limites e estratégias do controle social e movimentos sociais na saúde do sistema penitenciário	55
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
6	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
7	ANEXOS.....	68
	7.1 Anexo 1 - Roteiro de entrevista semi-estruturada.....	68
	7.2 Anexo 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.....	70

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como objetivo analisar as possibilidades e limites na atuação das entidades dos trabalhadores em saúde presentes no Conselho Nacional de Saúde em relação à temática “Saúde, Direitos Humanos e Sistema Penitenciário”. Para balizar essa análise será feita uma revisão bibliográfica em quatro eixos diferenciados: a delimitação do marco histórico e teórico da saúde no Brasil, a compreensão do Sistema Único de Saúde, seus princípios, diretrizes e concepção norteadora; o sistema penitenciário e sua relação entre os direitos humanos e a saúde; e, por último, a conjuntura contemporânea de contrarreforma do Estado e seus rebatimentos no acesso da população carcerária ao sistema público de saúde a partir do “olhar” do controle social.

Para tanto, se fez necessário apreender a trajetória da saúde no Brasil, em que esta foi marcada por conquistas protagonizadas pela classe trabalhadora, além de modificações na ordem e dinâmica do capitalismo que influenciaram diretamente nas políticas sociais, no reconhecimento e ampliação dos direitos dos que vivem da sua força de trabalho, estando estes em liberdade ou não.

Nesta perspectiva, o Estado detém centralidade, enquanto executor, legislador e gestor de políticas. Imbricado por uma contradição fundamental no processo de produção e reprodução das relações sociais. Pois, se de um lado deve atuar com o intuito de manter as condições subsidiárias através de serviços e políticas sociais para que a classe trabalhadora se mantenha como sujeito produtor de riquezas, no outro deve dar continuidade às condições necessárias para a permanência da acumulação do capital.

Desta forma, compreendemos que a realidade tem por centro organizador da vida social uma relação contraditória – entre o capital e o trabalho – que implica em interesses diversos. A saúde passar a dispor assim de um papel destacado no conjunto da sociedade seja como instrumento de consenso dos setores dominantes para com a reprodução da força de trabalho; seja por ser uma bandeira prioritária para o trabalho, catalisando um inegável potencial de mobilização e luta dos setores subalternos.

É neste contexto que se insere este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), que tem por objetivo principal analisar as possibilidades e limites dos representantes dos trabalhadores no conselho nacional de saúde quanto a relação “saúde, direitos humanos

e sistema penitenciário”. Aqui se busca compreender o olhar dos trabalhadores conselheiros acerca da saúde no sistema penitenciário; identificar o debate feito pelos conselhos e movimentos acerca da temática; compreender as estratégias utilizadas para garantir o acesso à saúde no sistema penitenciário; e identificar quais as dificuldades/limites encontrados para a execução das propostas dos conselhos e movimentos, voltadas a saúde no sistema penitenciário.

Para isso realizamos uma pesquisa através de um questionário semi estruturado, com a devida autorização dos entrevistados. Foi feito um conjunto de procedimentos para compreender, interpretar os dados e articulá-los com a teoria crítica de análise do real. Esta última etapa de tratamento do material foi realizada segundo procedimentos lógicos de ordenação dos dados, classificação dos dados e a análise propriamente dita. Por se tratar de uma pesquisa qualitativa as entrevistas foram analisadas a rigor, buscando a compreensão e interpretação dos fenômenos singulares e particulares apresentados a partir dos determinantes macrossociais, devidamente contextualizado.

Tal temática foi escolhida devido à negligência com a garantia dos direitos das pessoas privadas de liberdade, considerando que há uma exacerbada cultura liberal de culpabilização do indivíduo na sociedade brasileira. Além de perceber que a atual conjuntura com políticas neoliberais focalizadas e privatistas, influenciou diretamente nas políticas sociais, onde a condição estrutural em que estes indivíduos vivem não permite o acesso a um dos direitos essenciais que é a saúde.

Este trabalho parte da hipótese de que há limites no acesso à saúde no sistema penitenciário, assim como a falta de informação de direitos aos detentos. De tal modo que o apenado vive em uma situação de dupla ou até tripla penalização, onde se restringe o seu direito a liberdade e o acesso a direitos fundamentais; além de não dispor de representatividade política para pautar lutas e demandas reprimidas em fóruns mais amplos. No sentido de democratização do controle sob processos decisórios, os conselhos profissionais e movimentos sociais que pautem esta temática são determinantes. Apesar do sistema contraditório e lutas de interesses distintos, o controle social ainda é um mecanismo possível de realizar mudanças por meio da participação na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais. Cabe aos conselhos profissionais e movimentos sociais, agirem de forma estratégica, como meio de viabilizar o acesso à política de saúde à todos, tendo em vista que a conjuntura

contemporânea de Contrarreforma incide sob todas as esferas das políticas sociais, acentuando a pena dos detentos. Ou seja, além de estarem privados de liberdade, não possuem a garantia de seus direitos fundamentais, nem a possibilidade de luta por esses.

Portanto, o presente trabalho terá sua estrutura em três capítulos, sendo que o primeiro irá conter os pontos: histórico da saúde no Brasil; a concepção de saúde; o Sistema Único de Saúde, e o Controle Social. O segundo capítulo será destinado a compreensão da Saúde e Direitos Humanos na atual conjuntura do Sistema Penitenciário. Enquanto o terceiro capítulo destina-se à reflexão teórica acerca da compreensão da contrarreforma do Estado; bem como das entrevistas dos representantes do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que participaram da pesquisa de campo, no que tange ao posicionamento de suas entidades à temática proposta.

2 CAPÍTULO I: PANORAMA DA SAÚDE NO BRASIL

2.1 Histórico da saúde no Brasil

No Brasil, ao fim do século XIX – em um período histórico em que o modo de produção capitalista adentra em sua fase monopólica¹ – têm-se modificações no ordenamento e dinâmica econômica nos países periféricos, onde de acordo com Netto (2009), foram necessárias incidências na estrutura social e nas instâncias políticas das sociedades nacionais. Nesse contexto e com maior ênfase ao início do século XX, as expressões da “questão social”² são percebidas com manifestações bem claras de pauperismo e iniquidade. Ou seja, segundo Josiane Santos (2008) a “questão social”, enquanto parte constitutiva das relações sociais, é apreendida como expressão das desigualdades sociais oriundas do modo de produção capitalista, tendo por essência a contradição entre o capital e o trabalho, entre a produção crescentemente socializada de riquezas e a sua apropriação privada. Por regra, a “questão social” é objeto da ação estatal na medida em que esta emerge em sua forma política, como produto de mobilização trabalhadora ameaçando a ordem burguesa. Porém o que se torna evidente no discurso dominante é que esta ação procura apenas “mascarar” as expressões da “questão social” no campo dos direitos sociais.

Conforme Iamamoto retrata em “Relações Sociais e Serviço Social no Brasil” (2009), a noção de direitos sociais, que tem por justificativa a cidadania³, não era incorporada, nem garantida neste começo do século XX. Os direitos sociais do cidadão são concretizados a partir de serviços sociais em que todos têm o direito, porém estes não vêm para suprir a todas as necessidades. Tais serviços transmutam-se em matéria-

¹O capitalismo monopolista visa preservar e aumentar a taxa de lucro dos trustes, o que “[...] recoloca, em patamar mais alto, o sistema totalizante de contradições que confere à ordem burguesa os seus traços basilares de exploração, alienação e transitoriedade histórica [...]” (NETTO, 1992: 19)

² A utilização das aspas em “questão social” se dá, conforme Josiane Santos (2008), pelo fato desta não ser alçada ao estatuto de uma categoria no sentido marxiano como “forma de ser, determinação da existência”. Ou seja, o que tem existência real não é a “questão social” e sim suas expressões, determinadas pela desigualdade fundamental do modo de produção capitalista.

³ “A cidadania mesmo que em suas formas iniciais, constitui um princípio de igualdade. Começando do ponto no qual todos os homens são livres, em teoria, capazes de gozar de direitos, a cidadania se desenvolveu pelo enriquecimento do conjunto de direitos de quem eram capazes de gozar.” (MARSHALL, 1967: 77)

prima da assistência, ou seja, são desenvolvidos para a devolução à classe trabalhadora de uma parcela mínima da qual eles criaram e não se apropriaram, sob uma nova roupagem de serviço ou benefício social⁴. Estes serviços se dão através de ações do Estado, em que atua diretamente nas relações de produção que foram instaladas na sociedade.

Assim como os serviços sociais têm para os capitalistas um caráter complementar à reprodução da força de trabalho a menos custo, para os trabalhadores assalariados tais serviços são também complementares na sua reprodução física, intelectual e espiritual e de sua família, já que a base de sua sobrevivência depende da venda de sua força de trabalho. (IAMAMOTO, 2009: 102)

O Estado como interventor e controlador do processo dinâmico das relações sociais, orientado pela ordem burguesa, capitalista, presta manutenção de condições subsidiárias para que a classe trabalhadora possa adquirir ao mínimo necessário para sua sobrevivência e dar continuidade na acumulação do capital. Ele desenvolve funções de forma que consiga tanto assegurar continuamente a reprodução e a manutenção da força de trabalho, através principalmente dos sistemas de previdência, assim como instrumentalizar mecanismos capazes de garantir a sua mobilização e alocação em função das necessidades para garantir os superlucros.

Com isso, o Estado é então parte essencial da formação econômica, justamente porque a garante, porém não é este que determina sua estrutura, apenas “é o produto e a manifestação do antagonismo inconciliável das classes” (LÊNIN, 1987: 9). De acordo com Marx a necessidade do Estado se dá exatamente pela presença de conflitos entre as classes, sendo o órgão utilizado como dominação da ordem burguesa, amortecendo assim a colisão das classes.

O Estado representativo moderno é um instrumento de exploração do trabalho assalariado pelo capital. Há, no entanto, períodos excepcionais em que as classes em luta atingem tal equilíbrio de forças, que o poder público adquire momentaneamente certa independência em relação às mesmas e se torna uma espécie de árbitro entre elas. (LÊNIN, 1987: 16)⁵

⁴ “Parte da riqueza socialmente gerada é canalizada para o Estado, principalmente sob a forma de impostos e taxas pagos por toda a população. Assim, parte do valor criado pela classe trabalhadora e apropriado pelo Estado e pelas classes dominantes é redistribuído à população sob forma de serviços.” (IAMAMOTO, 2009: 91,92)

⁵A exemplo disso, em 1907, a ausência de direitos só realmente começa a ser mudada a partir de reivindicações e manifestações dos movimentos, nas primeiras lutas dos trabalhadores, criando e sendo reconhecido o direito de organização sindical.

Nesta perspectiva, para Yamamoto (2009: 92), “a generalização dos serviços sociais expressa, portanto, vitórias da classe operária na luta pelo reconhecimento de sua cidadania na sociedade burguesa”. O cenário complexo de luta em defesa dos direitos de cidadania é então tomado nesse começo de século por medidas de proteção social, esparsas e frágeis que adquirem espaço até a década de 1930. Tais medidas serviram, sobretudo para transformar algumas reivindicações em leis, sem atingir necessariamente ao cerne da “questão social”.

No caso da saúde, em seu papel de manutenção da ordem, o Estado realiza reformas no intuito de ampliar o atendimento à saúde com a Reforma de Carlos Chagas em 1923. O que coloca também em questão neste período são as medidas que o governo toma no sentido de higiene e saúde do trabalhador, sendo criadas as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), também conhecidas como Lei Elói Chaves. Estas tinham um caráter previdenciário, ou seja, eram por meio de contribuições, fornecendo benefícios como assistência médica-curativa, aposentadoria, pensão, e auxílio funeral. A partir de 1933 no primeiro governo de Getúlio Vargas, deu início a transformação das CAPs em Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), que por essa vez passaram por congregar um maior número de trabalhadores, a partir de categorias profissionais. Essa medida teve uma orientação de contenção de gastos por cada segurado, onde foi realizado um limite orçamentário para as despesas médico-hospitalares.

O surgimento das políticas sociais foi gradual e diferenciado pelas organizações dos movimentos e pressão da classe trabalhadora. O Estado ao ser permeado por demandas das classes subalternas, que incidem de forma a garantir seus interesses, atua na condição de intervir nas seqüelas da “questão social”. No que tange aos interesses do capital, a funcionalidade da política social é essencial nos processos referentes à preservação e ao controle da força de trabalho. Os sistemas previdenciários, por exemplo, não passam de instrumentos que o governo utilizou para fazer com que a vida “útil” dos trabalhadores fosse reaproveitada no subconsumo.

Com isso a política de saúde foi formulada na segunda metade do período de 1930 – no governo de Getúlio Vargas – com um caráter nacional, organizado em duas medidas, uma saúde pública e outra previdenciária. Sendo a primeira de forma mínima de sanitarismo, predominando este caráter até meados dos anos 60, tendo como alternativas adotadas, segundo Braga e Paula (apud BRAVO, 2006, p. 4 e 5): maior

ênfase em campanhas sanitárias; interiorização das ações para as áreas de endemias rurais; criação de serviços de combate às endemias; reorganização do departamento nacional de saúde; entre outras. E a medida previdenciária, com caráter contencionista se dava de forma mais restrita ao modelo público, preocupando-se mais com a acumulação de reservas financeiras do que com a ampla prestação de serviços. Com isso, foi demarcada a diferença entre previdência e assistência, delimitando assim orçamentos para as despesas “assistência médico-hospitalar e farmacêutica”.

Em 1948 surge um “novo” conceito de saúde divulgado pela Organização Mundial de Saúde – OMS em que a saúde é agora considerada como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença. Longe de ser uma realidade para a maior parte da população, mas sim um referencial através do qual os profissionais de saúde deveriam seguir a fim de tratar a saúde não mais como imagem complementar da doença. Nesse novo momento de reconceituação da saúde, profissionais ganharam novo papel, redimensionamento suas ações na atuação na saúde, como exemplo o assistente social, psicólogo, educador físico, entre outros. A educação para a saúde foi estratégia inicial fundamental, como fator de promoção e proteção da saúde, por isso a importância dessa nova reestruturação de intervenção normativa e preventiva. No Brasil esse novo conceito foi incorporado como assistência à saúde dos trabalhadores que contribuíam para a previdência, o que não caracteriza então como um direito, mas um ainda limitado benefício.

Aos anos 50 – no segundo Governo Vargas – estrutura-se a política de saúde, aumentando o seu nível de cobertura a partir de um controle e monopólio privado, pressionada pela categoria médica ao Estado, o que só foi realmente instaurado como política do Estado após 1964, no momento ditatorial. Inicialmente o que se buscava era tanto apreender modificações do Estado frente ao papel da medicina no processo de acumulação, quanto à própria prática médica enquanto ação estatal. O Estado passou então a intervir de forma contundente com o intuito de desenvolvimento econômico, social e político. Problemas nacionais que se tinham, ao invés de serem resolvidos foram aprofundados. O desfecho que se deu em abril de 1964 foi então a solução política encontrada de estabelecer um pacto contra-revolucionário, inaugurando um padrão de dominação burguesa através do golpe de mecanismos repressivos de profundos impactos nos direitos e políticas sociais.

A resposta de 1964 à crise de dominação burguesa no Brasil, gestada fundamentalmente pela contradição entre as demandas das classes trabalhadoras e burguesas, tem como base desta a industrialização, a forte intervenção estatal e a articulação da classe dominante e suas frações. O Estado que se estrutura depois do golpe aprofunda a heteronomia e a exclusão, com o caráter de acumulação do capital, assegurando a reprodução do desenvolvimento dependente e associado, assumindo então um papel de repassador de renda aos monopólios e mediador de conflitos setoriais. De maneira produtiva esse desenvolvimento foi capaz de controlar a classe operária, favorecendo produção de uma taxa grande de mais-valia.

Na perspectiva de O'Donnell (1986, *apud* BRAVO, 2007, 21-22) o Estado nesse período fez: a burguesia como a base social; a eliminação da ativação política da classe trabalhadora, impondo uma nova “ordem” na sociedade; a exclusão econômica do setor popular, promovendo assim acúmulo de capital em benefício às unidades oligopólicas, acentuando as desigualdades sociais; a despolitização das políticas sociais; e fechamento de acesso democrático. Ao restringir o exercício da cidadania, através da negação de direitos civis e políticos, o Estado brasileiro é considerado como autocrático-burguês, com a concepção de que a sociedade civil precisava ser controlada, tornando a classe trabalhadora nesse período sem direitos de greve, sindicatos, e impondo-lhe trabalho, solapamento dos salários e da qualidade de vida. Ou seja, a sociedade civil, e seus movimentos políticos e sociais, eram excluídos politicamente, interditando dessa forma qualquer ascensão que pudesse haver dos trabalhadores.

De acordo com Florestan Fernandes (1976), o que está em questão não é apenas o fato de exercer a liberdade e a democracia, mas sim entender que as classes populares estão incluídas nesse processo capitalista, o que é incompatível com a universalidade dos direitos, desembocando assim em uma democracia restrita. A ditadura militar desencadeou assim um modelo pautado pela aceleração econômica, e uma dinâmica societária que limitou os benefícios em especial aos trabalhadores. Dessa forma, as políticas sociais tiveram exatamente um mix no caráter repressor-assistencial, modernizando de um lado para aumentar a produção, e mediando as tensões sociais encontradas. Houve então uma reconfiguração no trato às expressões da “questão social”, incrementando nesse momento as políticas sociais. O bloco militar-tecnocrático empresarial buscou adesão e legitimidade por meio da expansão e modernização dessas

políticas. Uma das principais medidas tomada no intuito assistencial foram a unificação da Previdência Social com os Instituto de Aposentadoria e Pensões em 1966, deixando os trabalhadores com o papel somente como contribuintes, e reestruturando o setor. Porém, da mesma forma que se impulsionavam políticas públicas, mesmo que restritas, ampliando-se seu rol de intervenção, abriam-se espaços para outras esferas de intervenção, a exemplo da saúde, educação, e a previdência privada.

A saúde e a educação foram reproduzidas no setor privado de forma excepcional. A medicalização da vida social foi imposta e setores passaram a reconhecer no setor de serviços um lócus privilegiado para a reprodução ampliada do capital. A medicina previdenciária cresceu devido a essa reestruturação, o que também fez com que os gastos em saúde pública fossem reduzidos, afetando consideravelmente a vida da população. Profissionais da saúde pública se viram diante uma atuação na prática curativa, individual, assistencialista e especializada. Os laboratórios nacionais, e as indústrias de equipamentos médicos foram beneficiados nesse período, com a criação de um complexo-médico industrial, responsáveis por parte da grande taxa de acumulação de capital. Ao Estado coube nesse momento incentivar a expansão da prática médica privatista, financiando hospitais privados e favorecendo ao serviço de convênios, além de contratar empresas médicas para que pudessem arcar com a assistência.

A partir de 74 se diz que ocorreu um “milagre econômico” no Brasil, porém o que é identificado são dívidas externas, elevação da inflação, recesso econômico, tornando a classe operária forte na luta para a recuperação de um espaço público tomado pelo golpe de 64. Nesse momento, movimentos sociais, trabalhadores rurais, parcela da Igreja, se juntaram para modificar a situação de desemprego, pauperização do trabalho, entre outras tensões sociais que se alastraram incontrolavelmente pelo novo sistema incorporado. Estratégias governamentais foram tomadas no intuito de demonstrar interesse pela formulação de políticas sociais, como por exemplo, a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social. A assistência passou a agregar também aqueles que não contribuía de forma ativa, estendendo assim o benefício. A saúde agora além de persistir a dicotomia entre assistência médica e saúde coletiva⁶, apresenta impasses na assistência médica e previdenciária.

⁶ A assistência médica era voltada apenas àqueles que contribuía, ou seja, aos trabalhadores vinculados formalmente ao mercado de trabalho. Já a saúde coletiva é um movimento que surge na década de 70

Como autarquia filiada ao novo Ministério criado da Previdência e Assistência social, foi criada o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que tinha por finalidade prestar atendimento médico àqueles que contribuíam com a previdência social, seguindo a lógica de cuidar da doença em si. Em 1978 o processo de institucionalização continua com a criação de outros órgãos, como o DATAPREV (empresa de processamento de dados da previdência social), o IAPAS (Instituto de Administração financeira da Previdência e da Assistência Social), entre outros, em uma crescente utilização do modelo restrito de seguridade social. Modelo esse que contava com o caráter contributivo da previdência e assistencialista a quem dele necessitasse, porém este não foi incorporado também para o atendimento médico. O Plano Nacional de Saúde enfrentou grande tensão neste momento, segundo Bravo (2006), entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas e entre os setores estatal e empresarial médico. Sendo assim as reformas estruturais, organizacionais, não conseguiram reverter a ênfase de ações curativas comandadas pelo setor privado da Previdência Social.

Como efeito aos modelos adotados pelo Estado, as classes populares buscam por um enfrentamento da “questão social”, pressionando o governo, o que faz com que este tome medidas com fim de canalizar e conter as reivindicações. Essa nova atitude tinha como princípio legitimar a dominação burguesa, porém de forma a conter as classes populares, o que se torna contraditório com a manutenção do modelo econômico excludente. Tal contradição provoca em longo prazo uma luta por parte da sociedade civil quanto à redemocratização. Dessa forma, a ação estatal,

que atuava nos programas sociais, pela falta de recursos e pela pressão dos movimentos urbanos, que lutavam pelas condições de saúde, foi permeada por contradições e tensões, tornando-se interlocutora das demandas dos diferentes movimentos reivindicatórios. (BRAVO, 2006, p. 66)

A classe trabalhadora ao superar a ditadura é impactada por uma profunda crise econômica em um processo de redemocratização política a partir da década de 1980. O que traz novas exigências a fim de equalizar as dívidas sociais acumuladas. A saúde dentro dessa perspectiva passa a ter novos sujeitos e a ganhar maior visibilidade, estando ligada diretamente ao conceito de democracia e cidadania, por estes serem, segundo Bravo (2007), elementos revolucionários e de consenso. Onde a democracia –

contestando os paradigmas de saúde, com a necessidade de construir um campo teórico-conceitual em saúde frente ao esgotamento do modelo biocientista da saúde pública.

pensada nos limites do referencial burguês – é o lócus de articulação das mediações entre Estado moderno e sociedade, e a cidadania é a mediação que dá organicidade a esta relação, na medida em que articula as classes e conseqüentemente as suas contradições ao Estado representativo, assegurando assim sua legitimidade.

O movimento de reforma sanitária surge então no sentido de enfrentar o sistema perverso da saúde. Se articulando como um novo ator coletivo, uma nova força política, trazendo propostas transformadoras, construindo e ampliando a sua organicidade, e estabelecendo alianças com os demais movimentos pela democratização. É chamado de movimento sanitário esse movimento de profissionais da saúde e de pessoas vinculadas ao setor, que compartilham do referencial médico-social⁷, onde busca transformar o setor saúde em prol da melhoria das condições de saúde e de atenção à saúde a população, sempre na perspectiva do direito de cidadania, em sua perspectiva ampliada. É uma percepção, um pensamento inicialmente vinculado ao da medicina preventiva, e à busca de alternativas para a crise da saúde durante o autoritarismo.

Dessa forma, categorias profissionais da saúde passam a consolidar movimentos em busca de pressionar o Estado em sua luta por melhores condições de saúde. Ampliando sua representatividade e articulando com outros sindicatos de trabalhadores, além de movimentos que começam também a se destacar, como aqueles de bairros, periferias, na luta por vários direitos, adquirindo avanços no âmbito político e enfatizando o setor público e a promoção da saúde. Com isso o fortalecimento da saúde pública entra em cena novamente, ganhando nesse momento maior difusão e ampliação, tendo como aspecto central, segundo Teixeira (1989: 50-53), “a politização da saúde, a mudança na constituição, e no arcabouço e práticas institucionais”. Aspecto representativo desta luta é a promulgação da Constituição Federal de 1988⁸, pós-ditadura militar, a qual materializa a promessa de extensão dos direitos sociais, trazendo avanços na tentativa de corrigir as injustiças sociais cometidas no país.

Em consonância com isso, a luta pela reforma sanitária se solidifica no Brasil, compreendendo que ela só pode ser realmente efetivada em um Estado democrático.

⁷ O referencial médico-social de acordo com Arouca (1998) é também chamado de uma abordagem marxista da saúde e teoria social da medicina, que determina que a doença está socialmente determinada. Essa nova abordagem se torna relevante, reconhecido academicamente e difundida.

⁸ “A constituinte para alguns é uma das alternativas políticas possíveis para a celebração de um novo ordenamento democrático de massas, somente viável quando estas estiverem em condições de participar com uma possibilidade efetiva de tornar-se classe hegemônica, isto é, de oferecer uma outra alternativa, sob sua direção, para toda a sociedade.” (ANTUNES, P. 22)

Tratando de formular propostas contra-hegemônicas e organizar forças sociais comprometidas com a transformação, ela também é referente à:

um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material se concretiza na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de serviços sob a égide do Estado. (Fleury: 2006, p.39)

Tais transformações visaram fortalecer o setor público e tornar o atendimento universal, descentralizado, com execução em nível local. Origina-se assim, o Sistema Único de Saúde (SUS)⁹ em 1988, considerado a maior conquista da saúde pública. A partir desse momento, movimentos como o da Reforma Sanitária começam a perder espaço, havendo fragilidade nas medidas reformadoras, e redução do apoio popular. A situação do país era de aceleração no âmbito econômico-social e político, ocorrendo uma transição à democracia de forma a dar continuidade ao já instaurado nos governos anteriores. Porém, o Estado vem abrindo mão cada vez mais de seu papel como provedor social, tornando as políticas sociais focalizadas, enquanto o mercado toma conta do bem-estar ocupacional que protege aos trabalhadores.

Nos anos 90 há uma forte influência da política neoliberal, onde acreditam que a solução para os problemas estruturais seriam a redução da intervenção estatal, tirando do Estado suas responsabilidades sociais¹⁰. Era pressuposto pelos liberais que a organização estatal não seria afetada por fatores sociais e econômicos, e que não deveria se ater aos serviços ligados à sociedade. Sendo assim um dos pontos altos do neoliberalismo, é o fato de ter sido diminuído os investimentos produtivos, públicos em infra-estrutura física e social. Com isso ocorrem reduções nos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação, o que perde a representatividade da Constituição Federal de 1988 (CF/88).

A política de saúde vinculada a isso fica ligada ao mercado, enfatizando a parceria com a sociedade civil e a responsabilizando para assumir os custos da crise, ocorrendo

⁹Será tratado no ponto 1.3do presente trabalho mais detalhadamente a respeito da conquista, avanços e limites do Sistema Único de Saúde (SUS), aprofundando também no que se refere os conselhos e conferências de saúde.

¹⁰Ao contrário do que se acreditava, o pensamento neoliberal não obteve o êxito desejado. Perry Anderson (1995) diz que economicamente, ele fracassou, mas socialmente conseguiu muitos de seus objetivos, tornando a sociedade desigual, porém não desestatizadas. E essa é uma de suas conseqüências mais sérias, o crescimento da pobreza e das desigualdades sociais.

muito da refilantropização. O que também constrói conflitos entre o projetado anteriormente na reforma sanitária, na CF/88, com o modelo da saúde ligada diretamente ao modelo de privatização. Um aspecto que tem provocado resistência do projeto de saúde voltada ao mercado é o da universalidade do direito, sendo que tal projeto tem como premissa o individualismo e fragmentação da realidade, sendo que deveria ser pautado em concepções coletivas e universais. No entanto, uma das formas de resistência mais eficaz são justamente as participações da sociedade, como nos Conselhos e Conferências de Saúde¹¹, que são espaços concebidos para a discussão de interesses comuns na luta por melhores condições de vida e saúde.

2.2 Concepção de saúde

Com todas as modificações nas políticas até os dias de hoje, muitas concepções acerca da saúde estiveram em disputa, sendo considerada hegemônica aquela atualmente adotada na Constituição Federal de 1988. Nesta, a saúde é considerada como um direito fundamental, e há o compromisso de garanti-la de forma universal, igualitária e integral. Sendo um dos desafios situados pelo Ministério da Saúde a implementação da agenda ético-política da Reforma Sanitária, no sentido de: construir novos modelos de fazer saúde com base na integralidade, na intersetorialidade e na atuação em equipe; estabelecer cooperação entre ensino, gestão e controle social; e em suprimir os modelos assistenciais e voltados somente para a assistência médica.

A saúde é definida na 8ª Conferência Nacional de Saúde como a soma das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso a terra e também à serviços de saúde. Não é uma concepção abstrata, pois é definida no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, com as diferentes condições de vida e trabalho, sendo então estruturante da vida em sociedade e pauta constante nas lutas da população. E, é a partir desta concepção de saúde que nortearmos a análise deste trabalho.

De acordo com Arouca, a saúde é uma totalidade concreta, com múltiplas determinações, sendo um objeto que compreende:

¹¹ Ver na nota 9.

1. Um campo das necessidades geradas pelo fenômeno saúde, enfermidade;
2. A produção dos serviços de saúde com sua base técnico-material, seus agentes e instituições organizados para satisfazer necessidades;
3. Um espaço específico de circulação de mercadorias e de sua produção (empresas, equipamentos, e medicamentos);
4. Um espaço de densidade ideológica;
5. Um espaço da hegemonia de classe, através das políticas sociais que têm a ver com a produção social.
6. Uma potência tecnológica específica que permite solucionar problemas tanto a nível individual como coletivo (Arouca, A. S., 1982)

Tomando por pressuposto esta perspectiva, compreendemos a saúde como um dos núcleos subversivos da estrutura social, sendo um processo de construção social, sempre inacabada, com demandas sociais. Um campo especialmente privilegiado para construção de alianças policlassistas e suprapartidárias. A saúde teria então um caráter dual – o valor universal e subversivo.

2.3 Sistema Único de Saúde – SUS

Um dos maiores avanços impressos na Constituição Federal de 1988 foi a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS) com a concepção de que o Estado tem o dever de fornecer a saúde, como um direito de todos. Não sendo então dependente de contribuição, mérito ou caridade, como posto pelo caráter restrito de cidadania, típico do período autocrático-burguês. O texto constitucional traz, no artigo 196, que a saúde será garantida “mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, 1988)

Para Teixeira (1989, p. 50-51), a constituição trouxe como os principais aspectos da saúde: o direito universal, como dever do Estado, eliminando assim qualquer discriminação em seu acesso; a importância do setor público, como regulamentador, controlador; a constituição do SUS, com a respectiva integração e desterritorialização dos serviços; e a saúde privada no seu caráter complementar¹². Dessa forma, a direção

¹² Aqui, cabe destacar, que saúde complementar – segundo a constituição e legislação específica – restringe-se a insuficiências determinadas e locais (Art. 24, Lei 8.080), destinando-se apenas às atividades-meio, tais como limpeza, vigilância e determinados serviços técnicos especializados. Deste modo, o Estado somente pode transferir a execução material de determinadas atividades, jamais a gestão

do SUS é única nos níveis nacional, estadual e municipal, sendo exercida respectivamente pelo Ministério da Saúde e pelas secretarias de Saúde ou órgãos equivalentes. As funções delineadas pela União, os estados e os municípios se caracterizam pela existência de um grande número de atribuições comuns e concorrentes entre as diferentes esferas de governo.

O SUS é definido então como um conjunto de ações e serviços públicos de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. Tem incluso na definição da CF/88, ações de distintas complexidades (baixa, média e alta) e custos, controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, e equipamentos no geral. Destaca-se em sua estrutura espaços e instrumentos para a democratização e compartilhamento da gestão do sistema de saúde, sendo a participação popular sua principal característica¹³. Dissertaremos acerca do controle social um pouco mais à frente.

Os serviços que devem ser prestados pelo SUS são de promoção, proteção e recuperação. De acordo com Paim (2009) promover a saúde significa fomentar, estimular a saúde e a qualidade de vida das pessoas, sendo considerada importante a educação, atividade física, lazer, paz, alimentação, e outras que proporcionem bem estar. Proteger a saúde seria o fato de reduzir ou eliminar os riscos, com medidas específicas como vacinação, combate a certos insetos, distribuição de camisinhas e contraceptivos, entre outras. Já recuperar seria obter um diagnóstico precoce, um tratamento oportuno e limitação do dano, com o intuito de evitar complicações ou seqüelas.

No entanto, para toda e qualquer atividade realizada pelo SUS deve estar presente seus princípios e diretrizes, que vão balizar os atendimentos. Sendo os principais princípios: a universalidade, equidade, igualdade, integralidade, e participação da comunidade. E as diretrizes: descentralização, regionalização e hierarquização. A universalidade é um princípio finalístico, ou seja, um ideal a ser alcançado. Para ser universal é preciso que ocorra um processo de extensão de cobertura dos serviços para

do patrimônio, dos equipamentos e do pessoal. Cf. Carta da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde aos Ministros do Supremo Tribunal Federal: <http://pelasaude.blogspot.com.br/> (acessado em 01/05/2013).

¹³ Toda esta estrutura é garantida pela Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, e a lei complementar de nº 8.142, ambas criadas no ano de 1990.

se tornarem acessíveis a toda a população independente da complexidade ou custo. Por isso, de acordo com Teixeira (2011, p.3), “é preciso eliminar barreiras jurídicas, econômicas, culturais e sociais que se interpõem entre a população e os serviços.” A equidade também considerada um princípio finalístico do SUS remete ao tratamento igualitário, a construção de possibilidade ao acesso de todos, ainda que para isso seja necessário ‘tratar desigualmente os desiguais’, com programas e ações específicas.

A igualdade determina que a assistência a saúde não deve conter preconceito ou discriminação de cor, religião, opção sexual, ou de qualquer outra espécie. A integralidade nos termos da lei é entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. Ou seja, ela deve contemplar a continuidade do atendimento, quando necessário, em seus distintos níveis: atenção básica, ambulatoria especializada (média) e hospitalar, alta complexidade.

Um modelo “integral”, portanto, é aquele que dispõe de estabelecimentos, unidades de prestação de serviços, pessoal capacitado e recursos necessários, à produção de ações de saúde que vão desde as ações inespecíficas de promoção da saúde em grupos populacionais definidos, às ações específicas de vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica dirigidas ao controle de riscos e danos, até ações de assistência e recuperação de indivíduos enfermos, sejam ações para a detecção precoce de doenças, sejam ações de diagnóstico, tratamento e reabilitação. (TEIXEIRA, 2011, p. 6)

A atenção básica constitui o nível que engloba um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, envolve a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e a reabilitação. É preferencialmente a “porta de entrada” no sistema de saúde, sendo realizados atendimentos em equipes multiprofissionais também nesse nível. A média complexidade é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas de saúde, cuja prática demanda disponibilidade de profissionais especializados, e uso de recursos tecnológicos de apoio. Já a alta complexidade corresponde a procedimentos que estão envolvidos com alta tecnologia e/ou custo. São alguns exemplos: cardiologia, oncologia, entre outras especialidades.

O último elemento aqui exemplificado, e o mais importante é o da participação da comunidade. Ela é a garantia de que a população possa participar do processo de formulação de diretrizes e prioridades, por intermédio de entidades representativas. Com o intuito de concretizar esse princípio, a lei nº 8.142/90 preconiza duas importantes instancias colegiadas: as conferências de saúde e os conselhos de saúde.

Eles foram criados para a materialização do controle social como ideal da democracia participativa, referenciada em uma concepção de cidadania ampliada, que em muito ultrapassa o limite democrático burguês, parlamentar e representativo. Propõe-se assim, a construção de uma gestão participativa, tendo em vista a necessidade de propiciar um vínculo entre a sociedade organizada e as instituições públicas na saúde. Sendo este o canal permanente de diálogo e interação entre os gestores, profissionais e a população.

Por fim, devemos fazer referência às diretrizes constitutivas do SUS: a descentralização, a hierarquização e a regionalização. A descentralização é considerada uma diretriz político-administrativa, com um comando único em cada esfera do governo que busca adequar o SUS às diversidades regionais do país, devido às distintas realidades econômicas, sociais e sanitárias. Ela implica maiores responsabilidades e autonomia para decidir e implementar ações e serviços de saúde aos governos estaduais e municipais. Por ser a única diretriz organizativa do SUS, seu propósito estratégico é promover a democratização do processo decisório, aumentar a capacidade de resposta dos governos em relação aos problemas de saúde e incorporar novos atores sociais. No entanto, desde a sua implementação, a descentralização encontra dificuldades institucionais e de financiamento para a sua execução.

As outras diretrizes são a hierarquização e a regionalização, que são os serviços por níveis de atenção e a distribuição deles geograficamente. Em um nível mais básico da hierarquização é levado em conta os serviços dotados de tecnologias e profissionais para realizar procedimentos mais frequentes, como vacinas, consultas, parto normal, entre outros. Em um nível mais complexo estão os hospitais, ambulatórios e unidades de diagnose e terapia.

Todos os princípios e diretrizes estão interligados e são fundamentais para que a política de saúde alcance seus objetivos. No entanto, eles foram construídos na contracorrente da tendência hegemônica da contra-reforma do Estado, o que faz com que a sua implementação sofra impactos comprometedores. Pois, o que se tem são graves conseqüências e retrocessos históricos no processo de construção da cidadania social, chamando a atenção para o conteúdo de caráter político-ideológico neoliberal das reformas implementadas.

2.3.1 Controle Social

O controle social nada mais é que um elemento estratégico político da esfera pública. Ele implica em um acesso às decisões, e formulações políticas, viabilizando dessa forma, a participação da população. Na Constituição Federal de 1988 o sentido é justamente da democratização dos processos decisórios, ou seja, participação na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais. Enquanto expressão da luta política e da mobilização da sociedade é um espaço de disputa e interesses diversos, o que não permite representação efetiva da sociedade. Sendo assim um mecanismo de aspecto contraditório, pois apesar de ter sido conquistado por reivindicações, continua tendo seu caráter de dominação, sem neutralidade nas decisões.

No entanto, na área da saúde essa participação aparece através das já citadas conferências e conselhos de saúde. As conferências de saúde têm como objetivo avaliar e propor diretrizes para a política de saúde nas três esferas do governo. Devem ser convocadas nacionalmente a cada quatro anos, contando com ampla participação da sociedade, com representação dos usuários paritária à dos demais segmentos, ou seja, representantes do poder público, dos profissionais de saúde, dos prestadores de serviços. Não cabe a essa instância formular políticas, mas sim propor diretrizes para elas, tendo a análise da situação de saúde.

Já os conselhos de saúde têm caráter permanente e deliberativo, formados em cada esfera – federal, estadual e municipal – por representantes do governo, profissionais de saúde, prestadores de serviços e usuários, sendo que este último segmento deve constituir no mínimo metade dos conselheiros. Atuam na formulação de estratégias de forma propositiva, interagindo com o gestor do SUS naquela esfera e com o poder legislativo. E no controle da execução da política de saúde por meio do acompanhamento permanente das ações implementadas, financiamento, e sua coerência com os princípios do SUS e as necessidades de saúde da população.

Apesar da característica contraditória, não deixa de ser verdade que os conselhos vem numa perspectiva de romper com as tradicionais formas de gestão, possibilitando a ampliação dos espaços de decisões do poder público, numa perspectiva processual de consolidação democrática, de fazer valer os direitos e necessidade sociais. A luta pela garantia da saúde como direito de cidadania é hoje, também, por um novo modelo de

desenvolvimento e por um novo espaço para a proteção social. E o fato de poder participar também no processo orçamentário, evitando desvios do que é público para o privado, já é um grande avanço, e é exatamente nesse sentido que os conselhos devem ser fortalecidos e ampliados. No entanto, os limites ainda são claros no que tange à ordem do capital.

3 CAPÍTULO II:SAÚDE, DIREITOS HUMANOS E SISTEMA PENITENCIÁRIO

3.1 Direitos humanos e Sistema Penitenciário

A “prisão”– neste padrão civilizatório – tem a função de proteger a sociedade contra o crime e os sujeitos que o cometem, cabendo ao sistema penitenciário assegurar o cumprimento da lei voltada àquelas pessoas privadas de liberdade, as quais devem ser tratadas com respeito à dignidade humana. Para isso é preciso garantir-lhes o acesso aos seus direitos humanos, sendo estes compreendidos como a garantia do conjunto dos direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais. Ou seja, um ideal comum a ser atingido por todos os povos e nações, em que buscam por uma vida com dignidade, sem discriminação, sem violência e sem privações.

Uma igualdade humana básica que está associada ao conceito de participação integral da comunidade, ao que Marshall (1967) vai considerar como cidadania. O conceito de cidadania visto por este autor é dividido em três partes: civil, política e social. O elemento civil é composto por direitos necessários à liberdade individual, seja a liberdade de ir e vir, de imprensa, de pensamento e fé, o direito à propriedade e a de concluir contratos válidos e o direito à justiça. Já o elemento político é entendido como o direito a participar no exercício do poder político como um membro, ou como um eleitor, por exemplo, da participação no controle social ou na votação eleitoral. O elemento social se refere a tudo que englobe desde o direito a um mínimo de bem-estar econômico e segurança ao direito de participar e levar a vida de um ser civilizado.

Ao compreender o pleno exercício da cidadania, entende-se que está sendo contemplado o acesso aos direitos humanos básicos. No âmbito econômico, o direito civil básico é o direito a trabalhar. Já o direito de voto se dá como um direito político. “A participação nas comunidades locais e associações funcionais constitui a fonte original dos direitos sociais.” (MARSHALL, 1967, 70) O direito a educação é um direito social de cidadania, requisito necessário a liberdade civil. Ou seja, a cidadania é um status concedido àqueles membros integrais de uma comunidade, onde tem igualdade em seus direitos e deveres.

A cidadania se desenvolveu pelo enriquecimento do conjunto de direitos de que eram capazes de gozar. Mas esses direitos não estavam em conflito com as desigualdades da sociedade capitalista, eram ao contrário, necessários para a manutenção daquela determinada forma de desigualdade. (MARSHALL, 1967, 79)

Nesta fase de desenvolvimento do conceito da cidadania os direitos civis eram indispensáveis a uma economia de mercado competitiva, em que cada indivíduo tinha o poder de participar na concorrência econômica. É uma noção de cidadania que visa proteger a esfera privada da sociedade, a partir da liberdade dos indivíduos. No entanto, a partir disso supõe-se que cada um é capaz de proteger a si mesmo, ocorrendo uma negação da proteção social como um dever do Estado. Que é o que ocorre atualmente, onde há uma culpabilização do indivíduo por não conseguir arcar com suas necessidades, e a desresponsabilização do Estado em fornecer o acesso a direitos sociais.

Antes, os Estados eram cobrados apenas pela violação dos direitos civis e políticos; jamais pela violação dos direitos econômicos e sociais (EVANS, *apud* ALMEIDA, 1997). [...] O momento atual está, paradoxalmente, favorecendo o redirecionamento das propostas e ações das organizações transnacionais de defesa dos direitos humanos para a reconstrução do seu sentido em uma perspectiva de totalidade. (ALMEIDA, 1997, 39)

No âmbito do sistema penitenciário isso é visto de forma que os sujeitos privados de liberdade por terem transgredido a ordem, são penalizados dupla ou até triplamente, pois além de não terem mais o seu direito civil de ir e vir, não são capazes de exercer sua cidadania, ou seja, não tem acesso aos direitos econômicos, sociais, culturais, políticos. Há uma negação de seu pleno exercício de cidadania, onde não se compreende também a falta de acesso à direitos antes mesmo de ter cometido algum crime. Onde esta ordem societária em que vive é baseada na busca por lucros e na ausência do Estado frente a garantia dos direitos fundamentais.

De acordo com Paulo Carbonari (2007) existe a necessidade de uma nova cultura de direitos humanos, ou seja, a construção de um novo ser, uma nova ética, e é dessa forma que poderá se reforçar atitudes básicas que caracterizam a humanidade, a indignação e a solidariedade. Nesta perspectiva, precisamos compreender os direitos humanos em dois aspectos: normativo, ou seja, ético e jurídico; e político. O primeiro pauta-se na dignidade humana dos sujeitos de direitos, e o segundo tem o Estado como principal articulador, comprometido com a garantia dos direitos humanos e a sua reparação. No entanto, a perspectiva histórica de direitos humanos é de uma constante luta, feita principalmente pela classe trabalhadora, voltada ao combate da dominação,

exploração, exclusão e vitimização, tendo em vista as lutas pela emancipação política e pela construção de relações solidárias e justas.

É preciso ter em mente que toda e qualquer pessoa deve ter seus direitos fundamentais garantidos, principalmente o direito de gozar de saúde física e mental, sendo isto inerente à sua cidadania, independente de estar ou não privada de liberdade. O Estado consolidou tais direitos através das legislações¹⁴, porém ainda preserva-se um forte resquício da cultura autoritária e conservadora própria à formação social brasileira, onde defender os direitos humanos é fazer a defesa de “bandidos” e/ou “marginais”¹⁵. A essência deste pensamento trata a estas frações de classes e categorias que já vieram sendo exploradas historicamente e estruturalmente na política do país, com descaso, ocorrendo de forma crescente casos de violências, e violações dos direitos.

Um das legislações que se refere aos direitos e deveres da população penitenciária no Brasil é a Lei de Execução Penal nº. 7.210, em que dispõe em seu capítulo II seção I sobre a assistência, onde é dever do Estado garantir os direitos ao detento, de forma também a prevenir futuros crimes e orientar à convivência em sociedade. De acordo com isso, a assistência que eles devem ter é: material; à saúde; jurídica; educacional; social; e religiosa. Em específico da assistência à saúde, na seção III deste mesmo capítulo, considera-se que esta deverá ser de caráter preventivo e curativo, contanto com atendimento médico, farmacêutico e odontológico. No entanto quando o estabelecimento penal não contar com o material necessário, o detento poderá ser levado a outro local capaz de dar a assistência à sua saúde, mediante uma autorização do estabelecimento.

Outro ponto importante a ser tratado é da assistência social, que se encontra na seção VI do capítulo II. Esta tem por finalidade amparar o preso e o internado a fim de prepará-los para o retorno à liberdade, por isso é necessário o serviço de acompanhar aos resultados de permissões de saídas temporárias; promover recreação, orientação, e ações de cunho sócio-educativos à fim de facilitar sua reinserção na sociedade; providenciar a obtenção de documentos; assim como amparar e orientar, a família do preso quanto a sua situação, seus direitos e deveres.

¹⁴ A Constituição Federal de 1988, a lei de regulamentação da saúde nº. 8.080, a que dispõe sobre a participação da sociedade na gestão do SUS, nº. 8.142, e a lei de execução penal nº. 7.210, incluem a população penitenciária como detentoras de direitos humanos, e sociais.

¹⁵ A este debate também se traz a associação feita de pobreza e violência/criminalidade, concepção presente no senso comum e fundamentado em preconceitos de caráter étnico-racial e de classe.

Segundo Magnobosco a violência praticada pelo Estado contra o indivíduo encarcerado realiza-se de uma forma diferente: quanto à ilegalidade da prisão, ou duração excessiva da pena; e no que diz respeito à maneira de execução da prisão, ou seja, superlotação de celas, falta de higiene e sanitários, ociosidade dos presos, castigos arbitrários, estupro, espancamento, maus tratos, torturas, etc (MAGNOBOSCO, 1998, *apud* DAMAS, 2011). Tais violências, acrescentadas a má alimentação, uso de drogas e falta de higiene, causam mais facilmente a proliferação de epidemias e o contágio de doenças. Este “trato” do Estado à população carcerária infringe o duplo aspecto antes mencionado da compreensão dos direitos humanos.

Mesmo após vinte anos de restauração da democracia no país, as denúncias e os estudos relacionados aos direitos humanos são crescentes. Os dados revelam a agudização da “questão social”¹⁶ e a persistente criminalização, precarização da cidadania, o aumento de indignação e da miséria, enfim, um quadro de barbárie que se alastra e aumenta a cada dia no Brasil, tendo por “alvo” uma população afro descendente, negra, majoritariamente pobre e masculina. Tal situação brasileira traz consigo toda uma bagagem de relações determinadas por cinco séculos de colonialismo, e um passado escravocrata, além do conjunto de violações vividas no regime ditatorial de 1964-1984, onde os governos continuam a se recusar a esclarecer os crimes políticos cometidos e todas as formas de violência.

No entanto, as torturas de hoje utilizadas por agentes e policiais, são feitas em um período histórico diferente da ditadura, ainda que, na maioria das vezes, como uma forma de extração de informações, estas se realizam em uma conjuntura “democrática”, de garantia pública e legal dos direitos de cidadania. Tornou-se então comum a retaliação contra os presos na forma de torturas, espancamentos, privação e humilhação, ficando a maioria desses crimes impunes. É possível identificar assim, que os direitos, ainda os mais incipientes, não foram realmente universalizados.

De acordo com Suely Almeida (1997, p. 27) tem-se uma “violência endêmica estrutural cotidiana”, que é voltada sistematicamente a frações de classes e categorias

¹⁶ A violência é uma das expressões mais visíveis da “questão social”. Sendo que fenômenos em crescimento aludem a outras materializações da violência nas condições de vida, como exemplo a indignação, a convivência diária com a fome, falta de acesso a habitação, o trabalho precário, o desemprego, as precárias condições de saúde, entre outros.

exploradas, tornando cada dia mais enraizado na cultura política autoritária do país, o medo crescente dos genocídios, torturas, massacres, limpezas étnicas, estupros e outras práticas de violência que ocorrem todos os dias. A luta pelos direitos civis, nesse contexto, embora seja insuficiente, é política e com caráter emancipatório. Deve ainda se levar ao reforço dos princípios de liberdade, democracia, cidadania, justiça e igualdade social, para que a luta contra as mais diversas atrocidades do país possa ser concreta a partir de um discurso de defesa dos direitos civis, políticos e sociais.

Tais condições ocasionam profundas e estruturais desigualdades no país, que são reconhecidas pelo próprio poder público, seja por pesquisas conduzidas por organismos nacionais ou supranacionais, ou por pesquisas acadêmicas. A omissão e falta de apoio sócio-político do Estado brasileiro à população carcerária, bem como a crescente banalização e naturalização do processo de institucionalização da violência agrava mais ainda os efeitos que incidem na desigualdade da sociedade. Esta institucionalização da violência se dá por envolver agente públicos, ou esferas do poder público e privado, e por se apoiar na complacência do Estado.

Hoje, a fonte principal de violações dos direitos humanos é ocasionada a partir de interesses políticos, de caráter privado, baseados na exploração própria do capitalismo neoliberal e da forma imperialista de se voltar ao crescimento econômico, enfatizando mais ainda as desigualdades e precarizações. Nesse quadro a institucionalização da política de direitos humanos significava a conversão às idéias neoliberais, onde “os direitos sociais e econômicos (ou o que restava deles) estavam afetos a instâncias estratégicas do poder de Estado” (ALMEIDA, 1997, 33).

É papel do Estado gerar condições de regulação social para atenuar os efeitos das desigualdades, da exclusão e da mutilação capitalista, assim como empregar os recursos públicos destinados às políticas de saúde, educação, entre outras, de maneira mais eficaz. No entanto, é necessário também que a sociedade, sobretudo, os trabalhadores busquem pressionar a esfera estatal por uma nova educação em direitos humanos, para formação de uma crescente consciência social de que a luta pelos direitos faz parte da construção da cidadania. É importante para isso entender que a realidade é formada por um conjunto de relações sociais contraditórias, que ao se potencializarem, produzem um grau enorme de exploração, dominação e injustiças sociais.

3.2 Saúde e Sistema Penitenciário

A saúde no sistema prisional foi regulamentada a partir de setembro de 2003 pela Portaria Interministerial nº. 1.777 a qual determina atuação pública voltada a uma atenção integral, e que embora os profissionais da saúde façam parte da atenção primária¹⁷, a especificidade do sistema prisional requer atendimentos também de média e alta complexidade. A definição mais utilizada de atenção primária à saúde é a formulada pela Organização Mundial da Saúde, que considera esta atenção essencial e de acesso mais fácil e prático devido à sua operacionalização de menor custo.

Esta Portaria aprova também o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário–PNSSP (2004), o qual prevê a inclusão dos detentos no Sistema Único de Saúde, buscando garantir o direito à cidadania na perspectiva dos direitos humanos. As ações e serviços desse plano são relacionados aos princípios e diretrizes do SUS, cabendo maior atenção aos processos da universalidade, equidade, integralidade e resolubilidade da assistência. A integralidade especificamente exige da equipe de saúde, um conjunto de serviços que atendam às demandas mais comuns da população, a oferta de serviços em outros pontos de atenção e o reconhecimento dos problemas biológicos, psicológicos e sociais causadores da doença.

Tal plano tem como objetivo primordial a garantia ao direito de acesso à saúde das pessoas privadas de liberdade, oferecendo serviços tanto de atenção básica dentro dos próprios presídios, quanto de atendimento médico-hospitalar (fora dos presídios, em sua grande maioria), quando necessário. Este plano foi elaborado devido à estimativa de algumas doenças que afeta grande parte dessa população, da importância em se realizar estudos que revelam o perfil da população presidiária, além da necessidade de viabilizar atenção integral à saúde desses.

A população carcerária no Brasil segundo dados oficiais do DEPEN/Ministério da Justiça de agosto de 2003 é de aproximadamente 210.150 pessoas. A distribuição dessa população se encontra de forma desigual nas diversas penitenciárias e unidades de detenção no país, como também em colônias agrícolas, industriais ou similares que

¹⁷Há uma discussão sobre a terminologia ideal para nomear o primeiro nível de atenção à saúde, seja pela origem, e diferenças conceituais, no entanto os termos “Atenção básica de saúde” e “Atenção primária a saúde”, são considerados sinônimos.

recebem os apenados ou os hospitais de custódia para tratamento psiquiátrico. Têm ainda as casas destinadas aos presos de regime aberto, as cadeias públicas e os distritos policiais, destinados a custódia de presos e provisórios.

O levantamento feito pelo Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário – PNSSP (2004) mostra que a composição da população penitenciária é predominantemente por adultos jovens, homens brancos, solteiros e com menos de trinta anos de idade. Na grande maioria condenados por crimes pequenos como furto e roubo. Poucos alfabetizados e com profissão definida, o que pode perceber uma exclusão dos direitos sociais antes mesmo ao ingresso no sistema penitenciário. Além de que mais da metade é reincidente por ter transgredido a ordem, devido principalmente as condições de desemprego, pobreza e falta de garantia de direitos que esses indivíduos passam.

Com a perspectiva de investir na melhoria em políticas de atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade, este plano foi elaborado baseado em princípios básicos que assegurem a eficácia das ações de promoção, prevenção e atenção integral à saúde, sendo eles: ética, justiça, cidadania, Direitos Humanos, participação, equidade, qualidade e transparência. E como diretrizes estratégicas foram desenvolvidos os seguintes pontos: prestar assistência integral resolutiva, contínua e de boa qualidade às necessidades de saúde; contribuir para o controle e/ou redução dos agravos mais frequentes; definir e implementar ações e serviços de acordo com os princípios e diretrizes do SUS; proporcionar parcerias para ações intersetoriais; contribuir para democratização do conhecimento do processo saúde/doença; provocar o reconhecimento da saúde como um direito; e estimular o efetivo exercício do controle social.

As condições de execução da política penal, ou seja, a forma como esta se dispõe nas unidades públicas de confinamento são determinantes para o bem-estar físico, psíquico e social dos detentos, o que fornece à política de saúde centralidade nos institutos penitenciários. Contudo, as “prisões” brasileiras atualmente não contam com estruturas capazes de suportar a demanda da população prisional, tornando tal ambiente propício a violações dos direitos. Como se não bastasse, os detentos encontram-se à margem de políticas de saúde do SUS, já que as despesas desses dois sistemas são distintos, o que faz com que o financiamento utilizado seja do próprio sistema

penitenciário, ficando o sistema de saúde de fora deste processo, ainda que responsável pela sua gestão e controle. Para Tabora (*apud* DAMAS, 2008, p.48) “esta discriminação redundará em prejuízo concreto a esses estabelecimentos de saúde e favorece o processo de sucateamento dessas instituições”. Acredita-se assim, que a atenção à saúde é inadequada na maioria dos presídios do país, dada a ineficácia de garantia da saúde em seu conceito ampliado.

Prevenir a doença e melhorar o bem-estar seria uma estratégia orientada a intervir no surgimento de doenças específicas, sendo as doenças transmissíveis as mais frequentes dentro da comunidade prisional e devem ter uma atenção maior para evitar a contaminação dos outros. As mais comuns são: pneumonia; HIV/AIDS; hepatite; e tuberculose. Outro ponto que deve ter certa prioridade são os casos dos idosos, e dos doentes mentais, por necessitarem de tratamentos diferenciados. Os projetos de prevenção se estruturam em educação em saúde, mediante divulgação e transmissão de informações científicas e de recomendações normativas de mudanças de hábitos.

A promoção da saúde propõe a articulação de saberes técnicos, e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, sempre buscando ao enfrentamento e resolução por condições de vida favoráveis à saúde. A promoção da saúde visa assegurar a igualdade de oportunidades para que os indivíduos possam realizar o controle da sua saúde e deter condições físicas e mentais produtiva para a sua reinserção mercantil pós-detenção. Os profissionais de saúde têm a responsabilidade de contribuir de forma a mediar os diferentes interesses em relação à saúde dentro de determinado ambiente. Estes devem compreender o indivíduo em sua integralidade, e no intuito de garantir que estes possam a partir do momento de liberdade, se inserir na sociedade de maneira integrada e saudável.

A concepção de saúde é então um direito, independente do mérito e da disciplina dos presos. Isto está garantido na Lei de Execução Penal nº 7.210 de 1984, no Art. 41, inciso VII onde trata do direito à saúde, e no Art. 43 em que prevê também a possibilidade de atendimento de um médico particular:

Art. 43 - É garantida a liberdade de contratar médico de confiança pessoal do internado ou do submetido a tratamento ambulatorial, por seus familiares ou dependentes, a fim de orientar e acompanhar o tratamento. (LEP nº 7.210)

Porém tais direitos não são garantidos como deviam, mesmo que determinados em lei. O que fere também aos direitos humanos dos indivíduos, e os princípios para

proteção de todas as pessoas sujeitas a qualquer forma de detenção ou prisão, em que preconiza que essas devem se beneficiar de um exame médico adequado, assim como devem se beneficiar de cuidados e de tratamentos médicos sempre que se mostre necessário e de forma gratuita. Mais do que prestar serviços médico-assistenciais, é preciso enfrentar os determinantes da saúde em toda a sua amplitude. A partir do momento que o Estado priva tais pessoas de liberdade, deve se responsabilizar por seus direitos fundamentais, o que requer respeito aos direitos humanos, políticas públicas de qualidade, uma efetiva articulação intersetorial do poder público e também o incentivo de participação da população.

4 CAPÍTULO III: CONTRARREFORMA DO ESTADO: IMPACTOS NA SAÚDE, SISTEMA PENITENCIÁRIO E CONTROLE SOCIAL

4.1 Neoliberalismo e a Contrarreforma do Estado

O período após a segunda guerra mundial - até meados dos anos 1970 - foi marcado por uma expansão da economia capitalista, sob destaque da indústria bélica, propulsora do processo de acumulação, cujas estratégias de organização e gestão do processo de trabalho foram apoiadas por modelos de produção impulsionadores do crescimento econômico. A guerra e a indústria bélica, como sua consequência imediata, representaram no contexto político internacional da “guerra fria” um campo de supercapitalização para a retomada de ciclos produtivos ameaçados pela crise. O momento histórico é de organização do capital, em sua fase monopolista, onde o padrão rígido de acumulação é adotado. Os objetivos da organização monopolista são o de obter lucros acima da média e escapar dos efeitos gerais de queda da tendência à taxa de lucro. A constituição da organização monopólica nos ditos “anos gloriosos” obedeceu à urgência de viabilizar o acréscimo dos lucros capitalistas através do recrudescimento do controle dos mercados¹⁸. Esse tipo de controle se deu devido ao avanço da formação e domínio dos oligopólios/monopólios, organizando em nível econômico-financeiro o sistema bancário e creditício, para controlar tanto por acordo, como por fusões de empresas, os seus preços, volumes de produção e os tipos de investimentos.

É próprio do capitalismo monopolista o crescimento exponencial de capitais excedentes. O Estado, dessa forma, teve uma posição de destaque para a consolidação desta nova fase do capital. Este buscou canalizar o fundo público tanto para o financiamento do capital, quanto para a reprodução da força de trabalho, no sentido de preservar o poder aquisitivo dos trabalhadores para o consumo, através da ampliação

¹⁸Na economia, as formas mais conhecidas de controle de mercado são: o pool (fusão de empresas para maior poder de mercado); cartel (empresas concorrentes em acordo para distorcer as forças de mercado e alterar o preço de equilíbrio do mesmo.); e truste (fusão de empresas concorrentes para aproximar seu poder de mercado)

dos serviços públicos estatais, e ampliação dos mercados. Não só a isso, mas o Estado também foi compelido a regular sua pertinência a níveis determinados de consumo, bem como, instrumentalizar mecanismos que garantissem sua mobilização e alocação em função das necessidades dos monopólios. De acordo com Netto (2005), o Estado desempenha múltiplas funções. As *econômicas diretas* com base na garantia explícita de lucro ocorrem através do controle privado de empresas de custo estatal, sendo entregues aos monopólios complexos construídos com o fundo público, entre outras ações. Já as *funções indiretas* econômicas estão relacionadas às compras voltadas aos monopólios, assegurando capital excedente, e investindo em serviços públicos vinculados ao requerido pelos mesmos. Mas é no setor estratégico que o Estado funde suas atribuições diretas e indiretas, desenvolvendo planos, projetos de médio e longo prazo, atuando “como um instrumento de organização da economia, operando notadamente como um administrador dos ciclos da crise.” (NETTO, 2005, 26)

No sistema de modo capitalista, é inerente ao desenvolvimento a perseguição por superlucros, busca diferenciada de produtos, e fuga a qualquer nivelamento de taxa de lucros, o que por sua vez, desencadeia em uma acumulação de riqueza de forma desigual e combinada. A crise tem a função objetiva de se constituir como meio pelo qual a lei do valor se expressa e se impõe. Ela se consolida devido a dificuldades crescentes na realização da mais-valia socialmente produzida, gerando a superprodução para obtenção de lucros. De acordo com Mandel (*apud* Behring e Boschetti, 2006) a combinação variada das possibilidades de extração de superlucros é a base para os movimentos de aceleração e desaceleração no capitalismo - as chamadas “ondas longas” expansivas. Compreende-se por ondas longas expansivas¹⁹ a articulação entre o salário real, produtividade do trabalho, e eficácia do capital, assegurando a realização do valor em tempo limitado.

Este movimento, na busca a qualquer custo a continuidade do sistema, intensifica a produtividade do trabalho, aumentando a massa de meios de produção de forma produtiva, associada à composição técnica do capital e sua eficácia por trabalhador. Além disso, para atingir tais metas de superação da crise do capital, foi necessário, pós a grande crise de 1929, uma política voltada para impulsionar a

¹⁹Em contraponto a onda longa expansiva, se tem a onda longa depressiva, típica da crise cíclica do capital, que pós-1970 amplia o seu tempo de permanência, na qual o salário real permanece constante ou pouco crescente, o que significa baixa acumulação de mais-valia e salário conseqüentemente.

expansão do emprego através da experiência histórica do “keynesianismo”, expressão de regulação entre Estado e capital - conhecido como “pleno emprego” - capaz de manter certo padrão salarial, negociando com as diversas categorias de trabalhadores, por meio dos sindicatos. Como afirma Iamamoto “Coube ao Estado viabilizar salários indiretos por meio das políticas sociais públicas, que permitisse liberar parte da renda monetária da população para o consumo de massa e conseqüente dinamização da produção econômica.” (IAMAMOTO, 2009, 30).

Dessa forma, a implantação de uma rede de serviços sociais pública é parte da chamada regulação keynesiana da economia, uma das estratégias de reversão das crises cíclicas do capital. O modelo orgânico a esta política, foi o fordista, onde seus modelos constitutivos de organização fabril se davam através de uma linha de montagem em massa, de forma homogênea, caracterizada pela produção em série através do controle do tempo e do movimento de cada operário. Este modelo supõe a linha de montagem de base técnica eletromecânica, com uma estrutura organizacional hierarquizada e uma relação salarial que apontava para uma produção e um consumo em massa. Essa relação também pressupunha um sistema de proteção social a partir do Estado – o nomeado “Estado de Bem Estar Social” (WelfareState), conquistado especialmente nos países chamados de “primeiro mundo”, com destaque para as experiências da Inglaterra, França, e Estados Unidos.

As conseqüências desse padrão de regulação social foi a diminuição do exército industrial de reserva, o aumento da extração da mais-valia e do poder político dos trabalhadores, que concentrados em grandes unidades fabris constituíram maior resistência à exploração²⁰. Ford tinha a visão de um novo tipo de sociedade “democrática” - racionalizada, modernista e populista - que possibilitava sem prejuízos ao capital, concessões ao trabalho. No entanto, seu modelo apontava problemas com a rigidez nos investimentos de capital fixo de larga escala e de longo prazo, o que impedia muita flexibilidade de planejamento. E este “excesso” do fordismo foi o elemento

²⁰Apesar dos descontentamentos e tensões manifestas, o núcleo essencial fordista conseguiu manter a expansão do período pós-guerra, favorecendo ao trabalhador sindicalizado, e de certa maneira estendendo “beneficiários” da produção e do consumo de massa. No entanto, os lucros corporativos prevaleciam, contradizendo ainda mais a relação capital/trabalho, o que explica as ondas de greve e os problemas trabalhistas no período. Como afirma Harvey (1989), por trás da rigidez do modelo fordista havia uma configuração indomável e aparentemente fixa de poder político e relações que unia o grande capital, o trabalho, e o governo no que parecia uma defesa disfuncional de interesses diferentes que ao invés de garantir, solapavam a acumulação capitalista.

causal da crise capitalista, que já não era nova, e se manifestava devido à essência do modo de produção capitalista, trazendo grandes prejuízos aos trabalhadores.

O conjunto de práticas do modelo rígido de produção, com o controle do trabalho, tecnologias, hábitos de consumo e configurações de poder político-econômico, chamado de fordista/keynesiano, teve seu colapso a partir de 1973, segundo Harvey. O mundo capitalista estava então sendo imerso pelo “excesso de fundos; e, com as poucas áreas produtivas reduzidas para investimento, esse excesso significava uma forte inflação. Ao mesmo tempo, corporações viram-se com muita capacidade excedente inutilizável em condições de intensificação da competição.” (HARVEY, 1989, 136). Abre-se aqui um novo período histórico, de racionalização, reestruturação e intensificação do controle do trabalho. Inicia-se assim, uma crise que aprofunda e mantém algumas características enunciadas deste capitalismo monopolista maduro, que se desenvolve até os dias de hoje. É chamado de monopolista maduro, pois se aprofundou e deu maior visibilidade às contradições fundamentais do capital, e seus impactos de barbarização da vida social.

Como resposta econômica a esta crise estrutural do capital é incorporado um novo modelo de acumulação “flexível”, o qual confronta diretamente a rigidez do fordismo. Ele se apóia, de acordo com Harvey (1989), em uma flexibilização dos processos de trabalho, dos mercados, dos produtos e padrões de consumo, caracterizando-se pelo surgimento de setores tecnológicos altamente novos e modernos. O mercado de trabalho passou por uma radical reestruturação, diante de grande volatilidade do novo padrão de regulação: o aumento da competição e a imposição de regimes e contratos de trabalho mais flexíveis. Este período de acumulação flexível opera condições necessárias ao mundo do capital e, em valores reais, o seu crescimento tem apoio na exploração do trabalho vivo, fundado na relação de dominação contraditória entre capital/trabalho:

A transformação da estrutura do mercado de trabalho teve como paralelo mudanças de igual importância na organização industrial. Por exemplo, a subcontratação organizada abre oportunidades para a formação de pequenos negócios e, em alguns casos, permite que sistemas mais antigos de trabalho doméstico, artesanal, familiar e paternalista revivam e floresçam, mas agora como peças centrais, e não apêndices do sistema produtivo. (HARVEY, 1989, 145)

Os anos 1980/1990– período de reprodução do trabalho baseado no modelo toyotista – foram marcados por essa revolução tecnológica e organizacional na produção, tratada também como reestruturação produtiva, a qual trouxe este modelo como maneira de superar parte da crise. Essa reestruturação produtiva tem por impacto no mundo do trabalho um desemprego de longa duração, o chamado “desemprego estrutural”, crônico deste padrão de acumulação, que para garantir os altos índices de lucratividade, produz uma profunda precarização das relações de trabalho, com salários baixos, flexibilização dos direitos e subcontratações/terceirizações, além de um “inchaço” desproporcional do então Exército Industrial de Reserva (EIR).

Dessa forma, os trabalhadores produzem mais, porém o poder de compra fica estagnado. Para isso Boschetti e Behring (2010) acreditam que há duas soluções: um crescimento da acumulação maior que o produto social, ou seja, o incremento no setor de meios de produção; ou abrir novas saídas de escoamento distintas de procura primária, bens de consumo e de capital, que podem ser a penetração do capital no campo, o crescimento dos rendimentos financeiros e os processos de supercapitalização. No entanto, a reestruturação produtiva vem sendo conduzida juntamente com o ajuste neoliberal, o qual implica forte desregulamentação de direitos no corte dos gastos sociais. Entendido como uma expressão política da reorganização do capital, sendo então materializado no plano do Estado e das políticas sociais, o neoliberalismo não foi capaz de resolver a crise do capitalismo, nem alterou os índices de recessão e baixo crescimento econômico.

Fazer um balanço do neoliberalismo, segundo Anderson (1995) é provisório, pois este ainda é inacabado. Porém é possível visualizar que nos países mais ricos do mundo, economicamente, o neoliberalismo realmente fracassou, não conseguindo uma revitalização do capitalismo. E socialmente falando, o neoliberalismo conseguiu muitos dos seus objetivos, criando sociedades marcadamente desiguais. Política e ideologicamente, o êxito foi alcançado no sentido de que não há alternativas para os seus princípios, e todos têm de adaptar-se a suas normas. A isso se dá o nome de hegemonia, pois ainda que muitos não acreditem em suas receitas e resistam a seus regimes, o neoliberalismo conseguiu um predomínio muito abrangente em muitos países principalmente europeus e da América do norte, onde imperava o capitalismo.

Desde o final dos anos 1980 o Brasil passou por algumas “reformas” orientadas para o mercado. A superação da crise do capital foi uma das causas centrais apontada. Ocorreu então nos anos 1990 o aprofundamento do desmonte do Estado brasileiro, no sentido de uma nova adaptação à lógica do capital internacional. Sendo uma forma imediatista, própria à submissão do modelo dependente de inserção brasileira à divisão internacional do trabalho, bem como pragmática nas respostas sociais. Dessa forma, além da precarização das relações de trabalho, as políticas sociais são reconfiguradas, tornando-se mais limitadas. Devido à relação de escassez de empregos estáveis, que também provoca a expansão de programas de transferência de renda como uma política compensatória. Aqueles que não tiverem suas necessidades atendidas nas vitrines do mercado, mediante seus salários, serão os beneficiários dessas políticas.

As mediações políticas são expressas com o caráter moralista, no sentido de “reparar injustiças”, “acabar com a fome”, “incluir os excluídos”, além de incluir os nomes de cidadania, democracia e de justiça social no discurso dessas repolitizações. A tendência é de ampliar medidas compensatórias, ou de “inserção”, mesmo que restritas, e, ao mesmo tempo, impor novos requisitos para o acesso, como exemplo previdenciário nos casos de afastamento do trabalho por doença, morte, invalidez, entre outros. Segundo Maranhão (2006, *apud* MOTA, 2009) aumenta-se os investimentos nas políticas sociais para os pobres para esconder a abertura de novos e lucrativos mercados de investimento do capital privado, por isso a “inclusão dos excluídos” serve para o discurso e avanço da reforma neoliberal. As classes dominantes invocam a política de assistência social como a solução do combate a pobreza, o que imprime nela o sentido falacioso de enfrentamento da desigualdade.

As políticas sociais apresentam-se com um discurso ideológico, altamente paternalista, gerador de desequilíbrio, com custo excessivo, e tendo que ser acessadas via mercado, o que deixa de ser então um direito social. Os impactos gerados nas famílias mostram a centralidade que essa política vem sendo adquirida, além de incluir a mediação do indivíduo consumidor e das instituições do mercado, revertendo a lógica para um exemplo de prodigioso e ineficaz programa assistencial. Porém, esta redução/precarização das políticas sociais tem relações diretas com a crise da sociedade salarial, que não faz mais parte do processo capitalista devido suas condições de trabalho, ficando a mercê do Estado, com os programas assistenciais focalizados.

Com o neoliberalismo, há então uma desresponsabilização e desfinanciamento da proteção social pelo Estado, sendo somente garantido o mínimo para os trabalhadores e o máximo para o capital. A partir disso, ocorre um elevado processo de privatização de serviços públicos, com “reformas” orientadas para o mercado. O Brasil foi marcado nesse período por uma nova ofensiva burguesa, configurando-se de acordo com Behring (2003) como uma contrarreforma social e moral, na perspectiva de recompor a hegemonia burguesa no país. Por isso a forma encontrada foi o processo de privatização, que se deu tanto na justificativa de atrair capital externo, quanto reduzir a dívida, sob a falsa retórica de “melhorar a qualidade dos serviços”, os quais estariam sendo ineficientes nas mãos do Estado.

Tais estratégias trouxeram para as políticas sociais um processo ainda mais profundo da supercapitalização no âmbito do setor de serviços, além das políticas, de um modo geral, se tornarem ainda mais focalizadas, e seletivas, dando acesso somente àqueles comprovadamente em situação de pobreza ou extrema pobreza. De acordo com Soares (2004), a tese central do governo é que a solução não está na expansão do gasto social, e sim na focalização. Continua-se com políticas focais, em detrimento da lógica do direito e da seguridade social universalizada.

Outro aspecto que merece destaque neste período de contrarreforma do Estado é a contratação de agências executivas, fundações e organizações sociais, assim como a regulamentação do terceiro setor para execução de políticas públicas. No plano da reforma do Estado em 1995²¹, no governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), o princípio era de que, dentre as funções do Estado, estariam presentes a coordenação e financiamento das políticas públicas, porém não sua execução, bem como, uma flexibilidade em seu gerenciamento e controle. Defendia-se, deste modo, que nem tudo que é público, é estatal, devendo dessa maneira, ser socializada com a iniciativa privada a responsabilidade de diminuir as mazelas provocadas pelo sistema econômico e político do país. Além de que, “se o Estado não deixar de ser produtor de serviços, ainda que na área de políticas públicas sociais, para ser agente estimulador, coordenador e financiador, ele não irá recuperar a poupança pública” (REZENDE, 2008, 25).

²¹A intitulada “reforma” foi totalmente incorporada como Plano Diretor da Reforma do Estado, elaborado pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado (PDRE/MARE), coordenador por Bresser Pereira, que aprofundou como ideias centrais a disciplina fiscal, a privatização e a liberalização comercial.

De acordo com Temporão (*apud* BRAVO e MENEZES, 2008) há uma tensão permanente entre o ideário reformista e o projeto real em construção, assim como aspectos culturais e ideológicos em disputa, a exemplo das propostas de redução do Estado, individualização do risco, focalização, negação da solidariedade e banalização da violência. Sendo assim, uma das saídas deste conflito certamente passa pela reorganização da luta dos trabalhadores pelos seus direitos. A proteção social universalista e redistributiva foi fortemente tencionada pelas estratégias de extração de superlucros, pela supercapitalização, e pelo desprezo burguês com o pacto social dos anos de crescimento, configurando um ambiente ideológico individualista, e consumista. As mazelas impostas à classe trabalhadora se intensificam devido à conjuntura atual da classe trabalhadora fragmentada, em função da precarização no mundo do trabalho, e a flexibilização das relações e ameaças aos direitos conquistados.

Tem-se desde o período do governo do FHC, e mantida no governo de Lula, uma carga tributária regressiva, ou seja, os impostos e contribuições que incidem sobre os trabalhadores, são revertidos ao consumo, de forma que fique concentrada a renda e riqueza, não sendo esta redistribuída. E por mais que a arrecadação tributária aumente, esta é utilizada com vistas à composição do superávit primário e pagamento de juros da dívida. Esse mecanismo de manipulação orçamentária permite a desvinculação do orçamento da seguridade social, para o orçamento fiscal, o que acaba também por propagar os chamados “déficits previdenciários”.

Nesta perspectiva, uma proposta de caráter contra-hegemônico expressa-se na idéia de que a consolidação da política social e seguridade social brasileiras dependem da reestruturação do modelo econômico, com investimentos no crescimento da economia, geração de empregos estáveis com carteira de trabalho, fortalecimento das relações formais de trabalho, redução do desemprego, forte combate à precarização, reversão das relações de trabalho flexibilizadas, o que assim poderá ampliar a contribuição, sobretudo aos direitos sociais.

Desde o primeiro governo Lula em 2003, as propostas e reformas defendidas dão seqüência a Contrarreforma do Estado iniciada na gestão de FHC, encolhendo o espaço público democrático dos direitos sociais e ampliando o espaço privado, seja no campo da produção econômica, quanto no dos direitos sociais. Segundo Behring (2004), no plano econômico todos os parâmetros macroeconômicos foram mantidos, como o

superávit primário, a Desvinculação de Receitas da União (DRU), apostas na política de exportação, o inesgotável pagamento de juros, e encargos e amortizações da dívida pública.

4.1.1 Impactos da reorganização do capital e da contra-reforma do Estado na Saúde

Na saúde os impactos dessa reorganização do capital e da contrarreforma do Estado trouxeram no sentido do acesso uma maior restrição, fragmentação e desigualdade. E nesta lógica, quanto mais o serviço público se torna precarizado, mais o privado se expande, sendo utilizadas também as agências para regulação de serviços estrategicamente desvinculados do controle público convencional, o que atende aos interesses do capital. No entanto, essas conseqüências para a saúde ficam de frente a uma contradição dos princípios essenciais do Sistema Único de Saúde, fundados na universalidade, equidade, integralidade das ações, regionalização, hierarquização, descentralização, participação dos cidadãos e complementaridade do setor privado.

A partir disso, o que ocorre são péssimos atendimentos, falta de recursos, passagem de recursos públicos aos esquemas privados, gerando instabilidade no financiamento. Segundo Rezende (2008, p.33), as diretrizes do plano diretor para o setor saúde em 1995 eram: a contenção de gastos públicos e a flexibilização dos procedimentos de compras e contratações, especialmente da força de trabalho; a focalização em detrimento das políticas universais (custo-efetividade); a reorientação dos recursos públicos para o setor privado; o controle do “corporativismo” – combate a organização sindical; e a descentralização do Estado através das terceirizações, privatizações e o incentivo a mecanismos de competição.

Dessa forma, o que se identifica é que a política de saúde vem sofrendo os impactos da política macroeconômica, e as questões que deveriam ser enfrentadas, tais como a universalização das ações, o financiamento efetivo, a gestão do trabalho e educação na saúde, não estão sendo efetivadas. Havia uma expectativa que com a entrada do governo Lula o projeto de reforma sanitária fosse fortalecido, no entanto, só foi dada continuidade do iniciado no governo FHC, focalizando ainda mais as políticas. Um exemplo de focalização é a centralidade no programa saúde da família, sem

alterações do governo FHC para o Lula, onde ao invés de ser uma estratégia de reorganização da atenção básica, se fez como um programa de extensão de cobertura para as populações carentes. De acordo com Bravo (*apud*, BRAVO e MENEZES, 2010) há um desafio no início do governo Lula para incorporar a agenda ético-política da reforma sanitária pois, há um claro embate desta e da reforma privatista, onde ora o governo fortalece a primeira, ora a segunda.

Já no segundo mandato do Lula, não é apresentado um compromisso com a reforma sanitária, uma vez que não menciona eixos centrais, tais como o controle dos planos de saúde, o financiamento e investimentos, a ação intersetorial e a política de gestão do trabalho. No entanto o que se torna mais preocupante é a criação das fundações estatais que apesar de estarem mais avançadas na saúde, tem a intenção de abranger todas as áreas que não são exclusivas do Estado, como a educação, ciência e tecnologia, cultura, meio ambiente, assistência social, entre outras. Além de estas fundações serem regidas pelo direito privado, não se enfatiza o controle social, e descaracteriza o SUS nos seus princípios fundamentais e todas as proposições que os movimentos pela saúde buscavam construir em suas lutas desde os anos 1970.

Substitui-se o interesse público por interesses particulares numa privatização perversa do Estado brasileiro, o que infelizmente não é novidade na cena pública nacional. Todas essas modificações, entretanto, são ancoradas em valores que foram resignificados, como a democracia, a qualidade, a transparência, a eficiência, e a eficácia. (BRAVO e MENEZES, 2010, p. 60)

Há uma desvalorização da gestão pública tradicional, devido a suas formas de controle rígido, e a burocracia incompatível com as demandas atuais e os novos padrões de tecnologia organizacional. Por isso as novas alternativas de modernização do SUS, adentrando o privado no espaço do público de forma institucionalizada no âmbito da gestão, como uma empresa que segue seus instrumentos administrativos-gerenciais no sentido de atingir metas. Para consolidação dessa estratégia de corporatização, ainda ocorre incentivo do Estado, seja através do desfinanciamento público do setor saúde, ou de subsídios fiscais e convênios.

Essas interfaces público-privadas trazem impactos à população no sentido de acesso à saúde. O excesso de oferta privada, principalmente de tecnologias de alto custo, aumenta o custo da atenção e não facilita o acesso para o usuário do SUS. A democratização da saúde está nessa conjuntura ameaçada, tendo que ser enfrentadas questões centrais da saúde, como a universalização das ações, o financiamento efetivo,

entre outros. Reverter tais desigualdades na conjuntura brasileira atual seria preciso aliar um amplo movimento de massas que exija a igualdade de recursos entre a política macroeconômica e as políticas sociais com a elaboração de uma agenda que defenda a garantia dos direitos humanos e sociais e a ampliação da democracia nas esferas da economia, política e da cultura. Os recursos, no entanto permanecem extremamente concentrados e centralizados, contrariando a orientação da própria Constituição Federal. O orçamento voltado a seguridade social, o que inclui a saúde, é entendido com referência à estruturação da carga tributária brasileira e de seu significado no âmbito da política macroeconômica.

Sendo assim, é possível identificar nos dois mandatos Lula que são acarretadas pela lógica macroeconômica de valorização do capital financeiro, notórias dificuldades, como: o encolhimento dos direitos sociais; ampliação do espaço do mercado; subfinanciamento e distorção no gasto público; geração de desigualdades nos acessos aos serviços; precarização do trabalho e a contratação deste; centralização do modelo saúde na doença; entre tantas outras. E a forma de enfrentar esta lógica se dá justamente através das privatizações e propostas contrárias ao SUS. Não ocorre nesse momento uma articulação do movimento sanitário construídos nos anos 1980 com os movimentos sociais, o que se tem são pluralismos teóricos, sem abordagens marxistas, e sem um enfrentamento da política vigente, tornando a maioria das análises de conteúdo setorial. Nesse cenário os conselhos de saúde tem tido um protagonismo, sendo o principal articulador o Conselho Nacional de Saúde.

4.2 O olhar do controle social sobre o acesso à saúde no sistema penitenciário

Para maior compreensão dos limites e possibilidades do controle social e movimentos sociais em saúde, no que tange ao seu envolvimento com a temática “saúde, direitos humanos e sistema penitenciário” foram realizadas oito entrevistas semi-estruturadas com representantes do Conselho Nacional de Saúde²² (CNS), sendo

²² A composição do Conselho Nacional de Saúde encontra-se em: http://conselho.saude.gov.br/apresentacao/Tabela%20segmento_26_07_13.pdf.

sete representantes de entidades profissionais de saúde: Federação Nacional dos Médicos (FENAM), Federação Interestadual dos Odontólogos (FIO), duas representantes do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS)²³, Federação Nacional dos Enfermeiros (FNE), Federação de Sindicados de Trabalhadores Técnico-Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil (FASUBRA), e Associação Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais (ABRATO). E um representante dos movimentos sociais²⁴ da Associação Nacional de travestis e Transexuais (ANTRA).

Este trabalho parte da premissa que há limites no direito de acesso à saúde no sistema penitenciário, assim como a falta de informação de direitos aos detentos. No sentido de democratização do controle sob processos decisórios, os conselhos profissionais e movimentos sociais que pautem a temática da saúde no sistema penitenciário são determinantes. Por mais que estes estejam em um sistema contraditório e lutas de interesses distintos, são considerados como mecanismos possíveis de realizar a mudança por meio da participação na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais. No entanto, tendo em vista a conjuntura contemporânea de Contrarreforma, a hipótese é a de que os apenados são penalizados dupla ou até triplamente, pois além de estarem privados de liberdade, não possuem a garantia de seus direitos fundamentais, o exercício pleno de sua cidadania, nem a representação que lhes cabe pelo controle social ou em outras esferas de participação.

A análise das entrevistas foi estruturada segundo dois eixos: a identificação do debate realizado acerca da temática “saúde, direitos humanos e sistema penitenciário”; e a reflexão sobre os limites e estratégias do controle social e movimentos sociais na saúde do sistema penitenciário.

4.2.1 Debate da temática “saúde, direitos humanos e sistema penitenciário”

A partir das entrevistas realizadas, pode-se perceber que apesar de apenas três entrevistados afirmarem não existir o debate acerca da temática “saúde, direitos

²³Foram entrevistadas duas representantes do CFESS, devido a compreensão de que a primeira fez parte das duas gestões passadas do Conselho Nacional de Saúde, e a segunda atua como conselheira nos dias de hoje.

²⁴ Foi utilizada somente uma entrevista com os representantes dos usuários devido ao tempo e procedimento de pesquisa que se deu no decorrer da reunião do Conselho Nacional de Saúde que ocorreu em Brasília nos dias 10 e 11 de julho do ano de 2013.

humanos e sistema penitenciário” em suas entidades, existe um posicionamento unânime quanto à compreensão da saúde em sua forma defendida pelo SUS, ou seja, pública, universalizada, integral, considerando portanto que o apenado tem também o direito à saúde. Assim como afirma a Federação Interestadual dos Odontologistas (FIO) “acho que o acesso, pensando num Sistema Único de Saúde, você não pode excluir aquelas pessoas que já estão excluídas, então eles tem que ter acesso a saúde.”

Alguns entrevistados foram além no que diz respeito a compreensão de saúde de forma geral, o que permite afirmar que a saúde não é tida somente com foco na doença, mas sim na soma de condições necessárias a proporcionar uma boa qualidade de vida.

A gente compreende a saúde no seu sentido amplo, considerando os determinantes sociais da saúde, defendemos uma saúde que defenda os direitos humanos, que compreenda o sujeito como portador de direitos. (FNE)

Pra falar de saúde, tem que falar do modelo de desenvolvimento, como essa sociedade se relaciona com a natureza, se relaciona com o resto do mundo, se relaciona entre eles, ou seja, eu tenho que falar no modelo de desenvolvimento. (CFESS – representante 1, grifo meu)

A compreensão do modelo de desenvolvimento como uma premissa para a política de saúde está ligada diretamente com a democracia e os Direitos Humanos (DH), com a possibilidade de todo e qualquer sujeito dispor de “capacidades e direitos básicos lhe permitem fazer escolhas e participar das distintas esferas da vida social, política, econômica e cultural na qual esteja concernido, sendo responsável pelas conseqüências das decisões que toma.” (GOMEZ, 1997, 72). No entanto, quando se fala de DH, ainda que em seus princípios liberais básicos, o que surge é a falta e a necessidade de proteção contra violências multiformes e multicausais vindas do Estado que nega o acesso aos direitos fundamentais, como à vida, à integridade física, entre outros. Esses limites dos direitos de caráter universal são questões determinantes para a saúde dos indivíduos, onde é exigida a garantia institucional por parte do Estado.

Portanto conceber a saúde passa pelo pressuposto de que o indivíduo depende de toda uma estrutura social, enquanto um processo histórico de construção, onde os Direitos Humanos são essenciais para a o bem estar físico, psíquico e social. Mas atualmente essa perspectiva não é encontrada no sistema penitenciário no Brasil, o que se pode verificar nas seguintes falas:

As pessoas privadas de liberdade fazem parte da comunidade, elas fazem parte da sociedade e precisam ter um retorno. O que a gente luta é pra justamente que nós possamos ter condição de prestar a assistência adequada pra essas pessoas. Porque cada indivíduo, cada ser humano ele precisa ter um

lidar, um cuidado diferente, com uma diferente ótica, um diferente olhar [...] então cada um precisa ter um tipo de assistência adequada. (FNE)
A gente entende que ele está em pena, pagando por transgredir uma ordem societária que ele vive, uma civilidade que ele rompeu. Mas **isso não permite que as autoridades o apenem duplamente ou triplamente**. A saúde é um direito dele. A saúde é qualidade de vida, então ele está apenado, mas tem que ter as condições mínimas de uma vida decente. (CFESS – representante 1, grifo meu)

A partir disso, percebe-se que a atual conjuntura em que o Brasil se encontra, de políticas neoliberais focalizadas e privatistas, influenciou diretamente na reorganização das políticas sociais, com rebatimentos claros na política de saúde voltada ao sistema penitenciário. Ocorre, dessa forma, a falta de repasse de recursos e a precarização dos serviços, cujas políticas assistenciais, focalizadas e bastante seletivas não dão conta de suprir as necessidades dos apenados. Com isso, a condição estrutural em que esses indivíduos possivelmente já vivenciavam de ausência de serviços básicos antes mesmo de terem cometido a transgressão da ordem, agora se agrava com a privação de liberdade, não permitindo o acesso a um dos direitos essenciais que é a saúde, restringindo o desenvolvimento pleno destes:

[...] se eu nasço em determinado contexto que me priva o acesso a elementos essenciais pro meu pleno desenvolvimento, eu vou vivenciar uma situação considerada pra nós terapeutas ocupacionais de injustiça ocupacional. Ou seja, eu não teria acesso a educação, a trabalho, lazer, cultura, que nós consideramos bens essenciais pro desenvolvimento, são ações ocupacionais essenciais pro pleno desenvolvimento do ser humano. Isso só acarreta injustiças ocupacionais e não permite a essas pessoas alcançarem seu pleno desenvolvimento. O fazer humano tem uma vinculação com a saúde pra nós e perpassa também por vários meios e situações de acessos a direitos. (ABRATO)

A lógica da política macroeconômica vista desde o governo Collor, aprofundada na gestão de FHC e continuada pelo governo do Partido dos Trabalhadores (PT) ocupa o motivo central dessa falta de acesso a direitos, subfinanciamento do gasto do orçamento com o meio público, e conseqüentemente agravamento das desigualdades, precarizações no trabalho e nos serviços públicos. Como já debatido, hoje as propostas são contrárias a estatização dos direitos fundamentais, onde tem ocorrido grande privatização dos serviços seja na área da educação, como principalmente na área da saúde. Isso faz com que as reivindicações e lutas sindicais sejam presentes e atuantes na luta por melhoria nos serviços públicos, nas condições de trabalho, na garantia de direitos de uma forma geral. Por isso o controle social e os movimentos sociais são tão

importantes nesse momento, pois possibilitam a participação popular nas instâncias de decisões, na formulação de políticas e no controle e fiscalização destas, como uma necessária resistência contra hegemônica.

No sistema penitenciário esse contexto também é atacado, como por exemplo, nas condições de trabalho que os próprios profissionais de saúde dispõem. Trata-se de uma população carcerária muito grande, para poucos profissionais alocados nesta área, e uma orientação governamental de política de saúde restritiva:

A precariedade que a gente tem hoje nesses espaços; do que tem se tornado esse sistema prisional né, quarto ou quinto país de maior população carcerária, e que tem pelo menos duzentas mil vagas [...] e cerca de mil e trezentos assistentes sociais atuando no sistema prisional em todo o Brasil, que é um número ínfimo. (CFESS – representante 2)

Além de realizarem o trabalho sob a vigia de um policial, estes trabalhadores em saúde não dispõem, na maioria das unidades penitenciárias, de estrutura física apropriada para os atendimentos e demais ações em saúde, de forma a comprometer o tratamento, a conduta ética do profissional e a adesão da população usuária²⁵. No que se trata das práticas da enfermagem, por exemplo, foi dito que as condições para os profissionais atuarem são mínimas, não há condição de trabalho, ou qualquer material, portanto é difícil prestar uma assistência de qualidade aos apenados. Segundo a Federação Nacional dos Enfermeiros (FNE) “nós não somos preparados pra estar naquele local socialmente falando, então até no lidar com eles, com o pessoal do sistema prisional a gente não é treinado pra isso”.

Outro quesito fundamental a ser tratado é que os profissionais alocados para trabalhar no âmbito do sistema penitenciário não conseguem avançar em um trabalho pedagógico seja dos agentes penitenciários, seja da sociedade, ou dos próprios apenados de que todos têm direito ao acesso à saúde, compreendendo esta em sua totalidade. Os assistentes sociais, por exemplo, são solicitados a colaborarem no sentido de “moldar” os sujeitos de acordo com a ordem vigente, e não realizar ações sócio-educativas. Porém, de acordo com a Associação Nacional de travestis e Transexuais (ANTRA)²⁶ o

²⁵ Muitas vezes, o fato de não ter um ambiente propício aos atendimentos, a população carcerária não sente a vontade em se consultar, por isso é tão importante que os atendimentos sejam sem vigia policial, e que os profissionais atuem de forma ética, sem comprometer com o seu sigilo profissional.

²⁶ No da detenção feminina, a ANTRA fez algumas observações:“(…) No Rio Grande do Sul nós temos um trabalho que as meninas não ficam com os homens, ficam num pavilhão separado, onde podem pintar as unhas, ajeitar o seu cabelo, usar maquiagem, e elas fazem alguns trabalhos manuais para ocuparem o tempo, e tem as meninas do movimento que vai lá dentro sempre levar palestras, e oficinas sobre DTS e

que é sustentado é que já existem ações desse tipo sendo realizadas, assim como a FNE fala que os enfermeiros buscam realizar palestras e uma educação continuada, porém não surte efeito diante das poucas condições para que isso se efetive. Desta forma, o que se vive dentro do sistema penitenciário é um grande descaso, um impasse tanto para os apenados, quanto para os profissionais inseridos nesse sistema.

No sistema prisional é isso né, controlar a subversão, garantir uma ordem burguesa, então tem nos chamado a compactuar com isso, mas a atuação dos assistentes sociais nesse espaço tem se dado de uma forma diferenciada. [...] Nós temos entendido que o sistema prisional tem tido uma concepção de direitos muito distorcida, não tem entendido os sujeitos como sujeito de direitos, tem cometido um desrespeito a esses sujeitos imenso e solicitado aos assistentes sociais uma atuação que não condiz com o nosso Projeto Ético-Político, não condiz com o nosso projeto de profissão. (CFESS – representante 2)

Além de impasses profissionais como estes, há também categorias que sentem a falta de espaço para atuação profissional dentro desse sistema, como é o caso dos terapeutas ocupacionais. Eles têm a função de trabalhar dentro das penitenciárias fazendo propostas para reorganizar o cotidiano, promovendo a saúde mental, e a melhora da convivência dos apenados, em detrimento da política ofertada. Pois, muitas vezes, os detentos sofrem de crises psíquicas por não conseguirem adquirir o acesso aos bens necessários para o seu melhor desenvolvimento e (re)integração.

Devido a essas condições, todas as entidades entrevistadas, mesmo as que não discutem essa temática atualmente, acreditam ser interessante o seu debate nas reuniões dentro de cada categoria, assim como no debate do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Porém é um tema de difícil abordagem, pois os conselhos de direitos são arenas políticas, que compõem os mais diversos interesses, e há, principalmente por parte dos representantes do governo e do setor “complementar” da saúde, uma maioria que defende a privatização. Deste modo, não há no CNS uma pauta voltada a esse tema pelo menos nos últimos dois anos. Alguns entrevistados atribuem a ausência da temática no CNS por alguns motivos:

Muitas vezes o que acontece de pauta no CNS é o que está na mídia. Infelizmente é assim, a gente trabalha como bombeiro, e “ó ta pegando fogo ali, vamos lá apagar”. Então quando tem as rebeliões no sistema prisional e isso acaba acontecendo em um âmbito que tome a mídia, às vezes acaba

outras patologias. Inclusive levar preservativo pra aquelas que tem a visita íntima com os próprios parceiro lá dentro do presídio, ou externo. Então em alguns lugares já tem esse cuidado que afetam diretamente a sua saúde.” (ANTRA)

pautando aqui como prioridade. Infelizmente o quarto setor é usado pra isso né. A mídia é usada pra gente elencar prioridades. (FNE)

Eu acho que ainda é um tema marginal, assim como as pessoas consideram aqueles que estão no sistema prisional, que é reflexo de uma visão social meio enviesada dessa questão prisional de maneira geral. A gente sabe é senso comum reconhecer as dificuldades do sistema prisional, mas não é comum das instancias de deliberação e controle sociais e movimentos sociais em geral atuarem nessa área exatamente pela forma que é tratado de forma marginal o tema pela sociedade no geral. (FENAM)

Então esses assuntos que precisariam ser discutidos, eles não são nem lembrados, porque a gente anda a reboque ou pelo o que é pautado pelo Ministério da Saúde, ou por projetos de leis, ou algumas coisas que precisam ser discutidas e que precisam ser postas em pauta. (FIO)

Refletindo acerca destas falas pode-se dizer que há uma restrição “velada” de cidadania para os indivíduos encarcerados, onde são negados em parte dos seus direitos civis e políticos e não podem organizar-se ou auto-representarem. Por isso é que as demandas dependem de uma solidariedade de classe, da ação dos trabalhadores para dar visibilidade e então reivindicar por essa pauta. No entanto, há um refluxo dos movimentos organizados devido a ofensiva contra os direitos sociais, onde as entidades representativas do controle social demandam respostas em um caráter corporativo, secundarizando o debate aqui apresentado.

Devido a essas considerações acerca temática “saúde, direitos humanos e sistema penitenciário”, abordaremos no ponto a seguiras dificuldades, limites e propostas de ação que os entrevistados visualizam dentro do controle social e do movimento social em saúde acerca do tema.

4.2.2 Limites e estratégias do controle social e movimentos sociais na saúde do sistema penitenciário

No CNS um dos motivos de não se conseguir obter uma pauta voltada a temática saúde e sistema penitenciário é devido a grande oposição dos diversos segmentos que o compõem. Enquanto expressão de luta política, o controle social é um espaço de grandes disputas, onde às vezes ocorrem divergências dentro de mesmos segmentos representativos. Dentre o segmento dos usuários há diferenças de posicionamentos e pouca organização no que tange ao debate sobre o tema. Há um complicador explicitado que

na verdade se você for observar a maior parte dos usuários foram lesados pelo grupo que estão lá no sistema prisional. Tem aqueles que não querem que eles tenham condições, que eles não precisam, se eles receberem mal comida e tenham onde dormir é isso mesmo, eles estão pagando pelo o que fizeram. (FNE)

A opinião pública não é favorável, é uma bandeira que você não tem a opinião pública com você. Porque você quer brigar pela saúde do prisioneiro? Ninguém levanta essa bandeira nos conselhos, é muito difícil e tem muita demanda [...] é muito difícil inclusive fazer esse discurso com os próprios usuários, por exemplo. Não tem saúde nem pra mim como é que eu quero pra ele. (CFESS - representante1)

O que se observa dessas falas é não mais uma dupla, mas uma tripla penalização da população carcerária, um separador de águas entre aqueles que defendem uma política baseada no respeito aos DH, e aos que lutam por uma segurança pública, preocupados com o caráter individual e particular, criminalizando os apenados.

Além destes fatores, o controle social é um mecanismo que apesar de ter sido conquistado por reivindicações, continua tendo um caráter de dominação. Existe a prevalência de segmentos do governo nas decisões, no entanto há a falta de interesse desses representantes do governo para com os interesses majoritários da população. Na verdade, o que conta pra esse segmento em específico é o medo de perda do poder. Nesta reflexão, a FNE acredita que “como o sistema penitenciário não dá voto, não há quem realmente vá pras ruas lutar por essa causa, não é interessante se tratar”. No entanto, de acordo com a FENAM, já pode ser compreendido que o CNS é:

(...) muito permeável, ele absorve muito das discussões, elas em geral são muito acaloradas. Têm várias posições nas mais diversas direções, mas ele é bastante permeável, as questões podem ser trazidas e terem repercussão, não só pela federação dos médicos, porque certamente é um tema relevante. Acho que eu vi recentemente são mais de 500 mil pessoas no país em situação prisional, e certamente é um numero significativo e precisa ser tratado. (FENAM)

Apesar dessa afirmação de que é possível se obter repercussão da temática, na entrevista do CFESS (representante 1) o que é explicitado é que apesar de se falar em um coletivo, os interesses ainda são corporativos, ou seja, a defesa é por categoria profissional, por sua corporação. Há uma falta de visão da totalidade, o que dificulta organizar uma luta que defenda a saúde nesse sistema. E, segundo o representante1 do CFESS, “não defender a saúde, é defender o modo de produção, é defender como se produz riqueza e como se socializa as riquezas na sociedade.” Para tanto, é preciso considerar também o modelo de Estado que está vigente, ou seja, privatista e

corporativo, além de ser refém de grandes capitais, que capta a saúde como um espaço de rentabilidade financeira, seja pelas privatizações ou subsídios ao setor privado.

Nesta perspectiva, é necessária uma proposta de caráter contra hegemônica voltada à consolidação do acesso aos direitos constitucionais garantidos. Porém, o que se identifica nesta pesquisa é que nem as entidades privilegiadas dos trabalhadores e com maior poder de mobilização, a exemplo dos sindicatos, conseguem pautar esta questão. Para o CFESS o que se faz necessário é uma nova articulação, uma renovação no sindicalismo brasileiro. Efetivamente as entidades representativas têm a sua luta específica, mas para se chegar a uma resolução sobre uma política é muito difícil. As entidades estão no espaço de participação, de controle social, mas cada um lutando por seu interesse particular, individual, sem a articulação com a totalidade.

Como pode ser visualizado pelas próprias entrevistas, as pautas que se levantam dizem respeito a cada categoria profissional. Para algumas das entidades entrevistadas o sistema penitenciário brasileiro não reconhece direitos, e a consolidação de uma equipe multiprofissional na atuação da saúde dentro deste ainda é muito difusa. Falta espaço, por exemplo, para os terapeutas ocupacionais, e a compreensão da verdadeira função deles e dos assistentes sociais ainda não é entendida, considerando o projeto de cada profissão. Tais limites dificultam as condições de trabalho dessas categorias, por isso se tornam uma bandeira voltada essencialmente para as condições de trabalho em saúde. Por isso também a dificuldade de articular tanto os direitos dos trabalhadores, quanto a luta pelos direitos dos apenados, o que vai contra o senso comum da sociedade.

De acordo com o CFESS foi possível pautar por volta do ano de 2009 a temática “saúde, direitos humanos e sistema penitenciário” em uma mesa do CNS, onde houve uma demanda muito forte, com a participação de uma assistente social especializada sobre a temática. “A mesa foi uma mesa muito boa, uma reunião do conselho com vários encaminhamentos e foram arquivados.” (CFESS - representante 1) E esse é outro limite encontrado, o de que “muitos ficam no papel, e até chegar a ponta falta muito [...] quer dizer, nós nunca demos continuidade” (CFESS – representante 1)

Algumas pautas tendem assim, a ser “esquecidas”. Pois como afirma a FNE “as próprias estratégias para o sistema prisional, se existem, estão no papel. Efetivamente nós não vemos isso”. Devido a isso, para o maior alcance da visibilidade acerca do

tema, o proposto pelo FENAM é de que se trate inicialmente a questão de forma genérica:

O CNS tem bastante representatividade de diversos setores, mas se você tratar a questão até um pouco mais genérica, não só no sistema prisional, mas tratar como um direito humano, tratar com igualdade racial, de gênero, e etc., é bastante possível fazer essa discussão. Já existe uma discussão nesse sentido e acho que o CNS teria bastante condição de fazê-la, ampliar e levar pra a sociedade. (FENAM)

Outro ponto apresentado pelos entrevistados é a dicotomia entre quem planeja e quem vive, “então às vezes é uma linguagem totalmente diferente. Se criam coisas mirabolantes que jamais serão efetivas, não tem como você efetivar essa medida, porque aquilo não tem como ser aplicado” (FNE). Assim como não há o acesso na hora de executar este trabalho de formulação por parte dos trabalhadores, “então digamos assim que a hierarquia política não lhe permite ter acesso ou executar esse trabalho plenamente para uma reformulação, para uma maior eficácia na área. Vejo então isso como um impedimento político.” (ABRATO). A partir do exposto pela FNE e ABRATO, os próprios trabalhadores sob o aspecto do controle social que deveriam colaborar de alguma forma na execução de políticas para o sistema penitenciário, sequer tem o acesso a isso. Formulam-se políticas desconexas com as verdadeiras demandas da população carcerária, onde se dá o impedimento político e lógico.

No momento de implementação das políticas elaboradas para o sistema penitenciário, a dificuldade encontrada é a do financiamento, que “limita a adequação de uma equipe multiprofissional que realmente atenda as necessidades da população carcerária” (ABRATO), limita também os materiais necessários para os atendimentos da enfermagem, medicina e odontologia, além de que não investe em uma infraestrutura adequada. Em decorrência desse subfinanciamento a privatização surge como uma saída estratégica de modo ao Brasil terceirizar um serviço que era pra ser fornecido de forma pública, universal, e de boa qualidade. Há inclusive “uma grande privatização das penitenciárias, principalmente estaduais [...] uma empresa que implementa uma penitenciária e o Brasil aluga esse serviço.” (ABRATO)

Considera-se aqui que o controle social e movimentos sociais na saúde, por serem considerados mecanismos possíveis de realizar a mudança por meio da participação na elaboração, implementação, e fiscalização das políticas sociais, deveriam ao menos contribuir com uma discussão no sentido de garantir os direitos fundamentais aos apenados. No entanto, as entrevistas demonstraram que essa temática

nem mesmo é discutida, e quando se pensa em algo nesse sentido, existem empecilhos políticos e organizativos que não permitem qualquer tipo de atuação dos trabalhadores dessa área. Segundo o representante da ABRATO “não existe nenhum tipo de controle social feito sobre isso. A participação social não existe em nenhum tipo de instrumento que permita um diálogo com a sociedade na formulação de estratégias, se existe eu desconheço.”

Dentre as propostas está a de aumentar o investimento na atenção básica, que é exatamente aquela mais demandada no sistema penitenciário, e onde se tem a condição de resolver a grande parte dos problemas de saúde.

Na atuação das comissões um empecilho infelizmente é o financiamento, o CNS trabalha em cima de um orçamento e ele tem que contempla as diversas demandas do controle social, e são ‘N’, todas as necessidades da população recaem com a gente, seja por forma virtual, através dos reclames dos conselhos, das atuações de ruas, da internet. O que nos tolhe muito é realmente o orçamento, a secretaria não tem como priorizar as necessidades do povo, não tem como, imagina como fica a consciência ética de cada conselheiro do governo. (FASUBRA)

Nisso é possível identificar a desresponsabilização e desfinanciamento da proteção social pelo o Estado, além da ofensiva burguesa que se configura no país, como uma contrarreforma social e moral, no intuito de manter essa classe como hegemônica. Continua-se com políticas focais, seletivas e por isso que “a gente vive uma intensa restrição de direitos e ataques a classe trabalhadora” (CFESS – representante 2). É preciso antes de tudo compreender a conjuntura atual para se partir a um debate da temática da “saúde, direitos humanos e sistema penitenciário”.

Partindo dessas considerações e identificando os limites presentes no movimento em saúde e controle social, é que as estratégias de enfrentamento podem ser feitas. Nessa perspectiva, muitas das entrevistas trouxeram questões que acreditam ser centrais para um avanço na relação entre saúde e sistema penitenciário. Para a FNE o ponto sugerido para superação da ausência do debate acerca da temática foi de que “realmente precisa se levantar tanto uma bandeira mais efetiva, talvez uma comissão de trabalhadores nesse sentido, pra apresentar estratégias, pra apresentar a sensibilização” (FNE). Outra sugestão dos representantes da FNE e FIO é para criação de comissões específicas, talvez de forma intersetorial para a discussão das problemáticas. Em outras palavras, faz-se preciso uma reorganização do CNS, do Ministério da Saúde, e até mesmo a mobilização dessa discussão em outras entidades representativas das próprias

categorias e em todos os diversos espaços, de forma a dar visibilidade para este debate a nível nacional. Para que isso ocorra, podem até serem propostas mais reuniões, pois há um número muito grande de demandas e pouco acúmulo político acerca do tema entre as entidades.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi proposto neste trabalho analisar as possibilidades e limites dos representantes do Conselho Nacional de Saúde frente a temática “saúde, direitos humanos e sistema penitenciário”, a partir da hipótese de que a população carcerária vive hoje em uma situação de dupla ou até tripla penalização, onde se restringe não apenas seu o direito a liberdade, mas também o acesso a direitos fundamentais, de origem civil, política e social; além desta população não dispor de representatividade política para pautar suas lutas e demandas reprimidas em fóruns mais amplos, a exemplo do controle social.

A política vigente de neoliberalismo tornou as políticas sociais privatizadas, focalizadas, seletivas, o que conduz a serviços públicos precários, inacessíveis, e sem a perspectiva da real participação popular na formulação, gestão, controle e execução das políticas. Vive-se assim, por meio da mercantilização dos serviços e redução do Estado, um retorno, sob novas faces, à *cidadania restrita*. Se esta restrição cidadã ocorre para todos, com consequências mais graves para os setores pauperizados, o que dizer daqueles que possuem a negação legal da sua cidadania?²⁷ As pessoas que estão cumprindo pena não têm o acesso à saúde com qualidade, e a informação quanto a sua luta por conquista de direitos. Eles ficam dessa forma a mercê do Estado e do controle social, o qual é determinante nesse processo decisório.

Por mais que as entrevistas tenham mostrado a relevância da temática “Saúde, Direitos Humanos e Sistema Penitenciário”, essa não é uma bandeira levantada pela maioria das entidades, onde pode ser percebido que os interesses particulares/corporativos ainda são predominantes. As condições desses profissionais perpassam por uma disputa de categoria, o que substitui assim o reconhecimento como classe trabalhadora, cujas lutas reduzem-se, na maioria dos casos à melhoria das condições de trabalho das diferentes categorias, dada a ofensiva conjuntura atual.

Por isso é importante compreender o período em que o Brasil está vivendo, onde a política está voltada a uma lógica macroeconômica a partir do subfinanciamento das

²⁷Afirmamos ocorrer uma negação legal da cidadania, pois os sujeitos em situação restritiva de liberdade – os ditos “apenados” – têm parte considerável dos seus direitos sociais, civis e políticos não usufruídos enquanto perdurar a detenção.

políticas públicas, o que ocasiona a falta de acesso a direitos, precarização no trabalho, entre tantas outras consequências. E é para isso que as categorias profissionais estão voltadas nesse espaço de participação, para lutar pela conquista de condições de trabalho adequadas, por um serviço público de qualidade, e por estruturas político-econômicas benéficas aos trabalhadores de forma geral.

Contudo, num país onde a política de saúde principalmente não é acessada de forma gratuita, universal, integral, para o próprio trabalhador, mais difícil será isso voltado ao sistema penitenciário. Este se vê negligenciado em todos os serviços e formas acessos, seja na saúde, na educação, no lazer. A população carcerária hoje está acima do total de vagas disponíveis, há poucos profissionais de saúde alocados nessa área, e há também a violação dos direitos fundamentais destes.

Nesse sentido, existem empecilhos políticos e econômicos que não permitem qualquer tipo de atuação dos trabalhadores além de reivindicar por condições de trabalho decentes e maior orçamento voltado a política de saúde, e nisso, a incorporação de outras pautas, como a demanda pela saúde também no sistema penitenciário, torna-se secundária. É necessária uma proposta das entidades presentes no controle social de caráter contra-hegemônico, voltada tanto à resistência à contrarreforma, como o avanço pela consolidação dos direitos garantido na Constituição Federal. Esta necessidade histórica não pode ser deixada apenas no papel.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, Zenaide Neto. **Sistema Único de saúde. Antecedentes, percurso, perspectiva e desafios**. São Paulo: Martinari, 2011.

ALMEIDA, Suely Souza. **Apolítica de direitos humanos no Brasil: paradoxos e dilemas para o Serviço Social**. In: Revista Praia Vermelha n. 11.: Estudos de Política e Teoria Social. UFRJ: PPGSS. Vol. 1. 1997.

_____. **Violência e Direitos Humanos no Brasil**. In: Revista praia vermelha n. 16 e 17: estudos de política e teoria social. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Programa de pós-graduação em Serviço Social. Vol. 1. 1997.

AMADO, Gilles. **Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro**. Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(8):1887-1896, ago, 2008

ANDERSON, Perry. **Balanco do neoliberalismo**. In SADER, Emir & GENTILI, Pablo (orgs.) Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995, p. 9-23

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho**. 2.ed. – São Paulo: Cortez/UNESP, 1995.

_____. **Crise e poder**. São Paulo: Cortez, 1985.

AROUCA, Sergio. **Reforma Sanitária**. In: Biblioteca virtual fundação Oswaldo Cruz. Ministério da saúde. <<http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>>

BARROCO, Maria Lucia Silva. **Serviço Social, Ética e Direitos Humanos**. In: Revista praia vermelha n. 16 e 17: estudos de política e teoria social. UFRJ: PPGSS. Vol. 1. 1997.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. São Paulo: Cortez, 2003.

BEHRING, Elaine Rossetti e BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: Fundamentos e História**. São Paulo, SP: Cortez, 2006. 213 p.

BRASIL. CÂMARA DOS DEPUTADOS. **CPI Sistema Carcerário**. 2009

_____. **Decreto n.º 7.037, de 21 de dezembro de 2009.** Aprova o Programa Nacional de Direitos Humanos - PNDH-3 e dá outras providências.

_____. **Lei n.º 7.210, de 11 de julho de 1984.** Institui a lei de execução penal.

_____. **Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

_____. **Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 1.777, DE 09 DE SETEMBRO DE 2003.** Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/pri_1777_09_09_2003.html>

_____. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário.** 2004. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_pnssp.pdf>

_____. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde – SUS.** Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24517>

_____. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde – CNS.** Composição disponível em <http://conselho.saude.gov.br/apresentacao/Tabela%20segmento_26_07_13.pdf>

BRASIL; COYLE, Andrew. **Administração penitenciária: uma abordagem dos direitos humanos: manual para servidores penitenciários.** S.l.: [s.n.], c2002.

BRAVO, Maria Inês Souza & PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira, organizadoras. **Política Social e Democracia.** São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

BRAVO, Maria Inês Souza, MENEZES, Juliana Souza Bravo. **A política de saúde no governo Lula: algumas reflexões.** In: Movimentos Sociais, saúde e trabalho. BRAVO, Maria Inês, D'ACRI, Vanda, MARTINS, Janaina Bilate (orgs). Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2010.

_____. **Política de Saúde no governo Lula.** In: Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: rede Sirius/Adufrj-Ssind, 2008.

BRAVO, Maria Inês Souza, PEREIRA, Débora de Sales, BRAVO, Juliana Souza, e OLIVEIRA, Mariana Maciel do Nascimento. **Política de saúde na atual conjuntura:**

modelos de gestão e agenda para a saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: rede Sirius/Adufrj-Ssind, 2008.

BRAVO, Maria Inês Souza, VASCONCELOS, Ana Maria de, GAMA, Andréa de Sousa, MONNERAT, Giselle Lavinias, organizadoras. **Saúde e serviço social.** 4 ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2009.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de saúde no Brasil. In. MOTA, Ana Elisabete (et al) orgs. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional.** ABEPSS/OPAS, 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais.** 2. Ed. – São Paulo, Cortez, 2007.

BUSS, Paulo Marchiori. **Promoção da saúde e qualidade de vida.** In: Ciência e Saúde Coletiva. Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública. FIOCRUZ: Rio de Janeiro, 2000(p. 163-177).

CARBONARI, Paulo Cesar. **Direitos Humanos no Brasil: uma leitura da situação em perspectiva.** In: Coletânea Ceris. Direitos Humanos no Brasil 2: diagnóstico e perspectivas. Ano 2, n. 2, 2007.

CORREIA, Maria. Valéria. **A relação Estado/Sociedade e o controle social: fundamentos para o debate.** Revista Serviço Social & Sociedade, v.77. São Paulo: Cortez, 2004 (p.148-176).

_____. **Controle social na Saúde.** In: Serviço Social e Saúde: Trabalho e Formação Profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

_____. **Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

DAMAS, Fernando Balvedi. **Saúde mental no sistema prisional: as prisões catarinenses na perspectiva da saúde coletiva.** Tese de mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina. 2011

DESLANDES, Suely Ferreira. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** In: Suely Ferreira Deslandes, Romeu Gomes; Maria Cecília Minayo (organizadora). Rio de Janeiro: Ed. Vozes, 2010.

SCOREL, Sarah. **História da política de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária.** In GEIOVANELLA, Lúgia (org) et al. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: editora FIOCRUZ, 2008.

FERNANDES, Florestan. **A revolução burguesa no Brasil: ensaio de interpretação sociológica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

GOMEZ, José Maria. **Direitos Humanos, desenvolvimento e democracia na América Latina**. In: Revista praia vermelha: estudos de política e teoria social. Nº. 16 e 17 Vol. 1. UFRJ: PPGSS, 1997.

GRUPPI, Luciano. **Tudo começou com Maquiavel: as concepções de Estado em Marx, Engels, Lênin e Gramsci**. Porto Alegre: L&PM Editores, 1980.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 17.ed. São Paulo, Cortez, 2009.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de interpretação histórico-metodológica**. São Paulo: Cortez, 1982.

LENIN, Vladimir Ilitch. **Estado e a revolução: O conceito marxista do poder (o)**. Rio de Janeiro. Editora Hucitec, 1987.

MARSHALL, Thomas Humphrey. **Cidadania, Classe Social e Status**. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: ESPC, 2002.

MOTA, Ana Elizabete. **A centralidade da assistência social na Seguridade Social brasileira nos anos 2000**. In: O Mito da assistência social: ensaios sobre Estado, política e sociedade. Ana Elizabete Mota (organizadora) 3.ed. São Paulo: Cortez, 2009.

NETTO, José Paulo e BRAZ, Marcelo. **Economia política: uma introdução crítica**. 4.ed. São Paulo: Cortez, 2008.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

_____. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64**. 13. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

NORONHA, José Carvalho, LIMA, Luciana Dias, MACHADO, Cristini Vieira. **O Sistema Único de Saúde – SUS**. In GIOVANELLA, Ligia (org.) et al. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

ONU. **Conjunto de princípios para a proteção de todas as pessoas sujeitas a qualquer forma de detenção ou prisão.** Resolução 43/173 da Assembléia Geral, de 9 de dezembro de 1988. Disponível em <http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/fpena/lex51.htm>

PAIM, J. S. **O que é o SUS?** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.

_____. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para compreensão e crítica.** Salvador: EDUFBA, 2008.

REZENDE, Conceição Aparecida Pereira. **Modelos de gestão na saúde.** In: Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: rede Sirius/Adufjrj-Ssind, 2008.

SANTOS, Josiane Soares. **Particularidades da “questão social” no capitalismo brasileiro.** Tese (doutorado). Rio de Janeiro: UFRJ, 2008.

SILVA, Marlise Vinagre. **Ética, Direitos Humanos e o Projeto Ético-Político do Serviço Social.** Revista praia vermelha n. 16 e 17: estudos de política e teoria social. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Programa de pós-graduação em Serviço Social. Vol. 1. 1997.

SOARES, Raquel Cavalcante. **A racionalidade da contrarreforma na política de saúde e o Serviço Social.** In: Saúde, Serviço Social, movimentos sociais e conselhos: desafios atuais. Maria Inês Souza Bravo, Juliana Souza Bravo de Menezes (orgs.). São Paulo: Cortez, 2012.

TEIXEIRA, Carmem. **Os princípios do Sistema Único de Saúde.** Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia. Junho de 2011.

TEIXEIRA, Sonia Fleury, organizadora. **Reforma sanitária: em busca de uma teoria.** 3 ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-graduação em saúde coletiva, 2006.

VIANNA, Maria Lucia Teixeira Werneck. **A reforma democrática do Estado brasileiro e a política de Saúde.** In: Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: rede Sirius/Adufjrj-Ssind, 2008.

7 ANEXOS

7.1 Anexo 1 - Roteiro de entrevista semi-estruturada

Bloco I – Dados profissionais

Data da entrevista: ___/___/___

Sexo: ___ (F/M)

Área de formação/entidade: _____

Tempo de atuação no Conselho de Saúde: _____

Bloco II – Saúde, Direitos Humanos e Sistema Penitenciário no Brasil

1. Qual a compreensão de saúde defendida pela entidade a qual representa?

2. Faz-se presente nos debates e campanhas desta entidade a temática “sistema penitenciário, direitos humanos e acesso à saúde”? Caso contrário, pensa ser este um debate relevante, necessário de inclusão na pauta de discussões de sua organização?

3. O senhor gostaria de tecer comentários avaliativos acerca da política contemporânea de assistência à saúde no sistema penitenciário brasileiro?

Bloco III– Controle Social

4. A temática “sistema penitenciário, direitos humanos e acesso à saúde” tem sido presente na pauta das reuniões ordinárias e/ou comissões do Conselho Nacional de Saúde das quais participa? Caso contrário, ao que atribui a ausência deste tema?

5. Em resposta positiva à presença da temática nas reuniões e/ou comissões, gostaria de saber quais são as atuais estratégias discutidas pelo Conselho Nacional acerca da saúde no sistema penitenciário.

6. Como se dá a troca de informações e discussões coletivas entre os diversos segmentos do Conselho Nacional de Saúde? Há muitas divergências de interesses? Como estas divergências incidem na temática hora em análise?

7. Quais as dificuldades/limites encontrados para a execução das propostas do Conselho, voltadas a saúde no sistema prisional?

7.2 Anexo 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

O (a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa **Sistema penitenciário e acesso à saúde: possibilidades e limites do controle social**. O objetivo é analisar as possibilidades e limites dos representantes dos trabalhadores no conselho nacional de saúde quanto a relação “saúde, direitos humanos e sistema penitenciário”; compreender o olhar dos trabalhadores dos conselhos e dos representantes dos movimentos; identificar o debate feito pelos conselhos e movimentos acerca da temática; compreender quais as estratégias utilizadas pelos conselhos e movimentos para o acesso à saúde no sistema penitenciário; e identificar quais as dificuldades/limites encontrados para a execução das propostas dos conselhos e movimentos, voltadas a saúde no sistema penitenciário.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação será através de um questionário semi estruturado que deverá responder sem um tempo pré-determinado. Será respeitado o tempo de cada um para respondê-lo. Informamos que a Senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para a senhor(a).

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília – UnB, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Prof^ªMorena Marques, no telefone: (61)9193-9193 ou para Jéssica Fonseca, no telefone: (61)8487-8686, ou mande e-mail para: jessica.f.m@hotmail.com.

Nome/assinaturado entrevistado: _____

Nome e assinatura do pesquisador responsável: _____

Brasília, ____ de _____ de _____