

**CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR REINALDO RAMOS/CESREI  
FACULDADE REINALDO RAMOS/FARR  
CURSO DE BACHARELADO EM DIREITO**

**RAILSON JOSÉ DA SILVA COUTINHO**

**SISTEMA PRISIONAL BRASILEIRO: O DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE DO  
APENADO COMO UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA**

Campina Grande - PB

2018

**RAILSON JOSÉ DA SILVA COUTINHO**

**SISTEMA PRISIONAL BRASILEIRO: O DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE DO  
APENADO COMO UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA**

Trabalho Monográfico apresentado à  
Coordenação do Curso de Direito da  
Faculdade Reinaldo Ramos – FARR,  
como requisito parcial para a obtenção do  
grau de Bacharel em Direito pela referida  
Instituição.

Orientador: Prof. Dr. Aécio de Souza Melo  
Filho

Campina Grande – PB

2018

C871s      Coutinho, Railson José da Silva.  
              Sistema prisional brasileiro: o direito fundamental à saúde do apenado  
              como uma questão de saúde pública / Railson José da Silva Coutinho. –  
              Campina Grande, 2018.  
              40 f.

              Monografia (Graduação em Direito) – Faculdade Reinaldo Ramos-  
              FAAR, Centro de Educação Superior Reinaldo Ramos-CESREI, 2018.  
              "Orientação: Prof. Me. Aécio de Souza Melo Filho".

              1. Sistema Prisional Brasileiro. 2. Saúde Pública. 3. Apenado – Direito à  
              Saúde. I. Melo Filho, Aécio de Souza. II. Título.

**RAILSON JOSÉ DA SILVA COUTINHO**

**SISTEMA PRISIONAL BRASILEIRO: O DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE DO  
APENADO COMO UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA**

Aprovada em: \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof.(a) Dr. Aécio de Souza Melo Filho**  
CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIORREINALDO RAMOS - CESREI  
(Orientador)

---

**Prof.(a) Titulação – Nome**  
CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIORREINALDO RAMOS – CESREI  
(1º Examinador)

---

**Prof.(a) Titulação – Nome**  
CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIORREINALDO RAMOS – CESREI  
(2º Examinador)



RAILSON JOSÉ DA SILVA COUTINHO

**SISTEMA PRISIONAL BRASILEIRO: O DIREITO FUNDAMENTAL À  
SAÚDE DO APENADO COMO UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA**

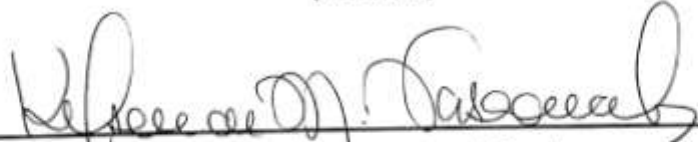
Aprovada em: 14 de JUNHO de 2018.

**BANCA EXAMINADORA**



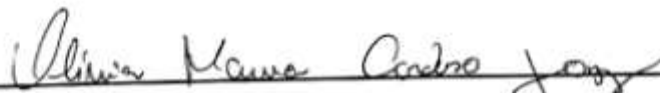
Prof. Ms. Aécio de Souza Melo Filho  
Faculdade Reinaldo Ramos FARR/ CESREI

(Orientador)



Prof. Ms. Kelsen Vasconcelos de Mendonça  
Faculdade Reinaldo Ramos FARR/ CESREI

(1º Examinador)



Profa. Ms. Olívia Maria Cardoso Gomes  
Faculdade Reinaldo Ramos FARR/ CESREI

(2º Examinador)

A minha querida família,  
Com todo meu amor, dedico

## **AGRADECIMENTO**

Agradeço primeiramente à Deus por todas as conquistas realizadas nesses últimos anos e por me lembrar que sou mais forte do que penso. Seguindo o mesmo pensamento, agradeço à minha mãe Maria Nataline da Silva Coutinho, ao meu Pai (In Memoriam) Raimundo José Coutinho, às minhas irmãs Roussianny da Silva Coutinho, Nattália da Silva Coutinho e Natanaelly da Silva Coutinho por todo o apoio que a mim foi dado em todos os momentos de dificuldade.

A minha filha Raianny Milleny da Silva Coutinho e minha sobrinha Nayara Gabrielly Coutinho de Freitas que me fortaleceram a cada dia mais para chegar até aqui, estimulando cada vez mais o meu desejo e vontade de superação.

Aos meus colegas de turma, que com tantos aprendi e dividi experiências importantes para o meu crescimento pessoal e profissional, bem como aos professores que muito me ensinaram e contribuíram para minha formação.

Agradeço em especial ao meu Professor e Orientador Dr. Aécio de Souza Melo Filho, que confiou em meu objeto de estudo e muito contribuiu para minha formação acadêmica.

Por fim, agradeço a todos os familiares e amigos que contribuíram de forma direta e indireta em tal feito e estiveram sempre ao meu lado.

À todos vocês o meu muito obrigado.



Um dos maiores travões aos delitos não é a crueldade das penas, mas a sua infalibilidade (...). A certeza de um castigo, mesmo moderado, causará sempre impressão mais intensa que o temor de outro mais severo, aliado à esperança de impunidade.”

(Beccaria)

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2 A CONSTRUÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA.....</b>	<b>12</b>
2.1 EVOLUÇÃO HISTÓRICA MUNDIAL.....	12
2.2 A REALIDADE BRASILEIRA.....	14
<b>3 SISTEMA PRISIONAL BRASILEIRO .....</b>	<b>19</b>
3.1 CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DO APRISIONAMENTO .....	19
3.2 A REALIDADE DO SISTEMA CARCERÁRIO.....	24
<b>4 DO DIREITO FUNDAMENTAL A SAÚDE DO APENADO .....</b>	<b>29</b>
4.1 BREVE ACEPTÕES DE DIREITOS HUMANOS E FUNDAMENTAIS .....	29
4.1 DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE DO PRESO .....	32
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>36</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>37</b>

## RESUMO

O Sistema Prisional Brasileiro reflete um cenário de contradição entre o mandamento constitucional de tutela da dignidade humana e as reais condições que o apenado é submetido a cumprir sua pena. A consecução das políticas públicas de saúde é um dever do Estado e um direito de todos os cidadãos, independentemente, de sua citação de encarceramento. Ademais, trata-se de um conjunto de medidas cuja finalidade é promover o acesso à saúde que se baseia na promoção de ações que viabilizem a promoção de práticas de prevenção à saúde e não apenas o diagnóstico e tratamento de possíveis patologias. Objetivo geral deste trabalho é analisar os limites da realidade do sistema penitenciário para a garantia da consecução das práticas de saúde pública. Assim, indagou-se o sistema carcerário possibilita os meios e mecanismos de acesso e promoção das políticas de saúde pública. Para tanto, parte-se do pressuposto que a superlotação e a precarização do ambiente prisional contribui, para a disseminação de epidemias e doenças. Para consecução deste estudo, emprega-se uma abordagem eminentemente qualitativa, utilizando-se, para a concretização o método hipotético-dedutivo. Ainda que não se trate de um estudo inovador, se fazem precisos os constantes estudos científicos sobre a realidade penitenciária. É com esse conjunto que demonstra que a pesquisa se faz justificável.

**Palavras-chave:** Realidade penitenciária. Saúde do apenado. Saúde pública.

## ABSTRACT

The Brazilian Prison System reflects a scenario of contradiction between the constitutional injunction to protect human dignity and the real conditions that the victim is submitted to fulfill his sentence. The attainment of public health policies is a duty of the state and a right of all citizens, regardless of their citation of incarceration. In addition, it is a set of measures whose purpose is to promote access to health, which is based on the promotion of actions that enable the promotion of health prevention practices and not only the diagnosis and treatment of possible pathologies. A general objective of this study is to analyze the limits of the reality of the penitentiary system to guarantee the achievement of public health practices. Thus, it was questioned that the prison system allows the means and mechanisms for access and promotion of public health policies. Therefore, it is assumed that overcrowding and the precariousness of the prison environment contributes to the spread of epidemics and diseases. In order to achieve this study, using the hypothetico-deductive method, for the purposes of this article. Although it is not an innovative study, the constant scientific studies on the penitentiary reality are necessary. It is with this set that demonstrates that research becomes justifiable.

**Key words:** Penitentiary reality. Distressed health. Public health.

## 1 INTRODUÇÃO

O Sistema Prisional Brasileiro reflete um cenário de contradição entre o mandamento constitucional de tutela da dignidade humana e as reais condições que o apenado é submetido a cumprir sua pena. As violações dos direitos dos presos, diante da omissão e falha do Estado, de conhecimento notório da população, chegando ao ponto de ser naturalizada por parcela da sociedade e muitas vezes tido como decorrência direta e previsível da prática infracional.

A consecução das políticas públicas de saúde é um dever do Estado e um direito de todos os cidadãos, independentemente, de sua citação de encarceramento. Ademais, trata-se de um conjunto de medidas cuja finalidade é promover o acesso à saúde que se baseia na promoção de ações que viabilizem a promoção de práticas de prevenção à saúde e não apenas o diagnóstico e tratamento de possíveis patologias.

Diante do exposto, o objetivo geral deste trabalho é analisar os limites da realidade do sistema penitenciário para a garantia da consecução das práticas de saúde pública. Assim, indagou-se o sistema carcerário possibilita os meios e mecanismos de acesso e promoção das políticas de saúde pública. Para tanto, parte-se do pressuposto que a superlotação e a precarização do ambiente prisional contribui, para a disseminação de epidemias e doenças. Tal como, não há por parte da gestão pública a concretização fática de uma política de saúde efetiva direcionado ao apenado.

Enquanto objetivos específicos se tem-se a abordagem da construção histórica e normativa da saúde públicas; a análise da construção do sistema carcerário brasileiro e, por fim, o exame da saúde do apenado.

Para consecução deste estudo, emprega-se uma abordagem eminentemente qualitativa, utilizando-se, para a concretização do presente artigo, em suma, do método hipotético-dedutivo. A metodologia da pesquisa é classificada como estudo exploratório que, para confirmação das hipóteses levantadas, desenvolveu-se uma pesquisa bibliográfica e documental de caráter qualitativo, com uma abordagem hipotético-dedutiva.

A superpopulação aliada à falta de estrutura física adequada, as precárias condições higiênicas e, até mesmo, a deficiente rede de saneamento básico são alguns dos elementos que corroboram para um ambiente insalubre para os

apenados. Tais fatores levam a uma desvirtualização do caráter ressocializador da pena e geram graves descumprimentos dos direitos humanos dos presos. Ainda que não se trate de um estudo inovador, se fazem precisos os constantes estudos científicos sobre a realidade penitenciária. É com esse conjunto que demonstra que a pesquisa se faz justificável.

## 2 A CONSTRUÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA

A área da saúde, fortemente conectada aos aspectos coletivos, públicos e sociais da população, tem passado ao longo do tempo por sucessivos processos de recomposição das práticas sanitárias em virtude das distintas articulações entre sociedade e Estado que definem, em cada conjuntura, as propostas sociais diante das necessidades e dos problemas de saúde vigentes (PAIM & ALVES FILHO, 1998).

A evolução da política de saúde no Brasil esteve fortemente ligada e influenciada pela realidade política da época. Dessa forma, é importante conhecer os principais acontecimentos históricos, atores e as políticas públicas em saúde que foram implementadas nos mais diversos contextos no Brasil (HASS, 2003).

### 2.1 EVOLUÇÃO HISTÓRICA MUNDIAL

As necessidades da construção de mecanismos de garantia da saúde pública surgem ligadas a preocupação com as necessidades de tutela sanitária de coleta e tratamento da água. Já na Grécia Antiga, desenvolveu-se estudos acerca da necessidade do tratamento e armazenamento dos recursos hídricos como questões pertinentes a tutela da saúde social.

A obra Ares, águas e lugares de Hipócrates, recuperada por Cairus (2005) exemplifica o reconhecimento da população grega com as consequências para a saúde da falta de tratamento sanitário. Assim expõe:

Acerca do restante das águas, quero expor detalhadamente tanto as que são malsãs, quanto as que são muito boas e todos os malefícios provenientes da água e também os benefícios, pois em grande parte (a água) contribui para a saúde. 2. Portanto, todas as que são pantanosas, estagnadas e lacustres, essas são, necessariamente, quentes e espessas no verão e têm odor, visto que não são dadas a escoamentos, mas, como a água da chuva se ajunta sempre renovada e o sol queima, é necessário que elas não tenham cor e sejam ruins e biliosas; entretanto, no inverno são congeladas, frias e turvadas pela neve e pelos gelos; de sorte que são muito fleumáticas e propícias à rouquidão. (HIPOCRATES apud CARIUS, 2005, p.96).

Em Roma, a estrutura de saneamento cumpria funções para além das necessidades sanitárias. As ruas com encanamentos serviam as fontes públicas e

os lares de cidadãos ricos que pagavam pelo privilégio (SOUSA, 2018). Ademais, nesta sociedade, também houve uma associação entre a veiculação hídrica e a propagação de pestes e doenças fazendo com que os gestores públicos criem uma rede de abastecimento de água, tal como, o afastamento das águas servidas (SOUSA, 2018).

Durante a idade média, ainda que com a diminuta vida urbana, os problemas decorrentes da falta de saneamento básico se agravaram. A falta de tratamento adequado dos dejetos orgânicos aliado a falta de coleta de lixo foram responsáveis pela disseminação de doenças infecto contagiosas a exemplo da peste negra. Lembra Souza (2014) que:

Na idade antiga os dejetos eram enterrados ou levados para longe das residências, somente as fontes públicas e as residências das famílias ricas tinham encanamentos. Isso veio persistindo também na idade média, sem nenhum avanço, a população jogava o lixo nas ruas e ali se acumulavam, disseminando doenças, onde muitas vezes ocorreram epidemias como a peste bubônica, a peste negra, onde acabou morrendo um terço da população. (SOUZA, 2014, p.09).

Outro fator que agravava as consequências da falta de saneamento, era a falta de infraestrutura, posto que, não existiam, em geral, nas cidades da Europa na Idade Média, ruas, calçadas, canalização, distribuição central de água, iluminação pública e coleta regular de lixo (EIGENHEER, 2003). Assim, a falta de políticas públicas de saneamento, aliada de práticas de higiene pessoal e familiar eram fatores que ampliavam as consequências da inexistência do tratamento de efluentes.

Com o período denominado Revolução industrial que coadunou em processo de êxodo rural, houve um notório crescimento urbano nas cidades europeias. Todavia, esse processo ocorreu de forma desordenada e ampliando as condições insalubres nos ambientes urbanos. Diante disto, afirma Souza (2014) que:

Após veio a Revolução Industrial, trazendo as famílias nas áreas rurais para a cidade, onde houve uma piora com acúmulo do lixo nas ruas, os rios passaram a sofrer com o efeito da poluição, ocasionando uma instabilidade no ecossistema com a mortandade de peixes e para a saúde humana com a transmissão da cólera. (SOUZA, 2014, p.10)

O inchaço demográfico coadunou em um processo de saturação do espaço urbano. O centro da antiga cidade era cada vez mais claramente incapaz de



suportar o peso de um organismo tão crescido; as velhas casas pareciam inadequadas face às exigências higiênicas da cidade industrial (BENÉVOLO, 1989). Inserido em tal contexto, Engels (2018) descreve a sua realidade como:

Ruas não são uniformes, cheias de buracos e em parte não calçadas e sem esgotos. Lixo, refúgios e lodo nauseante são encontrados por toda parte em enormes quantidades, no meio de poças permanentes, a atmosfera está empestada por suas exalações e turva e poluída por uma dúzia de chaminés; uma multidão de mulheres e de crianças esfarrapadas vagueia pelos arredores, sujas como os porcos que se deleitam sobre os montes de cinzas e nas poças. (ENGELS, 2018, p.01, tradução nossa).

As péssimas condições de vida e higiene não estavam adstritas às camadas mais pobres da população. Suas consequências atingiam a sociedade como um todo causando um ambiente de proliferação de pragas e doenças. Como resultado, os índices de mortalidade em detrimento de uma baixa expectativa de vida. Neste sentido, Santos (1980) analisa da falta de saneamento urbano e a mortalidade da época:

Os Índices de mortalidade eram altíssimos na Europa., apresenta alguns dados ilustrativos deste processo. As taxas de mortalidade na Europa Ocidental eram da ordem de 30% no começo do século XIX, e ainda de 18% em 1900 Os índices acentuam-se à medida que tomamos dados para as grandes cidades: a taxa de mortalidade em Paris era de 29,8% entre 1851 e 1855 e de 24,4% entre 1881 e 1885. Ainda há que se considerar que a mortalidade infantil era alta, e que na Inglaterra, por exemplo, na metade do século XIX, a mortalidade no meio urbano era 25% maior que no meio rural (SANTOS, 1980, p.49).

Trata-se de um período marcado pelas altas taxas de mortalidades e que se correlacionam diretamente ao processo de êxodo rural. Normas efetivas sobre a saúde pública estão ligadas com o advento da idade moderna e a consecução de políticas públicas pelos estados nacionais.

## 2.2 A REALIDADE BRASILEIRA

Acompanhando o cenário mundial, o crescimento demográfico brasileiro também não foi acompanhando de uma construção da saúde pública foi ligada diretamente a consecução de políticas de saneamento básico. Lembra Bueno (2012)

que eram comuns que escravos carregassem em baldes dejetos de seus senhores para lança-los em um afluente próximo, quando em ruas menos movimentadas.

De forma efetiva, poucas foram às medidas por parte do Estado de intervenção na realidade social colonial com o objetivo de garantir condições mínimas de higiene e saneamento. Ainda assim, Cavinatto (1998) destaca algumas destas:

Foram criadas leis que fiscalizavam os Portos e evitavam a entrada de navios com pessoas doentes. O Brasil foi um dos primeiros países do mundo a implantar redes de coleta para o escoamento da água da chuva. Porém, o sistema foi instalado somente no Rio de Janeiro e atendia a área da cidade onde se instalava a aristocracia. Os Arcos da Lapa foram o primeiro aqueduto construído no Brasil em 1723 (CAVINATTO, 1998, p.201).

Ainda que tímido o processo de urbanização, as cidades brasileiras retratavam um cenário de descaso no tocante um efetivo programa de saneamento básico. Atrelado a isto, as condições de higiene pessoal também se davam de forma precária o que ampliava, ainda mais, a propagação de doenças e pestes. Neste sentido, Pechman (2002) faz uma comparação entre a falta de higiene corporal e a urbana durante o Brasil colônia.

O corpo, como metáfora da cidade, revela-se diante da ameaça das epidemias que periodicamente a assolam. O perigo de as epidemias se tornarem, pela desordem social que provocam, um elemento desestabilizador da sociedade, invoca a intervenção da medicina no sentido de devolver a saúde e logo a ordem à vida urbana. Frente à ameaça da morte, a medicina reivindica para si a perpetuação da vida. À desordem pestilencial e ao caos social, a medicina responde com um projeto de política que assinalará no nascimento da medicina social (PECHMAN, 2002, pp. 176-177).

A chegada da família real pouco alterou o cenário de caos urbanos. Até o fim do século XIX poucas foram às melhorias de fato nas cidades brasileiras. Não havia água encanada, a rede de esgoto era pequena e precária, as ruas eram estreitas, tortuosas e escuras, o transporte era rudimentar e não havia ainda nem mesmo porto que substituísse os velhos trapiches (PECHMAN, 2002).

Com a evolução das relações sociais, a economia brasileira era fundamentada na agricultura, sendo seu principal produto o café, produzido para exportação. Assim, era importante que os espaços de circulação desta mercadoria

fossem saneados, principalmente a região dos portos, e que as doenças que prejudicassem as exportações (como a peste, a cólera e a varíola) estivessem devidamente sob controle (ANDRADE et alli, 2001). Nesse período, foram criados e implementados por Oswaldo Cruz os serviços e programas de Saúde Pública em nível nacional.

Formou-se nesse período um modelo de saúde caracterizado pelas campanhas sanitárias, destinado a combater as epidemias urbanas e endemias rurais (LUZ, 1991). No campo individual os serviços de saúde eram particulares. Os que não podiam arcar com as consultas recorriam às instituições de caridade (geralmente as Santas Casas de Misericórdia) (ANDRADE et alli, 2001).

Nos anos 20 foram criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). De acordo com Hass (2003, p.13): "as CAPs eram organizadas por empresas, por meio de um contrato compulsório e sob a forma contributiva, tinham como função a prestação de benefícios (pensões e aposentadorias) e a assistência médica a seus filiados e dependentes".

Este período foi marcado por diversas crises econômicas, como a crise mundial de 1929 e a crise no sistema cafeeiro brasileiro, prejudicando a hegemonia das oligarquias cafeeiras. Neste cenário, inicia-se a era Vargas, marcada por um governo de poder centralizado, no qual o governo federal ampliou sua área de atuação e controle, inclusive na área de saúde (IYDA, 1994).

Neste período as CAPs serão unificadas e convertidas nos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) que vão sendo gradativamente criados, agora agrupando os trabalhadores por categorias profissionais (HASS, 2003). No entanto, a ampliação da assistência médica nos serviços de saúde enfrentou diversos obstáculos tendo em vista o fraco desenvolvimento das forças produtivas no campo da saúde (dispersão populacional, ausência de produção de bens de consumo duráveis e pequeno número de profissionais formados) (IYDA, 1994). E a assistência a saúde para a classe não trabalhadora ainda era realizada nas instituições de caridade.

Esse período ficou conhecido pela tentativa de implementação de um projeto nacional de desenvolvimento econômico modernizado, estando integrado à ordem capitalista industrial, e pela crise do regime populista e nacionalista ocorrida nos anos 60 (LUZ, 1991).

Com a industrialização acelerada durante a década de 50, o sistema previdenciário cresceu muito em quantidade de recursos, aparato industrial como também em clientela a ser acobertada. O aumento de benefícios, contudo, não foi acompanhado de aumento da receita, levando a uma crise no sistema previdenciário, que passou a ser deficitário no início dos anos 60 (HASS, 2003).

No que diz respeito à saúde, continuou o modelo de práticas de campanhas, com a criação de vários serviços de combate as endemias. No ano de 1953 o Ministério da Saúde foi criado, incorporando o antigo Departamento Nacional de Saúde, mantido com orçamento bastante escasso. O início da década de 1960 foi marcado por insatisfações populares. A sociedade brasileira estava altamente e em pouco tempo urbanizada e industrializada, mesmo assim a dicotomia entre a Saúde Pública e a atenção individual persistia (ANDRADE et alli, 2001).

A partir do golpe militar de 1964, mudou-se a concepção de vários setores administrativos que compõem o Estado. DURANTE ESTE PERÍODO, implantou-se o projeto de unificação da Previdência social, criando-se o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Esta política não beneficiou a maioria das categorias, mas agiu a favor dos trabalhadores especializados e os profissionais alocados nos setores de ponta da economia. A saúde passou então a ser vista como um bem de consumo. Especificamente, um bem de consumo médico (LUZ, 1991).

Neste período o Brasil passa a possuir o modelo médico assistencial-privatista, focado nas especialidades médicas e em detrimento daqueles que não podiam contribuir com a previdência para ter direito de assistência à saúde (WESTPHAL e ALMEIDA, 2001).

O sistema de saúde apresentava graves problemas e continuava sem atender a maior parcela da população. E foi neste período, embasado também por uma forte crise econômica, que surgem os alicerces ideológicos para consolidar o movimento da Reforma Sanitária (HASS, 2003). A Reforma Sanitária foi importante por projetar o Sistema Único de Saúde (SUS). Nessa reforma, houve o reconhecimento de que saúde é expressão das modalidades de organização social e econômica assumida como dever do Estado (ALVES; ARRATIA; SILVA, 1996).

Este período foi marcado pelo fim da ditadura militar e instauração de um governo democrático. Foi neste período que ocorreu a VIII conferência de saúde, com realização da Reforma Sanitária. De acordo com Hass (2003),

Em agosto de 1985 foi instituída, através de portaria do Ministério da Saúde, a Comissão Organizadora da VIII Conferência Nacional de Saúde, formada por parlamentares, representantes de entidades sindicais de trabalhadores e empregadores, órgãos de classe dos profissionais de saúde, partidos políticos, instituições públicas envolvidas com a área da saúde e entidades representativas da sociedade civil. Realizada em março de 1986, em Brasília, teve como temário central a saúde como direito inerente à cidadania; a reformulação do Sistema Nacional de Saúde em consonância com os princípios de universalização, participação e descentralização; a integração orgânico-institucional; a redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, estados, territórios e municípios) na prestação de serviços de saúde; e o financiamento do setor saúde (HASS, 2003, p.23).

Em consequência da transição democrática do Brasil, foi elaborada e aprovada a nova e atual Constituição Federal (CFRB/88), em 1988, que trouxe avanços no tocante ao sistema de proteção social. O atual texto constitucional sela não mais um sistema de seguro social, mas de seguridade social, constituído por um conjunto integrado de ações assegurando os direitos relativos à saúde, assistência e Previdência Social (COHN e ELIAS, 1996). De acordo com Hass (2003),

A Constituição de 1988 incorporou mudanças no papel do Estado e alterou profundamente o arcabouço jurídico-institucional do sistema público de saúde, criando novas relações entre as diferentes esferas de governo, novos papéis entre os atores do setor, dando origem, enfim, ao Sistema Único de Saúde (SUS)(HASS, 2003, p. 24).

É no capítulo de Seguridade Social que se encontra todas as informações referentes ao sistema oficial de saúde brasileiro, destacando-se o artigo 198 que propõe que o Sistema Único de Saúde, através da rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços públicos de saúde, siga diretrizes de descentralização com direção única em cada esfera de governo, de atendimento integral preventivo/assistencial e de participação da comunidade (ANDRADE; SOARES; CORDONI JUNIOR, 2001).

### 3 SISTEMA PRISIONAL BRASILEIRO

Entende-se por sistema prisional o conjunto das unidades prisionais de cumprimento de pena de regime aberto fechado e semiaberto para pessoas do sexo feminino e masculino, independentemente de suas acepções de gêneros, e aqueles. Tal como, essas instituições comportam pessoas que apesar de não haver transito em julgado do seu processo, encontra-se em situação de reclusão.

Conforme o Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), as instituições penitenciárias têm por finalidade induzir, apoiar e atuar na execução penal brasileira, promovendo a dignidade humana, com profissionalismo e transparência, com vistas a uma sociedade justa e democrática (DEPEN, 2018). Para a consecução de tal fim, as instituições devem basear-se em valores como: ética e transparência, profissionalismo, lealdade, excelência e protagonismo, diálogo com a sociedade (DEPEN, 2018).

#### 3.1 CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DO APRISIONAMENTO

Na Antiguidade, o termo privação de liberdade total não era conhecido, sendo considerada sanção penal. O aprisionamento de delinquentes não era encarado como pena, mas como forma de preservar os réus até seu julgamento ou execução. Nas civilizações mais antigas, a prisão servia de contenção para fins de custódia e tortura. Não existia uma arquitetura penitenciária própria, por essa razão os acusados eram mantidos em diversos lugares até o julgamento, como conventos abandonados, calabouços, torres, entre outros (DAMÁZIO, 2010).

Diante disto, Magnabosco (2018) descreve a prática das penas durante a idade média:

As sanções da Idade Média estavam submetidas ao arbítrio dos governantes, que as impunham em função do "status" social a que pertencia o réu. A amputação dos braços, a forca, a roda e a guilhotina constituem o espetáculo favorito das multidões deste período histórico. Penas em que se promovia o espetáculo e a dor, como por exemplo a que o condenado era arrastado, seu ventre aberto, as entranhas arrancadas às pressas para que tivesse tempo de vê-las sendo lançadas ao fogo. Passaram a uma execução capital, a um novo tipo de mecanismo punitivo (MAGNABOSCO, 2018, p. 1).

Com o advento da modernidade, a intervenção e o poder punitivo do Estado passa a ser questionado pela sociedade. Ademais, com o período da Revolução Francesa e a promulgação da Declaração de Direitos do Homem e do Cidadão (DDHC), de 26 de agosto de 1789, tem-se a garantia dos direitos do indivíduo em decorrência da execução do processo penal. Dentre outros, destaca-se o art. 7º do referido documento que estabelece que:

Ninguém pode ser acusado, preso ou detido senão nos casos determinados pela lei e de acordo com as formas por esta prescritas. Os que solicitam, expedem, executam ou mandam executar ordens arbitrárias devem ser punidos; mas qualquer cidadão convocado ou detido em virtude da lei deve obedecer imediatamente, caso contrário torna-se culpado de resistência. (DDHAC, 1789, p.01).

Em meados do século XVIII, Cesare Beccaria e John Howard foram importantes por provocar alterações nas concepções pedagógicas de pena e por combater os abusos e torturas que se realizavam em nome do direito penal (ALMEIDA, 2006). Analisando o período, expõe Damázio (2018) que:

Na Idade Moderna, a pobreza se estendeu por toda Europa e contribuiu para o aumento da criminalidade, de modo que a pena de morte deixou de ser uma solução diante de tanta delinquência. Desta forma, em meados do século XVI, iniciou-se um movimento para a criação e construção de prisões organizadas para a correção dos apenados, com o conseqüente desenvolvimento das penas privativas de liberdade. Estas prisões tinham como finalidade reformar os delinquentes por meio do trabalho e da disciplina. E a prevenção geral era o seu objetivo, uma vez que se pretendia desestimular outros da vadiagem (DAMÁZIO, 2010, p.37).

Com o passar do tempo, as questões punitivas foram mais estudadas e ganhou nos debates sobre a teoria social no século XX, sobretudo a partir do impacto de trabalhos como os de Michel Foucault (DAMÁZIO, 2010). O mesmo trata do processo que levou a prisão a evoluir de um aparelho marginal ao sistema punitivo, a uma posição de centralidade como aparelho do controle social, cujo principal efeito é promover no detento um estado consciente e permanente de visibilidade que assegura o funcionamento automático do poder (FOUCAULT, 2004).

Analisando a construção do sistema penitenciário moderno, Foucault (2004) descreve a forma como o Estado constrói seus estabelecimentos prisionais a fim de ampliar o controle do apenado e tornar o ambiente carcerário um local mais hostil. Assim, descreve:

Na periferia uma construção em anel; no centro, uma torre; esta é vazada de largas janelas que se abrem sobre a face interna do anel; a construção periférica é dividida em celas, cada uma atravessando toda a espessura da construção; elas têm duas janelas, uma para o interior, correspondendo às janelas da torre; outra, que dá para o exterior, permite que a luz atravesse a cela de lado a lado. Basta então colocar um vigia na torre central, e em cada cela trancar um louco, um doente, um condenado, um operário ou um escolar. Pelo efeito da contraluz, pode-se perceber da torre, recortando-se exatamente sobre a claridade, as pequenas silhuetas cativas nas celas da periferia. Tantas jaulas, tantos pequenos teatros, em que cada ator está sozinho, perfeitamente individualizado e constantemente visível. (FOUCAULT, 2004, p.177).

O Brasil, até 1830, pelo fato de ser ainda uma colônia portuguesa, não possuía nenhum tipo de Código Penal próprio, de maneira que ficavam submetidas às Ordenações Filipinas, que determinava crimes e penas que seriam aplicadas no Brasil. Pena de morte, degredo para as galés e outros lugares, penas corporais (como açoite, mutilação, queimaduras), confisco de bens e multa e ainda penas como humilhação pública do réu eram exemplos de penas aplicadas nessa época.

A previsão do cerceamento e privação de liberdade não existia, tendo em vista que as ordenações eram do século XVII, enquanto que os movimentos reformistas penitenciários começam somente no fim do século seguinte. Nesta época, portanto, as prisões funcionavam apenas locais de custódia (SANTIS & ENGBRUCH, 2016).

Em 1830, por meio da criação do Código Criminal do Império, a pena de prisão passa a ser introduzida no Brasil de duas maneiras: a prisão simples e a prisão com trabalho, a qual podia ser perpétua. O Código não estabelece nenhum sistema penitenciário específico, ficando a cargo dos governos provinciais a escolha do tipo de prisão e seus regulamentos.

Nesta época, as penitenciárias do país possuíam estruturas extremamente precárias. Por tal motivo é criada uma Lei Imperial que determina a elaboração de comissões com o objetivo de visitar as prisões, para avaliar o seu estado e as melhorias necessárias a serem feitas (SANTIS & ENGBRUCH, 2016). Ainda de acordo com Santis & Engbruch (2016):

Em 1890, o novo Código Penal aboliu as penas de morte, penas perpétuas, açoite e as galés e previa quatro tipos de prisão: celula; reclusão em “fortalezas, praças de guerra ou estabelecimentos militares”, destinada aos crimes políticos; prisão com trabalho que era “cumprida em penitenciárias agrícolas, para esse fim destinadas, ou em presídios militares; e disciplinar, cumprida em



estabelecimentos especiais para menores de 21 anos. Uma inovação desse Código foi estabelecer limite de 30 anos para as penas (SANTIS & ENGBRUCH, 2016, p.01).

Contudo, um grande problema surge no decorrer do tempo, pois o sistema prisional começa a mostrar sinais de lotação e de deterioração pelo excesso de apenados. De acordo com Santis & Engruch (2016),

Desde a promulgação do Código Criminal de 1830, já se percebia uma escassez de estabelecimentos para o cumprimento das penas previstas no Código. A realidade no novo Código de 1890 é a mesma, enquanto a maioria dos crimes previa pena de prisão celular (que envolvia trabalhos dentro do presídio) não existiam estabelecimentos desse tipo para o cumprimento e havia um déficit de vagas enorme. Novamente o legislador se vê obrigado a criar alternativas para o cumprimento dessas penas (SANTIS & ENGBRUCH, 2016, p.01).

Com o advento da Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), de 10 de dezembro 1948, os direitos dos encarcerados passaram a ser tutelados a partir uma perspectiva a tutelar os direitos humanos quando do cumprimento de sua sentença. Assim, o art. 11, dispõe que:

1. Todo ser humano acusado de um ato delituoso tem o direito de ser presumido inocente até que a sua culpabilidade tenha sido provada de acordo com a lei, em julgamento público no qual lhe tenham sido asseguradas todas as garantias necessárias à sua defesa. 2. Ninguém poderá ser culpado por qualquer ação ou omissão que, no momento, não constituíam delito perante o direito nacional ou internacional. Também não será imposta pena mais forte de que aquela que, no momento da prática, era aplicável aos atos delituosos. (DUDH, 1948, p.01).

Outro importante documento de preservação dos direitos da pessoa humana é a Convenção Americana Sobre Direitos Humanos (CADH), em 22 de novembro de 1969, que veda que os países signatários passem a adotar a pena de morte como forma punitiva. Tal como, veda que aqueles países que já tenham revogado esta modalidade punitiva voltem a estabelecer em seu ordenamento. Assim, em seu art. 4º, dispõe que:

1. Toda pessoa tem o direito de que se respeite sua vida. Esse direito deve ser protegido pela lei e, em geral, desde o momento da concepção. Ninguém pode ser privado da vida arbitrariamente; 2. Nos países que não houverem abolido a pena de morte, esta só poderá ser imposta pelos delitos mais graves, em cumprimento de

sentença final de tribunal competente e em conformidade com lei que estabeleça tal pena, promulgada antes de haver o delito sido cometido. Tampouco se estenderá sua aplicação a delitos aos quais não se aplique atualmente; 3. Não se pode restabelecer a pena de morte nos Estados que a hajam abolido; 4. Em nenhum caso pode a pena de morte ser aplicada por delitos políticos, nem por delitos comuns conexos com delitos políticos; 5. Não se deve impor a pena de morte a pessoa que, no momento da perpetração do delito, for menor de dezoito anos, ou maior de setenta, nem aplicá-la a mulher em estado de gravidez. (CADH, 1969, p.01).

Ademais, o Pacto de San José da Costa Rica, como é conhecida a referida Convenção, estabelece que o Estado signatários devem cumprir os requisitos de devido processo legal. Ou seja, não há que haver processo de execução penal sem que haja fato típico anteriormente estabelecido em lei, tal como é garantido aos sujeitos processuais o direito de intervir na marcha processual e poder influenciar na decisão do magistrado. Assim, em seu art. 9º, estabelece que:

Ninguém pode ser condenado por ações ou omissões que, no momento em que forem cometidas, não sejam delituosas, de acordo com o direito aplicável. Tampouco se pode impor pena mais grave que a aplicável no momento da perpetração do delito. Se depois da perpetração do delito a lei dispuser a imposição de pena mais leve, o delinqüente será por isso beneficiado. (CADH, 1969, p.01).

A Comissão sobre Prevenção ao Crime e Justiça Criminal, realizada entre 18 a 22 de maio de 2015, objetiva o cumprimento de regras mínimas universais para a o tratamento do encarcerado pautado na observação das regras de dignidade humana. Assim, as Regras de Mandela, como ficou conhecido o referido documento, estabelece em, sua regra 1º que:

Todos os presos devem ser tratados com respeito, devido a seu valor e dignidade inerentes ao ser humano. Nenhum preso deverá ser submetido a tortura ou tratamentos ou sanções cruéis, desumanos ou degradantes e deverá ser protegido de tais atos, não sendo estes justificáveis em qualquer circunstância. A segurança dos presos, dos servidores prisionais, dos prestadores de serviço e dos visitantes deve ser sempre assegurada. (CNJ, 2016, p.19).

O referido documento ainda estabelece que a pena deve cumprir uma função de ressocialização. Tal como, cabe ao sistema prisional desenvolver meios e instrumentos capaz de promover a reintegração quando do egresso do sistema carcerário. Assim, em sua regra 4º, dispõe que:

Os objetivos de uma sentença de encarceramento ou de medida similar restritiva de liberdade são, prioritariamente, de proteger a sociedade contra a criminalidade e de reduzir a reincidência. Tais propósitos só podem ser alcançados se o período de encarceramento for utilizado para assegurar, na medida do possível, a reintegração de tais indivíduos à sociedade após sua soltura, para que possam levar uma vida autossuficiente, com respeito às leis. 2. Para esse fim, as administrações prisionais e demais autoridades competentes devem oferecer educação, formação profissional e trabalho, bem como outras formas de assistência apropriadas e disponíveis, inclusive aquelas de natureza reparadora, moral, espiritual, social, esportiva e de saúde. Tais programas, atividades e serviços devem ser oferecidos em consonância com as necessidades individuais de tratamento dos presos.

Diante da promulgação de tais documentos, o ordenamento jurídico brasileiro passa a promulgar normas que viabilizem a concretização dos direitos humanos. Todavia, o Brasil na atualidade enfrenta uma realidade caracterizada pelo abandono do sistema prisional, o qual deveria ser um instrumento de ressocialização, muitas vezes, está atuando como escola do crime, devido à forma como é tratado pelo estado e pela sociedade (ASSIS, 2007).

### 3.2 A REALIDADE DO SISTEMA CARCERÁRIO

A tutela da pessoa em situação de cumprimento de pena reclusão em instituição é dever do Estado. Assim, cabe ao poder estatal a promoção de todas as condições necessárias para que as pessoas em situação de encarceramento tenham uma vida digna. Trata-se de um mandamento constitucional direcionada a todos as instancias estatais daqueles que serão responsáveis pela tutela do apenado. Diante disto, a CFRB/88, em seu art. 5º, estabelece que:

Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: XLIX - é assegurado aos presos o respeito à integridade física e moral. (BRASIL, 1988, p.01).

Todavia, analisando o cenário penitenciário brasileiro, Praciano (2007) afirma que trata-se de um ambiente além de hostil, a alocação humana em ambiente insalubre e sem perspectivas de mudança. Assim, dispõe o autor:

A punição não consiste tão somente na privação de liberdade do criminoso, e sim em estar encarcerado em uma prisão com

condições inabitáveis para um ser humano, visto que o criminoso fica preso no estabelecimento prisional para receber a pena, mas não somente para cumprir a pena. Dentro desta perspectiva, o Estado se sente cumpridor do seu papel, por amontoar os presos nos estabelecimentos prisionais, assim a sociedade se sente “protegida”. Na verdade, a sociedade livre encontra-se separada, por muralhas e trancas, daqueles que violaram o contrato social. E para isso não importa quantos criminosos estejam nas prisões e em que condições eles estejam inseridos; não importa se o estabelecimento prisional excedeu a sua capacidade de lotação, muito menos se há limite ao número de excedentes. (PRACIANO, 2007, p. 81-82)

Diante disto, a LEP/84, em seu art. 1, afirma que execução penal tem por objetivo efetivar as disposições de sentença ou decisão criminal e proporcionar condições para a harmônica integração social do condenado e do internado. Ademais, no art. 40, o referido documento esclarece que impõe-se a todas as autoridades o respeito à integridade física e moral dos condenados e dos presos provisórios.

Ademais, o legislador trata de estabelecer um rol de direitos e garantias que devem ser observados pelo Estado quando do cumprimento do regime de cumprimento de pena. Assim, o art. 41, dispõe que:

Constituem direitos do preso: I - alimentação suficiente e vestuário; II - atribuição de trabalho e sua remuneração; III - Previdência Social; IV - constituição de pecúlio; V - proporcionalidade na distribuição do tempo para o trabalho, o descanso e a recreação; VI - exercício das atividades profissionais, intelectuais, artísticas e desportivas anteriores, desde que compatíveis com a execução da pena; VII - assistência material, à saúde, jurídica, educacional, social e religiosa; VIII - proteção contra qualquer forma de sensacionalismo; IX - entrevista pessoal e reservada com o advogado; X - visita do cônjuge, da companheira, de parentes e amigos em dias determinados; XI - chamamento nominal; XII - igualdade de tratamento salvo quanto às exigências da individualização da pena; XIII - audiência especial com o diretor do estabelecimento; XIV - representação e petição a qualquer autoridade, em defesa de direito; XV - contato com o mundo exterior por meio de correspondência escrita, da leitura e de outros meios de informação que não comprometam a moral e os bons costumes. XVI – atestado de pena a cumprir, emitido anualmente, sob pena da responsabilidade da autoridade judiciária competente. (BRASIL, 1984, p.01).

Contudo, conforme dados do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), atualmente o país possui 672.181 pessoas em situação de regime de cumprimento de pena em 2.629 unidades penitenciárias. Todavia, estas instituições possuem disponibilidade para comportar 408.352 pessoas, ou seja, 263.829 pessoas são colocadas de forma inapropriada para o cumprimento de suas sentenças.

Ainda conforme o CNJ, 309.138 pessoas cumprem pena em regime fechado; 105.358 cumprem em regime semiaberto; 9.281 em regime aberto; 250.588 estão em situação de prisão provisória e 3.209 estão em situação de cumprimento de medida de segurança (CNJ, 2018).

Todavia, como já exposto, a questão social da realidade carcerária não é um nova problemática para o poder público e sociedade. Conforme Oliveira (1997), o sistema carcerário brasileiro sempre cumpriu uma função de algoz do encarcerado. Ademais, complementa o autor:

Um aparelho destruidor de sua personalidade, pelo qual: não serve o que diz servir; neutraliza a formação ou o desenvolvimento de valores; estigmatiza o ser humano; funciona como máquina de reprodução da carreira no crime; introduz na personalidade e prisionalização da nefasta cultura carcerária; estimula o processo de despersonalização; legitima o desrespeito aos direitos humanos.(OLIVEIRA, 1997, p.55)

Imerso em um cenário de caos, alguns juízes de forma evitar a violação das garantias dos encarcerados, estão proibindo a entrega de novos presos em determinadas unidades prisionais. Destaca-se a decisão do O juiz substituto da 16ª Vara Criminal de Maceió Ricardo Jorge Cavalcante Lima, por meio da Portaria nº 03, proibiu a entrada de presos no sistema prisional da Capital, oriundos de delegacias e presídios da Capital e Interior, em virtude da superpopulação carcerária nas penitenciárias (CNJ, 2018a).

Diante da repercussão nacional da decisão do referido magistrado, o CNJ (2018) esclarece que:

Segundo as informações, a atual situação do sistema carcerário é bastante precária. Na Penitenciária Masculina Baldomero Cavalcante de Oliveira e no Presídio Masculino professor Cyridião Durval e Silva, o número da população ultrapassa mais de 60% da capacidade, enquanto que, na Casa de Detenção de Maceió, esse valor é de 30%. Além disso, o Presídio Feminino Santa Luzia também já atingiu seu limite máximo. Antes de editar a portaria, o juiz Ricardo Jorge ouviu o Ministério Público Estadual, que se manifestou favorável à vedação da entrada de mais presos nas penitenciárias. (CNJ, 2018a, p.01)

De acordo com Assis (2007), o Estado não vem cumprindo o que foi estabelecido em diversos diplomas legais, como a Lei de Execuções Penais (LEP/84), CFRB/88, Código Penal (CP/40), além das regras internacionais, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH/1948), a Declaração Americana

de Direitos e Deveres do Homem, Resolução da ONU, dentre outros documentos que disciplinam o tratamento do encarcerado a partir de regras mínimas de tratamento do preso que viabilizem o cumprimento dos direitos humanos do apenado.

Cabe ressaltar ainda, que o já a mencionada Regras de Mandela, estabelece em sua regra 5º, que:

O regime prisional deve procurar minimizar as diferenças entre a vida no cárcere e aquela em liberdade que tendem a reduzir a responsabilidade dos presos ou o respeito à sua dignidade como seres humanos. 2. As administrações prisionais devem fazer todos os ajustes possíveis para garantir que os presos portadores de deficiências físicas, mentais ou outra incapacidade tenham acesso completo e efetivo à vida prisional em base de igualdade. (CNJ, 2016, p.01).

Muitos são os exemplos de flagrantes do descumprimento das normas de tutela do preso quando da análise da realidade carcerária brasileira. Outro fator é que o sistema carece de instrumentos que concretizem e viabilizem as práticas de ressocialização. Assim, de acordo com Dulus & Hartmann (2018),

O problema maior é que, nesses estabelecimentos, não há possibilidade de trabalho ou de estudo por parte do preso e, a superlotação das celas é ainda mais acentuada, chegando a ser em média de 5 presos para cada vaga, quando nas penitenciárias a média é de 3,3 presos/vaga. As instalações nesses estabelecimentos são precárias, inseguras, e os agentes responsáveis pela sua administração não tem muito preparo para a função, e muitas vezes o que se tem visto é a facilitação por parte desses funcionários para a fuga de detentos ou para que estes possam ser arrebatados por membros de sua organização criminosa (DULIUS & HARTMANN, 2018, p. 01).

Neste sentido, a imagem do preso como sendo um ser humano capaz de se recuperar precisa ser fortalecida, pois na maioria dos casos o preso acaba sendo vítima do sistema, sendo que se for tratado com atenção, poderá retornar ao convívio social. É importante uma política de inclusão, que trate o preso como preso, mas em primeiro lugar como ser humano e que este possa ser muito útil a sociedade, após sua reabilitação (DULIUS & HARTMANN, 2018).

Ademais, ressalta Gecco (2011) que:

Veja-se, por exemplo, o que ocorre com o sistema penitenciário brasileiro. Indivíduos que foram condenados ao cumprimento de uma pena privativa de liberdade são afetos, diariamente, em sua

dignidade, enfrentando problemas como superlotação carcerária, espancamentos, ausência de programas de reabilitação, falta de cuidados médicos, etc. A ressocialização do egresso é uma tarefa quase impossível, pois não existem programas governamentais para a sua reinserção social, além do fato de a sociedade, hipocritamente, não perdoar aquele que já foi condenado por ter praticado uma infração penal. (GRECO, 2011, p.103).

Muitos são os aspectos que devem levados em consideração para que a Pena cumpra sua função social. Dentre estas, destacam-se a humanização da sanção penal; a garantia dos direitos fundamentais do condenado; a busca da ressocialização do sentenciado e a informatização e desburocratização dos procedimentos relativos à execução penal são alguns dos princípios que nortearam esse trabalho (CNJ, 2018a).

## 4 DO DIREITO FUNDAMENTAL A SAÚDE DO APENADO

Diante do exposto, cabe ao Estado o dever de criar mecanismos que garantam a tutela ao direito fundamenta à saúde da pessoa em regime de cárcere. Neste sentido, a LEP/84, seu art. 11, dispõe que cabe a unidade prisional à assistência saúde do encarcerado.

### 4.1 BREVE ACEPÇÕES DE DIREITOS HUMANOS E FUNDAMENTAIS

A dignidade da pessoa humana é um princípio intangível, assim deve ser concebida como um fim a ser perseguido, preservado e fortalecido. Trata-se de um valor supremo, estando diretamente relacionada com a satisfação das necessidades básicas do ser humano. Diante disto, o preâmbulo da DUDH (1948), estabelece que:

A presente declaração Universal dos Direitos Humanos como o ideal comum a ser atingido por todos os povos e todas as nações, com o objetivo de que cada indivíduo e cada órgão da sociedade tendo sempre em mente esta Declaração, esforce-se, por meio do ensino e da educação, por promover o respeito a esses direitos e liberdades, e, pela adoção de medidas progressivas de caráter nacional e internacional, por assegurar o seu reconhecimento e a sua observância universais e efetivos, tanto entre os povos dos próprios Países-Membros quanto entre os povos dos territórios sob sua jurisdição. (ONU, 1948, p.01).

Assim, a tutela da dignidade humana se estabelece a partir da consecução de um rol de direitos e garantias em diversos âmbitos. Dentre estes, destaca-se o respeito à liberdade e à igualdade dentre todos os seres humanos. Neste sentido, a DUDH (1948) em seu art. 1º, promulga que todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotados de razão e consciência e devem agir em relação uns aos outros com espírito de fraternidade.

Ou seja, trata-se de um valor inerente ao ser humano que, por si só, justifica que o Estado e a Sociedade respeitem seu conjunto de direitos que só poderá ser mitigado em face de outro direito com a mesma envergadura. Ademais, lembra Sarlet (2001) que:

Cada ser humano é, em virtude de sua dignidade, merecedor de igual respeito e consideração no que diz com a sua condição de pessoa, e que tal dignidade não poderá ser violada ou sacrificada nem mesmo para preservar a dignidade de terceiros, não afasta uma



certa relativização ao nível jurídico-normativo. Mesmo prevalecendo em face dos demais princípios do ordenamento, não há como afastar a necessária relativização do princípio da dignidade da pessoa em homenagem à igual dignidade de todos os seres humanos (SARLET, 2001, p.77).

Bem é verdade q supracitada declaração não é o primeiro documento formal a reconhecer os direitos humanos. Todavia, modernamente, é um documento que serve como parâmetro para a construção dos mais diversos pactos e ordenamentos jurídicos nacionais. Ademais, sua forte característica é consagrar a tutela dos direitos humanos como inseparáveis da noção de paz e justiça.

Neste sentido, Sarlet (2001) esclarece que

A expressão Direitos Humanos é a que tem mais se generalizado para abranger as declarações e mecanismos de proteção do ser humano contra os abusos do poder. Mas tem se visto empregarem-se as expressões “direitos humanos” e “direitos fundamentais” como sinônimos. Embora ambas se refiram aos direitos da humanidade, doutrinariamente diferem-se uma vez que aos “ ‘direitos fundamentais’ se aplica para aqueles direitos do ser humano reconhecidos e positivados na esfera do direito constitucional positivo de determinado Estado, ao passo que a expressão ‘direitos humanos’ guardaria relação com documentos de direito internacional, [...]” (SARLET, 2012, p. 29)

Assim, a dignidade humana em sua dimensão axiológica é um valor abstrato e um fim a ser perseguido pelo Estado e sociedade em suas diversas acepções. Diante disto, Moraes (2013) leciona que:

A dignidade da pessoa humana é um valor espiritual e moral inerente à pessoa, que se manifesta singularmente na autodeterminação consciente e responsável da própria vida e que traz consigo a pretensão ao respeito por parte das demais pessoas, constituindo-se em um mínimo invulnerável que todo estatuto jurídico deve assegurar, de modo que apenas excepcionalmente possam ser feitas limitações ao exercício dos direitos fundamentais, mas sempre sem menosprezar a necessária estima que merecem todas as pessoas enquanto seres humanos. (MORAES, 2013, p.129).

Ademais, em seu art. 7º, a DUDH (1948), esclarece que: todos são iguais perante a lei e têm direito, sem qualquer distinção, a igual proteção da lei. Todos têm direito a igual proteção contra qualquer discriminação que viole a presente Declaração e contra qualquer incitamento a tal discriminação.

No que tange aos direitos fundamentais, leva-se em consideração para a consecução deste estudo, tem-se que conforme Sarlet (2006):

Em que pese sejam ambos os termos ('direitos humanos' e 'direitos fundamentais') comumente utilizados como sinônimos, a explicação corriqueira e, diga-se de passagem, procedente para a distinção é de que o termo 'direitos fundamentais' se aplica para aqueles direitos do ser humano reconhecidos e positivados na esfera do direito constitucional positivo de determinado Estado, ao passo que a expressão 'direitos humanos' guardaria relação com os documentos de direito internacional, por referir-se àquelas posições jurídicas que se reconhecem ao ser humano como tal, independentemente de sua vinculação com determinada ordem constitucional, e que, portanto, aspiram à validade universal para todos os povos e tempos, de tal sorte que revelam um inequívoco caráter supranacional (internacional). (SARLET, 2006, p.01).

No que tange a delimitação dos direitos fundamentais, os mesmos serão concebido de forma gradual por parte do Estado e agrupado no que Bobbio (2004) irá nomear de gerações que se acumulam de forma quantitativa e qualitativa ao longo do tempo. De forma breve, a referida teoria do doutor, estabelece que os direitos fundamentais de 1ª geração correspondem às garantias individuais do cidadão a partir da mitigação do poder de intervenção do Estado; a segunda geração corresponde aos direitos sociais; os direitos que correspondem a terceira geração são aqueles ligados a solidariedade e fraternidade.

Analisando as categorias dos direitos sociais, Sarlet (2001) esclarece que:

Em virtude de sua vinculação com a concepção de um Estado social e democrático de Direito, como garante da justiça material, os direitos fundamentais sociais reclamam uma postura ativa do Estado, visto que a igualdade material e a liberdade real não se estabelecem por si só, carecendo de uma realização. Os direitos sociais estão vinculados com a necessidade de se assegurar as condições materiais mínimas para a sobrevivência e, além disso, para a garantia de uma existência com dignidade. (SARLET, 2001, p.01).

Atualmente, a moderna doutrina reconhece os direitos de 4ª e 5ª geração que correspondem, respectivamente, aos direitos de democracia, informação e pluralismo; e ao direito à paz (NOVELINO, 2018). Todavia, essa última dimensão de direitos vem causando grande divergência doutrinária quanto ao conteúdo que tutela. Lembra Novelino (2018) que trata-se da tutela à evolução da cibernética e de tecnologias como a realidade virtual e a Internet.

Diante de tal classificação e dos constantes reconhecimentos de novos direitos fundamentais, Bobbio (2004) esclarece que o atual problema dos direitos fundamentais se estabelece em sua concretização e não no reconhecimento, por parte do Estado, ou na classificação.

Logo, o valor humano é dotado de caráter imutável, todavia os direitos e garantias fundamentais que estabelecem essa dignidade estão sujeitos processo de modificação histórico e social. Sendo assim, a modificação ao longo da história é do direito do indivíduo e não da reflexão causal do homem ser sujeito de direitos. Sendo assim pode-se entender os Direitos Fundamentais como aqueles que garantem a dignidade humana.

#### 4.1 DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE DO PRESO

O legislador constituinte originário consagrou no art. 1, III, tem como fundamentos a dignidade da pessoa humana. De forma a concretizar o direito fundamental à saúde, a CFRB/88 consagra o princípio da indisponibilidade da saúde enquanto um direito de todos e um dever do Estado. Assim, em seu art. 196, dispõe que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988, p.01)

A opção do constituinte foi estabelecer o amplo acesso as políticas públicas de saúde enquanto uma garantia fundamental inerente aos indivíduos. Trata-se de um conjunto de medidas que viabilizem a promoção da saúde quando abarcar a prevenção e o tratamento de doenças, tal como, a criação de mecanismos que proporcionem melhores condições de vida ao indivíduo sempre observando e respeitando as particularidades locais em que o indivíduo está inserido.

A Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, estabelece que a saúde é um direito fundamental do ser humano e um dever do Estado. Todavia, o legislador afirma que a Sociedade deve auxiliar o poder estatal nas práticas de tutela e consagração das políticas de saúde. Assim, o art. 2º, versa que:

A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. § 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. § 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade. (BRASIL, 1990, p.01).

A referida lei é um marco histórico no ordenamento jurídico brasileiro, posto que, estabelece as normas e diretrizes para a concretização do Sistema Único de Saúde que se fundamenta no princípio da universalidade do atendimento. Assim, entre outros objetivos, o seu art. 6<sup>a</sup>, promulga que:

Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS): I - a execução de ações: a) de vigilância sanitária; b) de vigilância epidemiológica; c) de saúde do trabalhador; e d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica; II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico; III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde; IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar; V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho; VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção (BRASIL, 1990, p.01).

A LEP/84, determina que cabe ao Estado a assistência ao encarcerado no que tange aos aspectos de materiais; higiene; vestuário; alimentação; saúde, jurídica; educacional; social entre outros. No que tange à prestação da saúde, a garantia deve viabilizar as condições higiene pessoal e ambiental. Assim, o art. 14<sup>o</sup>, determina que:

A assistência à saúde do preso e do internado de caráter preventivo e curativo, compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico. § 2<sup>o</sup> Quando o estabelecimento penal não estiver aparelhado para prover a assistência médica necessária, esta será prestada em outro local, mediante autorização da direção do estabelecimento. § 3<sup>o</sup> Será assegurado acompanhamento médico à mulher, principalmente no pré-natal e no pós-parto, extensivo ao recém-nascido. (BRASIL, 1984, p.01).

Com o objetivo de contribuir para a concretização do direito da saúde do apenado, o CNJ, em 2016, lançou o Programa de Ações Intersetoriais de Assistência à Saúde e de Assistência Social para o Sistema Prisional (PAISA) cujo objetivo é promover ações de saúde a comunidade prisional levando em consideração as questões pertinentes da vida em cárcere.

Trata-se de um conjunto de ações voltadas ao atendimento do apenado que conforme o CNJ (2017) visam:

Reverter o quadro endêmico e adverso de violações existente no sistema carcerário brasileiro. Trata-se de parceria entre o judiciário, o executivo e sociedade civil que pretende assegurar o acesso universal às ações de atenção básica à saúde como ordenadora do

SUS e a garantia da integralidade da atenção por meio da Rede de Atenção à Saúde e da Rede do Sistema Único da Assistência Social, garantindo um padrão sanitário e de assistência mínimos. (CNJ, 2017, p.01)

Para a concretização das ações, o PAISA tem como diretrizes de ações • a universalização do acesso à saúde das pessoas privadas de liberdade; saúde das mulheres privadas de liberdade; terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei; indicador CNJ de fiscalização e monitoramento da dignidade humana (CNJ, 2017).

Ademais, enquanto ações direcionadas, o PAISA tem como objetivos:

Garantir um padrão sanitário e de assistência social mínimo às pessoas em situação de privação de liberdade. Para assegurar aos presidiários o acesso universal às ações de assistência básica à saúde, foram definidas medidas como ações para a prevenção de doenças e acesso a tratamentos de saúde. Outras ações importantes são a garantia de atendimento para gestantes e seus filhos, além de medidas terapêuticas aos presos com transtorno mental e dependentes de drogas. (CNJ, 2017, p.01).

Bem é verdade que a saúde do apenado, enquanto uma política de saúde e concebida a partir dos ditames da saúde pública, só foi disciplinada efetivamente quase 20 anos depois da promulgação da CFRB/88. Ademais, ainda esbarra em vários limites para a concretização, principalmente quando do notório déficit da concretização da saúde como um todo. Ou seja, o apenado, em regra, já adentra ao sistema sem ter recebido de fato o atendimento necessário para a concretização de uma real qualidade de vida.

Analisando a realidade carcerária e a efetivação do PAISA, Gil et all (2018) afirma que:

É relevante mencionarmos ainda que, apesar dos inúmeros avanços alcançados através da implementação do programa, como já discutimos, ainda não é abrangida a totalidade das pessoas privadas de liberdade, pois as ações estão voltadas unicamente à população penitenciária, deixando descoberta a parte restante do sistema prisional. Isso quer dizer que somente as pessoas privadas de liberdade recolhidas em penitenciárias, presídios, colônias agrícolas e hospitais de custódia e tratamento estão asseguradas pela atenção à saúde. Esse fato não garante o mesmo direito às pessoas que cumprem pena em regimes abertos e provisórios, recolhidas em cadeias públicas e distritos policiais. (GIL et all, 2018, p.09).

Outro documento normativo cuja finalidade é a concretização do direito fundamental do preso é Resolução nº 4, de 5 de outubro de 2017, do Ministério Da Justiça e Cidadania, que normatiza o fornecimento de produtos de higiene e asseio ao encarcerado. Diante disto, seu art. 1º, estabelece que:

Estabelecer parâmetro mínimos de lista de produtos de higiene, de artigos de asseio e roupas limpas às pessoas privadas de liberdade, considerando as suas especificidades, além de colchão e roupas de cama e banho, de preferência de material ignífero, conforme o Anexo I desta Resolução, visando melhor qualidade no tratamento penal ofertado às pessoas privadas de liberdade no sistema prisional. (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E CIDADANIA, 2017, p.02).

Outro aspecto que merece destaque é que referida lei reconhece o direito produtos diferenciados para presos que tenha patologias ou doenças mentais. Tal como, estabelece que a reposição deve ser periódica em observando as necessidades de cada unidade prisional.

Todavia, conforme o Ministério da Saúde, Um dos problemas fundamentais para a efetivação de políticas públicas voltadas à saúde das pessoas privadas de liberdade é a superação das dificuldades impostas pela própria condição de confinamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). Assim, as limitações do ambiente, as condições de insalubridade e a falta de estrutura física são condicionantes para a concretização das ações de saúde voltadas ao apenado.

Por fim, é fundamental lembrar, contudo, que a escolha relacionada à criação e à implementação de um plano de saúde específico para o sistema penitenciário só foi objeto de deliberação, por parte do poder público, mais de quinze anos após o reconhecimento da saúde como direito de todos. Tal como, para a consecução de um atendimento qualificado, a equipe deve ser formada por profissionais das múltiplas áreas e levando em consideração o número e as necessidades da população prisional.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Saúde Pública deve ser vislumbrada como uma articulação histórica que reconhece a necessidade de preservação do meio ambiente, das constantes práticas de higiene pessoal e das condições sanitárias enquanto condições indispensáveis para a garantia de uma vida salutar. Trata-se da efetivação de um conjunto de ações direcionadas a sociedade como um todo, mas com o objetivo de garantir a melhoria da qualidade de vida do indivíduo.

A questão fundamental dos direitos humanos é a valoração da pessoa humana. O Ser humano é essencialmente dotado de valores próprios e intrínsecos que o acompanham durante a vida. Tais princípios são valores humanos que devem guardar entre si uma relação de interdependência e complementaridade, de modo a funcionarem de maneira imbricada.

Diante disto, cabe ao Estado criar mecanismos e instrumentos que garantam a preservação da dignidade humana independentemente da situação em que o indivíduo se encontra. Ademais, cabe ressaltar que esse dever se amplia quando da situação do cumprimento de pena em regime fechado em que o indivíduo está com sua guarda disposta ao Estado, aquele que deve garantir todas as formas para que tenha uma vida digna em cárcere.

Muitos são os exemplos de flagrantes do descumprimento das normas de tutela do preso quando da análise da realidade carcerária brasileira. Outro fator é que o sistema carece de instrumentos que concretizem e viabilizem as práticas de ressocialização.

Por fim, no que se refere à garantia do direito fundamental da saúde do apenado, as políticas estatais de sua concretização ainda não conseguem corresponder ao mandamento constitucional do acesso à saúde como garantia de todos. Ademais, as ações dos profissionais de saúde no ambiente prisional tendem a ser paliativa, uma vez que, características como a superlotação, as péssimas condições de higiene e a falta de infraestrutura adequada mitigam possíveis resultados positivos quando da promoção da saúde.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, E. D.; ARRATIA, A; SILVA, D. M. G. **Perspectiva** Histórica e Conceitual da Promoção da Saúde. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba , v. 1, n. 2, p. 2-7, jul/dez. 1996.
- ALMEIDA, J. L. **Os limites e as potencialidades de uma ação profissional emancipatória no sistema prisional brasileiro**. Florianópolis: EDUFSC, 2006.
- ANDRADE, S. M; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. **Bases da saúde coletiva**. Londrina: Editora UEL, 2001.
- ASSIS, R. D. **A evolução histórica dos regimes prisionais e do sistema penitenciário**. Disponível em: <<http://jusvi.com/artigos/24894>>. Acesso em: 26 jun. 2018.
- ASSEMBLEIA NACIONAL DE PARÍS. **Declaração de direitos do homem e do cidadão de 1789**. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Documentos-antiores-%C3%A0-cria%C3%A7%C3%A3o-da-Sociedade-das-Na%C3%A7%C3%B5es-at%C3%A9-1919/declaracao-de-direitos-do-homem-e-do-cidadao-1789.html>. Acesso em: 15 de abr. de 2018.
- BRANCO, P. G. G.; MENDES, G. F. **Curso de direito constitucional**, 12<sup>o</sup> ed. São Paulo: Saraiva, 2017.
- \_\_\_\_\_. **Código Penal de 1940**. Brasília: Senado Federal, 2018.
- \_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.
- \_\_\_\_\_. **Lei de Execução Penal de 1984**. Brasília: Senado Federal, 1988.
- \_\_\_\_\_. Decreto-Lei nº 8080, 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. **Diário Oficial da República da União**, Brasília, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm). Acesso em: 25 abr. de 2018.
- BOBBIO, N. **A era dos direitos**. São Paulo: Elsevier, 2004.
- BUENOS, E. **Brasil: um história de cinco séculos de país em construção**. São Paulo: Leya, 2012.



CAVINATTO, V. M. **Saneamento básico: fonte de saúde e bem-estar**. São Paulo: Moderna, 1998.

CAIRUS, H. F. Ares, águas e lugares. In: CAIRUS, H. F.; RIBEIRO J. R. **Textos hipocráticos: o doente, o médico e a doença**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

COHN, A.; ELIAS, P. E. M. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**, 4ª ed. São Paulo: Cortez, 1996.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Juiz de Alagoas proíbe entrada de mais presos em penitenciárias**. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/noticias/67026-juiz-de-alagoas-proibe-entrada-de-mais-presos-em-penitenciarias>. Acesso em: 15 de abr. de 2018ª..

\_\_\_\_\_. **Regras de Mandela: regras mínimas das nações unidas para o tratamento de presos**. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2016.

\_\_\_\_\_. **Saúde Prisional**. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/sistema-carcerario-e-execucao-penal/saude-prisional>. Acesso em: 15 de out. de 2017.

\_\_\_\_\_. (2018). **Sistemas prisionais: estabelecimentos penais**. [http://www.cnj.jus.br/inspecao\\_penal/mapa.php](http://www.cnj.jus.br/inspecao_penal/mapa.php). Acesso em: 15 de abr. de 2018.

\_\_\_\_\_, MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E CIDADANIA. Resolução nº 4, de 5 de outubro de 2017. Dispõe sobre padrões mínimos para a assistência material do Estado à pessoa privada de liberdade. **Diário Oficial da República da União**, Brasília, de 5 de outubro de 2017. Disponível em: <http://www.justica.gov.br/seus-direitos/politica-penal/cnpscp-1/resolucao-no-4-de-05-de-outubro-de-2017-assistencia-material.pdf>. Acesso em: 15 de mar. de 2018.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PNAISP**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnaisp.php#10>. Acesso em: 15 de mai. de 2018.

CONVENÇÃO AMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Pacto de San Jose da Costa Rica, 1969**. Disponível em: <http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/instrumentos/sanjose.htm>. Acesso em: 18 de mai. 2018.

DAMÁZIO, D. F. **O sistema prisional no Brasil: problemas e desafios para o serviço social**. Florianópolis: EDUFSC, 2010.

DULLIUS, A. A.; HARTMANN, J. A. M. **Análise do sistema prisional brasileiro**. Disponível em: [http://ambito-juridico.com.br/site/?artigo\\_id=10878&n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura](http://ambito-juridico.com.br/site/?artigo_id=10878&n_link=revista_artigos_leitura). Acesso em 03 de junho de 2018.

ENGELS, F. **The Condition of the Working Class in England**. Disponível em: <https://www.marxists.org/archive/marx/works/1845/condition-working-class/index.htm>. Acesso em: 22 de mai. de 2018.

EIGENHEER, E. M. São Francisco/Nitéroi. In: EIGENHEER, E. M. (Org.). **Coleta seletiva de lixo: experiências brasileiras nº4**. Niterói, v.4, p.13-18, 2003.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes, 2004.

GIL, L. B. **Saúde no cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira**. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v25n3/0103-7331-physis-25-03-00905.pdf>. Acesso em: 15 de mai. de 2018.

GRECO, R. **Direitos humanos, sistema prisional e alternativas à privação de liberdade**. São Paulo: Saraiva, 2011.

IYDA, M. **Cem Anos de Saúde Pública: a cidadania negada**. São Paulo: EDUNESP, 1994.

HASS, D. **A evolução da assistência a saúde pública no Brasil e a interação da fisioterapia no contexto atual**. Cascavel: EDUNEOP 2003.

LUZ, M. T. Notas Sobre as Políticas de Saúde no Brasil de Transição Democrática nos anos 80. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 1, n. 1, p. 77-96, 1991.

MAGNABOSCO, D. **Sistema penitenciário brasileiro: aspectos sociológicos**. Disponível em: <http://tcc.bu.ufsc.br/Geografia283197.pdf>. Acesso em: 27 mai. 2018.

MORAES, A. **Constituição do Brasil Interpretada**, 9ª ed. São Paulo: Atlas, 2013.

OLIVEIRA, E. **Política criminal e alternativas a prisão**. Rio de Janeiro: Forense, 1997

NOVELINO, M. **Curso de Direito Constitucional**, 13ª ed. Salvador: Juspodivm, 2018.

ONU, Organizações da Nações Unidas. Assembleia **Geral das Nações Unidas em Paris**. Declaração universal dos direitos humanos 10 dez. 1948. Disponível em: <http://www.onu.org.br/img/2014/09/DUDH.pdf>. Acesso em: 28 de mai. de 2018.

PAIM, J. S.; ALVES FILHO, N. A. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316, agosto. 1998.

PECHMAN, R. M. **Cidades estritamente vigiadas: o detetive e o urbanista**. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2002.

RACIANO, E. R. T. **O direito de punir na constituição de 1988 e os reflexos na execução da pena privativa de liberdade**. Fortaleza: EDUECE, 2007

SANTIS, B. M; ENGBRUCH, W. **A evolução histórica do sistema prisional: privação de liberdade, antes utilizada como custódia, se torna forma de pena.** São Paulo: EDUNIVESP, 2016.

SANTOS, M. **A urbanização desigual.** Petrópolis: Vozes, 1980.

SARLET, I. W.. **A eficácia dos direitos fundamentais**, 6ª ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2006.

\_\_\_\_\_. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988.** Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SOUSA, F. A. S. **O saneamento básico na história da humanidade.** Disponível em:[http://www.senado.leg.br/comissoes/ci/ap/AP20091130\\_FranciscodeAssisSalvia/nodeSousa.pdf](http://www.senado.leg.br/comissoes/ci/ap/AP20091130_FranciscodeAssisSalvia/nodeSousa.pdf). Acesso em: 15 de mai. de 2018.

SOUZA, M. F. M. **O Saneamento Básico E Suas Implicações No Meio Ambiente E Na Saúde Humana.** Medianeira, EDUTFPR, 2014.

WESTPHAL, M. F.; ALMEIDA, E. S. **Gestão de Serviços de Saúde: Descentralização, Municipalização do SUS.** São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.