

**CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR REINALDO RAMOS
FACULDADE REINALDO RAMOS
BACHARELADO EM DIREITO**

SAULO DE TARSO SOARES MINÁ

**O DIREITO À SAÚDE DOS APENADOS: A Proliferação das Doenças Sexualmente
Transmissíveis nos Presídios do Brasil**

Campina Grande – PB

2018

SAULO DE TARSO SOARES MINÁ

O DIREITO À SAÚDE DOS APENADOS: A Proliferação das Doenças Sexualmente Transmissíveis nos Presídios do Brasil

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

Orientador: Prof.: Aécio de Souza Melo Filho

Campina Grande – PB

2018

-
- M663d Miná, Saulo de Tarso Soares.
O direito à saúde dos apenados: a proliferação das doenças sexualmente transmissíveis nos presídios do Brasil / Saulo de Tarso Soares Miná. – Campina Grande, 2018.
51 f.
- Monografia (Bacharelado em Direito) – Faculdade Reinaldo Ramos-FAAR – Centro de Educação Superior Reinaldo Ramos-CESREI, 2018.
"Orientação: Profe. Me. Aécio de Souza Melo Filho".
Referências.
1. Direito à Saúde – Apenados – Brasil. 2. Doenças Sexualmente Transmissíveis – Apenados – Brasil. I. Melo Filho, Aécio de Souza. II. Título.

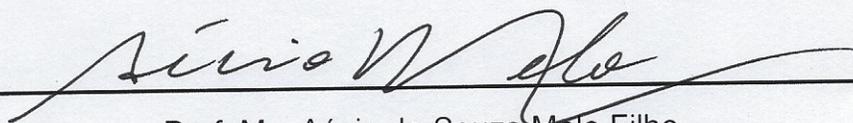
CDU 342.7(81)(043)

SAULO DE TARSO SOARES MINÁ

DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NAS
PENITENCIÁRIAS BRASILEIRAS (O DIREITO A SAÚDE DOS APENADOS:
A PROLIFERAÇÃO DAS DOENÇAS

Aprovada em: 13 de DEZEMBRO de 2018.

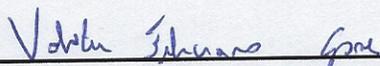
BANCA EXAMINADORA



Prof. Ms. Aécio de Souza Melo Filho

Faculdade Reinaldo Ramos FARR/ CESREI

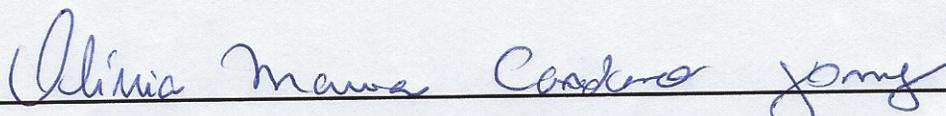
(Orientador)



Prof. Ms. Valdeci Feliciano Gomes

Faculdade Reinaldo Ramos FARR/ CESREI

(1º Examinador)



Profa. Ms. Olívia Maria Cardoso Gomes

Faculdade Reinaldo Ramos FARR/ CESREI

(2º Examinador)

Dedico

A minha mãe Maria do Socorro Soares
Miná.

A meus irmãos, Adriana, Alexandre e
Simone.

A meus cunhados Marius Fecher, Marcelo
Mahon.

A minha esposa, Gislaine Medeiros.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus.

Ao corpo docente da Universidade Reinaldo Ramos

E em especial ao meu orientador Aécio de Souza Melo Filho

“Uma nação não pode ser julgada pela maneira como trata seus cidadãos mais ilustres e sim pelo tratamento dado aos mais marginalizados: seus presos”

Nelson Mandela

RESUMO

Nas últimas décadas, o Brasil tem visto uma mudança em seu perfil populacional caracterizado pelo aumento rápido e acentuado de prisioneiros nas penitenciárias cada vez mais superlotadas. A superpopulação e a falta de higiene e programas que fomentem a saúde do apenado enfraquecem o indivíduo, tornando-os mais propensos a desenvolver doenças que podem comprometer a independência e a auto-suficiência. Ao investigar a questão do crime no país, percebe-se um aumento da participação dos jovens nesse contexto, sobretudo de baixa renda e sem escolaridade, finalizando com o encarceramento desses indivíduos. O objetivo deste estudo foi realizar uma discussão teórica sobre o aumento do número de doenças sexualmente transmissíveis e ocasionais na prisão e o impacto do ambiente prisional na saúde desses indivíduos. Justifica-se este trabalho no sentido de que se faz necessário observar que fatores sociais e econômicos podem contribuir para a entrada do jovem no mundo do crime e que a saúde e o instante psicológico desses indivíduos são afetados negativamente, devido principalmente ao ambiente insalubre e à falta de assistência na prisão. A metodologia empregada para foi a revisão bibliográfica, com enfoque descritivo e qualitativa. A conclusão permeia as medidas a serem adotadas para controle e superação da crise da saúde nas penitenciárias brasileiras está atrelado na melhoria do sistema judiciário, a reforma do sistema prisional e a redução da superpopulação dos encarcerados.

Palavras-chave: Doenças Sexualmente Transmissíveis; Apenados; Direito À Saúde.

ABSTRACT

In the last decades, Brazil has seen a change in its population profile characterized by the rapid and sharp increase of prisoners in increasingly overcrowded penitentiaries. Overpopulation and lack of hygiene and programs that promote the health of the sufferer weaken the individual, making them more likely to develop diseases that may compromise their independence and self-sufficiency. When investigating the crime in the country, there is an increase in the participation of young people in this context, especially low income and no schooling, ending with the incarceration of these individuals. The objective of this study was to conduct a theoretical discussion about the increase in the number of sexually transmitted and occasional diseases in prison and the impact of the prison environment on the health of these individuals. This work justifies the fact that it is necessary to observe that social and economic factors can contribute to the entry of young people into the world of crime and that the health and psychological moment of these individuals are adversely affected, mainly due to the unhealthy environment and lack of prison assistance. The methodology used was the bibliographic review, with a descriptive and qualitative approach. The conclusion permeates the measures to be adopted to control and overcome the health crisis in Brazilian prisons is linked to the improvement of the judicial system, reform of the prison system and reduction of overcrowding of prisoners.

Keywords: Sexually Transmitted Diseases; Distressed; Right to health.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1 OS DIPLOMAS LEGAIS QUE ABORDAM OS DIREITOS DOS APENADOS	15
1.1 O Direito dos Apenados no Âmbito Internacional	16
1.1.1 Declaração Universal dos Direitos Humanos e Declaração Americana dos Direitos e Deveres dos Homens	16
1.1.2 Resolução 663 C (XXIV) da organização das Nações Unidas	17
1.2 O Direito dos Apenados no Âmbito Nacional	20
1.2.1 Constituição federal de 1988	21
1.2.2 Código Penal Brasileiro	22
1.2.3 Lei de Execução Penal	22
2. O DIREITO À SAÚDE E A PROLIFERAÇÃO DAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS	27
2.1 A Proteção à Saúde no Direito Brasileiro	28
2.2 O Plano Nacional da Saúde no Sistema Penitenciário	31
2.2.1 PNSSP- Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário Oficina – Ações de Vigilância Sanitária em Serviços de Saúde em Estabelecimentos Prisionais Novembro/2005	32
2.3 As Doenças Sexualmente Transmissíveis nos Presídios Brasileiros	34
2.3.1 Considerações Importantes Sobre as Doenças	35
2.3.2 A Rápida Proliferação	36
3 ANÁLISE DOS RESULTADOS DA PESQUISA - A REALIDADE DA SAÚDE NAS PENITENCIÁRIAS E A RESPONSABILIDADE ESTATAL	38
3.1 As Condições Enfrentadas pelos Presos no Sistema Brasileiro	39
3.2 A Imposição Internacional para Medidas Cautelares	41
3.3 A Responsabilidade do Estado para com os Apenados	42
3.3.1 A Possibilidade de Indenizar	44

3.3.2 Casos Concretos	45
3.4 Medidas a Serem Adotadas para Controle e Superação da Saúde nas Penitenciárias Brasileiras	46
CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
REFERÊNCIAS	51

INTRODUÇÃO

Planejar e executar programas de atenção à saúde para a população prisional é uma preocupação global. Essa população tem altos níveis de transtornos mentais, doenças crônicas e uso de drogas, acima de suas populações de origem. Além disso, qualquer ambiente onde a população é concentrado é propício para o agravamento das condições pré-existentes de saúde, bem como para o desenvolvimento de novos problemas de saúde, como doenças sexualmente transmissíveis ou transmitidas pelo ar. A crescente população prisional aumenta essa questão difícil, como observado em vários países.

Mesmo quando o problema é reconhecido, é difícil lidar com isso, pois a implementação de um programa de atendimento aos detidos se depara com inúmeros obstáculos: a variedade de problemas de saúde de acordo com as características da população carcerária; previsão e capacidade real de cuidados de saúde; características das equipes de saúde quanto à disponibilidade e treinamento; e a relação da unidade prisional com a hierarquia do Sistema Único de Saúde (SUS).

Atualmente, o Brasil tem uma população total de aproximadamente 190.755.799 habitantes, dos quais 20.590.597 são idosos -com 60 anos ou mais. De acordo com as projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população idosa no Brasil deve chegar a 58,4 milhões, ou 26,7% da população total em 2060 (IBGE, 2013).

Esta tendência demográfica de aumentar a população idosa no país também é observado no ambiente prisional com o aumento nos casos de crimes cometidos por idosos. A alta taxa de pessoas encarceradas com doenças demonstra que ter saúde em um sistema prisional é quase uma utopia, já que a maioria das prisões apresenta uma realidade onde muitos indivíduos vivem o mesmo ambiente, em células superlotadas, com um mínimo de conforto, alimentação inadequada, uso de drogas, estilo de vida sedentário e falta de higiene.

O processo de envelhecimento dos idosos encarcerados, como explicado por Ghiggi (2015), não ocorre da mesma forma que uma pessoa idosa que está na sociedade, desde a prisão ambiente é insalubre, afetando mais vigorosamente vários aspectos da vida do indivíduo, tais como aspectos biológicos, econômicos, social e psicológico. Corroborando isso, Minayo; Ribeiro (2016) afirmam que a

situação prisional, por si só, tem mais potencial para criar os sintomas físicos e mentais, uma vez que o elevado número de reclusos com problemas de saúde que vivem no mesmo ambiente, em células extremamente povoadas, têm repercussões negativas na condição física e mental da pessoa.

Seja qual for o caso, as prisões não estão fechadas os mundos. Segundo o Centro Internacional para Estudos Penitenciários (2017), muitas pessoas entram e saem de prisões todos os dias. Estes incluem pessoal da prisão, advogados, assistentes sociais, saúde membros da família do clero e dos prisioneiros. Muitos prisioneiros permanecem apenas um curto período na prisão e voltar para suas famílias. Estima-se, por exemplo, que embora a população carcerária mundial seja superior a 9 milhões, o volume de negócios anual é mais próximo de 30 milhões.

Dado este alto movimento de pessoas entrando e saindo prisões, é que nasce mais um aspecto de nossa problemática, pois a possibilidade de infecções adquiridas na prisão serem transmitido para fora é muito alto. Dando prisioneiros tratamento para doenças infecciosas é uma boa prática médica e fornece benefícios de saúde pública para a comunidade em geral. Medidas para abordar as condições altamente infecciosas nas prisões são portanto, necessário e necessário urgentemente.

Portanto, afirma-se que a prisão promove múltiplas e doenças crônicas, como diabetes, insuficiência cardíaca, comprometimento cognitivo e doença hepática terminal e causas uma deterioração de seu pessoal, levando à deficiência, além das infecto-adquiridas como a hepatite C o HIV (WILLIAMS *et. al.*, 2012, p. 55).

Entendendo que o sistema prisional é um aparelho do Estado, torna-se importante uma reflexão profunda sobre a sociedade que temos frente a esta problemática: a desigualdade social, étnica e de gênero que vivemos, bem como de falta de políticas públicas para aqueles marginalizados, aprisionados e encarcerados também é um reflexo da proliferação das doenças sexualmente transmissíveis nos presídios do Brasil?

Justifica-se este estudo, frente a problemática da realidade do sistema prisional brasileiro, que enfrentam vários problemas de saúde acometidos aos presos que vivem em prisões em todo o mundo, sobretudo no Brasil, e incluem tanto a questão física, quanto a Doença mental. Contudo, o advento da epidemia da AIDS cerca de 30 ou mais anos atrás, acrescentou ímpeto à realização que os prisioneiros correm um risco maior de infecção por HIV e infecções intimamente associadas.

Embora os prisioneiros possam ser vulnerável a uma ampla variedade de infecções, hepatite C (HCV), vírus da imunodeficiência humana (HIV) e tuberculose (TB) receberam muita atenção devido ao seu potencial para causam grande morbidade e mortalidade nas populações carcerárias.

Em vista disso, nosso objetivo é apresentar algumas discussões teóricas e o amparo acerca da saúde dos encarcerados, buscando discutir os aumentos do número de presos, sobretudo idosos, em situação de risco na prisão e do impacto do ambiente prisional e saúde desses indivíduos.

De forma específica, objetiva-se delinear:

- Os fatores que contribuem para a alta ambiente infeccioso nas prisões;
- Apontar os sistemas de saúde deficientes;
- Avaliar a superlotação e congestionamento;
- Analisar as características demográficas dos próprios presos;
- Analisar a segurança pública versus preocupações com a saúde do apenado e;
- Verificar a falta de empatia pública pelos prisioneiros e os sistemas legais falhos.

Metodologia

A metodologia é vista, em muitos casos, como a disciplina instrumental, pois é condição necessária para a competência científica, ou seja, como pesquisa, a metodologia “significa a produção crítica e autocrítica de caminhos alternativos, bem como a inquirição sobre os caminhos vigentes e passados” (DEMO, 2007, p. 59).

Segundo Gonçalves (2001, p. 26) “metodologia significa o estudo dos caminhos a serem seguidos, incluindo ai os procedimentos escolhidos”.

O trabalho tem caráter descritivo, explicativo e bibliográfico, pois na visão de Vergara (2005) a pesquisa descritiva pode expor características de determinado fenômeno, como forma de correlacionar variáveis e definir sua natureza.

Da mesma forma, Vergara (2005, p. 47) define a pesquisa explicativa que tem “como principal objetivo tornar algo inteligível, justificar-lhe os motivos”, podendo dessa forma esclarecer quais fatores contribuem de alguma forma para a ocorrência de determinado fenômeno.

Já o levantamento bibliográfico “consiste na busca de estudos anteriores que já foram produzidos por outros cientistas e que geralmente são publicados em livros ou artigos científicos” (ACEVEDO; NOHARA, 2007, p. 47).

Assim, a metodologia aplicada girou em torno do levantamento de literatura, que é a localização e obtenção de documentos para avaliar a disponibilidade de material que subsidiará o tema do trabalho de pesquisa. Este levantamento é realizado junto às bibliotecas ou serviços de informações existentes. Abaixo informaremos os passos que seguimos para a consecução deste trabalho.

A pesquisa realizada teve caráter exploratório, descritivo e bibliográfico. De acordo com Gonçalves (2001) a pesquisa de caráter exploratório:

[...] se caracteriza pelo desenvolvimento e esclarecimentos de idéias, com o objetivo de oferecer uma visão panorâmica, uma primeira aproximação a um determinado fenômeno que é pouco explorado. Este tipo de pesquisa também é denominada ‘pesquisa de base’, pois oferece dados elementares que dão suporte para realização de estudos mais aprofundados sobre o tema (GONÇALVES, 2001, p.65).

Já no que diz respeito à pesquisa descritiva a mesma objetiva a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou estabelecimento de relações entre variáveis (GIL, 2002, p. 42).

Por fim, a pesquisa bibliográfica se caracteriza como, por está baseada em livros, artigos e demais materiais disponíveis relacionados com o tema em questão.

CAPÍTULO I

1 OS DIPLOMAS LEGAIS QUE ABORDAM OS DIREITOS DOS APENADOS

Populações presas em todos os lugares tendem a ter maiores necessidades médicas do que a população em geral. Não apenas as prisões mantêm uma proporção maior de pessoas em risco de adoecer, como os usuários de drogas injetáveis, mas o próprio ambiente prisional é propício para a contração e disseminação de doenças. Entre os fatores que favorecem uma alta incidência de problemas de saúde entre os presos estão os estresses de aprisionamento, condições anti-higiênicas, células superlotadas que colocam os internos em contato físico íntimo e contínuo entre si e abuso físico.

A violência nas prisões, por vezes, resulta em ferimentos graves, como ferimentos de facas e balas, exigindo cuidados médicos de emergência. Na Casa de Detenção, em São Paulo, enfermeiras presas relataram que alguém foi esfaqueado poucos dias antes de nossa visita e que eles veem esses ferimentos a cada duas semanas. Enfermeiras de prisão relataram uma alta incidência de infecções respiratórias, erupções cutâneas, dores de cabeça, problemas digestivos e doenças venéreas entre a população de reclusos. Uma pesquisa com prisioneiros em Manaus, no Amazonas, constatou que 41% dos detentos tinham problemas de saúde, quase metade deles envolvendo doenças respiratórias e outros 11% relacionados à má digestão. Um estudo conduzido por pesquisadores da Universidade de São Paulo revelou que 18% dos presos da Casa de Detenção tinham sífilis. Além disso, condições sanitárias precárias são responsáveis por inúmeras doenças bacterianas e parasitárias (BIANCARELLI, 2017, p.12).

Mas as doenças mais graves que são comuns entre os presos são a tuberculose e o HIV / AIDS. Muitas vezes essas doenças ocorrem em conjunto, pois uma vez que a pessoa adoecer com a AIDS, ela é muito mais vulnerável à tuberculose. Em um estudo concluído em 2015, os pesquisadores descobriram que 80 por cento dos presos do sexo masculino testados apresentaram resultados positivos para o bacilo da tuberculose, assim como 90 por cento das mulheres presas. Esses resultados mostraram um aumento acentuado em relação às taxas encontradas alguns anos antes, indicando que o problema está piorando

(BIANCARELLI, 2017, p.13).

Fatos estes, nos leva a avaliar quais os direitos que gozam os apenados, visto que a realidade dos encarcerados mostra-se totalmente diferente do que se observa os institutos legais internacionais e pátrios de proteção aos mesmos.

1.1 O DIREITO DOS APENADOS NO ÂMBITO INTERNACIONAL

Embora o conceito de Direitos Humanos seja tão antigo quanto a antiga doutrina dos "direitos naturais" fundada na lei natural, a expressão "Direitos Humanos" é de origem recente, emergindo das Cartas e Convenções internacionais (posteriores à Segunda Guerra Mundial). Começam com o conceito de direitos naturais, levaram à formulação dos direitos humanos (KRISHNA IYER, 2016, p. 276).

O conceito de uma lei mais alta, vinculante para as autoridades humanas, evoluiu. Afirmou-se que havia certos direitos anteriores à sociedade, que também eram superiores aos direitos criados pelas autoridades humanas, eram de aplicação universal a homens de todas as idades e em todos reivindicações, e deveriam ter existido antes mesmo do nascimento da sociedade política. Esses direitos não poderiam, portanto, ser violados pelo Estado. As deficiências desta doutrina do direito natural, do ponto de vista legal, no entanto, eram de que era uma mera ideologia e não havia um catálogo acordado de tais direitos e nenhum mecanismo para a sua execução, até que eles foram codificados em Constituições nacionais, como judicialmente Declaração de Direitos, Pactos Internacionais, Convenções, Tribunal Europeu dos Direitos Humanos e recursos previstos na Lei de Direitos Humanos, de 1998 (DAS BASU, 2015, p.8).

1.1.1 Declaração Universal dos Direitos humanos e declaração Americana dos direitos e deveres dos homens

A Organização das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948 aprovou a Declaração Universal de Direitos Humanos que surgiu a partir do pós-guerra (2ª Guerra Mundial), como resposta às atrocidades e aos horrores cometidos durante o nazismo, onde o Estado foi um grande violador de Direitos Humanos.

Percebe-se que a Declaração consolida a afirmação de uma ética universal

ao consagrar um consenso sobre valores a serem seguidos pelos diversos países do mundo. Ela objetiva delinear uma ordem pública mundial fundada no respeito à dignidade humana, pois ao consagrar valores básicos universais isso fica claro. No começo da Declaração já fica especificado a dignidade humana como fundamento dos direitos humanos, logo em seguida combinando com o discurso liberal de cidadania e o discurso social a Declaração elenca tanto direitos civis e políticos do artigo 3º ao 21, e direitos econômicos e culturais do artigo 22 ao 28. Os Direitos Humanos são direitos fundamentais da pessoa humana, são aqueles direitos mínimos para o homem viver em sociedade. Cada membro da sociedade igualmente possui tal direito subjetivo (VARELLA, 1999, p.14).

A Declaração faz a junção de liberdade com igualdade, introduzindo a concepção contemporânea de direitos humanos, pela qual esses direitos passam a ser concebidos como uma unidade só, sendo dependentes e indivisíveis, logo conclui-se que uma geração de direitos não substitui outra e sim interage. Ela fixa a ideia de que os direitos humanos não são derivados de peculiaridades sociais e culturais de determinada sociedade, e sim universais.

Portanto, a Declaração não é um tratado, é uma resolução, não tem força de lei, tem como propósito promover o reconhecimento universal dos direitos humanos e das liberdades fundamentais que a carta da ONU faz menção, sendo assim tem força jurídica vinculante onde os Estados e membros das Nações Unidas tem a obrigação de promover o respeito e a observância universal dos direitos proclamados pela Declaração.

Fica claro que todos merecem estes direitos, sem discriminação. Todos os direitos humanos devem, portanto, ser vistos como de igual importância, sendo igualmente necessário respeitar a dignidade e o valor de cada pessoa.

1.1.2 Resolução 663 C (XXIV) da organização das Nações Unidas

As regras mínimas para o tratamento dos reclusos foram adotadas pelo Primeiro Congresso das Nações Unidas sobre a Prevenção do Crime e o Tratamento dos Delinquentes, realizado em Genebra em 1955, e aprovadas pelo Conselho Econômico e Social das Nações Unidas através das suas resoluções 663 C (XXIV), de 31 de Julho de 1957 e 2076 (LXII), de 13 de Maio de 1977. Resolução 663 C (XXIV) do Conselho Econômico e Social:

O Conselho Econômico e Social

1. Aprova as Regras Mínimas para o Tratamento de Reclusos, adotadas pelo Primeiro Congresso das Nações Unidas para a Prevenção do Crime e o Tratamento dos Delinquentes (37);
2. Chama a atenção dos Governos para o Conjunto destas regras e recomenda:
 - a) Que a sua adoção e aplicação nos estabelecimentos penitenciários e correcionais seja favoravelmente encarada;
 - b) Que o Secretário-Geral seja informado de cinco em cinco anos dos progressos feitos relativamente à sua aplicação;
 - c) Que os Governos adotem as medidas necessárias para dar a mais ampla publicidade possível às Regras Mínimas, não apenas junto dos organismos públicos interessados, mas também junto das organizações não governamentais que se ocupam da defesa social;
3. Autoriza o Secretário-Geral a adotar os procedimentos necessários para assegurar, em termos adequados a publicação das informações recebidas nos termos da alínea b) do parágrafo 2, supra, e a pedir, se necessário, informações suplementares.

As regras adotadas pelo Primeiro Congresso Nacional de Direitos Humanos não pretenderam descrever em pormenor um modelo de sistema penitenciário. Visaram unicamente, e com base no consenso geral do pensamento atual e nos elementos essenciais dos mais adequados sistemas contemporâneos, estabelecer os princípios e regras de uma boa organização penitenciária e as práticas relativas ao tratamento de reclusos.

Tomou como ponto de partida a grande variedade das condições legais, sociais, econômicas e geográficas do mundo, é evidente que nem todas as regras podem ser aplicadas indistinta e permanentemente em todos os lugares. Devem, contudo, servir como estímulo de esforços constantes para ultrapassar dificuldades práticas na sua aplicação, na certeza de que representam, em conjunto, as condições mínimas aceites pelas Nações Unidas.

Além disso, os critérios que se aplicam às matérias tratadas por estas regras evoluem constantemente. Não se pode excluir a possibilidade de experiências e da adoção de novas práticas, desde que estas se ajustem aos princípios e objetivos que informaram a adoção das regras. De acordo com este princípio, pode a administração penitenciária central autorizar exceções às regras, sendo elas:

- 1) A primeira parte das regras trata das matérias relativas à administração geral dos estabelecimentos penitenciários e é aplicável a todas as categorias de reclusos, dos foros criminal ou civil, em regime de prisão preventiva ou já condenados, incluindo os que estejam detidos por aplicação de medidas de segurança ou que sejam objeto de medidas de reeducação ordenadas por um juiz.

2) A segunda parte contém as regras que são especificamente aplicáveis às categorias de reclusos de cada secção. Contudo as regras da secção A, aplicáveis aos reclusos condenados, serão também aplicadas às categorias de reclusos a que se referem às secções B, C e D, desde que não sejam contraditórias com as regras específicas destas secções e na condição de constituírem uma melhoria de condições para estes reclusos.

Estas regras não têm como objetivo enquadrar a organização dos estabelecimentos para jovens infratores. Contudo, e na generalidade, deve considerar-se que a primeira parte destas regras mínimas também se aplica a esses estabelecimentos. A categoria de jovens reclusos deve, em qualquer caso, incluir os menores que dependem da jurisdição dos Tribunais de Menores. Como norma geral, não se deveriam condenar os jovens infratores a penas de prisão.

Vale aqui destacar alguns pontos de extrema importância para nosso estudo, de acordo com A/CONF/6/1, anexo I, A. Publicação das Nações Unidas (1956.IV.4):

a) Direitos médicos dos apenados:

22.

1) Cada estabelecimento penitenciário deve dispor dos serviços de pelo menos um médico qualificado, que deverá ter alguns conhecimentos de psiquiatria. Os serviços médicos devem ser organizados em estreita ligação com a administração geral de saúde da comunidade ou da nação. Devem incluir um serviço de psiquiatria para o diagnóstico, e em casos específicos, o tratamento de estados de perturbação mental.

2) Os reclusos doentes que necessitem de cuidados especializados devem ser transferidos para estabelecimentos especializados ou para hospitais civis. Quando o tratamento hospitalar é organizado no estabelecimento este deve dispor de instalações, material e produtos farmacêuticos que permitam prestar aos reclusos doentes os cuidados e o tratamento adequados; o pessoal deve ter uma formação profissional suficiente.

3) Todos os reclusos devem poder beneficiar dos serviços de um dentista qualificado.

b) Deveres médicos do Estado

25.

1) Ao médico compete vigiar a saúde física e mental dos reclusos. Deve visitar diariamente todos os reclusos doentes, os que se queixem de doença e todos aqueles para os quais a sua atenção é especialmente chamada.

2) O médico deve apresentar relatório ao diretor, sempre que julgue que a saúde física ou mental foi ou será desfavoravelmente afetada pelo prolongamento ou pela aplicação de qualquer modalidade de regime de reclusão.

26.

- 1) O médico deve proceder a inspeções regulares e aconselhar o diretor sobre:
 - a) A quantidade, qualidade, preparação e distribuição dos alimentos;b) A higiene e asseio do estabelecimento penitenciário e dos reclusos;
 - c) As instalações sanitárias, aquecimento, iluminação e ventilação do estabelecimento;
 - d) A qualidade e asseio do vestuário e da roupa de cama dos reclusos;
 - e) A observância das regras respeitantes à educação física e desportiva, nos casos em que não haja pessoal especializado encarregado destas atividades.

1.2 O DIREITO DOS APENADOS NO ÂMBITO NACIONAL

Após a formação das Nações Unidas, a ONU constituiu e passou a tutelar todos os casos relativos aos direitos humanos dos prisioneiros, juntamente com a Declaração Universal dos Direitos Humanos. Existem várias convenções internacionais juridicamente vinculativas sobre direitos em diferentes campos. Essas convenções podem ser divididas em duas categorias amplas. A Declaração dos Direitos Humanos foi elaborada pela Comissão de Direitos Humanos em 1947 e foi adotada pela Assembleia Geral em 10 de dezembro de 1948. Quando a Declaração Universal dos Direitos Humanos foi adotada, foi uma expressão mais eloqüente de esperança por um mundo que emergiu da guerra mais devastadora da história da raça humana. A ousadia deste documento, destinada a um mundo de paz onde os direitos de viver em paz se tornaram uma realidade para todos. As violações em larga escala dos direitos humanos durante duas guerras mundiais, especialmente a Segunda Guerra Mundial, incluindo as atrocidades nazistas foram frescas nas mentes dos autores da Carta da ONU (REDDY, 2013, p.166).

A Assembleia Geral das Nações Unidas proclama a Declaração Universal dos Direitos Humanos como um padrão comum de realização para todas as pessoas e todas as nações, para que todos os indivíduos e todos os órgãos da sociedade, mantendo esta Declaração em mente, se esforcem pelo ensino e educação para promover o respeito a estes direitos e liberdades e por medidas progressivas, nacionais e internacionais, para assegurar seu reconhecimento e observância universais e efetivos, tanto entre os povos dos próprios Estados membros como entre os povos dos territórios sob sua jurisdição.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948, foi enquadrada após duas guerras mundiais, o objetivo da Declaração é proporcionar paz em todo o mundo e livre do medo da guerra, para proteger os direitos do indivíduo. Os direitos

humanos estão consolidados na Constituição da República Federativa do Brasil no título que trata dos princípios fundamentais, no título sobre os direitos e garantias fundamentais e por último no art. 225, sobre o meio ambiente, sem eliminar outros artigos que possam ter matéria dos direitos fundamentais. Encontram-se nesses dispositivos toda a evolução internacional dos direitos humanos. É o que veremos a seguir.

1.2.1 Constituição federal de 1988

O Brasil atravessou momentos políticos distintos desde 1946 até os dias atuais. Antes daquele ano, o país viveu regimes imperiais, democráticos e ditatoriais; todos eles, de forma consoante com o seu modo de governar, deram tratamento distinto à temática dos Direitos Humanos. As conquistas sociais e políticas da população refletem uma luta gradativa, conquistada passo a passo, direito a direito, até chegar no que os brasileiros consideram hoje o ápice das garantias individuais e coletivas da sua história: Os Direitos Humanos garantidos pela Constituição Cidadã, a Constituição Federal de 1988; o direito ao voto, as políticas públicas, a garantia da liberdade e até mesmo a restrição da pena de morte e de penas cruéis romperam com algumas heranças deixadas pelo governo militar antes da Constituição de 1988.

A declaração dos direitos humanos trouxe expressamente em seu texto o direito à saúde, como pode ser constatado em seu Art. 25:

Art. 25 - Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe, e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis. (ONU, 1948).

Ao ler a Constituição do Brasil nota-se logo a influência que este artigo da DUDH trouxe para ela; no art. 6º a Constituição também fala expressamente que a saúde é um direito social. Este direito a saúde não está consagrado apenas neste artigo, mas, pelo contrário - há uma seção própria no texto constitucional, no capítulo de Seguridade Social, que trata exclusivamente da saúde (Artigos 196 a 200 da Constituição de 1988). Antes da atual Carta Magna a saúde era citada apenas de forma vaga, como competência da União, dos Estados e dos Municípios, por exemplo.

A DUDH traz em seu texto diversos princípios penais. Estes princípios foram trazidos para a Constituição de 1988 e para o Código Penal brasileiro, como, por

exemplo, o disposto do Art. 5º da DUDH, que diz: “ninguém será submetido a tortura, nem a tratamento ou castigo cruel, desumano ou degradante.”, que é muito semelhante ao Art. 5º, III da Constituição Federal de 1988; a tortura também é tratada como crime inafiançável pelo inciso XLIII do mesmo artigo e possui até uma lei especial, a Lei 9.455/97, ou Lei dos Crimes de Tortura. Além disso, a tortura no Código Penal Brasileiro é uma circunstância agravante do crime e uma causa qualificadora do crime de homicídio. As penas cruéis também são expressamente proibidas pela atual constituição, isso está disposto no Art. 5º, XLVII, alínea e, da mesma.

1.2.2 Código Penal Brasileiro

O Art. 9 da DUDH dispõe sobre a prisão, detenção ou exilamento arbitrário, o que foi trazido para o direito penal brasileiro através do inciso LIV do art. 5º da Constituição Federal, “... ninguém será privado da liberdade ou de seus bens sem o devido processo legal.”.

O direito penal, através da Constituição e do Código Penal, traz também, influenciado pela DUDH o princípio da presunção de inocência até o trânsito em julgado de sentença penal condenatória, a relação de causalidade, em que o crime só é imputado a quem lhe deu causa e o princípio da irretroatividade, em que ninguém é culpado de algo que no momento da execução não era considerado crime (LENZA, 2010, p. 267).

Esses princípios nem sempre estiveram aí, no ordenamento jurídico brasileiro. É de conhecimento geral, por exemplo, os momentos em que os brasileiros sofreram forte repressão dos governantes, e em que a maioria destes direitos não era respeitada. O período mais marcante neste sentido foi a ditadura militar em que os direitos dos cidadãos foram cerceados, em que ocorriam torturas e mortes provocadas pelo governo por razões políticas.

1.2.3 Lei de Execução Penal

A Lei de Execução Penal (LEP) postula que o preso, tanto aquele que ainda responde ao processo, quanto o já condenado, permanece tendo todos os direitos que não lhes foram retirados pela pena ou pela lei. Ou seja, o preso perde a

liberdade, contudo, mantém o direito a um tratamento digno, direito de não sofrer violência física e moral, tutelado pelos Direitos Humanos e a CF/88 que assegura ao preso um tratamento humano. Não se pode esquecer que hoje torturar pessoa presa é crime, neste sentido, o preso mantém:

- a) Direito à alimentação e vestimenta fornecidos pelo Estado;
- b) Direito a uma ala arejada e higiênica;
- c) Direito à visita da família e amigos;
- d) Direito de escrever e receber cartas;
- e) Direito a ser chamado pelo nome, sem nenhuma discriminação;
- f) Direito ao trabalho remunerado em, no mínimo, 3/4 do salário mínimo;
- g) Direito à assistência médica;
- h) Direito à assistência educacional: estudos de 1º grau e cursos técnicos;
- i) Direito à assistência social: para propor atividades recreativas e de integração no presídio, fazendo ligação com a família e amigos do preso;
- j) Direito à assistência religiosa: todo preso, se quiser, pode seguir a religião que preferir, e o presídio tem que ter local para cultos;
- l) Direito à assistência judiciária e contato com advogado: todo preso pode conversar em particular com seu advogado e se não puder contratar um o Estado tem o dever de lhe fornecer gratuitamente (LEP).

A LEP tutela que todos os direitos do preso podem e devem ser reclamados para o próprio diretor do presídio, uma vez que todo preso tem direito à audiência, ou seja, de conversar com o diretor para expor seus problemas.

Assim, a Lei de Execução Penal e a Carta Magna são instrumentos garantidores de direitos ao preso onde toda ofensa, ou até mesmo ameaça de ofensa a direito, pode ser feita a um Juiz imparcial. Vale salientar que toda pessoa presa está ligada a um Juiz: - se ainda não foi condenada ou está recorrendo, o Juiz que julga o processo é o responsável; - se já tem condenação definitiva, o Juiz responsável é o Juiz da execução.

O Juiz, seja do processo ou da execução, tem o dever de decidir sobre a reclamação do preso e o preso tem o direito de solicitar uma audiência com o Juiz (CAPEZ, 2015, p. 261).

Em um primeiro plano, ao tratar das garantias do apenado, há que se abordar alguns aspectos do *princípio da humanidade das penas* ressaltado nos incisos XLIX e L do já mencionado artigo 50, e que possui respaldo jurídico maior, com a aprovação pelo Brasil do Decreto Legislativo número 27 de 1992, da Convenção Americana sobre Direitos Humanos de 1969 (NUCCI, 2008, p. 288).

Nesta linha, para melhor abordar o princípio supracitado, é preciso trazer à baila o princípio da individualização da pena, que determina que a atividade estatal considere os indivíduos como tal, em suas peculiaridades, e é nesse contexto que a individualização da pena se aproxima ao princípio da igualdade, pois sua função é a de tratar os diferentes na medida de suas desigualdades (FOUCAULT, 2003, p.80).

A Constituição Federal de 1988 inovou ao trazer a previsão legal de que as penas serão cumpridas em estabelecimentos distintos, e em razão da individualização da pena, onde incluiu, embora considere a natureza do delito, a idade e o sexo do apenado. De acordo com o artigo 50 da LEP, inspirado na Carta Magna, o artigo 50, inciso XLVI, trata da individualização da pena, e observa os antecedentes e a personalidade do agente. Desta forma, com base no que postula Julio Fabrinni Mirabete (2014), “a individualização é uma garantia repressiva, e constitui preceito básico da justiça”. A LEP dispõe essa classificação, pois se chegou à conclusão que a execução penal não pode ser igual para todos os presos justamente porque nem todos são iguais, mas sumamente diferentes.

Esta individualização é de competência da Comissão Técnica de Classificação, que possui missão de elaborar um programa individualizador adequada ao agente transgressor. Contudo, o descaso e a não atenção a esta normativa fere incontestavelmente o art. 10 da LEP:

Art. 1º A 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.

Na realidade carcerária brasileira, a única individualização que efetivamente se observa trata a respeito da separação de sexo e maiores e menores de idade. Segundo Luiz Ricardo Centurião (2011), a falta de separação dentro do sistema carcerário, faz com que os apenados venham a aprimorar a prática da conduta delitiva, dentre outras barbáries que nascem da aglomeração de apenados, tais como o agravo a saúde dos pacientes, tanto física quanto psicologicamente. A superlotação, a falta de higiene, a mistura entre vários tipos de periculosidade dos apenados somados a maneira de cada um agir fazendo com que todos permeiem uma forma quase que única faz com que o preso perca paulatinamente a sua personalidade inicial, absorvendo aquela que existe no sistema prisional, uma vez que o encarceramento possibilita esse fenômeno, onde a identidade do preso se perde

dentro de um sistema onde todos adquirem o mesmo rótulo por não possuírem outra opção.

E isso se agrava quando, além da personalidade que lhe é de certa forma imposta, o apenado é exposto a um ambiente que lhe facilita adquirir enfermidades, ocasionadas e agravadas justamente por essa falta de separação, onde os apenados são colocados em celas sem qualquer critério, uma vez que os detentos dividem a mesma unidade celular, o que constitui mais uma violação legislativa (LEAL, 2008, p.67).

Contudo, não são apenas fatores que protegem os presos legalmente. Cabe salientar, que a nível mundial a proteção advém da Declaração Universal de Direitos Humanos, da Declaração Americana de Direitos e Deveres do Homem, e de uma resolução da ONU que prevê regras mínimas para o Tratamento dos Presos, que devido ao objeto do trabalho não poderão ser estudadas de forma exaustiva.

No Brasil, os direitos e garantias dos apenados não estão previstos apenas pelo texto constitucional, mas também de forma genérica no Código Penal, e de forma específica na Lei de Execuções Penais. Neste sentido, de acordo com Farias Junior (2011):

A Lei de Execução Penal trouxe grande euforia aos penalistas mais humanos e menos radicais, por acharem que esta lei era uma peça importante que estava faltando na máquina da sistemática penal e que viria a satisfazer os anseios do objetivo maior, que era a recuperação do delinquente (FARIAS JUNIOR, 2011, p.570).

A ressocialização integra o rol de direitos fundamentais do preso e está vinculada ao estado de bem-estar, que se empenha por assegurar o bem-estar material a todos os indivíduos. O preso, por se tratar de indivíduo que se encontra em situação peculiar, possui como cidadão o direito a retornar reabilitado à sociedade e isso é dever único do Estado propiciar essa possibilidade de mudança (LEAL, 2008, p. 77). A não observância de todos estes fatores acaba por funcionar como um *bis in idem* da execução penal. Esta prática é indubitavelmente inconstitucional, contudo, é uma constante na realidade do sistema penitenciário.

Portanto, a LEP possui relevante valia teórica, uma vez que assegura os direitos do apenado, possibilitando que ele se mantenha um amplo amparado legal. Denota informar, que a sua dignidade, em face da Lei, é preservada, vez que o que o ambiente prisional serve não apenas para tolher a sua liberdade, mas também

para a sua ressocialização e não para fazer com que este tenha uma caráter apenas punitivo, fazendo-o sofrer devido a sua desobediência a lei.

CAPÍTULO II

DIREITO À SAÚDE DOS APENADOS

Neste capítulo, trataremos do direito à saúde dos apenados dando enfoque à rápida proliferação das doenças sexualmente transmissíveis e o impacto que elas causam à população dos encarcerados.

2 O DIREITO À SAÚDE E A PROLIFERAÇÃO DAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

A Declaração Universal dos Direitos Humanos representa um grande passo a frente, tomada pela comunidade internacional em 1948. Seu caráter moral persuasivo e autoridade política deriva do fato de que se concorda em ser uma declaração geral princípios internacionais aceitos. Este esboço dos objetivos de direitos humanos é elaborado em termos gerais e amplos, e seus princípios inspiraram mais de 140 direitos humanos instrumentos que, em conjunto, constituem padrões internacionais de direitos humanos.

Além disso, a Declaração Universal delineou os direitos fundamentais proclamada na Carta das Nações Unidas, reconhecendo que a dignidade inerente de todos os membros da família humana é o fundamento da liberdade, justiça e paz a o mundo. Embora a Declaração Universal não seja, por si só, um instrumento vinculativo, certas disposições da Declaração são consideradas como tendo o caráter de direito internacional consuetudinário. Esta Declaração trata do direito à vida, à liberdade e à segurança da pessoa; a proibição da tortura e cruel, desumana e degradante tratamento ou punição; a proibição de prisão arbitrária; o direito a um julgamento justo; o direito de ser considerado inocente até que se prove a culpa; e a proibição de retroatividade medidas criminais. Embora esses artigos sejam mais diretamente relevantes para a administração de justiça, todo o texto da Declaração Universal oferece orientação para o trabalho de oficiais da prisão (NAÇÕES UNIDAS, 2005, p.21-23).

Segundo o Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos (1966) a Declaração Universal operou meramente como uma declaração de ideais, pois não possuía a natureza de um Pacto juridicamente vinculativo e não tem mecanismos para execução. O Pacto detalha o direito à vida; a proibição da tortura; a proibição

de escravidão, servidão e trabalho forçado; a proibição de prisão arbitrária ou detenção; os direitos de todas as pessoas privadas de liberdade; a proibição de prisão por incumprimento de uma obrigação contratual; o direito a um julgamento justo; e a proibição de medidas penais retroativas.

O Pacto é um compromisso legal instrumento que deve ser respeitado pelos governos e suas instituições, incluindo autoridades prisionais. A implementação do Pacto é monitorada pelo Comitê de Direitos, que foi estabelecido sob os termos do próprio Pacto. Esses Convênios são, portanto, legalmente obrigatórios para os estados ratificados. O efeito de tal ratificação é que o Estado ratificador é obrigado a adoptar medidas legislativas implementar o Pacto para assegurar os direitos proclamados nele para que, através da aliança em si não é parte da lei interna do estado ratificante, a direitos consagrados na legislação pertinente são aplicáveis através dos Tribunais (MITCHELL, 1983, p. 449).

Os dois pactos estão protegendo o direito dos prisioneiros e também os direitos dos prisioneiros sobretudo em relação ao direito à saúde e a proliferação das doenças sexualmente transmissíveis. Nosso estudo é em questão a estes aspectos.

2.1 A PROTEÇÃO À SAÚDE NO DIREITO BRASILEIRO

Uma questão relevante, para nosso estudo, a ser levantada seria: por que as prisões podem conduzir a doenças infecciosas?

Existem vários fatores que contribuem para o alto ambiente infeccioso nas prisões brasileiras. No entanto, as seguintes parecem desempenhar um papel muito importante: a) sistemas de saúde deficientes; b) superlotação e congestionamento; c) características demográficas dos próprios presos; d) segurança pública versus preocupações com a saúde e; e) falta de empatia pública pelos prisioneiros.

a) Sistemas de Saúde Fracos

Embora seja geralmente aceito pelas autoridades de saúde pública globalmente que os presos em prisões e outras instalações correcionais têm direito ao mesmo nível de medidas preventivas disponíveis em comunidade (OMS, 2007), é agora reconhecido que os prisioneiros em países recebem menos proteção contra doenças infecciosas em comparação com os serviços disponíveis fora da prisão (ONUSIDA, 2016, p. 478).

Além disso, Considerando que o Princípio 9 (Ninguém será arbitrariamente preso, detido ou exilado), dos Princípios Básicos das Nações Unidas para o tratamento dos prisioneiros, exige equivalência de cuidados de saúde entre o previsto para os presos e/o que está disponível em cada país sem discriminação, vários relatórios lamentam má qualidade dos cuidados de saúde nas prisões em todo o mundo, sobretudo no Brasil (ZULFICAR, 2015, p.91).

b) Superlotação e condições de vida ruins

Além de ter sistemas de saúde fracos, muitas prisões no Brasil estão superlotadas, têm pouca vida condições e muitas vezes detentos são oferecidos dietas de valor nutricional. Infecções, especialmente doenças transmitidas pelo ar, como tuberculose, prosperar melhor em pessoas superlotadas e não-higiênicas meio Ambiente. Da mesma forma, a má nutrição contribuirá muito para a vulnerabilidade de indivíduos expostos a agentes infecciosos (ZULFICAR, 2015, p.103).

A presidente do Conselho Nacional da Justiça (CNJ) e do Supremo Tribunal Federal (STF), ministra Cármen Lúcia, apresentou em agosto de 2018, para os conselheiros do CNJ, a nova versão do Banco Nacional de Monitoramento de Presos (BNMP 2.0). De acordo com os dados parciais apresentados pela ministra aos conselheiros, existem atualmente no Brasil 602.217 presos, dos quais 95% são homens e 5% são mulheres. Cerca de 40% são presos provisórios e 27% respondem por roubo (BNMP 2.0, 2018, p. 10).

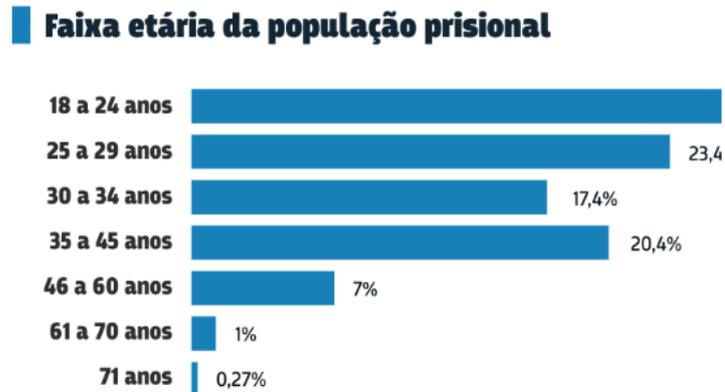
No entanto, qualquer que seja a população carcerária poderia ser em qualquer país individual, a maioria dos prisioneiros brasileiros são mantidos em instalações com capacidade de retenção muito limitada e com saneamento e higiene precários. Muitos relatórios aludiram à superlotação e às pobres condições que afetam as prisões brasileiras. Relatam-se estudos que muitas prisões mantêm duas a cinco vezes mais prisioneiros do que eram significava (BNMP 2.0, 2018, p. 11).

c) Características sociodemográficas dos prisioneiros

As prisões estão cheias de jovens com um passado de alta comportamento de risco antes do encarceramento. Na maioria dos países em desenvolvimento e com renda per capita abaixo da linha da pobreza, os presos vêm dos pobres, sem instrução e desfavorecidos comunidades e, portanto, são mais propensos a estar em risco de doenças infecciosas, uma vez que essa população não tem acesso a saúde particular, onde a pública não supre. Em estudos em prisões brasileiras, uma história

de múltiplos parceiros sexuais estavam altamente associados a ter infecção por HIV, associado a questão do alto consumo de drogas (LENZA, 2010, p. 271).

Figura 1. Perfil dos Presos Brasileiros Segundo BNMP 2.0, 2018.



Fonte: Cadastro Nacional dos Presos, 2018. 6/8/2018.

No estágio atual do Cadastro Nacional de Presos pelos tribunais, já estão disponíveis informações também sobre idade e nacionalidade da massa prisional. Mais da metade dos presos brasileiros tem até 29 anos de idade. A maioria dos presos (30,5%) tem entre 18 e 24 anos, a segunda faixa etária mais populosa (23,39%) do sistema é a de 25 a 29 anos.

d) Preocupações com segurança pública e saúde pública

Em geral, as prisões são instituições de alta segurança e isso significa que as necessidades de manutenção da segurança podem parecer mais premente e às vezes pode estar em conflito com necessidades genuínas de saúde pública. Por exemplo, enquanto o isolamento de um prisioneiro com uma doença altamente infecciosa ser considerado urgente e uma saúde pública normal consideração, muitos administradores de prisão ponderariam a implicação da segurança decisão sábia. Além disso, devido aos mesmos medos, o fluxo de pessoas com experiência em controle de infecção dentro e fora de prisões pode não ser tão fácil como, por exemplo, a facilidade com que eles ganham acesso a outras instituições públicas (LENZA, 2010, p. 288).

Depois, há o problema legal representado por alguns dos riscos comportamentos que podem causar a transmissão de doenças nas prisões. O sexo entre as pessoas do mesmo sexo, a homossexualidade, é uma prática que as autoridades prisionais acham difícil de lidar, principalmente quanto a questão do sexo desprotegido, e de fato os próprios presos acham complicado falar el lidar com este assunto e, por vezes, discussão sobre o referido assunto não acontece, o que

pode ser visto como tolerar tais atos sem ao menos refletir a transmissão de doenças sexualmente transmissíveis. O uso de drogas intravenosas é outro problema difícil (OLIVEIRA *et. al.*, 2016, p.47).

Embora seja bem conhecido que os medicamentos são consumidos prisões, o uso de drogas é ilegal e, uma vez descoberto, é geralmente tratado com medidas disciplinares, não medidas de saúde pública.

e) Falta de empatia pública por programas prisionais

Desde tempos imemoriais, os prisioneiros têm um status na sociedade e/a crença geral pela maioria das pessoas é que prisioneiros são enviados para a prisão para serem punidos por ofender a sociedade (DOLAN, 2017, p.31).

Pena e Estado são conceitos intimamente ligados. A uma determinada concepção de pena corresponde uma determinada concepção de Estado. A evolução das formas de organização das sociedades humanas é acompanhada pela evolução da função do Direito Penal. Assim é que, os estudiosos dividem, apenas para fins esquemáticos, que ao longo da história, o homem fez uso da pena como expressão da vingança divina; como reparação entre os grupos por meio da vingança privada; como controle social, na fase da vingança pública; como meio de intimidação e expiação sob a égide do direito penal canônico.

A função da pena adotada pelo ordenamento brasileiro é incompatível com as disposições constitucionais. A ideologia da diferenciação adotada na ressocialização taxa aquele que comete um crime como afastado da casta superior da sociedade, a composta pelos “socializados”.

Portanto, iniciativas que parecem ajudar os prisioneiros no Brasil não é prontamente idealizado pela sociedade. Isso significa que mesmo dentro da prisão, os próprios estabelecimentos não promovem arrecadação de fundos para o bem-estar dos prisioneiros, sendo, frequentemente, uma baixa prioridade.

2.2 O PLANO NACIONAL DA SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO

Em reconhecimento à gravidade dos problemas de saúde entre os presos, as Regras Mínimas incluem várias disposições que exigem que os presos recebam assistência médica básica e, em particular, que presos doentes sejam visitados diariamente por um médico (REGRAS MÍNIMAS PADRÃO, arts. 22-26). A falha das

autoridades penitenciárias fornecer esses cuidados é uma das principais fontes de queixas de reclusos no Brasil.

As deficiências gerais no atendimento médico prestado nas instalações penais brasileiras, no entanto, eram evidentes até para os olhos inexperientes. Para citar um fato ilustrativo, mas revelador, não se é encontrado um único médico qualificado durante nas prisões brasileiras; em vez disso é, comumente encontrado, inúmeras enfermarias de prisão administradas por funcionários detentos, ou talvez uma única enfermeira de fora. As farmácias prisionais, em muitos casos, são obviamente subestimadas, e os reclusos queixaram-se de que as suas famílias tinham de lhes comprar os medicamentos de que necessitavam (LEAL, 2008).

Um relatório recente sobre os hospitais penitenciários brasileiros, ilustra algumas das deficiências na assistência médica prestada nas prisões brasileiras:

a) espaço físico inadequado, incompatível com as práticas exigidas para o exercício de atividades médico-sociais; b) distribuição inadequada de enfermeiros e seus auxiliares, que carecem de treinamento básico para o exercício de algumas funções, particularmente o cuidado e o tratamento da saúde mental dos internos; c) inexistência de financiamento mensal causando falta de medicamentos básicos, o que resulta em danos à saúde do paciente; d) ausência de equipamentos técnicos para facilitar a atenção às emergências básicas (HUMAN RIGHTS WATCH, 2017).

Desde 2005 há a iniciativa interministerial (Ministério da Saúde e Ministério da Justiça) que tratou da criação de uma Política de Atenção à Saúde Integral da população penitenciária. Partiu da situação atual de desassistência e precariedade nas qual se encontram as pessoas recolhidas em unidades prisionais.

2.2.1 PNSSP- Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário Oficina – Ações de Vigilância Sanitária em Serviços de Saúde em Estabelecimentos Prisionais Novembro/2005.

As pessoas são diferentes em algumas coisas, traços, linhas e cores. Mas são iguais em direitos. Aqueles que são privados de liberdade têm assegurado pela Constituição o direito à saúde pública. Embasamento constitucional e legal no Art. 196 da CF: “A saúde é um direito de todos e um dever do Estado...” Art 14 da Lei de 1984 (Lei de Execução Penal) que prevê assistência médica, odontológica e farmacêutica. A proposta atual extrapola o que já foi definido pela LEP.

O propósito é garantir a inclusão da população penitenciária no Sistema Único de Saúde (SUS). A população alvo é 100% da população penitenciária brasileira, confinada em unidades masculinas, femininas e psiquiátricas. Apesar do SUS já prever a atenção à saúde de todos os cidadãos brasileiros é sabido e comum das dificuldades de acesso das pessoas presas aos serviços de saúde, bem como as especificidades que permeiam sua condição de confinamento. O PNSSP não inclui unidades destinadas à custódia de presos provisórios: Cadeias Públicas e Distritos Policiais, em razão do seu caráter de transitoriedade. Neste caso o atendimento deverá ser feito na rede de saúde, até porque de acordo com o Código Penal brasileiro todo réu tem direito à presunção de inocência.

O desenvolvimento da proposta aborda os princípios do SUS:

- Universalização do acesso: todos têm direito aos serviços de saúde;
 - Integralidade: ações de atenção básica, serviços ambulatoriais especializados e intercorrências hospitalares;
 - Integralidade da Atenção;
 - Equidade: respeito ao direito de cada um, tratando igualmente os desiguais;
 - Descentralização: ações de nível federal – estadual e municipal. Ex: municipalização da atenção básica;
 - Regionalização: as ações deverão seguir o estabelecido nos Planos Diretores de Regionalização (PDR);
 - Participação Social (Lei de 1992): previsão de uma participação ativa no planejamento de ações de saúde. Parceria com os Conselhos da Comunidade.
- Os Objetivos da Política são:
- Organizar ações e serviços de atenção básica em unidades prisionais;
 - Reformar e equipar as unidades prisionais visando a estruturação dos serviços de saúde;
 - Contratar recursos humanos para compor as equipes de saúde;
 - Implantação de equipes de atenção básica com acompanhamento contínuo e prática resolutiva;
 - Adequação dos estabelecimentos prisionais: em razão de arquiteturas antigas e inadequadas, aproveitamento inadequado do espaço de saúde para criação de novas vagas/superlotação;
 - Recursos humanos: complementação de profissionais nos locais onde já existem aqueles previstos na LEP: médico, odontólogo, psicólogo e assistente social (exames criminais).

As unidades de saúde no sistema prisional devem atender ao componente assistencial na promoção de ações de promoção e proteção da saúde: neste sentido, reorientação do modelo de atenção à saúde: a resolutividade da atenção básica. Deve fomentar a organização das ações e serviços de saúde/unidades de saúde equipadas/ equipes de saúde contratadas, sendo esta uma porta de entrada resolutiva que reduz a necessidade de encaminhamentos hospitalares, sendo

prioridade em ações de promoção e proteção à saúde a questão da adequação alimentar e nutricional, adequação das celas e locais de confinamento; por fim, ações de prevenção de agravos à saúde.

As atenções básicas da saúde, de acordo com o SUS em consonância com o PNSSP: saúde bucal, saúde da mulher, doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, saúde mental, hepatites, tuberculose, hipertensão, diabetes, hanseníase, farmácia básica, imunizações e coleta de exames laboratoriais. Atenção ambulatorial especializada e hospitalar: Ambulatórios de especialidades; Serviços de apoio diagnóstico e terapêutico; Hospitais gerais; Serviços de urgência.

As Ações de Atenção Básica definidas na NOAS 2001/2002, são:

- Norma Operacional de Assistência à Saúde, saúde bucal;
- Saúde da mulher;
- Controle da tuberculose;
- Dermatologia sanitária;
- Imunizações;
- Hipertensão/Diabetes;
- Ações complementares: diagnóstico, aconselhamento e tratamento em DST/HIV/AIDS, saúde mental e realização de exames laboratoriais.

A população penitenciária é recenseada pelo IBGE (2017) como população residente e, portanto já está incluída nos repasses federais de dotação orçamentária fixa. O custeio exclusivo das ações da Atenção Básica; capacitação dos profissionais de saúde; compra de insumos para o trabalho diário; compra e manutenção de equipamentos da Unidade de Saúde; pequenas reformas da Unidade de Saúde.

2.3 AS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NOS PRESÍDIOS BRASILEIROS

Apesar do fato de que as prisões são reconhecidas como instituições com alta carga de doenças infecciosas, os dados sobre a extensão e a magnitude dessas infecções são, em grande medida, indisponíveis e muitas vezes incompletos. Portanto, informações bem documentadas sobre as taxas de prevalência de doenças infecciosas nas prisões vêm principalmente nos países desenvolvidos, mas que no Brasil, vem avançando sistematicamente. Três infecções, em particular, vírus da hepatite C (VHC), vírus da imunodeficiência humana (HIV) e tuberculose (TB) têm

o potencial de causar grave morbidade e mortalidade nas prisões (OLIVEIRA *et. al.*, 2016, p.55).

2.3.1 Considerações Importantes Sobre as Doenças

A hepatite C (VHC) é transmitida através do sangue ou produtos sanguíneos. É, portanto, comum em indivíduos que injetam drogas, aqueles que praticam a tatuagem e aqueles que praticam em outro sangue, deixando rituais como cerimônias de iniciação da irmandade de sangue. Esse quadro epidemiológico sugere que as prisões são terras férteis para a propagação do VHC, devido à presença desses comportamentos de alto risco nas populações carcerárias.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que 3% da população mundial esteja infectada com VHC, mas nas prisões a prevalência é muito maior, principalmente no Brasil, onde 12,3% dos internos tinham infecção pelo VHC (OLIVEIRA, 2016, p. 120).

Descrevendo as prisões como "um local ideal para a transmissão da infecção pelo HIV", o Programa das Nações Unidas para o SIDA (UNAIDS) alertou repetidamente para as autoridades prisionais tomarem medidas afirmativas para impedir a propagação do vírus. Os altos níveis de HIV / AIDS encontrados nas prisões brasileiras certamente confirmam seus prognósticos. No final de 2017, pesquisadores da Universidade de São Paulo estimaram que cerca de 40% da população carcerária do Brasil estava vivendo com HIV, depois de terem coletado dados de todo o país. De acordo com a pesquisa, os níveis mais altos de infecção pelo HIV são encontrados nas prisões do sudeste do Brasil - uma área que inclui São Paulo e sua enorme população carcerária - em alguns casos, afetando cerca de 30% da população carcerária. Os níveis mais baixos de infecção são encontrados no nordeste, onde apenas 2 a 3% dos internos são infectados (SIDA, 2017).

Embora não tenham sido compiladas estatísticas nacionais abrangentes, acredita-se que a AIDS e a tuberculose - muitas vezes juntas - são as principais causas de morte nas prisões brasileiras. Muitos prisioneiros morrem dessas doenças depois de receberem pouca ou nenhuma assistência médica. Os presos nas prisões não recebem medicação contra a Aids, embora recebam tratamento ambulatorial para tuberculose. Nas prisões da maioria dos estados, os presos doentes não são

transferidos para o hospital da prisão ou para a enfermaria até estarem nos estágios terminais avançados de sua doença.

De acordo com os padrões internacionais, os presos que são HIV positivos, mas não apresentam sintomas de AIDS, não são segregados de outros prisioneiros (OMS, 1997). Embora a liberação compassiva (conhecida como indulto humanitário) esteja disponível teoricamente para prisioneiros que estão morrendo, ocorrem muitos obstáculos processuais e atrasos que significam, na prática, que poucos prisioneiros conseguem o indulto compassivo (OLIVEIRA *et. al.*, 2016, p. 83).

2.3.2 A Rápida Proliferação

Para que qualquer intervenção seja bem-sucedida, ela deve ser apropriada e relevante à situação sociocultural existente na comunidade ou sociedade alvo. Sendo este o caso, é claro que para as prisões, a complexidade moral, cultural e questões legais precisam de cuidadosa consideração para desenvolver programas bem-sucedidos contra doenças infecciosas. Este estudo argumenta que os principais fatores responsáveis pela alta carga de doenças nas prisões são a superpopulação e o congestionamento, o sistema de saúde precário, a segurança e preocupações frente às necessidades de saúde pública, as características sócio demográficas dos presos e a falta de empatia pública por programas prisionais.

Tendo em conta estes problemas, qual é o caminho a seguir? Apesar da magnitude dos problemas, há muito que pode ser feito para minimizar a ameaça de doenças infecciosas nas prisões.

O Rio de Janeiro supostamente fornece melhores cuidados de saúde do que a maioria dos sistemas prisionais estaduais no Brasil; tem sete hospitais penitenciários, incluindo um para internos com AIDS, onde os pacientes recebem as drogas modernas que se mostraram eficazes em impedir o avanço da doença. Essas drogas também estão disponíveis no hospital de combate à aids do hospital central do sistema prisional de São Paulo; no entanto, o pequeno número de leitos nessas instalações limita seu uso a uma pequena fração do número total de prisioneiros que sofrem de AIDS (LEMGRUBER, 2017, p. 22).

Contudo, a realidade é que nem sempre funciona este sistema e que a proliferação destas doenças sexualmente transmissíveis a cada dia aumenta. Ante a esta realidade, o Ministério da Saúde Nacional defende a implantação de várias

medidas preventivas adicionais e, em alguns Estados, que financiem seu uso nas prisões. Essas medidas incluem a criação e distribuição de materiais educativos para prisioneiros, como panfletos que descrevem técnicas de prevenção e a formação de enfermeiros e outros que trabalham nas prisões.

Entre outros esforços interessantes, o Ministério da Saúde apóia a publicação de um periódico voltado para o HIV / AIDS, escrito e editado por presos da Cadeia Central de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, que é distribuído entre a população carcerária. Além de discutir abertamente e sem rodeios a prevenção de sexo, drogas e HIV / AIDS, a revista serve como um fórum para que os presos falem o que pensam sobre problemas e abusos na prisão (LEAL, 2008, p.129).

De acordo com as Diretrizes da OMS para Infecção pelo HIV e AIDS nas Prisões (Diretriz 10; Diretrizes das Nações Unidas sobre HIV / SIDA e Direitos Humanos) consistente com os padrões internacionais, o Brasil não tem testes obrigatórios de HIV para os prisioneiros. Muitas prisões, além disso, têm poucos testes voluntários devido a restrições de recursos. Para seu crédito, autoridades de justiça e saúde reconhecem a seriedade da epidemia de HIV / AIDS entre a população prisional e sua rápida proliferação.

Eles enfatizam, em particular, que o fluxo constante de detentos que saem do sistema carcerário facilita a disseminação do HIV / AIDS entre a população em geral. De acordo com suas estimativas, a cada ano, cerca de 12.000 internos HIV positivos são libertados, tornando-se "pontos focais para a propagação da doença" (LEAL, 2008, p.137).

CAPÍTULO III

3 ANÁLISE DOS RESULTADOS DA PESQUISA - A REALIDADE DA SAÚDE NAS PENITENCIÁRIAS E A RESPONSABILIDADE ESTATAL

A mais recente pesquisa oficial realizada, no dia 8 de dezembro de 2017, pelo Departamento Penitenciário Nacional (Depen), do Ministério da Justiça, divulgou os dados do Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (INFOPEN/2017) referentes a 2016. Até junho desse mesmo ano haviam sido encarceradas 726.712 pessoas, sendo que 40% seguiam presas sem condenação. Isso faz com que seja a terceira maior prisão do mundo, que está sendo realizada em um sistema que ultrapassa sua capacidade máxima.

Com o novo levantamento, o Brasil chega a ultrapassar a Rússia (618.490 em 2017), seguido dos Estados Unidos (2,3 milhões) e China (1,7 milhões em 2015). No entanto, na contramão dos outros países, o Brasil tem feito crescer a sua população carcerária. São Paulo tem o maior número; 240.061 pessoas se encontram presas (33,1 do total) e 78.862 ainda sem condenação. Sergipe, o estado que conta com maior número de presos provisórios, tem 5.316, sendo que 65% ainda não foram condenados (INFOPEN/2017).

No entanto, um estudo oficial conduzido pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) demonstrou que 1 em cada 3 pessoas em detenção preventiva não será condenada. Da mesma forma, o estudo demonstrou que 37,2% dos réus em prisão preventiva não foram condenados à prisão no final do julgamento (INFOPEN/2017).

Os dados também mostram que o número de presos provisórios é muito próximo do número de espaços que faltam no sistema. As informações mais recentes indicam que o sistema penitenciário tem uma escassez de 250.318 lugares. Em outras palavras, se medidas alternativas ao encarceramento fossem aplicadas, como o direito nacional e internacional claramente prevê, a posição do Brasil, como um dos países que aprisionam mais pessoas no mundo, pode ser diferente. No entanto, o país atualmente favorece uma política criminal onde o encarceramento é a regra e a liberdade é apenas uma exceção.

A esse respeito, Juan Méndez, relator especial da ONU para a tortura, citado por Oliveira (2016) expressou preocupação com o fato de o Brasil estar enfrentando

um problema endêmico e estrutural de superlotação nos locais de detenção. De acordo com o Relator Especial, parte dessa situação alarmante é derivada do alto número de presos condenados (OLIVEIRA *et. al.*, 2016, p. 97).

A superlotação contribui significativamente para a deterioração das condições precárias em que as pessoas são privadas de liberdade no Brasil. Segundo o relator:

As condições de detenção equivalem a tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes. A superlotação severa leva a condições caóticas dentro das instituições e impacta grandemente as condições de vida dos detentos e seu acesso à comida, água, defesa legal, assistência médica, apoio psicossocial e oportunidades de trabalho e educação, bem como sol, ar fresco e recreação (OLIVEIRA *et. al.*, 2016, p.97).

Para o relator, a melhor política para a melhoria do sistema prisional brasileiro é aquela cujo objetivo é adotar alternativas ao encarceramento e cujo foco é diminuir a população carcerária.

Também coadunamos com este pensamento e, ainda, fomentamos a implementação efetiva do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, instituído pela Portaria Interministerial n.º 1.777, de 9 de setembro de 2003, sendo fruto de um trabalho matricial construído com a participação de diversas áreas técnicas dos Ministérios da Saúde e da Justiça e com a participação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (BRASIL, 2017, p.4).

3.1 AS CONDIÇÕES ENFRENTADAS PELOS PRESOS NO SISTEMA BRASILEIRO

O acesso da população penitenciária a ações e serviços de saúde é legalmente definido pela Lei de Execução Penal n.º 7.210, de 1984, pela Constituição Federal de 1988, pela Lei n.º 8.080, de 1990, que regulamenta o Sistema Único de Saúde e pela Lei n.º 8.142, de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2017, p.4).

Embora o amplo aparato legal que o Brasil dispõe quanto a manutenção da saúde dos encarcerados, podemos argumentar também que, no Brasil, não há política para garantir a produção consistente de dados sobre justiça criminal.

Quando os dados estão disponíveis, eles são escassos, incompletos, incongruentes e coletados usando diferentes metodologias - fatos que invariavelmente limitam a possibilidade de usar os dados de maneira consistente. A falta de informação também dificulta a elaboração e o monitoramento de políticas públicas eficientes e atentas às necessidades dos grupos vulneráveis.

Um exemplo claro da invisibilidade que afeta a população carcerária é a ausência de dados sobre a população LGBT privada de liberdade, como corretamente observou o Relator sobre a Tortura:

O Relator Especial observa com preocupação que existem poucos dados sobre lésbicas, bissexuais, transexuais e intersexuais em conflito com a lei no Brasil. Poucas pessoas se declaram como tais na prisão, a grande maioria dos incidentes não são relatados devido ao medo de retaliação do (s) perpetrador (es), e há pouco interesse em mapear tais incidentes (OLIVEIRA, 2017, p.99).

Além disso, não está claro, por exemplo, quantos indígenas estão atualmente privados de liberdade no país ou quantas mulheres grávidas estão presas. Uma grande parte da população carcerária é, portanto, invisível, o que os deixa ainda mais vulneráveis e desassistidos, principalmente quando tentamos cruzar com os dados de questões da saúde que é objetivo deste nosso estudo.

As ações e os serviços de saúde definidos pelo Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) são consoantes com os princípios e as diretrizes do SUS. Os instrumentos de gestão do Sistema que orientam o planejamento e a tomada de decisão de gestores de saúde estão presentes nesse Plano, a exemplo do cadastramento de Unidades dos Estabelecimentos Prisionais no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde. O PNSSP foi construído em coerência com a discussão da organização de sistemas de saúde e do processo de regionalização da atenção, que pauta o incremento da universalidade, da equidade, da integralidade e da resolubilidade da assistência. As ações e os serviços de atenção básica em saúde são organizadas nas unidades prisionais e realizadas por equipes interdisciplinares de saúde. O acesso aos demais níveis de atenção em saúde é pactuado e definido no âmbito de cada estado em consonância com os planos diretores de regionalização e aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e do Conselho Estadual de Saúde (CES) (BRASIL, 2017, p.4).

Portanto, nos últimos anos, o Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), do Ministério da Justiça, vem realizando esforços para elaborar um relatório nacional

sobre a situação do sistema prisional no Brasil: o Infopen (2017) é o único relatório nacional oficial sobre o sistema prisional no país. Existem inúmeras críticas ao Infopen (2017), como o intervalo de tempo ou a falta de uma metodologia uniforme para coletar dados. No entanto, esse é um importante diagnóstico nacional da situação de privação de liberdade no Brasil. Deixando de lado suas falhas, Infopen serviu para orientar as avaliações e ajudar tanto a sociedade civil quanto o governo a entender melhor o sistema prisional e adotar medidas mais eficazes em prol da saúde nas penitenciárias brasileiras.

É preocupante, no entanto, que a recente mudança de governo no Brasil esteja colocando em risco a política incipiente de produção de dados sobre o encarceramento no país. É altamente necessário não apenas melhorar a produção e a qualidade dos dados em Infopen (2017), mas também garantir o compromisso do governo em assegurar sua continuidade.

3.2 A IMPOSIÇÃO INTERNACIONAL PARA MEDIDAS CAUTELARES

É de importância crucial fortalecer a capacidade do país de produzir e divulgar dados claros e relevantes, incluindo a promoção da saúde, incidência de tortura, maus-tratos e morte sob custódia entre vários grupos vulneráveis, incluindo grupos raciais, sexuais, de gênero e outros grupos minoritários. Esse é o que recomenda Juan Méndez, relator especial da ONU para a tortura (OLIVEIRA *et. al.*, 2016, p. 97).

As recomendações da Rede de Justiça Criminal, no âmbito internacional assevera que:

- Garantir a continuidade do Inquérito Nacional de Informações Prisionais (Infopen), melhorar os métodos utilizados para coletar e sistematizar os dados e estabelecer um padrão nacional para coleta de dados com critérios, periodicidade e metodologia pré-definidos;
- Manter um banco de dados aberto sobre justiça criminal com as seguintes características: atual, público, nacional na cobertura e atento à diversidade.

As Medidas Cautelares Prisionais e Alternativas à Prisão no Sistema de Investigação Preliminar, ao qual, se entende que as medidas cautelares são procedimentos com caráter de urgência, sendo necessário, que se tenha como fundamento o *periculum libertatis*, e como finalidade a perfeita execução da investigação para qual se determinou tal medida cautelar.

Pela observação dos aspectos analisados, é preciso que seja buscada uma ação motivada e escrita, devendo explicitar o que se pretende com a aplicação da medida cautelar. Garantindo desde o início, escutar os direitos essenciais do homem trazidos na CRFB/88, que devem caminhar ao lado de qualquer medida judicial.

Dessa forma, é de se concluir que, deparamo-nos com a extrema importância que as medidas cautelares representam hodiernamente no ordenamento jurídico brasileiro, pois, percebe-se, que de fato é um instrumento pelo qual se obtém ou protege determinado elemento que necessita o processo.

Portanto, para que possamos ter toda a dimensão da aplicabilidade das medidas cautelares prisionais e alternativas, esclarecendo doutrinariamente seus pressupostos que envolvem a sua decretação precisamos de uma profunda análise acerca do caso concreto.

3.3 A RESPONSABILIDADE DO ESTADO PARA COM OS APENADOS

Embora os dados demográficos sobre o perfil da população carcerária sejam escassos e imprecisos, pode-se afirmar, com base em Infopen, que jovens negros em situação de alta vulnerabilidade social estão super-representados no sistema penitenciário brasileiro.

Como vimos na nossa pesquisa bibliográfica, embora a população geral entre 18 e 24 anos corresponda a 11,16% da população total do país, os jovens nessa faixa etária representam 30,12%, ou aproximadamente um terço, da população carcerária. Hoje, 55,07% das pessoas privadas de a liberdade têm 29 anos ou menos (BNMP 2.0, 2018, p. 10).

Além disso, os jovens negros são as principais vítimas de prisão no Brasil. Infopen (2017) demonstra que 61,67% dessa população negra. É possível que esses números sejam provavelmente ainda maiores, pois o método escolhido para coleta de dados é o registro por terceiros e não a autodeclaração.

O Estado deveria assumir essa responsabilidade de coleta efetiva de dados, utilizando métodos mais eficazes, pois, segundo o PNSSP (2017) o modelo de atenção pautada como prioridade por este Ministério busca a efetiva integralidade das ações, representada pela incorporação do modelo epidemiológico. Esse modelo

de atenção incorpora a articulação necessária com outros setores, afirmando a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção da saúde.

O balanço desses anos do PNSSP apresenta desafios e conquistas. No que diz respeito às ações de prevenção, promoção e recuperação, alguns estados têm desenvolvido iniciativas que merecem um olhar mais atento. Mediante articulação com as Secretarias de Saúde e as Secretarias responsáveis pela Administração Penitenciária, esses estados têm trabalhado na formação de presos como multiplicadores de saúde. Além da remição da pena, há um acompanhamento mais efetivo de agravos como a tuberculose e o HIV/aids, e garante-se a continuidade do trabalho desenvolvido pelas Equipes de Saúde. Iniciativas como essa têm obtido resultados relevantes, como a cobertura da maioria da população penitenciária nos locais onde são aplicadas.

Em 2009, a partir da análise dos Relatórios de Gestão dos estados, das visitas de monitoramento/acompanhamento aos nove primeiros estados qualificados, realizados em conjunto com o DEPEN/MJ, das recomendações das Consultas Regional e Nacional sobre HIV/Aids no Sistema Penitenciário, além de relatos de gestores e profissionais de saúde no sistema penitenciário, as equipes técnicas dos Ministérios da Saúde e da Justiça concluíram que era o momento adequado para se proceder uma ampla revisão do PNSSP, a fim de adequá-lo às realidades locais, objetivando a melhoria das ações de saúde direcionadas à população penitenciária (BRASIL, 2017, p.6).

O Plano Operativo Estadual (POE) é instrumento fundamental dentro do processo de qualificação do Estado ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Os POE têm por objetivo estabelecer as metas gerais e específicas dos Estados, com vistas a promover, proteger e recuperar a saúde da população prisional. O POE é instrumento de planejamento para a implantação de uma política, mas tem como objetivos também, a elaboração e o desenvolvimento de uma proposta para atuação em parceria entre órgãos/entidades públicas, sociedade civil, academia, entre outros. No POE devem constar ações que visem estimular a municipalização da gestão da saúde no sistema penitenciário, de acordo com as diretrizes do SUS (BRASIL, 2017, p.16).

3.3.1 A Possibilidade de Indenizar

Além da discriminação racial, o sistema de justiça criminal também afeta desproporcionalmente os indivíduos em situação de vulnerabilidade social. As pessoas que são analfabetas, que aprenderam a ler e escrever informalmente ou que apenas concluíram o ensino fundamental representam 75,08% da população carcerária. Apenas 9,54% desta população declaram ter concluído o ensino médio e apenas 0,46% concluíram alguma forma de educação superior (DOLAN, 2017, p.49).

Com base nos dados apresentados, pode-se afirmar que o Brasil mantém uma política de encarceramento em massa que afeta desproporcional e sistematicamente jovens, sobretudo os negros, de baixa renda, com baixa escolaridade. No país, o sistema de justiça criminal continua agravando as vulnerabilidades, reforça os estigmas e reproduz as desigualdades que assolam os brasileiros.

O Supremo Tribunal Federal publicou em 11 setembro de 2017 o acórdão em que reconhece o direito de preso submetido a condições degradantes de ser indenizado. A corte concluiu o julgamento em fevereiro do corrente ano:

A C Ó R D Ã O Vistos, relatados e discutidos estes autos, acordam os ministros do Supremo Tribunal Federal, em sessão plenária, sob a presidência da ministra Cármen Lúcia, na conformidade da ata do julgamento e das notas taquigráficas, apreciando o Tema 365 da Repercussão Geral, por maioria, conhecer do extraordinário e dar-lhe provimento, nos termos do voto do Relator, para: (a) restabelecer o juízo condenatório da apelação, vencidos Roberto Barroso, Luiz Fux e Celso de Mello que lhe davam provimento, mas adotavam a remição como forma indenizatória; e, (b) fixar a tese: **“Considerando que é dever do Estado, imposto pelo sistema normativo, manter em seus presídios os padrões mínimos de humanidade previstos no ordenamento jurídico, é de sua responsabilidade, nos termos do art. 37, § 6º da Constituição, a obrigação de ressarcir os danos, inclusive morais, comprovadamente causados aos detentos em decorrência da falta ou insuficiência das condições legais de encarceramento”**. Brasília, 16 de fevereiro de 2017. Ministro GILMAR MENDES Redator do acórdão – RISTF 38, IV, “b” Documento assinado digitalmente. (grifos nossos).

Portanto, foi vitoriosa a tese de que presos submetidos a condições desumanas e a superlotação em presídios devem ser indenizados em dinheiro pelo próprio Estado que tem o dever de responsabilidade civil para com as pessoas que

mantém presas. E se elas estão sem “condições mínimas de humanidade”, devem ser indenizadas, inclusive por danos morais.

3.3.2 Casos Concretos

A Suprema Corte firmou o entendimento de que o Estado tem o dever objetivo, ou seja, responsabilidade civil objetiva de zelar pela integridade física e moral do apenado que está sob sua custódia, uma vez que se dá através de sua conduta omissiva, motivo pelo qual é devida a indenização decorrente da morte do detento, mesmo em casos de suicídio, conforme decisão do STF abaixo confrontada:

Decisão: Trata-se de agravo contra decisão de inadmissibilidade de recurso extraordinário que impugna acórdão assim do: “DUPLO GRAU DE JURISDIÇÃO. APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO. MORTE DE PRESO DENTRO DO ESTABELECIMENTO PRISIONAL. SUICÍDIO. RESPONSABILIDADE CIVIL DO ESTADO. DANOS MORAIS. VALOR MANTIDO. I – A partir do momento em que o indivíduo é detido, este é o posto sob a guarda, proteção e vigilância das autoridades policiais, que têm por dever legal, nos termos do art. 5º, XLIX, da CF, tomar medidas que garantam a incolumidade física daquele, quer por ato do próprio preso (suicídio), quer por ato de terceiro (agressão perpetrada por outro preso). II – Restando devidamente demonstrado nos autos que o resultado danoso decorreu de conduta omissiva do Estado ao faltar com seu dever de vigilância do detento, o qual foi encarcerado alcoolizado e, posteriormente, encontrado morto no interior da cela, configurada está a responsabilidade do ente público em arcar com os danos causados. II – Deve ser mantido o valor fixado a título de danos morais, porquanto proporcional e razoável para conferir uma compensação aos lesados, atenuando a dor sofrida com a perda do ente familiar, e em atenção à função punitiva e pedagógica que se espera da condenação. Remessa e Apelação conhecidas e improvidas”. No recurso extraordinário, interposto com fundamento no art. 102, III, a, da Constituição Federal, sustenta-se a repercussão geral da matéria deduzida no recurso. No mérito, aponta-se violação ao artigo 37, § 6º, do texto constitucional. O Estado de Goiás alega, em síntese, que o fato ocorrido não enseja sua responsabilidade civil, haja vista tratar-se de suicídio do detento e que, por isso, ausente o nexo de causalidade entre o evento morte e qualquer ação advinda da Administração Pública para sua ocorrência, por se tratar de culpa exclusiva da vítima. Decido. O recurso não merece prosperar. Inicialmente, verifico que o acórdão recorrido está em consonância com a jurisprudência desta Corte que firmou o entendimento de que o Estado tem o dever objetivo de zelar pela integridade física e moral do preso sob sua custódia, atraindo então a responsabilidade civil objetiva, em razão de sua conduta omissiva, motivo pelo qual é devida a indenização decorrente da morte do detento, ainda que em caso de suicídio. Nesse sentido: A integridade física dos detentos é de responsabilidade do Estado, o

qual deverá manter vigilância constante e eficiente, bem como tratamento adequado à saúde física e mental dos mesmos (ARE 700927, 2017).

Na mesma linha, o Superior Tribunal de Justiça no julgamento do AgRg no REsp 1.305.259, com relatoria do Min. Mauro Campbell Marques, julgado em 02/04/13 decidiu que a administração pública está obrigada ao pagamento de pensão e indenização por danos morais no caso de morte por suicídio de detento ocorrido dentro de estabelecimento prisional mantido pelo Estado. Nessa oportunidade, entendeu que não seria necessário perquirir a culpa da administração pública, ou seja, que a responsabilidade estatal pela integridade dos presidiários é objetiva. Conforme a Ementa abaixo assinalada:

PROCESSUAL CIVIL E ADMINISTRATIVO. AGRAVO REGIMENTAL NO RECURSO ESPECIAL. RESPONSABILIDADE CIVIL DO ESTADO. MORTE DE DETENTO NO INTERIOR DE ESTABELECIMENTO PRISIONAL. RESPONSABILIDADE DO ESTADO CARACTERIZADA. ORIENTAÇÃO JURISPRUDENCIAL DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL E DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA (REsp 1.305.259, 2017).

O STF reconheceu que no sistema prisional ocorre uma violação generalizada de direitos fundamentais dos presos. Entendeu que os cárceres brasileiros, além de não cumprirem a função de ressocialização da pena, fomentam o aumento da criminalidade. As penas privativas de liberdade aplicadas acabam sendo penas cruéis e desumanas, que configurariam a tortura.

(...) O Estado é civilmente responsável pelos danos, inclusive morais, comprovadamente causados aos presos em decorrência de violações à sua dignidade, provocadas pela superlotação prisional e pelo encarceramento em condições desumanas ou degradantes. Em razão da natureza estrutural e sistêmica das disfunções verificadas no sistema prisional, a reparação dos danos morais deve ser efetivada preferencialmente por meio não pecuniário, consistente na remição de 1 dia de pena por cada 3 a 7 dias de pena cumprida em condições atentatórias à dignidade humana, a ser postulada perante o Juízo da Execução Penal. Subsidiariamente, caso o detento já tenha cumprido integralmente a pena ou não seja possível aplicar-lhe a remição, a ação para ressarcimento dos danos morais será fixada em pecúnia pelo juízo cível competente (RE 580252, 2017).

3.4 MEDIDAS A SEREM ADOTADAS PARA CONTROLE E SUPERAÇÃO DA CRISE DA SAÚDE NAS PENITENCIÁRIAS BRASILEIRAS

A situação carcerária no Brasil já foi alvo de inúmeras recomendações Nacionais e Internacionais, durante os ciclos anteriores da Revisão Periódica

Universal, definida pela ONU, principalmente. O Brasil aceitou todas as recomendações relacionadas às condições do sistema de justiça criminal e das prisões em 2008 e 2012. No entanto, com a abordagem da terceira Revisão Periódica Universal, pode-se afirmar que pouco progresso foi feito para implementar e consolidar às recomendações.

Segundo Revisão Periódica Universal (da Comunidade Internacional, 2010) entre tantas recomendações, podemos destacar para melhoria controle e superação da crise da saúde nas penitenciárias brasileiras:

- Acelerar a melhoria dos sistemas judiciário, policial e prisional, de acordo com os padrões internacionais de direitos humanos (Uruguai);
- Priorizar a reforma do sistema prisional e garantir o respeito e a proteção dos direitos humanos de todos os detidos (Itália);
- Assegure-se de que os prisioneiros e detidos tenham acesso, em todos os momentos, aos seus direitos e descrições de tratamento adequado, incluindo os estabelecidos nas Regras Mínimas Padrão e no Conjunto de Princípios para a Proteção de Detidos e assegure-se de que eles tenham acesso a procedimentos eficazes para perceber esses direitos (Holanda)
- Reformar o sistema penitenciário para reduzir o nível de superlotação e melhorar as condições de vida das pessoas privadas de liberdade (Espanha)

Interessante frisar que, através da elaboração do Plano Operativo constante no PNSSP (2017) ocorrerá o momento de pacto entre os Estados e Municípios a fim de que possa implementar o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário conjuntamente à construção da proposta, inclusive quanto às responsabilidades financeiras e orçamentárias. A administração do PNSSP deve ser pactuada no âmbito de cada Estado/Município, através da Comissão Intergestores Bipartite e entre gestores estaduais/municipais de saúde e da administração prisional, com as responsabilidades definidas no PNSSP (2017).

A operacionalização do PNSSP (2017) deve ser baseada no Plano de Metas, elaborado anualmente, onde devem constar obrigatoriamente:

- a) planejamento para aplicação dos recursos do incentivo financeiro para as ações de saúde; b) ações continuadas de promoção da saúde da população penitenciária, com resultados esperados; c) campanhas direcionadas a agravos específicos, detectados nessa população; d) inserção da população penitenciária nas campanhas do Ministério da Saúde; e) planejamento da necessidade e dispensação de medicamentos necessários (tanto os do kit básico do MS quanto

aqueles adquiridos pelo estado/município); g) alimentação dos sistemas de informação dos Ministérios da Saúde e da Justiça; h) envio do Relatório de Gestão Anual ao Ministério da Saúde, no prazo máximo de 90 (noventa) dias do encerramento do ano civil, com aprovação no Conselho Estadual/Municipal de Saúde, conforme Portaria Interministerial nº 3.343/MS/MJ, de 28 de dezembro de 2006; i) pactuação das metas conforme PPI e POE; j) definição da responsabilidade pela gestão do POE; l) definição da responsabilidade pela gestão das ações de saúde nas unidades prisionais; m) garantia da participação de gestores estaduais da saúde no sistema penitenciário nos espaços de discussão (câmaras técnicas, conselhos de saúde, conselhos de comunidades, comissões de saúde); n) pactuação das referências para níveis de maior complexidade; o) encaminhamento ao juízo da execução penal da solicitação do cumprimento da remição de pena dos multiplicadores de saúde, conforme disposto no § 3º do Art. 9º (BRASIL, 2017, p.17).

Havendo efetivamente o que já está definido, possivelmente a saúde nas penitenciárias será tida em primeiro plano e umas das prioridades do próprio Estado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde do apenado é um processo natural cujo Estado é responsável pela sua manutenção e envolve vários aspectos, como fisiológicos, sociais e econômicos, entre outros. O encarceramento traz consigo mudanças que podem comprometer a qualidade de vida do indivíduo ou que podem ser aceitas de maneira resiliente pelo indivíduo. Entretanto, este estudo observou que esse processo nos apenados encarcerados sofrerá influência negativa de outros aspectos, como o problema da saúde e a transmissão de doenças sexualmente transmissíveis vivenciados por aqueles que são privados portanto não apenas de sua liberdade, mas como também dos seus direitos fundamentais tutelados pelos Direitos Humanos, como o direito à saúde.

Discutiu-se que o ambiente insalubre do presídio é determinante para o aparecimento de doenças e agravamento das condições de saúde dos apenados. Associado a isso está à falta de atenção à saúde, uma vez que a maioria das instituições carcerárias não possui serviços de saúde e profissionais para atender às demandas dessa população.

Outros fatores, como isolamento social e separação da família, podem afetar a saúde mental e causar depressão e até suicídio na prisão. A condição socioeconômica do país foi apontada por alguns autores como fator de entrada dos idosos no mundo do crime e sua permanência nele.

Diante desse contexto, foi possível constatar que a crescente presença do jovem de baixa renda e, sobretudo negro, no crime e no ambiente prisional é uma questão social importante e que tem consequências em vários aspectos, seja ele individual para a vida do apenado, para sua família, para o governo ou para a sociedade em geral ante o impacto negativo que se tem frente a questão racial e principalmente o ingresso de jovens cada vez mais crescente na criminalidade.

Essa realidade está sendo escondida e o que se observa é que pouco ou nada foi feito pelo estado ou sociedade para melhorar a situação do preso, seja idoso ou jovem. Embora exista programas e como o PNSSP do Ministério da Saúde que determina diretrizes a serem aplicadas. Contudo, justamente essa aplicação, na realidade, não ocorre.

Portanto, mais estudos precisam ser realizados e publicados sobre esse tema para que essa realidade se torne conhecida e debatida. Além disso, descobrir quais

ações podem ser tomadas para mudar essa situação muito prejudicial, que provavelmente se agravará com projeções de um número crescente de pessoas envolvidas no crime no país.

REFERÊNCIAS

- BIANCARELLI, Aureliana. **Cadeias do país são campeãs de Aids**. Folha de S. Paulo, August 11, 2017.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.
- _____. Lei n.º 7.210, de 11 de julho de 1984. **Institui a Lei de Execução Penal**. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 jul. 1984.
- _____. 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**. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990.
- _____. 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**. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990.
- _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas PLANO NACIONAL DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO 3.ª EDIÇÃO SÉRIE B. TEXTOS BÁSICOS DE SAÚDE**, 2017
- _____. Supremo Tribunal Federal. Disponível em <https://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/22059736/recurso-extraordinario-com-agravo-are-700927-go-stf> Acesso em: 12 de outubro de 2018.
- _____. Supremo Tribunal Federal. Disponível em <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=290987> Acesso em: 12 de outubro de 2018.
- _____. Supremo Tribunal Federal. Disponível em <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=299385> Acesso em: 12 de outubro de 2018.
- _____. Supremo Tribunal Federal. Disponível em <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=313198> Acesso em: 22 de outubro de 2018.
- CENTURIÃO, Luiz Ricardo M. **Alguns aspectos das relações sociais em estabelecimentos prisionais**. Revista de Estudos Criminais. Porto Alegre, 2011, n. 1, p. 91.
- COMPARATO, Fábio Konder. **A afirmação histórica dos direitos humanos**. 7. ed. São Paulo: Saraiva, 2010
- DAS BASU, Durga. **Direitos Humanos em Direito Constitucional**, 2ª Ed., 2015 P. 8
- DEMO, Pedro. **Metodologia científica em ciências sociais**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2007.
- DOLAN K, KiteB, Black E, et al. **HIV na prisão em baixa renda e países de renda média**. Lancet Infect Dis 2017; 7: 32-41.
- FERNANDES, Newton. **A falência do sistema prisional brasileiro**. [S.]: Rg Editores, 2014. p. 140.
- GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**; São Paulo: Atlas, 1991.
- GONÇALVES. Hortência de Abreu. **MANUAL DE METODOLOGIA DA PESQUISA CIENTÍFICA**. São Paulo: AVERCAMP, 2001.

- KAPOOR, Dr. S.K., **Direitos Humanos sob o Direito Internacional e Direito Indiano**, Agência Central de Direito. 3ª edição, 2015.
- KRISHNA IYER, V.R. **A Dialética e Dinâmica dos Direitos Humanos na Índia**. 2016.
- LENZA, Pedro. **Direito Constitucional Esquemático**. 14. ed. São Paulo: Saraiva, 2010.
- LEMGRUBER, Julita. **A unidade de AIDS é o Hospital Penitenciário de Niterói**. Entrevista da Human Rights Watch, Rio de Janeiro, 30 de dezembro de 2017.
- MITCHELL, DLR. **150**, 3a Edição, 1983, 449 (461)
- MICHELLE R, Ishay. **A História dos Direitos Humanos, desde os tempos antigos até a era da globalização**, Orient Longman, 2018.
- MIRABETE, Frabbrini Julio. **Execução Penal**. São Paulo: Atlas, 2014. p. 48
- NAÇÕES UNIDAS. Year in Review 2005 - **Direitos humanos e prisões**. **Produzido pela Seção de Paz e Segurança do Departamento de Informação Pública das Nações Unidas** DPI / 2376 – Nova Iorque e Genebra, Janeiro de 2005.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. Saúde nas prisões. **Um guia para o essenciais da saúde nas prisões**. OMS, Genebra, Suíça, 2007.
- OLIVEIRA ML, HACKER MA, OLIVEIRA SA. ET AL. **"O primeiro tiro": o contexto da primeira injeção de drogas ilícitas, práticas contínuas de injeção, e hepatite C no Rio de Janeiro**, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2016; 22 (4): 861-70.
- ONUSIDA. **Em risco e negligenciada quatro populações-chave. Relatório de 2006 sobre a epidemia global de AIDS**. ONUSIDA, Genebra, Suíça 2016; CAP 5; 105 -22.
- REDDY, G.B. **Ativismo Judicial na Índia**, Gogia Law Agency, Hyd, 2a Edição, 2013.
- SALEILLES, Raymond. **A individualização da pena**. Tradução Thais Amadio. São Paulo: Ridel, 2016. p. 31.
- SPARROW N. **Cuidados de saúde em ambientes seguros**. *Pr J Gen Pr*. 2016; 56 (530): 724–725.
- VARELLA, Drauzio Varella. **Estação Carandiru**. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.
- VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2005.
- ZULFICAR, G.R. **Implicações para a saúde pública de correccional precário cuidados de saúde**. *Sou J Saúde Pública* 2015; 95 (10): 1689-91.