

ASSOCIAÇÃO VITORIENSE DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA - AVEC
CENTRO UNIVERSITÁRIO FACOL - UNIFACOL
COORDENAÇÃO DO CURSO DE DIREITO - BACHARELADO

WELINGTON NUNES DE SOUZA

**CONHECIMENTO DOS GRADUANDOS DE DIREITO DE UMA INSTITUIÇÃO DE
ENSINO ACERCA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO SISTEMA
PRISIONAL BRASILEIRO**

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO - PE

2021

WELINGTON NUNES DE SOUZA

**CONHECIMENTO DOS GRADUANDOS DE DIREITO DE UMA INSTITUIÇÃO DE
ENSINO ACERCA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO SISTEMA
PRISIONAL BRASILEIRO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Direito do Centro Universitário FACOL -
UNIFACOL, como requisito parcial para a
obtenção do título de Bacharel em Direito.

Área de Concentração: Políticas públicas de saúde

Orientador:

MsC. Frederico Guilherme Soares da Silva

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO - PE

2021



ASSOCIAÇÃO VITORIENSE DE EDUCAÇÃO CIÊNCIA E CULTURA - AVEC
CENTRO UNIVERSITÁRIO FACOL - UNIFACOL
COORDENAÇÃO DE TCC DO CURSO DE DIREITO



TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
ATA DE DEFESA

Nome do Acadêmico: WELSINGTON NUNES DE SOUZA

Título do Trabalho de Conclusão de Curso: Conhecimento Dos Graduandos De Direito De Uma Instituição De Ensino Acerca Das Políticas Públicas De Saúde No Sistema Prisional Brasileiro

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Direito do Centro Universitário FACOL - UNIFACOL, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Direito.

Área de Concentração: Políticas públicas de saúde

Orientador: MsC. Frederico Guilherme Soares da Silva

A Banca Examinadora composta pelos Professores abaixo, sob a Presidência do primeiro, submeteu o candidato à análise da Monografia em nível de Graduação e a julgou nos seguintes termos:

Professor: _____

Julgamento – Nota: _____ Assinatura: _____

Professor: _____

Julgamento – Nota: _____ Assinatura: _____

Professor: _____

Julgamento – Nota: _____ Assinatura: _____

Nota Final: _____. Situação do Acadêmico: _____. Data: ___/___/___

MENÇÃO GERAL:

Coordenador de TCC do Curso de Direito: Prof. Severino Ramos da Silva

Credenciada pela Portaria nº 644, de 28 de março de 2001 – D.O.U. de 02/04/2001.
Endereço: Rua do Estudante, nº 85 – Bairro Universitário.
CEP: 55612-650 - Vitória de Santo Antão – PE
Telefone: (81) 3114.1200

Por tudo o que você representa em minha vida, por todos os sorrisos e pelo amor que me deu, dedico essa monografia a você meu pai (*in memoriam*), cuja presença sempre foi especial em minha vida!

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer a Deus por sempre me ajudar a trilhar esse caminho...

À minha esposa, Stella Souza, por estar comigo em todos os momentos, sejam como fossem tais momentos, e por me apoiar e ajudar a superar tudo que me fosse posto à prova. Sem ela, eu não teria conseguido. Obrigado, minha vida!

Ao meu pai (*in memoriam*) por sempre olhar por mim, aonde estiver.

Ao meu orientador, Frederico Guilherme Soares da Silva, pela confiança e pela sua ajuda.

Aos docentes do curso de Direito da UNIFACOL pela dedicação e ajuda ao longo dessa trajetória.

Aos meus amigos, em especial a Jedilson Santos, Lucas Andrade e Carlos Eduardo Pedroza. Vocês também fizeram parte de tudo isso!

“Não existe triunfo sem perda, não há vitória sem sofrimento, não há liberdade sem sacrifício”.

(TOLKIEN, J. R. R., 1955).

RESUMO

Este estudo objetivou identificar o nível de conhecimento dos estudantes de Direito, de uma Instituição de Ensino Superior do município de Vitória de Santo Antão/Pernambuco, acerca das políticas públicas de saúde direcionadas à população prisional. Tratou-se de pesquisa exploratória e descritiva com abordagem quantitativa. A amostra foi constituída por estudantes do curso de Direito do Centro Universitário FACOL, com matrícula ativa durante o período de março a junho de 2020. A coleta dos dados ocorreu por meio virtual, utilizando o google forms e os dados foram analisados por meio do Epi info, versão 3.5.2., onde as variáveis foram organizadas estatisticamente por meio de variação percentual, representada por tabelas e gráficos. Observou-se participação de 82 estudantes, com predominância do sexo feminino, entre 21 e 25 anos e solteiros correspondendo a 54,9%, 28,0% e 64,6%, respectivamente. Apenas 17,1% dos estudantes soube responder à questão sobre Lei de Execução Penal, 22% da amostra alegou desconhecimento sobre essa legislação. Somente 18,3% dos participantes soube reconhecer o objetivo do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário e 34,1% alegou não possuir conhecimento sobre esse dispositivo legal. 65,9% dos alunos não soube responder a composição mínima de profissionais das equipes de Atenção Básica nos presídios e apenas 25,60% reconheceu que os apenados podem atuar como agentes promotores de saúde nas unidades prisionais. Somente 13,4% dos estudantes soube reconhecer o principal objetivo da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade, sendo que 46,3% alegou desconhecimento dessa legislação. 86,6% dos participantes informaram não ter tido contato com essa temática durante a graduação e 92,7% informaram não ter tido vivência prática em unidade prisional. 73,2% dos estudantes alegaram dificuldades para responder o questionário. Evidenciou-se baixo conhecimento sobre a Lei de Execução Penal, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional. A falta de conhecimento e de discussão sobre a temática, durante a graduação, gera falhas na formação dos profissionais que operam o Direito, principalmente no que concerne à percepção e sensibilização sobre a relevância do assunto, culminando na geração de lacunas de atuação, principalmente em relação à busca pela garantia do direito de acesso à saúde para as pessoas privadas de liberdade.

Palavras-chave: Políticas públicas de saúde. Saúde penitenciária. Saúde carcerária. Formação profissional Direito.

ABSTRACT

This study aimed to identify the level of knowledge of law students from a Higher Education Institution in the city of Vitória de Santo Antão / Pernambuco, about public health policies directed at the prison population. It was an exploratory and descriptive research with a quantitative approach. The sample consisted of students from the Law course at Centro Universitário FACOL, with active enrollment during the period from March to June 2020. Data collection took place through virtual means, using google forms and the data were analyzed using Epi info, version 3.5.2., where the variables were organized statistically by means of percentage variation, represented by tables and graphs. There was a participation of 82 students, predominantly female, between 21 and 25 years old and single, corresponding to 54.9%, 28.0% and 64.6%, respectively. Only 17.1% of the students knew how to answer the question on the Law of Penal Execution, 22% of the sample claimed to be unaware of this legislation. Only 18.3% of the participants knew how to recognize the objective of the National Health Plan in the Penitentiary System and 34.1% claimed to have no knowledge about this legal provision. 65.9% of the students did not know how to answer the minimum composition of professionals from the Primary Care teams in the prisons and only 25.60% recognized that the inmates can act as health promoters in the prison units. Only 13.4% of students knew how to recognize the main objective of the National Policy for Comprehensive Health Care for Persons Deprived of Liberty, and 46.3% claimed to be unaware of this legislation. 86.6% of the participants reported not having had contact with this theme during graduation and 92.7% reported not having had practical experience in a prison unit. 73.2% of students reported difficulties in answering the questionnaire. Low knowledge about the Penal Execution Law, the National Health Plan in the Penitentiary System and the National Policy for Comprehensive Health Care for Persons Deprived of Liberty in the Prison System was evidenced. The lack of knowledge and discussion on the theme during graduation, generates failures in the training of professionals who operate the Law, especially with regard to the perception and awareness of the relevance of the subject, culminating in the generation of performance gaps, mainly in the search for the guarantee of the right of access to health for people deprived of their liberty.

Keywords: Public health policies Penitentiary health. Prison health. Professional qualification. Law.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Gráfico 01** – Distribuição das respostas dos estudantes de Direito do Centro Universitário FACOL acerca do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário44
- Gráfico 02** - Distribuição percentual das respostas dos acadêmicos de Direito acerca do Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário.....45
- Gráfico 03** – Distribuição das respostas dos estudantes de Direito do Centro Universitário FACOL sobre as vivências acadêmicas relacionadas às Políticas Públicas de Saúde e direcionadas à população carcerária47

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Perfil sociodemográfico dos estudantes do curso de Bacharelado em Direito do Centro Universitário FACOL.....	43
Tabela 02 – Distribuição das respostas dos estudantes de Direito sobre a assistência à saúde direcionada a população carcerária a partir da Lei de Execução Penal.....	43
Tabela 03 – Conhecimento dos estudantes de Direito sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade.....	46

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CIB – Comissão Intergestores Bipartite.

CF/1988 – Constituição Federal de 1988.

CNE – Conselho Nacional de Educação.

CNS – Conselho Nacional de Saúde.

eAB – Equipe de Atenção Básica.

IES – Instituição de Ensino Superior.

LEP – Lei de Execução Penal.

MJ – Ministério da Justiça.

MS – Ministério da Saúde.

OAB – Ordem dos Advogados do Brasil.

OMS – Organização Mundial de Saúde.

PNAISP – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional.

PNSSP – Plano Nacional de Saúde no Sistema Prisional.

PPL – População Privada de Liberdade.

RAS – Redes de Atenção à Saúde.

SUS – Sistema Único de Saúde.

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 ASPECTOS HISTÓRICOS DA PENA E DA PRISÃO E CONTEXTO DO CÁRCERE BRASILEIRO NA ATUALIDADE.....	15
2.1 Aspectos relacionados à origem da pena de prisão.....	15
2.2 Compreensão histórica da pena na idade Média.....	16
2.3 Considerações sobre a história da pena na Idade Moderna.....	17
2.4 História da pena na pós-modernidade.....	18
2.5 A evolução da pena e da prisão no Brasil: aspectos gerais.....	19
2.6 O contexto do cárcere brasileiro na atualidade.....	23
3. POLÍTICAS DE SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL.....	25
3.1 Determinantes da saúde: a busca pela equidade no sistema de saúde.....	25
3.2 A constituição federal de 1988 e o surgimento do sistema único de saúde.....	27
3.3 Lei de execução penal: primeira normativa de garantia do direito à assistência em saúde na prisão.....	29
3.4 Plano nacional de saúde no sistema penitenciário.....	30
3.5 Política nacional de atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional.....	32
4. REFLEXÕES SOBRE O PROCESSO FORMATIVO DOS OPERADORES DE DIREITO.....	35
5. METODOLOGIA.....	41
6. RESULTADOS.....	43
7. DISCUSSÃO.....	48
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	52
REFERÊNCIAS.....	55
APENDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	61
APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	62
ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	66

1 INTRODUÇÃO

O alto índice da população carcerária mundial está diretamente ligado ao modelo da justiça criminal e à política de combate e prevenção de atos delituosos. A restrição de liberdade, a condição de alocação das pessoas privadas de liberdade e a ausência de acesso a serviços sociais e à outras oportunidades, aumenta a vulnerabilidade da população presidiária, com impacto direto no risco de adoecimento físico e mental.

O surgimento da Lei de Execução Penal (LEP), nº 7210 de julho de 1984, e a elaboração da Constituição Federal (CF) de 1988 tornaram o Estado garantidor de políticas públicas que possibilitem o acesso universal à saúde, incluindo à População Privada de Liberdade (PPL). De acordo com a LEP, a assistência à saúde direcionada para o apenado passou a abranger, além da promoção e prevenção de adoecimento, a recuperação de saúde no interior do estabelecimento penal. Os casos em que o sistema de saúde prisional não conseguir solucionar, devem ser referenciados para outro ponto da Rede de Atenção à Saúde (RAS), considerando a condição de resolução e à adequação de ambiência das unidades prisionais.

Mesmo com a aquisição de direitos por meio da CF de 1988, existe violação dessas garantias na prática, principalmente no que concerne à população carcerária. A garantia do acesso a saúde no sistema prisional encontra alguns obstáculos relacionados à falta de efetividade, estigmas, rótulos, cultura e ausência de infraestrutura, ou seja, pelo contexto do próprio cárcere. Ainda podem ser destacados como desafios a falta de profissionais, falhas nas condutas destes e carência de recursos materiais. Algumas equipes de saúde prisional subvalorizam os sinais e sintomas da PPL, priorizando apenas a segurança prisional e afetando a qualidade de vida dos encarcerados, que acabam desenvolvendo maior risco de aquisição de doenças.

Com o intuito de organizar o acesso às ações e serviços de saúde da população prisional, foi inaugurado, em 2003, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP). O Plano visava minimizar os danos ligados às condições de confinamento e, desta maneira, reorganizar o acesso aos serviços de saúde, uma clara tentativa de atenuar a desumanidade direcionada à população prisional. O PNSSP buscou atender as necessidades a nível básico e de urgência e emergência em saúde, em harmonia com as especificidades do sistema penitenciário. A tentativa pouco modificou a qualidade do acesso ao sistema de saúde e o PNSSP perdurou em vigor por 10 anos.

Com o intuito de fortalecer as ações de saúde e devido ao esgotamento do PNSSP, que havia se tornado insuficiente no atendimento às necessidades e complexidades da ação e promoção de saúde, em 2014, surge a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). A nova política objetiva qualificar e humanizar o acesso a RAS e promover ações correlacionadas dos Ministérios da Saúde e da Justiça, bem como encorajar a participação e o controle social e ainda a estimular as políticas de direitos humanos. Visando estabelecer todo o aparato a fim de melhor prestar a atenção básica de saúde no sistema prisional, observa-se que as ações e metas estabelecidas pela PNAISP ainda necessitam de uma efetividade por parte dos gestores, profissionais de saúde e agentes de justiça, para assim garantir o acesso a saúde de forma integral para a população prisional.

Apesar dos avanços resultantes do arcabouço legal direcionado a garantia de acesso à saúde pela PPL, ainda são observadas, na prática, falhas na aplicabilidade como também na efetividade dessas leis. A PPL ainda se depara com a precariedade ou inexistência do saneamento básico nos presídios, vive em ambientes insalubres que impossibilitam a higiene dos presos e todos esses fatores contribuem para o aumento da incidência e da prevalência das doenças infecciosas. O ambiente do presídio torna o encarcerado mais vulnerável à aquisição de tuberculose, pneumonia, hepatite, infecções sexualmente transmissíveis, dentre outras doenças. Além disso, a utilização de drogas, com compartilhamento de seringas e/ou agulhas, e a falta de proteção nas relações sexuais são comportamentos de risco que deveriam ser trabalhados entre os detentos, por meio das orientações de saúde, a fim de minimizar o risco de aquisição de doenças. Todo esse contexto repercute, além das questões biológicas, na saúde mental e emocional dos presos, sinalizando a necessidade de acompanhamento por equipes de saúde para tratamento e educação em saúde.

A falta de discussão sobre essas questões no ambiente acadêmico aumenta o risco de exposição dos apenados às situações que geram adoecimento, já que os futuros operadores do Direito não estão sensíveis ao reconhecimento dessas necessidades e readequações, por não terem contato com essas legislações durante o período acadêmico. O desconhecimento das legislações específicas que tratam do direito de acesso à saúde direcionado à PPL pode gerar déficit no desempenho profissional e aumentar a vulnerabilidade do cliente, que por sua vez, pode ter seu direito à assistência em saúde subtraído. Desta forma, o presente estudo tem como problemática: Qual o nível de conhecimento dos graduandos de Direito de uma instituição de ensino acerca das políticas públicas de saúde no sistema prisional brasileiro e como este pode influenciar as práticas e o desempenho profissional dos futuros Operadores do Direito?

Assim, o presente estudo objetivou identificar o nível de conhecimento dos estudantes do curso de Bacharelado em Direito, de uma IES do município de Vitória de Santo Antão- PE, acerca das políticas públicas de saúde direcionadas à população prisional.

2 ASPECTOS HISTÓRICOS DA PENA E DA PRISÃO E CONTEXTO DO CÁRCERE BRASILEIRO NA ATUALIDADE

2.1 Aspectos relacionados à origem da pena de prisão

Desde os primórdios, o ser humano violou as regras de convivência, ferindo os semelhantes e a própria comunidade onde vivia, tornando inexorável a aplicação um castigo (sanção) (CALDEIRA, 2009). A origem da pena é extremamente antiga e marcada por uma ampla gama de situações e variedades de fatos. Diante disso, torna-se impossível a fixação de um marco (KITTLAUS, 2019).

Segundo Mirabette (2013), a pena de prisão teve origem nos mosteiros da Idade Média. A primeira abordagem prisional objetivava fazer com que o delituoso se recolhesse para refletir e meditar sobre os atos cometidos, podendo se reconciliar então com Deus. Esta forma de punição, marcou a primeira fase da tríplice divisão, a vingança divina onde acreditava-se que a legislação se originava da divindade, e qualquer um que violasse esta legislação divina, deveria ser punido, pois, considerava-se uma ofensa aos deuses. A punição aplicada ao infrator também poderia ser o sacrifício da vida ou a aplicação do castigo com extrema crueldade, devendo estar em equilíbrio com o deus ofendido (BINOTTO; PRADO, 2020).

Diante do exposto, a pena, neste período, possuía duas finalidades: eliminar os infratores que, por sua vez, eram vistos como inimigos da comunidade e dos seus deuses e forças mágicas e evitar o contágio pela mácula das reações vingadoras dos seres sobrenaturais. Aplicava-se a sanção como fruto da liberação do grupo social da ira dos deuses em face da infração cometida, quando a reprimenda consistia, como regra, na expulsão do agente da comunidade, expondo-o à própria sorte (CALDEIRA, 2009).

No olhar antropológico, a origem das penas também era atribuída ao caráter divino, em que as obrigações não cumpridas eram consideradas como grave desobediência aos deuses. Durante os tempos primitivos, as penas eram consideradas o mesmo que vingança, sendo entendidas como um movimento de reparação extremamente pincelada de crueldade contra o ofensor, com inúmeras mutilações tais como a amputação de braços, pernas, olhos, língua, em suas formas mais variadas, sendo vistas como um espetáculo para as multidões desse período histórico (GONÇALVES, 2014).

A segunda fase da tríplice divisão foi considerada a vingança privada, que consistia na lei do mais forte, com o surgimento da Lei do Talião que se pautava no princípio da proporcionalidade (“olho por olho, dente por dente”), representando tratamento igual entre o autor da infração e a vítima. O uso de barras de ferro, em estado de calor excessivo, para cegar os olhos daqueles que praticassem atos ilícitos, eram considerados como cumprimento de pena, a partir dessa Lei (GONÇALVES, 2014).

Também havia vingança privada na origem das sociedades, realizadas por um ato de guerra. O indivíduo que se sentia ofendido declarava guerra ao seu agressor e, a partir de então, o duelo passou a ser visto como a forma primitiva do Direito Penal (CALDEIRA, 2009).

Apesar de ser uma medida considerada nos dias atuais como brutalidade, a Lei do Talião foi a primeira a tentar humanizar a sanção penal. Contudo, com o passar do tempo, o número de infrações aumentou, e com a sanção penal existente muitas pessoas passaram a ficar deformadas, motivo pelo qual houve a evolução para o sistema da composição, que era uma conciliação realizada entre o ofensor e o ofendido, com a finalidade pecuniária de reparar o dano (BINOTTO; PRADO, 2020).

A terceira e última fase da tríplice divisão foi a vingança pública, onde o Estado possuía o dever e poder de manter a ordem e de punir (BINOTTO; PRADO, 2020). A ideia de paz social começou a progredir e as guerras privadas passaram a ser consideradas como obstáculos à paz pública. Com a evolução das organizações sociais e o avanço e reforço da vida política, surgiram comunidades maiores e com tendência de centralização do poder, passando a pena a representar uma reação desta coletividade, com o objetivo de autopreservação (CALDEIRA, 2009).

2.2 Compreensão histórica da pena na Idade Média

Durante a Idade Média, o Direito Canônico exerceu forte influência na sociedade, onde a Igreja era detentora do poder e suas decisões eclesiais eram executadas por tribunais civis. Esse contexto fez com que a pena fosse marcada por um caráter precipuamente sacral, de base retribucionista, entretanto já se observavam preocupações no que concerne à correção do infrator e a punição pública já havia se consolidado como a única forma justa e correta (CALDEIRA, 2009).

No século V se produziu o primeiro antecedente substituto da pena de morte: a Igreja passou a aplicar como penalidade a reclusão em celas ou a internação em mosteiros, surgindo então, a privação da liberdade como pena: a prisão eclesiástica, que tinha por finalidade fazer com que o recluso meditasse, refletisse e se arrependesse da infração cometida. O Cárcere, utilizado para fins de penitência e meditação, deu origem a palavra “penitenciária”. Esta foi a grande contribuição deste período da história para a teoria da pena (CALDEIRA, 2009).

2.3 Considerações sobre a história da pena na Idade Moderna

O Direito Canônico continuou exercendo forte influência na Idade Moderna porem, a pena passou a vincular-se ao processo de constante busca da melhora e bem estar do criminoso, surgindo a ideia de ressocialização (CALDEIRA, 2009).

Entre os séculos, XVI e XVIII, surgiu a corrente de pensamento contratualista, marcando a concepção política moderna, com destaque para os ingleses Thomas Hobbes (1588-1679) e John Locke (1632-1704) e o francês Rousseau (1712-1778). Para eles, o Estado surge perante um contrato social, em que cada indivíduo abdica de parte de sua liberdade natural por uma liberdade civil, em favor da criação do Estado que garantirá segurança, organização política e paz, constituindo um bem comum. (WELFFORT, 2000).

Com a construção e implantação de prisões organizadas, em meados do século XVI, o regime de penas privativas de liberdade se propagou por vários países europeus, como por exemplo, na Holanda (Amsterdã). A partir de então, a prisão deixou de ser um local de custódia aos delituosos e passou a ser considerada um lugar de punição (GONÇALVES, 2014).

No século XVIII surge uma nova forma de Estado, proveniente da independência dos Estados Unidos de 1776 e da revolução francesa de 1789, rompendo com o modelo monarquista, e com divisão estrutural do poder em legislativo, executivo e judiciário, conforme idealização do filósofo Montesquieu. Definiu-se que cada um dos poderes seria obrigado a fiscalizar o outro, na tentativa de se evitar abusos e extrapolações, uma medida de freios e contrapesos, originariamente denominada “checks and balances” (WEFFORT, 2000).

Mesmo com o surgimento de uma nova forma de estado, no final do século XVIII, a prisão ainda era percebida como um abrigo para réus até o momento do julgamento, em um tipo de “antessala” onde a verdade era retirada por meio de interrogatórios com utilização de práticas de agressão, visando a busca da “verdade” (GONÇALVES, 2014).

2.4 História da Pena na pós-modernidade

Fase marcada pelo período humanitário da pena que abandona a crueldade e irracionalidade e se aproxima da ideia racional e humanitária, contrapondo-se ao arbítrio e à prepotência dos juízes, com a ideia de que somente as leis poderiam fixar penas, não cabendo aos magistrados interpretá-las, mas somente aplicá-las (CALDEIRA, 2009).

É a partir do século XVIII, com o surgimento dos ideais iluministas, que ganham força as penas privativas de liberdade, em detrimento das penas cruéis, até então as mais aplicadas, que tinham o corpo do indivíduo como destinatário, por meio de torturas, mutilações, açoites, queimaduras, etc. As penas privativas de liberdade eram utilizadas, anteriormente, apenas como medidas cautelares, para evitar a fuga do suspeito, antes do seu julgamento (GONÇALVES, 2014).

O debate em torno da humanização do cárcere tomou força na Europa Ocidental no fim do século XVIII e no início do XIX devido as condições precárias das prisões da época. Os reformadores almejavam o estabelecimento de um padrão punitivo comum por meio de propostas direcionadas à humanização e à disciplina do cumprimento de pena. Essas propostas deveriam garantir o mínimo de bem-estar às pessoas presas, além de assegurar a utilidade e o resultado funcional da própria privação de liberdade. Almejava-se a substituição dos modelos arbitrários de castigo por mecanismos mais modernos de disciplina e de utilidade, seguindo os reflexos do pensamento iluminista da época (ALMEIDA, 2018).

Para Michel Foucault, o encarceramento como pena surgiu no final do século XVIII, e, dentre as mudanças ocorridas na aplicação da pena, sem dúvida, uma das mais relevantes foi o desaparecimento das penas supliciantes, que correspondiam à tônica no período Pré-Moderno. O corpo, gradativamente, foi deixando de ser alvo da aplicação das penas, cedendo lugar a outros métodos de punição. As penas, aos poucos, deixaram de ser diretamente físicas, recorrendo-se a outras formas de sofrimento, como o encarceramento (SILVEIRA; MENEZES, 2020).

A partir de então, observou-se uma preocupação com a racionalização na aplicação das penas. A sociedade voltou-se contra o terrorismo punitivo, uma vez que cada cidadão teria renunciado a uma porção de liberdade para delegar ao Estado a tarefa de punir, nos limites da necessária defesa social (CALDEIRA, 2009).

Duas teorias explicam a finalidade da aplicação das penas na atualidade: a teoria absoluta e a teoria relativa. Para a primeira teoria, a principal função da pena seria a de punição, enquanto para a teoria relativa, a pena deve ter como principais características prevenir e educar (LIMA; RIBEIRO, 2018).

A teoria absoluta apresenta como ideologia a retribuição do mal causado pelo ofensor, equilibrando o fato cometido pela penalidade aplicada. Este tipo de pena é aceito pela maioria da sociedade, desde que prive o infrator da liberdade, retirando o indivíduo do convívio social (LIMA; RIBEIRO, 2018).

A teoria relativa apresenta uma subdivisão em dois segmentos: o de prevenção geral e o de prevenção específica. A prevenção geral tem como destinatário a sociedade em geral e a pena deve passar uma mensagem de que o direito penal está ali, presente e pronto para atuar nas situações concretas (LIMA; RIBEIRO, 2018). A noção de prevenção geral era descrita a partir da eficácia da certeza de punição, deslocando-se da função unicamente terrificante. A pena deveria ser a mínima necessária para se proteger a ordem social e, desta maneira, evitar a realização de infrações. Cesare Beccaria lançou mão de algumas características que as penas deviam ter para que o princípio da efetividade fosse alcançado: celeridade da duração da pena, para não ampliar desproporcionalmente o mal decorrente da imposição da sanção e deveriam estar dotadas de uma determinada severidade (ALMEIDA, 2018).

No caso da prevenção específica a ação é direcionada diretamente no agente, criando uma coação psíquica, que o impediria de cometer novos delitos (LIMA; RIBEIRO, 2018). Além das duas teorias supracitadas, existe a teoria mista, que une o caráter punitivo da teoria absoluta ao caráter preventivo da teoria relativa, sendo a corrente teórica mais aceita pelo sistema jurídico brasileiro.

2.5 A evolução da pena e da prisão no Brasil: aspectos gerais

No Brasil, no início da colonização, as leis vigentes baseavam-se nas Ordenações Afonsinas, que utilizavam a opressão de maneira violenta e cruel como forma de correção pelos crimes cometidos. Posteriormente, surgiram as Ordenações Manuelinas, entretanto, não se observaram mudanças em relação às práticas cruéis de tratamento (MIRABETTE, 2013, p.235).

Durante esse período, a prisão era uma espécie de antessala de suplícios destinada a tortura, sendo uma antecipação da extinção física do indivíduo e um incremento ao desamparo. O cárcere mantinha o acusado até o julgamento, podendo ser instituído em qualquer ambiente,

tais como calabouços, torres, conventos abandonados, dentre outros, já que não existia penitenciária nessa época. A privação de liberdade nessa época não era utilizada como um instrumento de guarda do criminoso para assegurar a sua execução (KITTLAUS, 2019).

O sistema jurídico que vigorou durante o período do Brasil-Colônia foi o das Ordenações Reais, compostas pelas Ordenações Afonsinas (1446), Ordenações Manuelinas (1521) e as Ordenações Filipinas, que foram aplicadas no Brasil, sob a administração direta do Reino, com vigência a partir de 1603, findando em 1830 com o advento do Código do Império. As penas eram marcadas pela crueldade e terror, com punições severas. A pena de morte era aplicada com frequência e sua execução era realizada com uso do fogo, mutilações, açoites, degredos e confiscações (TELES, 2006).

A entrada de um projeto de organização política no Brasil, baseado na racionalidade jurídica, alicerçado nos princípios de representatividade, liberdade, igualdade e humanidade, foi retratada no projeto da elaboração da primeira constituição do país. Nesta época existia uma complexa relação de poder onde a tirania oficial e a coerção se tornaram mais sutis, porém, não desapareceram (ALMEIDA, 2018).

A Constituição de 1824 trouxe modificações significativas no que concerne às práticas punitivas e às primeiras discussões a respeito da penologia brasileira. Os direitos dos encarcerados foram regulamentados por essa Constituição, como as mudanças referentes ao direito de defesa, à conduta policial relativa ao aprisionamento do acusado e aos direitos elementares que impediriam os excessos da lei. Entretanto, mesmo com essas modificações, mantinha a estrutura escravocrata e a pena de morte (ALMEIDA, 2018).

Em 1830 foi promulgado um novo Código Criminal do Império com reconhecimento da prisão como forma de punição no Brasil, elaborado a partir das ideias Iluministas, com influência da obra “Dos Delitos e das Penas”, de Beccaria. Por meio desse dispositivo legal da época, a humanização passou a ser entendida como princípio, com repercussão direta na abolição da tortura, porém com manutenção da pena capital (CARVALHO FILHO, 2002, p. 38).

O Código Criminal do Império de 1830 possibilitou o surgimento das primeiras penas privativas de liberdade no Brasil, trazendo inovações para o ordenamento jurídico por meio da implantação das modalidades de prisão simples e prisão com trabalho (LIMA; RIBEIRO, 2018).

A partir desta primeira codificação criminal, a pena de prisão com trabalho obrigou os réus a realizarem o trabalho diário que lhes for designado no ambiente prisional, em consonância com a sentença e os regulamentos policiais da mesma prisão. Os casos

considerados como prisões simples obrigariam os réus a se manterem reclusos nas prisões públicas pelo tempo marcado nas sentenças. As penas passariam a ser cumpridas em prisões públicas, que por sua vez, oferecem maior comodidade, segurança e proximidade dos lugares dos delitos, devendo ser designadas pelos juízes nas sentenças (BRASIL, 1830).

Diante do surgimento do primeiro Código criminal do Império, surge a necessidade de implantação e manutenção de um sistema penitenciário capaz de pôr em prática os preceitos estabelecidos pela Constituição Imperial (LIMA; RIBEIRO, 2018),

A Casa de Correção do Rio de Janeiro é considerada a primeira casa prisional brasileira surgindo em 1830 como estratégia para tentar representar os avanços em relação às punições da época. Entretanto, o surgimento da casa prisional trouxe novos problemas que só aumentaram com o passar do tempo, dentre eles: o aumento da população carcerária, a superpopulação e a falta de estrutura nos presídios (PEDROSO, 2004).

A elaboração do Código Penal, em 1840, deu origem às penas privativas de liberdade, com restrição de direitos e multa, com instituição de tratamento individualizado e compatível com a contravenção cometida (PEDROSO, 2004). As penas privativas de liberdade são uma forma de aplicação do Jus Puniendi, que é um dever-poder emanado do Estado que intervém em prol da sociedade na promoção da paz social, retirando aqueles que contrariarem as regras, excluindo-o da sociedade com o objetivo de ressocializá-lo (GONÇALVES, 2014).

Cesare Beccaria (2000) pontua que o apenado é um ser que deve ter seus direitos respeitados, como direito à vida e à ressocialização, e que a pena de morte e o direito de vingança não teriam significado. A pena pode ser definida como uma retribuição ética, pois a moral está contida na lei que a pessoa infringiu. O sofrimento moral torna-se o elo emanador de valores no sistema jurídico e a punição, a partir desse pensamento, passa a ser aplicada com a intenção da correção moral (GONÇALVES, 2014).

Em 1856, foi construída a Casa de Detenção a partir de uma parte do andar térreo da Casa de Correção, com capacidade para 160 detentos. Uma lei de 1888 afirmava que a Casa de Detenção deveria abrigar somente criminosos que estivessem cumprindo sentenças de prisão simples, contrapondo-se com a Casa de Correção, que continha exclusivamente condenados à servidão penal ou prisão com trabalho. Os nomes destas duas instituições resumem seus respectivos propósitos: uma desejava corrigir e a outra deter. A Casa de Detenção, além de misturar prisioneiros acusados, reunia escravos e homens livres, o que a transformava em uma instituição penal peculiar (GABARDO, 2018).

A Casa de Detenção nunca foi oficialmente destinada a intervir de forma terapêutica no tratamento da criminalidade, funcionando como uma solução de caráter pragmático e logístico. A instituição devia evitar que os detentos cometessem mais crimes (GABARDO, 2018).

A Constituição de 1891 direcionou-se mais à organização do Estado, às garantias dos direitos individuais, bem como ao funcionamento do sistema federativo. Destaca-se, entretanto, o desaparecimento das penas de morte, de galés e de banimento judicial (ALMEIDA, 2018).

A situação carcerária, na segunda parte do século XIX, era similar às condições inumanas apontadas por John Howard em suas viagens pela Inglaterra e outros países da Europa onde o cárcere era utilizado para eliminação dos indesejáveis, e a população que mais entrava nas prisões era oriunda das classes menos favorecidas (ALMEIDA, 2018).

Com a instalação da República, surge uma base doutrinária proveniente do debate internacional sobre a criminalidade, que se preocupou com a regeneração dos criminosos por meio do trabalho, bem como com a necessidade de detectar, na fisionomia dos indivíduos, os traços reveladores da predisposição ao crime (PESAVENTO, 2009 p.45).

Novos métodos de identificação de criminosos no país passam a ser utilizados, com tecnologia atualizada de identificação e de classificação de “delinquentes”. As estratégias de castigo corporal herdadas da colônia e do império deram espaço para discursos direcionados à reforma, à correção, à limpeza e à regeneração do desviante. Essa ocorrência se fez mais intensa com a participação da ciência positiva na estrutura política de muitas regiões do país (ALMEIDA, 2018).

A Proclamação da República possibilitou o surgimento de um novo período político e social, trazendo à sociedade burguesa e aos grupos dominantes um desejo de “limpeza” das “coisas” indesejáveis, com a finalidade de melhor se adaptar à nova era que se aproximava. Percebeu-se a introdução dos ideários da criminologia positivista por meio dos laudos e dos documentos que circundavam o sistema carcerário (ALMEIDA, 2018).

O século XX é marcado pelo surgimento de instrumentos normativos internacionais de garantia e de proteção dos direitos humanos. Esse marco normativo internacional foi relevante na imposição do respeito aos direitos fundamentais das pessoas privadas de liberdade pelos Estados. Por meio dessas regras, almeja-se preservar a dignidade da pessoa encarcerada protegendo, de forma universal, os seus direitos fundamentais, evitando que esses indivíduos sejam submetidos a tratamento degradante, com imposição de restrições e sofrimentos que não tenham relação com a perda da liberdade (FRAGOSO *et al.*, 1980 p.18).

No ordenamento jurídico brasileiro, a dignidade da pessoa humana ganha destaque a partir da Constituição de 1988. O princípio da humanidade funciona como elemento de contenção do poder punitivo na execução da pena, a partir da proibição da tortura e do tratamento cruel e degradante, do processo de individualização da pena (art. 5º, III), da proibição da pena de morte, cruel ou perpétua, do cumprimento da pena em estabelecimento apropriado, considerando-se a natureza do delito, a idade e o sexo do apenado e do respeito à integridade física e moral da PPL (ALMEIDA, 2018). A essência da Constituição Federal baseia-se no Estado Democrático de Direito, em que as liberdades da pessoa humana são garantidas e asseguradas, mas de tal modo realimentado nos outros princípios que a violação deste, causa ruptura nos demais (GONÇALVES, 2014).

Diante de todo o contexto apresentado, entende-se que o sistema penal pode ser entendido sob a lógica do “controle social punitivo institucionalizado”, pressupondo uma atividade normativa que cria a lei que institucionaliza o procedimento, a atuação dos funcionários e define os casos e condições para esta atuação”. Compreende a atividade do legislador, do público, da polícia, dos juízes, promotores e funcionários e da execução penal (ZAFFARONI; PIERANGELI, 2002, p.70).

2.6 O contexto do cárcere brasileiro na atualidade.

Na atualidade, a problemática da punição e das prisões ainda é desafiadora, notadamente pela onda de encarceramento e superlotação das prisões surgida nas últimas décadas no Brasil. Nesse cenário de crise, a perspectiva de Foucault permanece atual no sistema carcerário brasileiro, sobretudo quanto ao fracasso da função ressocializadora da pena privativa de liberdade (SILVEIRA; MENEZES, 2020).

A ausência de observação dos direitos dos encarcerados pela Administração Pública é notória. A realidade dos presídios no Brasil, marcada pela desassistência e pelo caos, é consequência da desigualdade social e da ausência de uma política setorial estruturada que enfrente a ineficácia do sistema penitenciário. O sistema prisional brasileiro está em período de crise, determinada por diversos fatores como a violência intramuros, o preconceito social, a superlotação na carceragem, e a falta de infraestrutura e de recursos humanos especializados (BATISTA *et al.*, 2019).

O fenômeno do hiperencarceramento é resultante da aplicação de modelos contemporâneos de reformas da justiça criminal e das polícias, próprios de um modelo político,

econômico e social capitalista (SCHULTZ *et al.*, 2017). O encarceramento em celas em condições desumanas excede a esfera da mera punição e não permite ao apenado o alcance da ressocialização (SANTOS; DIEL, 2016).

Percebe-se que, mesmo com a instituição do Código Penal Brasileiro, a prisão ainda pode ser vista com um espaço de punição excessiva, marcada pela exclusão dos apenados a condições satisfatórias de vida, ocasionando aumento da predisposição a doenças, principalmente pela ausência de amparo firme desse direito (VIANA, 2012).

O discurso humanizado da prisão, na atualidade, foi abandonado por uma política criminal arbitrária e intensificadora de desigualdades. A desumanidade dos cárceres brasileiros começa no processo seletivo e na exclusão das pessoas que integram grupos sociais marginalizados, solidificando-se a partir das violações persistentes dos direitos fundamentais da PPL (ALMEIDA, 2018).

A omissão do Estado, no que concerne a tornar estrutura carcerária digna, escancara uma normalidade do desumano. A situação do sistema penitenciário é caótica, com violações corriqueiras da dignidade humana (ALEMIDA, 2018). Segundo Mirabette (2013, p. 39), cabe ao Estado o direito de execução da pena, entretanto, vale salientar que os limites do direito de execução “são traçados pelos termos da sentença condenatória, devendo o sentenciado submeter-se a ela”. Além disso, a pena privativa de liberdade de locomoção deve ser executada somente quanto aos aspectos “inerentes à liberdade, permanecendo intactos outros tantos direitos” (CARVALHO FILHO, 2002).

A negativa de direitos, incluindo a não oferta de saúde a essa população, naturaliza a dupla penalização pelo crime cometido, ou seja, a prisão em si e o precário estado de saúde que o apenado adquire durante a sua permanência no cárcere (BATISTA *et al.*, 2019).

A negligência do Estado brasileiro frente ao Sistema Prisional impossibilita a reabilitação de seus custodiados, negando-lhes direitos constitucionais, especialmente os definidos pelo Sistema Único de Saúde (SANTOS; DIEL, 2016). As ações implementadas pelo governo não são resolutas, restringindo-se, na maioria das vezes, à construção de novas unidades prisionais, não contribuindo para a promoção de mudanças na realidade do cárcere (BATISTA *et al.*, 2019).

As instalações dos presídios brasileiros encontram-se esquecidas pelas políticas públicas, encontrando-se, em sua grande maioria, em estado de miséria, com prédios antigos e sem um padrão de higiene (BARRUCHO, 2017). Ao analisar o papel do Estado, evidenciam-se múltiplos fatores que levam a uma realidade histórico-conjuntural trágica, refletindo diretamente na realidade do sistema prisional. Torna-se fundamental verificar como as políticas

sociais buscam garantir a atenção à saúde, analisando sob a ótica da integralidade e equidade, às pessoas privadas de liberdade (SCHULTZ *et al.*, 2017).

A efetivação do direito à saúde no sistema prisional condiciona-se à organização da gestão local no que concerne ao atendimento das demandas e necessidades. Além disso, a relação intersetorial entre as instituições responsáveis pela execução das ações também influencia o processo. O diálogo entre os agentes de saúde e da justiça pode modificar a realidade do processo saúde-doença nos presídios (BATISTA *et al.*, 2019).

3. POLÍTICAS DE SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL

3.1 Determinantes da Saúde: a busca pela equidade no Sistema de Saúde.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1946, definiu saúde como o estado completo de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade, pressupondo que a condição de saúde dos indivíduos é complexa multidimensional e dinâmica. (PORTRAIT *et al.*, 2001).

Independentemente da perspectiva de abordagem, a saúde é um evento complexo, pois, para alguns autores é compatível com a presença de doença, entretanto, sofre influência dos determinantes da saúde. Grande parcela populacional não percebe a determinação social da saúde, e mesmo quando sofre de alguma doença continua sua vida, considerando-se muitas vezes saudável. Ao longo das últimas décadas, as agendas internacionais posicionam-se entre uma perspectiva baseada majoritariamente na tecnologia médica e uma posição que tenta compreender a saúde como fenômeno social, o que requer formas mais complexas de ação (WHO, 2010).

Os determinantes sociais da saúde são fatores que influenciam, afetam e/ou determinam a saúde da população (CARVALHO, 2012). O equilíbrio entre o processo de saúde e doença é determinado por uma multiplicidade de fatores de origem social, econômica, cultural, ambiental e biológica/genética conhecida internacionalmente. Apesar da inquestionável influência de fatores externos ao indivíduo, nem sempre foram incluídos na formulação de políticas relacionadas com a saúde (CARRAPATO *et al.*, 2017).

As diversas definições existentes na literatura de determinantes sociais da saúde abordam, as condições de vida e condições de trabalho dos indivíduos que, de certa maneira, condicionam sua saúde. A Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde define-os como “os fatores que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (CARRAPATO *et al.*, 2017).

Esses determinantes apresentam potencial para serem alterados por meio de ações baseadas em informação. A economia, a política e as políticas sociais desempenham poderoso papel enquanto forças com capacidade para modificar as influências e melhorar a saúde dos indivíduos (CARVALHO, 2012).

A importância da investigação dos determinantes sociais na população pauta-se na necessidade de encontrar a relação entre a forma como está organizada determinada sociedade e a condição de saúde de sua população. Essa análise sobre as iniquidades em saúde tem sido particularmente desenvolvida na tentativa de se compreender as desigualdades de saúde entre os diferentes grupos populacionais. As desigualdades em saúde, para além geradoras de injustiça, são sistemáticas, podendo, no entanto, ser evitadas (WHO, 2010).

3.2 A Constituição Federal de 1988 e o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

A CF/1988 traz em seu texto a consagração dos Direitos do Homem, assegurando, a inviolabilidade do seu direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade (BRASIL, 1988). Os direitos humanos asseguram que cada indivíduo pode desfrutar de suas garantias constitucionais sem distinção de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outro tipo, origem social ou nacional ou condição de nascimento ou riqueza. O direito à saúde deve ser garantido pelo Estado por meio de políticas que permitam o acesso de todos aos serviços de saúde com a finalidade de melhoria de qualidade de vida. A União, estados e municípios deverão disponibilizar serviços e insumos de assistência à saúde como garantia do direito social (KITTLAUS, 2019).

O processo de inserção da saúde como direito universal surgiu a partir do movimento de Reforma Sanitária, na década de 70, onde buscou-se a reestruturação do sistema burocrático brasileiro, sendo um período marcado pelas lutas por democratização, proteção social e cidadania. As propostas desse movimento, foram discutidas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, sendo sistematizadas e incorporadas pela CF/1988, subsidiando a criação do SUS (FREITAS *et al.*, 2016).

A CF/1988 é o marco da luta pelos direitos fundamentais no Brasil. A partir desse dispositivo legal, a saúde passou a ser um direito universal e o Estado passou a ter o dever de formular políticas públicas que objetivem reduzir o risco de adoecimento, promover saúde, prevenir doenças e recuperar os indivíduos adoecidos, além de se responsabilizar pelo financiamento da saúde pública (KITTLAUS, 2019).

O surgimento do SUS, a partir da CF/1988, trouxe uma série de modificações nas políticas públicas direcionadas à saúde brasileira. O conceito do processo saúde-doença passou a ser ampliado, com o entendimento da influência dos determinantes sociais tais como

educação, meio ambiente, habitação, dentre outros, no desencadeamento e manutenção das doenças (SANTOS *et al.*, 2018).

O artigo 196 da Carta Magna de 1988 determina que a saúde pode ser conceituada como: “um processo sistêmico que objetiva a prevenção e cura de doenças”, e que busca melhorar a qualidade de vida a partir da “aferição da realidade de cada indivíduo”, tendo como “pressuposto de efetivação a possibilidade de esse mesmo indivíduo ter acesso aos meios indispensáveis ao seu particular estado de bem-estar” (SCHULTZ *et al.*, 2017).

Cabe ainda ao Poder Público, nos termos do artigo 197 da Carta Magna, dispor nos termos da lei, sobre a regulamentação, fiscalização e controle da saúde, devendo sua execução ser feita diretamente ou por meio de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

O SUS organiza-se em redes regionalizadas e hierarquizadas atuando em todo o território nacional. Segundo o artigo 198 da Carta Magna, o SUS é organizado a partir das seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo, atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade. O financiamento do sistema de saúde, nos termos do Art. 195, da Carta Magna, deverá ser realizado com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (BRASIL, 1988).

A Carta Magna também oportuniza a participação da iniciativa privada na prestação da assistência à saúde (art. 199) e estabelece, conforme o art. 200, as atribuições que competem ao SUS (BRASIL, 1988).

A busca pela consolidação e fortalecimento do SUS culminou na promulgação da Lei nº 8.080/90 de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre a organização e o funcionamento do sistema de saúde. O artigo 7º dessa legislação instituiu princípios norteadores para o funcionamento do sistema de saúde como a universalidade, integralidade da assistência, preservação de autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral e igualdade da assistência em saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie (BRASIL, 1990).

Esses princípios deveriam ser aplicados a todos os cidadãos brasileiros, sem privilégios ou preconceitos. Entretanto, ainda são observados obstáculos de acesso aos serviços principalmente no caso da população carcerária (FREITAS *et al.*, 2016). O processo de universalização pode ser entendido como o aspecto mais patológico do processo de afirmação da dignidade humana no Brasil (VALIM *et al.*, 2018).

O acesso à saúde dentro das penitenciárias brasileiras é de responsabilidade do Estado e o direito à saúde, por estar intimamente relacionado ao direito à vida, manifesta a proteção constitucional à dignidade da pessoa humana (SANTOS; DIEL, 2016).

A partir da identificação das necessidades dessa população, foram instituídas leis e políticas a fim de propiciar seu acesso à saúde. Entre elas, vale citar: a Norma nº 7.210, de 11 de julho de 1984, que instituiu a Lei de Execução Penal; o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), estabelecido por meio da Portaria Interministerial nº 1.777 MS/MJ, de 9 de setembro de 2003; e, mais recentemente, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) (FREITAS *et al.*, 2016).

3.3 Lei de Execução Penal: primeira normativa de garantia do direito à assistência em saúde na prisão

A Lei de Execuções Penais (LEP) de 1984 foi o primeiro parâmetro normativo a garantir o direito a assistência à saúde na prisão. O direito à saúde no sistema prisional brasileiro foi regulado infraconstitucionalmente por esta lei que tem por objetivo “efetivar as disposições da sentença ou decisão criminal e proporcionar condições para a harmônica integração social do condenado e do internado” (BRASIL, 1984). Tal lei, juntamente com a promulgação da CF/1988, trouxe modificações expressivas quanto à proteção da pessoa humana (SANTOS; DIEL, 2016).

O Estado deve prover a assistência material, de saúde, jurídica, educacional, social e religiosa aos cidadãos privados de liberdade (BRASIL, 1984). A LEP prevê uma série de outras medidas assistenciais de prestação à PPL, além da orientação para a reintegração à sociedade dentre outros, enaltecendo, no art. 40, o respeito à integridade física e moral dos condenados e dos presos provisórios por parte de todas as autoridades (ALMEIDA *et al.*, 2018).

No art. 41, são elencados os diversos direitos da PPL, tais como: alimentação e vestuário; atribuição de trabalho e remuneração; Previdência Social; constituição de pecúlio; proporcionalidade na distribuição do tempo para o trabalho, o descanso e a recreação; exercício das atividades profissionais, intelectuais, artísticas e desportivas anteriores, desde que compatíveis com a execução da pena; assistência material, à saúde, jurídica, educacional, social e religiosa; proteção contra qualquer forma de sensacionalismo; entrevista pessoal e reservada com o advogado; visita do cônjuge, da companheira, de parentes e de amigos em dias determinados; chamamento nominal; igualdade de tratamento salvo quanto às exigências da

individualização da pena; audiência especial com o diretor do estabelecimento; representação e petição a qualquer autoridade, em defesa de direito; contato com o mundo exterior por meio de correspondência escrita, da leitura e de outros meios de informação que não comprometam a moral e os bons costumes; atestado de pena a cumprir, emitido anualmente, sob pena da responsabilidade da autoridade judiciária competente (ALMEIDA, 2018).

A LEP compreende no seu art. 10 que “[...] a assistência ao preso e ao internado é dever do Estado [...]”. Enfatiza também em seu art. 14 que “[...] a assistência à saúde [...] de caráter preventivo e curativo, compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico” (BRASIL, 1984). A responsabilidade pelo acesso à saúde da população carcerária também é do Estado, entretanto, esse aspecto é apresentado na lei de forma limitada. Por esse motivo, normativas mais específicas sobre a saúde direcionada à população carcerária foram implantadas, sendo estabelecido, em 2003, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, por meio da Portaria Interministerial nº 1777 (SANTOS; DIEL, 2016).

3.4 Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário

A partir da realização da 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 2003, a atenção à saúde no cárcere passou a ser vista com mais interesse pelo poder público federal. As dificuldades enfrentadas pela PPL, no que concerne à garantia do direito à saúde, passou a ser uma das temáticas prioritárias para a agenda da Saúde Pública (SCHULTZ *et al.*, 2017).

O PNSSP, criado em 2003, objetivou “[...] contribuir para o controle e /ou minimização dos agravos mais frequentes à saúde da população penitenciária brasileira” (BRASIL, 2005, p.14). Este Plano visou, ainda, o provimento de atenção integral à saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas (SANTOS; DIEL, 2016).

O Estado procurou, a partir da publicação da Portaria Interministerial nº 1777/2003, normatizar os melhores caminhos para suprir à demanda de atendimento à saúde e à dignidade dos presos, retratando as falhas existentes no sistema penitenciário brasileiro (SANTOS; DIEL, 2016).

Esta Política teve como base principal justiça, ética, cidadania, direitos humanos e controle social, com transferência de recursos assegurada pelo Estado. O PNSSP é considerado um marco na atenção à saúde no contexto prisional brasileiro, estabelecendo a lógica da atenção primária para as equipes de saúde do sistema (VALIM *et al.*, 2018).

De acordo com a portaria interministerial nº 1777/03, como se encontra disposto no seu Art. 1º, para o alcance de melhor qualidade de prestação de assistência à PPL, o Estado deverá estimular a reforma das unidades prisionais, visando a estruturação de serviços ambulatoriais que atendam às necessidades de atenção no nível básico, mínimo da assistência no nível da média complexidade e componentes das urgências e emergências em saúde, com oferta de todos os equipamentos necessários para garantir o provimento das necessidades da PPL (BRASIL, 2003).

Além disso, a organização do Sistema de Informação de Saúde da população penitenciária, a implantação de ações de promoção da saúde, por meio de atividade de orientação no âmbito da alimentação, prática de atividades físicas, estímulo a condições salubres de confinamento e acesso a atividades laborais, bem como a implementação de medidas de proteção específica como a vacinação, devem ser consideradas como prioridades do PNSSP. O Plano também dispõe da oferta de garantia de acesso pela PPL a todos os níveis de atenção à saúde, por meio de referenciamento aos outros pontos da RAS, que deverão ser previamente selecionados por meio de pactuação e negociação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) (BRASIL, 2003).

O art. 8 do PNSSP estabelece que a equipe de Atenção Básica prisional deverá ser composta, de forma mínima, por médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, assistente social, psicólogo, auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório dentário. Esta equipe apresenta uma composição ampliada, pois os profissionais psicólogos e assistentes sociais passam, a partir desta Política, a compor a equipe de saúde. Na LEP, a ação dos psicólogos e assistentes sociais limitava-se mais a perícia e exames criminológicos e o PNSSP prevê a inclusão destes profissionais com vistas à atenção às necessidades de saúde e ao trabalho em equipe (SCHULTZ *et al.*, 2017).

A partir desse plano, enfatiza-se que as pessoas presas, qualquer que seja a natureza de sua transgressão, deve ter todos os seus direitos fundamentais mantidos, incluindo o direito de usufruir dos mais elevados padrões de saúde física e mental. Muitos são os fatores que dificultam o acesso à saúde da população carcerária a partir do PNSSP (FREITAS *et al.*, 2016).

A superpopulação e as condições de encarceramento influenciam diretamente a incidência de diversas patologias. Além disso, outros fatores podem influenciar a qualidade da assistência à saúde ofertada à população carcerária, tais como o baixo quantitativo de profissionais de saúde atuantes no sistema prisional, a ausência de implantação de um Plano Operativo por parte do Estado e/ou do município que vise assegurar o acesso à saúde da

população carcerária e a dificuldade para implementar o controle social nesse meio (BRASIL, 2012).

Neste sentido há de ressaltar que um Plano Operativo, deverá ser formulado pelas Secretarias de Estado da Saúde e da Justiça e apresentado ao Conselho Estadual a qual faz parte, contendo as metas e formas de gestão do plano, bem como a gestão e gerência das ações e serviços que serão pactuadas no âmbito de cada Unidade Federativa. Nos casos em que as Secretarias Municipais de Saúde assumirem a gestão e/ou gerência, o respectivo Plano Operativo deverá conter a aprovação do Conselho Municipal de Saúde (BRASIL, 2003).

O financiamento das ações de saúde, a partir da Portaria Interministerial nº 1777/2003, deverá ser compartilhado entre os órgãos gestores da saúde e da justiça das esferas de governo (BRASIL, 2003). O Ministério da Justiça é responsável pela alocação de recursos para o financiamento, bem como para a obtenção de equipamentos que visem o provimento da saúde prisional (SANTOS; DIEL, 2016).

A alocação de recursos financeiros pelo Ministério da Justiça também deverá ser utilizada no financiamento da reforma física para os estabelecimentos de saúde das unidades prisionais, além daqueles que compõem o Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário. As Secretarias Estaduais de Saúde e de Justiça deverão fixar suas contrapartidas para o desenvolvimento das ações de atenção básica: promoção, prevenção e assistência à saúde, bem como aquelas relacionadas às condições de infraestrutura e funcionamento dos presídios, a composição e o pagamento das equipes de saúde e a referência para a média e a alta complexidade (conforme Limite Financeiro de Assistência do Estado) (BRASIL, 2003).

3.5 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional

A PNAISP busca garantir o acesso ao cuidado integral em saúde e a atenção universal a todos os indivíduos que fazem parte da população carcerária, incluindo as pessoas que estão em regime semiaberto, aberto e àquelas submetidas à medida de segurança. As pessoas custodiadas nos regimes semiaberto e aberto serão preferencialmente assistidas nos serviços da RAS. De acordo com a Política, são consideradas pessoas privadas de liberdade no sistema prisional aquelas com idade superior a dezoito anos e que estejam sob a custódia do Estado em caráter provisório ou sentenciados para cumprimento de pena privativa de liberdade ou medida de segurança (BRASIL, 2014a).

De acordo com a portaria interministerial nº 01/2014, como se encontra disposto no seu Art. 6º e incisos, os objetivos específicos da PNAISP abrangem a promoção do acesso das PPL à RAS, visando a prestação de cuidado integral, a garantia de autonomia dos profissionais de saúde, a qualificação e humanização da atenção à saúde no sistema prisional, por meio de ações conjuntas das áreas da saúde e da justiça, a promoção das relações intersetoriais com as políticas de direitos humanos, afirmativas e sociais básicas, bem como as da Justiça Criminal e o fomento e fortalecimento da participação e do controle social (BRASIL, 2014).

A PNAISP é regida a partir dos princípios do respeito aos direitos humanos e à justiça social, da integralidade da atenção à saúde da PPL no conjunto de ações de promoção, proteção, prevenção, assistência, recuperação e vigilância em saúde, em todos os níveis de atenção, da equidade, com reconhecimento das diferenças e singularidades dos sujeitos de direitos, da promoção de iniciativas de ambiência humanizada e saudável com vistas à garantia da proteção dos direitos dessas pessoas, da corresponsabilidade Inter federativa quanto à organização dos serviços a partir da complexidade das ações desenvolvidas, assegurada por meio da RAS no território e da valorização de mecanismos de participação popular e controle social nos processos de formulação e gestão de políticas para atenção à saúde da PPL (BRASIL, 2014).

A formulação da PNAISP considerou as características da população penitenciária, as diretrizes norteadoras e estratégias para a consolidação da política de saúde no sistema prisional, a regulamentação das questões de financiamento, dos recursos humanos, da informação em saúde, bem como dos mecanismos de gestão (SANTOS; DIEL, 2016).

A PNAISP foi idealizada após o esgotamento do PNSSP, que após 10 anos de execução se mostrou insuficiente no atendimento das necessidades e complexidades do processo saúde-doença no itinerário carcerário brasileiro (BATISTA *et al.*, 2019). As ações de saúde nos presídios ainda apresentam caráter predominantemente curativo, com poucas ações de promoção e prevenção, mesmo com a existência do PNSSP. Muito precisa ser realizado para enfatizar a Atenção Básica como promotora de saúde nos presídios (SANTOS; DIEL, 2016).

A implantação da política se dá por meio da pactuação entre Estados e União, com assinatura do Termo de Adesão e elaboração de um Plano de Ação Estadual para Atenção à Saúde da PPL. Os documentos são encaminhados ao Ministério da Saúde para análise e aprovação. A adesão estadual, uma vez aprovada pelo Ministério da Saúde, será publicada no Diário Oficial da União por ato específico do Ministro de Estado da Saúde. Os Estados que aderem à PNAISP recebem complementação de valores, como incentivo por parte da União (BRASIL, 2014a).

A adesão municipal à Política é facultativa, como determina o art. 14 da Portaria n.º 1 de 2014, devendo ser observados os requisitos elencados no mesmo dispositivo. (SANTOS; DIEL, 2016).

As unidades prisionais devem realizar a oferta de serviços de Atenção Básica, por meio de equipes multiprofissionais, e assegurar a oferta dos demais serviços na RAS, conforme Portaria n.º 482, de 01 de abril de 2014 (BRASIL, 2014b; BATISTA *et al.*, 2019).

De acordo com a PNAISP, as equipes de Atenção Básica (eAB) podem ser classificadas em tipo I, direcionadas para até 100 custodiados, tipo II para até 500 custodiados e tipo III para até 1.200 custodiados. Todas as unidades prisionais com atendimentos acima de 1200 pessoas poderão ter acréscimo de profissionais a partir do número de custodiados, sendo ainda classificada como equipe tipo III. Além disso, todas as equipes podem contar com equipe de saúde mental (BRASIL, 2014b).

As equipes de Atenção Básica atuantes nas unidades prisionais são formadas por enfermeiro, médico, cirurgião-dentista, técnico de enfermagem e técnico em saúde bucal. Outros profissionais podem compor a equipe técnica, a depender do modelo pactuado, tais como psicólogo, farmacêutico, assistente social, fisioterapeuta, nutricionista, dentre outros. A transferência de recursos financeiros aos entes federativos é condicionada à habilitação das equipes de saúde no sistema prisional (BRASIL, 2014b).

A efetividade do cuidado em saúde no sistema penitenciário precisa considerar a educação continuada dos profissionais envolvidos, a existência de relações intersetoriais entre as equipes atuantes na política e uma gestão integrada e racional, buscando a resolutividade dos problemas de saúde de forma contínua (BRASIL, 2014a).

A PNAISP também se direciona aos trabalhadores em serviços penais e às famílias dos encarcerados, com estímulo de realização de ações de prevenção de doenças e de promoção por parte dos profissionais de saúde nos presídios. Os programas estratégicos que facilitam o acesso à saúde envolvem ainda o trabalho de pessoas custodiadas, caso as mesmas manifestem o interesse, estando assim sujeitas à redução de pena (BRASIL, 2014a).

Os municípios e o Distrito Federal devem planejar e executar ações de vigilância sanitária e epidemiológica que, por sua vez, devem ser apoiadas pelas Secretarias Estaduais de Justiça e Administração Penitenciária com vistas à adequação de espaços físicos, principalmente no que concerne à salubridade dos ambientes carcerários. (BRASIL, 2014a).

4 REFLEXÕES SOBRE O PROCESSO FORMATIVO DOS OPERADORES DE DIREITO

As primeiras escolas jurídicas no Brasil surgem a partir da independência do país, mais precisamente por meio da Lei de 11 de agosto de 1827, no Convento de São Francisco, em São Paulo e no Mosteiro de São Bento, em Recife (OLIVEIRA; GEBRAN, 2018). Os cursos jurídicos eram fortemente influenciados pelo ensino superior Europeu e eram compostos por nove disciplinas, apresentando duração de cinco anos (TASSIGNY; MAIA, 2018).

Inicialmente, os estudantes eram admitidos mediante apresentação dos documentos de comprovação da idade (mínimo de 15 anos completos) e de aprovação em exames de Língua Francesa, Gramática Latina, Retórica, Filosofia Racional e Moral e Geometria (MAROCCO, 2011).

Durante esse período, surgiu a “cultura do bacharelismo”, associada à necessidade de os jovens passarem pelo ensino superior, em especial o Direito, para se tornarem respeitados e alcançarem cargos importantes na sociedade (RUBIÃO, 2017). O processo formativo dos acadêmicos, diante desse contexto, destinava-se a instrução de uma elite intelectual para a condução do país, considerando o momento político que reinava na época, que necessitava desses bacharéis para assumir os postos de comando na administração do novo Estado (OLIVEIRA; GEBRAN, 2018).

A criação dos cursos jurídicos, um dos principais instrumentos de consolidação do poder, visava suprir os interesses estatais para o gerenciamento do novo Estado independente, buscando manter a ordem hegemônica social vigente e estabelecendo uma detalhada e criteriosa seleção dos conteúdos que seriam ministrados no curso de Direito. O curso surge do desejo de se desvencilhar da influência dos saberes científicos de Portugal, incentivando a formação de pessoas que pudessem dar prosseguimento ao poder do imperador. O reinado de D. Pedro II, consolidou o bacharelismo, marcado pela valorização do título de doutor, com reforço dos traços distintivos dos bacharéis em direito, ensejando uma modificação do vestuário, linguagem, postura e gosto estético (AMARAL, 2017).

A criação do primeiro currículo para os Cursos Jurídicos deveria apresentar conformidade com os anseios do próprio Estado, que almejava perfil específico para os profissionais jurídicos, se tornando totalmente inflexíveis e controlados pelo Estado. A formação jurídica, atrelava-se ao pensamento humanista, voltado ao pensamento cristão e

assumindo a função de estruturação das profissões forenses e ao preenchimento dos quadros administrativos da nação (MAROCCO, 2011).

A primeira república no Brasil não alterou de forma significativa o ensino jurídico, entretanto, nesse período, houve intensa modificação das relações dos bacharéis em Direito com o poder central, modificando as relações hierárquicas (AMARAL, 2017). Em 1890, em razão da proclamação da República, a disciplina de Direito Eclesiástico deixou de ser obrigatória, e observou-se a implementação das disciplinas de Filosofia e História do Direito e de Legislação comparada sobre o Direito Privado nos currículos acadêmicos (TASSYGNÝ; MAIA, 2018).

O período republicano trouxe como contribuição para o ensino jurídico, a criação das faculdades livres, dando fim a rivalidade existente entre as faculdades de Direito de São Paulo e Recife. Em 1931, por meio da reforma Francisco Campos, o curso de Direito tornou-se mais profissionalizante, sendo dividido em Bacharelado e Doutorado (TASSYGNÝ; MAIA, 2018).

A República transformou o cenário político brasileiro, centrando-se em uma orientação positivista e conservadora, alicerçada no pensamento do filósofo francês Auguste Comte, que possuía a crença de que a ciência poderia responder todos os problemas da humanidade. O positivismo de Comte centrou-se na ideia de que as relações sociais são complexas e necessitam ser investigadas de forma sistematizada a fim de eliminar a maioria das possíveis suposições e/ou o risco de interpretações abstratas e subjetivas (OLIVEIRA; GEBRAN, 2018).

Essa característica científicista, trazida pelos positivistas, contribuiu para a construção da percepção de que o Direito é um “sistema de normas jurídicas”, principalmente a partir da elaboração da Teoria Pura do Direito, por Kelsen que definiu a estrutura hierárquica das normas (OLIVEIRA; GEBRAN, 2018). Essas diretrizes positivistas interferiram nas práticas pedagógicas e nos programas curriculares, constituindo-se como entraves para a formação do bacharel em Direito no Brasil (PAIVA *et al*, 2011).

A partir de 1930, a advocacia passou a ser tratada como profissão autônoma, época na qual fora criada a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB). Entretanto, nessa fase, ainda se observou inflexibilidade nas matrizes curriculares, e os profissionais do Direito ainda atuavam de forma distante à realidade da sociedade (MAROCCO, 2011).

A partir de 1945, observou-se a proliferação dos cursos de Direito no país. Em 1962, editou-se pela primeira vez um currículo acadêmico mínimo, que passaria a ser composto por 14 disciplinas, todas de caráter profissionalizante, excetuando-se a disciplina de Introdução ao Ensino do Direito (TASSYGNÝ; MAIA, 2018).

Essa flexibilização teve importante papel contribuindo para a implementação de ideologias e aprimoramento da qualidade do ensino jurídico, tornando possível uma melhor adequação das universidades ao mercado de trabalho e às realidades locais e regionais (MAROCCO, 2011).

No final de 1964, o Brasil contava com 61 faculdades de direito, contudo, apesar da alta procura da classe média, essa fase foi marcada pela privatização do ensino superior e pela baixa qualidade no ensino (AMARAL, 2017).

A Lei nº 5540/1968 propôs uma reforma curricular no curso, com disciplinarização dos conteúdos no ensino superior e consequente afastamento da possibilidade de reflexões críticas entre os estudantes. O Decreto nº 869/1969 ampliou o processo de disciplinarização, inserindo as disciplinas de educação moral e cívica no ensino. A reforma universitária representou a construção de um ensino superior com base no regime militar, estratégia que visava consolidar a ideologia militarista de lei e da ordem, incentivando a não contestação, e os cursos jurídicos tornaram-se espaços centrais para esse propósito (COSTA, 1992 *apud* AMARAL, 2017).

A Resolução nº 3/1972 reorganizou o currículo mínimo de 1962 e estabeleceu três disciplinas propedêuticas: Introdução ao Estudo do Direito, Economia e Sociologia, além da inserção da prática do estágio supervisionado. A duração do curso de direito seria de 2.700 horas aula, podendo ser concluído em no mínimo quatro e no máximo sete anos letivos. O novo currículo, normatizado por essa Resolução, enfatizou o saber compartimentado e sem as devidas discussões epistemológicas e críticas de conteúdo, mesmo com a oferta de maior autonomia às universidades (TASSIGNY; MAIA, 2018).

O ensino do Direito sempre foi desprovido de qualquer valoração, baseando-se na análise de códigos comentados. Esse aspecto, associado às aulas expositivas do curso, evidenciam um processo formativo extremamente conservador e dogmático. A rigidez e o conservadorismo dos cursos jurídicos constituem-se nos maiores entraves para a quebra de paradigmas na formação dos bacharéis em Direito (OLIVEIRA; GEBRAN, 2018).

A resolução nº 3/1972 foi revogada e substituída pela Portaria nº 1886/1994 que tentou integrar os cursos jurídicos à nova realidade do país, com avanços tecnológicos significativos como os Núcleos de Práticas Jurídicas, exigência de estágios obrigatórios, realização de atividades complementares e de Monografia de Conclusão de Curso. Entretanto, apesar das reformulações curriculares, ainda se observa um baixo nível de formação dos bacharéis de Direito, avaliados por meio dos índices de aprovação no Exame de Ordem do Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e nos certames oferecidos ao profissional de Direito (OLIVEIRA; GEBRAN, 2018).

O Exame da OAB, segundo Amaral (2017), direciona e modela o processo de ensino-aprendizagem do estudante no âmbito do ensino superior, culminado em perdas no desenvolvimento acadêmico e restrição das habilidades e do conhecimento dos futuros operadores do Direito.

Além do supracitado, diversos são os entraves nos cursos jurídicos, destacando-se os métodos pedagógicos formais optados pelas IES e a valorização da herança positivista da especialização. Além disso, o neoliberalismo massificou e mercantilizou o ensino onde o Estado pouco investiu nas instituições superiores e na formação docente (OLIVEIRA; GEBRAN, 2018). O ensino jurídico prepara para funções predominantemente técnico-burocratas, com excessivo formalismo, ausência de diálogo e interdisciplinaridade e falhas na identificação da função do curso na sociedade (AMARAL, 2017).

O caráter individualista, intrínseco da profissão e que se baseia no positivismo jurídico, extirpa a criatividade e autonomia crítica do estudante de direito, inviabilizando o pensar fora do sistema jurídico tradicional (AMARAL, 2017).

A legislação que atualmente estrutura os currículos jurídicos é a Portaria n° 09/2004 do Conselho Nacional de Educação (CNE), sendo entendida como um desenvolvimento da Resolução n° 3/1972 e da Portaria n° 1886/1994. As alterações curriculares idealizadas não foram adequadamente recepcionadas pelas IES, uma vez que o currículo mínimo passou a ser utilizado como currículo pleno, deixando de acrescentar outras matérias que empreenderiam a adequação do curso às realidades regionais (TASSIGNY; MAIA, 2018).

Com essa nova Portaria do CNE, surge a preocupação com uma formação geral integrada numa perspectiva humanística, sem perda do caráter crítico, promovendo uma íntima interação entre o Eixo de formação Fundamental, Eixo de Formação Profissional e o Eixo de Formação Prática (TASSIGNY; MAIA, 2018).

Amaral (2017) salienta em seu estudo a importância de se refletir criticamente sobre a educação formal, deflagrando seus vícios, expondo as suas dificuldades, para assim restituir o seu sentido democrático, ético e humanista. A autora ainda enfatiza que as IES devem ser vistas como espaços que possibilitem às investigações científicas e à produção de conhecimento que se destinem a responder questões sociais.

As boas práticas pedagógicas devem se desenvolver em um ambiente de parceria e reflexão, propiciando a apropriação e construção de saberes pelos alunos, aliando o conhecimento especializado em seu segmento de atuação à economia, sociologia, filosofia, política, dentre outros. A abordagem interdisciplinar contribui para melhor interpretação da legislação pelo estudo, bem como melhor conhecimento sobre doutrina e jurisprudência.

Quando o ensino se baseia na interdisciplinaridade, supera-se a percepção fragmentada e linear da produção de conhecimento (OLIVEIRA; GEBRAN, 2018).

Paiva *et al.* (2011) também apontam a interdisciplinaridade como uma condição fundamental do ensino e da pesquisa na sociedade atual, possibilitando a resolução de conflitos por meio da reflexão crítica.

Tassigny e Maia (2018) afirmam que o alcance da interdisciplinaridade se dá a partir da promoção das disciplinas propedêuticas, sendo que estas muitas vezes são menosprezadas pelos alunos, que almejam alcançar a imersão nas matérias efetivamente “de direito”, as chamadas disciplinas profissionalizantes. Essa supervalorização das disciplinas profissionalizantes pode ser justificada pelo caráter tecnicista que os cursos de direito assumiram desde a década de 1930.

Foucault *apud* Amaral (2017), alerta que a educação deve possibilitar o acesso aos mais variados diálogos e conteúdo, destacando-se por se apropriar de discursos por determinadas categorias de sujeitos. Os educadores precisam se mobilizar para estimular a criticidade no ambiente acadêmico, se aproximando dos conceitos democráticos e desenvolvendo um ensino mais reflexivo. O curso de Direito deve assegurar ao estudante uma formação sólida, humanística e axiológica, estimulando a capacidade de analisar, argumentar, interpretar, valorar os fenômenos jurídicos e sociais, com aprendizagem contínua, autônoma e dinâmica (BRASIL, 2004).

Além disso, torna-se alarmante a necessidade de modificação das metodologias utilizadas no ensino das disciplinas, bem como nos seus objetivos. A análise das matrizes curriculares, aponta que as disciplinas práticas surgem apenas nos últimos períodos da graduação em Direito, sinalizando um alto período de assimilação de conteúdo teórico descontextualizado. A fusão da teoria com a prática pode ser atingida por meio da utilização das metodologias ativas em todas as disciplinas da matriz curricular, incluindo-se as de cunho propedêutico (TASSIGNY; MAIA, 2018).

No ano de 2014, surge o novo Plano Nacional de Educação, a partir da Lei nº13.005/2014, estabelecendo que no mínimo, 10% do total de créditos curriculares da graduação seja integralizado mediante a participação em programas e projetos de extensão universitária. O Plano aponta algumas necessidades de reorganização, dentre elas, a alteração didático pedagógica do modelo de ensino e a revalorização da extensão (TASSIGNY; MAIA, 2018).

Segundo Marocco (2011), a modificação do ensino jurídico brasileiro depende de uma inovação paradigmática do próprio fenômeno jurídico, dependendo da atuação dos discentes, docentes e instituições de ensino. Entende-se que nenhum deles, vem cumprindo efetivamente o seu papel, fato que se relaciona ao desconhecimento do mesmo, em alguns momentos.

5 METODOLOGIA

Tratou-se de pesquisa exploratória e descritiva com abordagem quantitativa. Será utilizada a pesquisa de campo investindo-se em coleta de dados, buscando a compreensão ou interpretação do fenômeno social. A pesquisa exploratória visa à descoberta, o achado, a elucidação de fenômenos ou a explicação daqueles que não eram aceitos apesar de evidentes (GONÇALVES, 2014), enquanto que o estudo descritivo analisa as características de uma certa população sem que haja interferência do pesquisador (GIL, 2008). O estudo apresenta, ainda, abordagem quantitativa que visa a mensuração em números, adquiridos através da coleta de dados, que serão classificados e analisados, utilizando técnicas e estatísticas (DALFOVO *et al*, 2008). A escolha do método quantitativo deu-se para tentar entender o nível de conhecimento dos graduandos do curso de Bacharelado em Direito do Centro Universitário FACOL, acerca das políticas públicas de saúde direcionadas à população carcerária.

O estudo foi realizado na IES, Centro Universitário FACOL, localizado na Rua Pedro Ribeiro – Bairro Universitário na cidade de Vitória de Santo Antão - PE. O Centro Universitário FACOL foi escolhido como local para o desenvolvimento do estudo por seu comprometimento com a formação de operadores do Direito, sendo uma instituição de referência no estado de Pernambuco e possuindo, desta maneira, maior probabilidade de contribuição para o cumprimento dos objetivos deste estudo

A população alvo foi composta por estudantes do curso de Direito do Centro Universitário FACOL. A amostragem, por sua vez, foi constituída por graduandos do curso de Direito que estiveram cursando do primeiro ao décimo período da graduação, com matrícula ativa na IES, durante o período de março a junho de 2020.

Foram considerados, como fatores de exclusão: alunos que não estivessem efetivamente matriculados na IES entre os meses de março a junho de 2020 e alunos matriculados em outros cursos da IES.

O instrumento de coleta de dados correspondeu a um formulário estruturado composto de perguntas objetivas contendo as seguintes variáveis: Identificação dos estudantes, Conhecimento sobre as políticas de saúde direcionadas à população carcerária, aproveitamento e vivências acadêmicas dos estudantes. A elaboração do instrumento baseou-se na legislação acerca das políticas de saúde direcionadas à população carcerária, incluindo a LEP, o PNSSP e a PNAISP.

A coleta de dados ocorreu por meio virtual, utilizando o google forms. A identificação da amostra seguiu os registros da secretaria acadêmica do curso de Direito da IES. Durante a abordagem, os estudantes foram esclarecidos acerca dos objetivos do estudo e sensibilizados quanto à garantia de preservação da identidade, além de possibilidade de desistência da pesquisa no momento em que desejassem. Foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de forma virtual, com envio do recibo para os e-mails.

Para a análise dos dados, foi construído um banco de dados no programa Epi info, versão 3.5.2, o qual foi exportado para o software Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 18 onde a análise foi operacionalizada. As variáveis foram organizadas estatisticamente, por meio de variação percentual, representada através de tabelas e gráficos.

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa através do Portal Plataforma Brasil, sob o CAAE nº 27045619.4.0000.9227, tendo sido aprovado em 27 de dezembro de 2019, por meio do Parecer Consubstanciado nº 3.791.766. O projeto encontra-se em acordo com as Resoluções nº 510/2016 e nº 466/2012. A pesquisa não envolve a abordagem direta com seres humanos e foi realizada a partir da aplicação de questionários, garantindo o sigilo e o anonimato.

6 RESULTADOS

A amostra do estudo apresentou-se bastante reduzida em relação ao número total de estudantes de Direito da IES, com participação de 82 estudantes. A baixa adesão justifica-se pelo início da pandemia causada pelo novo coronavírus em março de 2020, que modificou o desenvolvimento das atividades acadêmicas e dificultou a adesão dos estudantes. A tabela 01 apresenta dados relacionados ao perfil sociodemográfico dos estudantes que compuseram a amostra.

TABELA 01 - Perfil sociodemográfico dos estudantes do curso de Bacharelado em Direito do Centro Universitário FACOL (Vitória de Santo Antão, 2020).

Variável	n	%	
Sexo biológico	Feminino	45	54,9
	Masculino	37	45,1
Idade	16 a 20 anos	22	26,8
	21 a 25 anos	23	28,0
	26 a 30 anos	12	14,6
	Mais de 30 anos	25	30,5
Estado Civil	Solteiro	53	64,6
	Casado	22	26,8
	Divorciado	05	6,1
	União Estável	02	2,4

Fonte: Os autores

Observou-se predominância de participantes do sexo feminino, entre 21 e 25 anos e solteiros correspondendo a 54,9%, 28,0% e 64,6%, respectivamente.

A tabela 02 aponta a distribuição das respostas dos estudantes de Direito sobre a Política Pública de Saúde a partir da LEP.

TABELA 02 – Distribuição das respostas dos estudantes de Direito sobre a assistência à saúde direcionada à população carcerária a partir da Lei de Execução Penal (Vitória de Santo Antão, 2020).

Variável	n	%
A assistência à saúde do preso e do internado compreenderá atendimento médico, da assistente social e do psicólogo	38	46,3
Quando o estabelecimento penal não estiver aparelhado para prover a assistência médica, esta será realizada em outro estabelecimento, independente da autorização da direção do estabelecimento.	03	3,7
Quando o estabelecimento penal não estiver aparelhado para prover a assistência médica, a direção do hospital poderá solicitar a presença de profissionais no presídio.	09	11,0

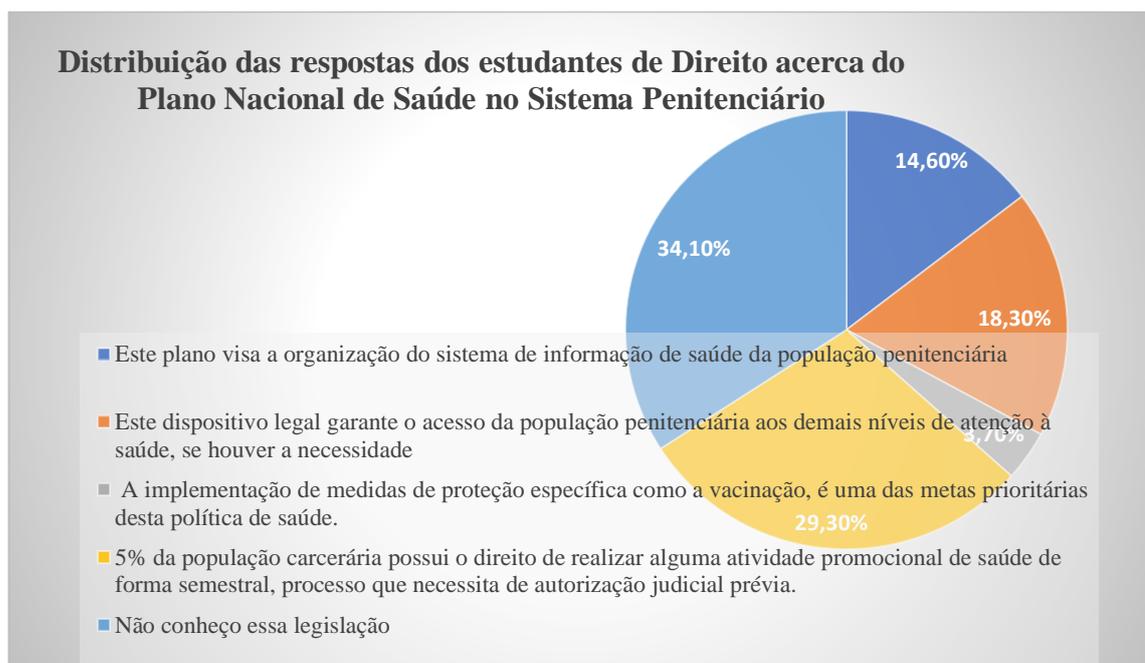
O atendimento médico deve sempre assegurado à mulher e ao recém-nascido no pré-parto e no pós-parto.	14	17,1
Não conheço essa legislação	18	22,0

Fonte: Os autores

Em relação aos aspectos abordados na LEP, apenas 17,1% dos estudantes sinalizaram que o atendimento médico deve ser sempre assegurado às mulheres privadas de liberdade e aos seus respectivos recém-nascidos no período pré parto e puerperal, correspondendo a 14 participantes. Vale destacar que 22% da amostra respondeu que não possuía conhecimento sobre essa legislação, correspondendo a 18 estudantes. Esse achado é alarmante e reforça o baixo conhecimento dos acadêmicos de Direito sobre o acesso das mulheres privadas de liberdade à assistência obstétrica durante a gestação, parto e puerpério, sinalizando a necessidade de maior discussão sobre esse direito no ambiente acadêmico.

O Gráfico 01 apresenta a distribuição das respostas dos estudantes de Direito do Centro Universitário FACOL acerca do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (Vitória de Santo Antão, 2020).

GRÁFICO 01 – Distribuição das respostas dos estudantes de Direito do Centro Universitário FACOL acerca do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (Vitória de Santo Antão, 2020).



Fonte: Os autores

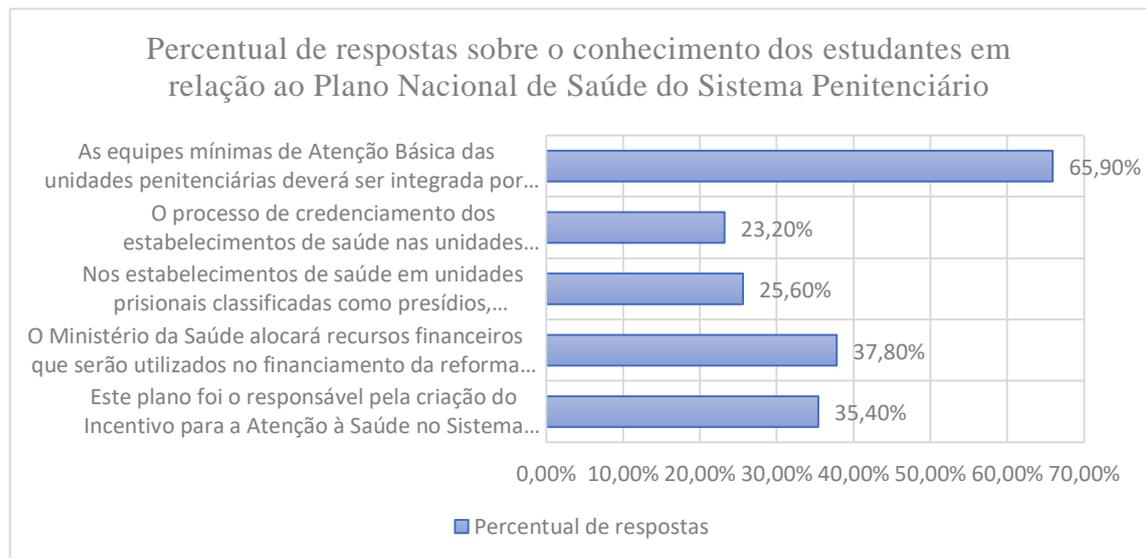
Também foi observado baixo conhecimento dos acadêmicos em relação ao PNSSP. Apenas 18,3% dos respondentes assinalou que essa política visa garantir o acesso da população

penitenciária aos demais níveis de atenção à saúde, se houver necessidade, correspondendo a 15 estudantes. Um dado alarmante é que 34,1% dos graduandos afirmou desconhecer o PNSSP, correspondendo a 28 participantes.

O Gráfico 02 apresenta a distribuição percentual das respostas dos acadêmicos relacionadas a outros aspectos do PNSSP.

Em relação às equipes mínimas de Atenção Básica atuantes nas Unidades Prisionais,

GRÁFICO 02 – Distribuição percentual das respostas dos acadêmicos de Direito acerca do Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário (Vitória de Santo Antão, 2020).



Fonte: Os autores

65,9% dos participantes afirmaram que a composição seria formada por médico, odontólogo, psicólogo e técnico de Enfermagem. Essa parcela da amostra não atentou para a presença do enfermeiro, assistente social e auxiliar de consultório dentário como integrantes da equipe mínima atuante nos presídios.

Em relação ao processo de credenciamento dos estabelecimentos de saúde nas unidades prisionais, apenas 23,20% dos estudantes responderam que o mesmo deve acontecer nas

Secretarias Municipais de Saúde. O processo de credenciamento desses estabelecimentos, segundo a PNSSP, é da alçada das Secretarias Estaduais de Saúde.

Em contrapartida, apenas 25,60% dos estudantes souberam responder que as pessoas presas podem ser selecionadas para trabalhar como agentes promotoras de saúde no interior das penitenciárias.

No que tange ao financiamento da saúde no sistema prisional, 37,80% da amostra não reconheceu que o Ministério da Justiça tem responsabilidade na alocação dos recursos utilizados para reforma física e aquisição de equipamentos nas unidades prisionais e apenas 35,4% dos participantes do estudo responderam corretamente sobre o incentivo para Atenção à Saúde no sistema prisional, onde cabe ao Ministério da Saúde o financiamento de 30% do recurso e ao Ministério da Justiça o financiamento de 70% do recurso.

Os achados também apontam um baixo nível de conhecimento em relação aos componentes da PNSSP supracitados e também reforçam a necessidade de discussão desses aspectos durante a formação acadêmica. A tabela 03 apresenta as respostas dos estudantes de Direito acerca do conhecimento sobre a PNAISP.

TABELA 03 - Conhecimento dos estudantes de Direito sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (Vitória de Santo Antão, 2020).

Variável	n	%
As pessoas custodiadas nos regimes semiaberto e aberto serão preferencialmente assistidas nos serviços da Rede de Atenção à Saúde.	11	13,4
Os trabalhadores em serviços penais, os familiares e demais pessoas que se relacionam com as pessoas privadas de liberdade não poderão ser envolvidas em ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos no âmbito da PNAISP.	03	3,7
As pessoas privadas de liberdade não poderão trabalhar nos serviços de saúde implantados dentro das unidades prisionais, nos programas de educação e promoção da saúde e nos programas de apoio aos serviços de saúde.	05	6,1
A concessão do benefício da remição de pena para as pessoas custodiadas que trabalharem nos programas de educação e promoção da saúde do SUS e nos programas de apoio aos serviços de saúde ainda é uma meta que precisa ser conquistada.	25	30,5
Não conheço essa legislação	38	46,3

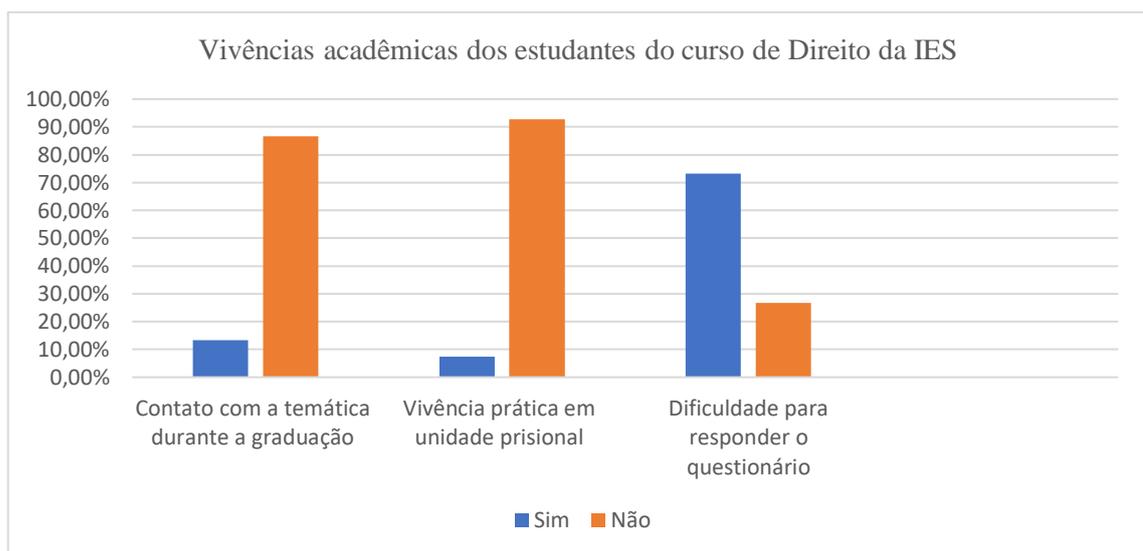
Fonte: Os autores

Os achados relacionados ao conhecimento dos estudantes sobre a PNAISP seguem o mesmo comportamento das questões anteriores: apenas 13,4% da amostra respondeu que as pessoas custodiadas nos regimes semiaberto e aberto devem ser preferencialmente assistidas

nos serviços das Redes de Atenção à Saúde, equivalendo a 11 estudantes. Observou-se, ainda, maior percentual de graduandos informando desconhecer essa legislação, correspondendo a quase metade da amostra (46,3%).

O gráfico 03 apresenta os dados da percepção dos estudantes de Direito referentes às vivências acadêmicas relacionadas às Políticas Públicas de Saúde direcionadas à PPL.

GRÁFICO 03 – Distribuição das respostas dos estudantes de Direito do Centro Universitário FACOL sobre as vivências acadêmicas relacionadas às Políticas Públicas de Saúde e direcionadas à população carcerária (Vitória de Santo Antão, 2020).



Fonte: Os autores

Em relação à percepção e vivências acadêmicas dos estudantes de Direito sobre as Políticas Públicas de Saúde direcionadas à população carcerária, observou-se que 86,6% dos estudantes afirmaram não ter tido contato com a temática durante a graduação, e 92,7% dos participantes responderam nunca ter tido vivência prática em unidade prisional durante processo de formação acadêmica na graduação. Além desses fatores, evidenciou-se que 73,2% dos alunos alegaram dificuldades para responder as perguntas da pesquisa.

7 DISCUSSÃO

Não foram encontradas, nas plataformas SciElo, google acadêmico e Biblioteca Virtual de Saúde, publicações em periódicos que tratassem da análise do nível de conhecimentos dos acadêmicos de Direito sobre as políticas públicas direcionadas à população carcerária para análise comparativa do perfil sociodemográfico dos estudantes.

Confrontando os dados desse estudo com achados de outras publicações, Sales *et al.* (2021), em revisão integrativa realizada com 11 publicações, evidenciaram falhas no cumprimento da legislação em relação aos direitos das gestantes no sistema prisional. Os autores enfatizaram a necessidade de uma reformulação das políticas públicas relacionadas ao sistema prisional, bem como da capacitação dos profissionais da área da saúde para atender essa população.

Estudo retrospectivo das decisões do Poder Judiciário concernentes aos direitos das presas e de seus filhos à assistência em saúde no sistema penitenciário sinaliza a existência de dificuldades de acesso por parte das mulheres que estão no período perinatal, bem como a invisibilidade social dessa questão (SIMAS *et al.*, 2015).

Pesquisa descritiva e qualitativa, desenvolvida no Complexo Penal Feminino Dr. João Chaves em Natal, Rio Grande do Norte, também apontou descaso com a assistência à saúde de gestantes privadas de liberdade, constatando que, tanto a mãe quanto o feto não possuem seus direitos respeitados nos cárceres do Brasil. A assistência, quando ocorre, é realizada por técnicos de Enfermagem de forma isolada e descontextualizada (BARBOSA GALVÃO; BARBOSA DAVIM, 2013).

Simas e Ventura (2017) também sinalizaram a precariedade do atendimento de saúde direcionado à gestante no cárcere como problemática, enfatizando a utilização de algemas durante o parto e a postura desumanizada dos profissionais assistentes como graves violações aos direitos humanos, reconhecendo a necessidade de discussão desses aspectos no âmbito acadêmico a fim de modificar esse cenário. Segundo as autoras, a LEP prevê ainda a existência de berçários com a finalidade de possibilitar a convivência das mulheres com seus filhos e a amamentação. A diretriz encontra limites éticos e interpretativos, limitando o papel da mãe ao seu valor nutricional para a alimentação do bebê.

No que diz respeito aos achados sobre o PNSSP, Lermen *et al.*, (2015), em reflexão teórica sobre as políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira, evidenciaram que o PNSSP firmou a necessidade de organização de ações e serviços de saúde no sistema penitenciário baseando-se nos princípios e diretrizes do SUS. Os autores apontam que a proposta do plano era a de garantir ações integrais de saúde, englobando a assistência, a prevenção e a promoção de saúde às PPL.

Arruda *et al.*, (2013) destacaram que o acesso à saúde da população privada de liberdade, é deficitário, o que evidencia a inadimplência do Estado no cumprimento de seu dever. Estudo realizado numa penitenciária masculina situada na cidade de Campina Grande/PB, de natureza quantitativa e descritiva, apontou ausência de suporte para as demandas de saúde dos apenados, com presença de barreiras para o acesso aos serviços de saúde. Dentre os obstáculos, destacaram-se a ausência de profissionais nas unidades de saúde prisionais, a insuficiência de medicamentos, materiais, exames e procedimentos médicos. O tempo de espera para atendimento em saúde ou para marcação de exames, também é considerado uma barreira para o acesso (DOURADO; ALVES, 2019).

A Atenção Primária em Saúde precisa ser organizada para, de fato, se tornar ordenadora da RAS, conforme recomenda o PNSSP. As unidades prisionais precisam dispor de equipe para atender as necessidades dos presos. A atenção especializada, utilizada nos casos em que a Atenção Primária não conseguir ser resolvida, necessita de qualificação, ampliação e otimização da oferta de serviços mais equitativos. Todos esses fatores precisam ser dialogados durante a formação acadêmica dos operadores do Direito, a fim de embasar o trabalho de busca da garantia dos direitos da PPL (SCHULTZ *et al.*, 2020).

Lermen *et al.*, (2015) também evidenciaram que o PNSSP recomenda, além da atenção integral, o trabalho por meio de equipes multiprofissionais. Cada equipe de saúde é responsável pelo acompanhamento de até 500 pessoas privadas de liberdade. A inclusão de outros profissionais de saúde, como os psicólogos e assistentes sociais, mostra a busca por uma visão mais ampliada de saúde. A entrada dessas equipes de saúde na prisão trouxe a necessidade de conectar as unidades prisionais com a rede de serviços em saúde, redes intersetoriais e até mesmo com a família e a comunidade da pessoa privada de liberdade (SÁ E SILVA, 2009).

Segundo os indicadores de avaliação, entre 2003 e 2013, o PNSSP não se mostrou bem sucedido, com cobertura assistencial de 25% a 30% da população e adesão de 26 entre os 27 Estados qualificados (CARVALHO, 2017).

Mesmo com os avanços resultantes da implementação do PNSSP, o acesso à saúde ainda não era direcionado à toda PPL, sendo voltado apenas a população carcerária, desassistindo a

parte restante do sistema prisional. Estudo analítico-descritivo comparativo, de caráter qualitativo, baseado em pesquisa legislativa e bibliográfica sobre as políticas públicas de saúde no âmbito do sistema prisional, apontou que o plano não garantia o direito de acesso à saúde para as pessoas que estavam em cumprimento de pena em regimes abertos e provisórios, bem como aquelas recolhidas em cadeias públicas e distritos policiais (CARVALHO, 2017).

A PNAISP amplia a noção de garantia de direitos sociais, buscando ampliar o acesso à saúde para todas as pessoas que se encontrem sob custódia do Estado, em regime fechado, semiaberto, aberto ou cumprindo medida de segurança na modalidade de tratamento ambulatorial. Também inclui os trabalhadores dos serviços prisionais e de familiares de pessoas privadas de liberdade nas ações de promoção e prevenção dos agravos à saúde (LERMEN *et al.*, 2015).

No que concerne à discussão dos aspectos relacionados à percepção dos alunos sobre as vivências acadêmicas durante a graduação em Direito, Tassigny e Maia (2018) afirmam que o curso apresenta o poder de transformação da realidade e da vida das pessoas, por meio da promoção da justiça, da verdade e da equidade. A formação acadêmica, portanto, deve possibilitar ao aluno o desenvolvimento da consciência de seu papel social, munindo-o do conhecimento necessário para assim proceder. Os autores apontam que, nas últimas décadas, as características do ensino jurídico mostram um distanciamento entre a formação técnica e a formação crítica. A legislação que regulamenta os currículos acadêmicos já prevê que o ensino jurídico deve formar profissionais humanos e com capacidade de análise crítica.

Amaral (2017) alerta para a necessidade de mudança de postura no ensino jurídico dos cursos de direito, com a inserção de uma pedagogia comprometida e alicerçada nos direitos humanos, por meio do estímulo à capacitação técnica e reflexão crítica por parte dos estudantes, e com uso de instrumentos de reivindicações e proposições políticas para a transformação social.

Dentre as competências específicas para tornar os advogados bem sucedidos, Sarmiento *et al.* (2015) destacam: formação contínua, conhecimento disciplinar/inter e transdisciplinar, a experiência investigativa, desenvolvimento de estratégias e mediações e a gestão e construção do conhecimento/capital intelectual.

Oliveira e Gebran (2018) também afirmam que o curso de Direito deve estimular o raciocínio crítico dos alunos, formando profissionais conscientes do seu papel na sociedade e aptos para trabalhar com a complexidade das questões jurídicas.

Em estudo descritivo e de campo, de natureza quantitativa e qualitativa, desenvolvido com alunos de Direito de uma IES mineira, verificou-se a percepção de que várias ações

corretivas são necessárias para aprimoramento do curso. Os alunos apontaram a necessidade de desenvolvimento de trabalhos coletivos na IES, com estímulo ao raciocínio crítico. Os autores também apontaram a necessidade de promover o aprimoramento das próprias diretrizes curriculares do curso, passando a considerar os aspectos comportamentais e políticos como competências a serem desenvolvidas na graduação (PAIVA *et al.*, 2011).

Os achados do presente estudo apontam para a necessidade de repensar os métodos de ensino-aprendizagem executados na IES para abordagem teórico-prática da temática do estudo.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É notório que um dos maiores fatores da pena seja o estigma imposto pela sociedade, por questões históricas a sociedade sempre influenciou a questão da pena, em todo o contexto a pena sempre se transforma para o apenado, sendo de forma mais cruel ou de simples enclausuramento.

A tentativa de humanizar a pena nasce na lei de Talião, sendo que ainda a sociedade infringia muito além, como acontece nos dias atuais. A transformação dos presídios se torna um fator desumano, se deixa de ser um local de simples custódia para ser um local de punição eterna, um verdadeiro inferno na terra. Algo que está ligado diretamente com o direito canônico que até hoje reverbera no nosso sistema jurídico.

A falta de informação bem como a de ensino acerca do assunto na sociedade, causa um enfraquecimento significativo para a PPL, já que por não se ter conhecimento acerca do assunto, acabam por não respeitar os direitos do apenado, o simples fato de perder o direito à liberdade, está ligado ao pensamento comum de que o apenado perdeu todos os seus direitos, o que não está correto. E isso tudo está diretamente ligado aos próprios anseios da sociedade que busca por justiça de uma forma leiga.

É de suma importância que a sociedade saiba que a PPL, tem direitos garantidos em lei, e políticas públicas específicas voltadas a ela.

Notoriamente a administração pública, infelizmente não visa efetivar as garantias desses direitos à PPL, sendo assim fecha os olhos para os encarcerados, aplicando assim uma dupla pena. Ou seja, além de perder o direito à liberdade, o apenado encara uma dura realidade de hiper lotação em presídios, onde estes mesmos presídios estão em condições desumanas, sendo privado do direito à saúde.

A falta de efetividade de políticas públicas voltadas a PPL, bem como a participação mínima do Estado em garantir direitos ao apenado, direitos que estão garantidos na CF/88. Por conta de anseios da mesma sociedade que sempre exige mais do Estado em outras áreas como: educação, saúde, segurança pública entre outras, a PPL vai sendo deixada de lado, seguindo esquecida e duplamente penalizada.

É necessário uma maior participação do Estado, deve ser feita uma melhoria no sistema jurídico, bem como na política de controle social, uma inserção maior da sociedade nessas questões afim de maiores esclarecimentos acerca do tema, bem como maior participação nesse

assunto, afim de promover uma transformação benéfica para o apenado, bem como à sociedade como um todo.

E sendo assim, se torna por obrigação daqueles que operam o Direito, mudar essa realidade tão pobre que hoje se mostra diante dos nossos olhos, existe um dever de conhecer mais sobre o assunto abordado, de buscar mais efetividade, melhores condições para a PPL.

Deve o operador do Direito debater mais sobre o assunto no âmbito da sociedade comum, afim de que se evite a busca dessa justiça leiga que está carregada com o estigma da pena. Afim de construir um quadro mais favorável ao apenado, juntamente com a sociedade os profissionais que operam o Direito, devem buscar maior conhecimento acerca do tema.

Os dados do estudo apontaram um baixo nível de conhecimento dos estudantes de Direito sobre as políticas públicas de saúde direcionadas à população privada de liberdade. A falta de conhecimento, de discussão e vivências sobre a temática, durante a graduação, podem gerar falhas na formação dos profissionais que operam o Direito, principalmente no que concerne à percepção e sensibilização sobre a relevância do assunto, culminando na geração de lacunas de atuação, principalmente em relação à busca pela garantia do direito de acesso à saúde para as pessoas privadas de liberdade.

O contexto histórico relacionado ao processo formativo do profissional de Direito, ligado diretamente a cultura do bacharelismo, com supervalorização de normativas e falhas na contextualização com as disciplinas propedêuticas, que, por sua vez, enfocam as questões socioeconômica, política e cultural, pode ter influência na ausência das discussões e reflexões sobre essa problemática relacionada ao acesso da pessoa privada de liberdade à saúde no ambiente acadêmico.

Todo processo de formação do acadêmico de Direito ainda está ligado diretamente ao sistema europeu, o que remete historicamente a um processo de criação de uma elite, ainda hoje se presencia de certa forma essa cultura de elite. O aluno de Direito passa por uma ressignificação no conhecimento. Desde o início de sua graduação, se tem um vislumbre das cadeiras técnicas, vislumbre esse que chega cegar o aluno, que simplesmente passa despercebido ou não se importa realmente com as cadeiras propedêuticas.

Sendo assim o aluno de Direito está apenas valorando códigos escritos comentados, de caráter totalmente dogmático, sendo assim, o futuro operador de Direito passa por sua graduação de forma conservadora. A ausência de diálogos acerca de outros temas durante esse processo, leva o aluno a criar um entrave a cerca de assuntos que não são técnicos.

O individualismo do próprio curso de Direito retira do aluno a sua autonomia, ou seja, o estudante de Direito não pode ter criatividade ou pensar algo que seja fora do sistema jurídico,

o que torna mais ainda necessário maior abertura para novos diálogos. Sendo assim se torna difícil de aplicar novas metodologias no âmbito acadêmico, o que leva a uma falha na função social desse futuro aplicador do Direito. É necessário a aplicação de interdisciplinaridade no curso de Direito, afim de que se quebrem esses paradigmas que estão historicamente entranhados até hoje.

Torna-se fundamental que a IES reanalise os métodos de ensino-aprendizagem, possibilitando aos graduandos de Direito a sensibilização sobre o papel social inerente à sua profissão e ampliando, ainda mais, a qualificação dos profissionais para a sociedade. A inclusão dos estudantes da área de saúde nas discussões sobre o assunto desse estudo pode enriquecer o processo formativo, por meio da inserção da interdisciplinaridade. O uso de metodologias ativas e das vivências práticas por meio da extensão acadêmica, a partir do início da graduação, também é uma possibilidade.

Apesar da relevância dos achados, o estudo apresentou limitações relacionadas ao quantitativo da amostra. Faz-se necessário o desenvolvimento de novos estudos a fim de esclarecer outros aspectos importantes relacionados à temática.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, B. R. Humanidades inumanas: **dinâmicas e persistências históricas em torno do cárcere no Brasil**. Academia. Rio de Janeiro, a. 179 (478):161-188, set./dez. 2018.

Disponível em:

https://scholar.google.com.br/scholar?hl=ptBR&as_sdt=0%2C5&q=ALMEIDA.+B.+R.+Humanidades+inumanas%3A+din%C3%A2

[micas+e+persist%C3%A2ncias+hist%C3%B3ricas+em+torno+do+c%C3%A1rcere+no+brasil.+&btnG=](https://scholar.google.com.br/scholar?hl=ptBR&as_sdt=0%2C5&q=ALMEIDA.+B.+R.+Humanidades+inumanas%3A+din%C3%A2). Acesso em: 10 dez. 2020.

AMARAL, L. L. B. (2017). **Desafios à educação em direitos humanos no ensino jurídico: um estudo a partir das representações sociais do estudante de direito (Tese de doutorado)**.

Universidade de Brasília, Brasília, Brasil. Disponível em:

<https://repositorio.unb.br/handle/10482/31479>. Acesso em: 21 maio. 2021.

ARRUDA, A. J. C. G. (2013). **Saúde dos presidiários e direito social: um estudo de caso Prisional de João Pessoa – Paraíba (Tese de Doutorado)**. Fiocruz, João Pessoa, Paraíba, Brasil.

Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/36091>. Acesso em: 21 maio. 2021.

BARBOSA GALVÃO, M. C.; BARBOSA DAVIM, R. M. Ausência de assistência à gestante em situação de cárcere penitenciário. **Cogitare Enfermagem**. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, v. 18, n. 3, jul-set, p. 452-459, 2013.

Disponível em:

<https://www.redalyc.org/pdf/4836/483649281005.pdf>. Acesso em: 21 maio. 2021.

BARRUCHO, L; BARROS, L. **5 problemas crônicos das prisões brasileiras — e como estão sendo solucionados ao redor do mundo**. 2017.

Disponível em: <http://www.bbc.com/portuguese/brasil-38537789>. Acesso em: 23 nov. 2020.

BATISTA, M. de A.; ARAÚJO, J. L. de; NASCIMENTO, E. G. C. do. **Assistência à saúde das pessoas privadas de liberdade provisória: análise da efetividade do plano nacional de saúde do sistema penitenciário**. Unipar, Umuarama, v. 23, n. 1, p, 71-80, maio/ago. 2019.

Disponível em:

<https://www.revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/6125>. Acesso em: 21 set. 2020.

BECCARIA, Cesare. **Dos Delitos e das Penas**. Rio de Janeiro: 2. ed. Grupo Editorial Edipro, 2017.

BINOTTO, B. C; PRADO, F. R. **A evolução do sistema prisional brasileiro e seus aspectos gerais**. Intertemas, Presidente Prudente, v. 16, n. 16, p. 16, set. 2020.

Disponível em: <http://intertemas.toledoprudente.edu.br/index.php/ETIC/article/view/8813>. Acesso em: 08 dez. 2020.

BRASIL. **Código Criminal do Império do Brasil (1830)**. Disponível

em:http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/lim-16-12-1830.htm. Acesso em: 21 set.2020

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de**

1988. Brasília, DF: Presidência da República, [2020]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/ConstituicaoCompilado.html. Acesso em: 21 set. 2020.

BRASIL. LEI Nº 7.210, DE 11 DE JULHO DE 1984. **Institui a Lei de Execução Penal.** Brasília, DF: Presidência da República, [1984]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7210.htm. Acesso em: 21 set. 2020.

BRASIL. **LEI Nº 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. Brasília, DF: Presidência da República, [1990]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.html. Acesso em: 21 set. 2020.

BRASIL. **Portaria Interministerial Nº 1, DE 2 DE Janeiro DE 2014.** Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2014]. Disponível em: http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html. Acesso em: 20 set. 2020.

BRASIL. **Portaria Nº 482, DE 1º DE Abril DE 2014.** Institui normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2014]. Disponível em: http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0482_01_04_2014.html. Acesso em: 20 set. 2020.

BRASIL. **Relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde.** todos usam o SUS: SUS na seguridade social: Política pública, patrimônio do povo brasileiro. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2012]. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/14cns/docs/Relatorio_final.pdf. Acesso em: 20 set. 2020.

BRASIL. **Resolução CNE/CES nº 9, de 29 de setembro de 2004.** Institui as diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Direito e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 01 out. 2004. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/rces09_04.pdf. Acesso em: mai. 2021.

CALDEIRA, F. M. **A Evolução Histórica, Filosófica e Teórica da Pena.** EMERJ, Rio de Janeiro, v. 12, n. 45, p. 255, jan./mar. 2009. Disponível em: https://www.emerj.tjrj.jus.br/revistaemerj_online/edicoes/revista45/Revista45_255.pdf. Acesso em: 08 dez. 2020.

CARRAPATO, P. et al. **Determinante da saúde no Brasil:** a procura da equidade na saúde. scielosp. São Paulo, v. 26, n. 3. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170304>. ISSN 1984-0470. Acesso em: 10 dez. 2020.

CARVALHO, A. I. **Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde.** In: Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção

estratégica do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

CARVALHO FILHO, L. F. **A prisão**. São Paulo: Publifolha, 2002. 80 p.

FRAGOSO, Heleno; CATÃ, Yolanda; SUSSEKIND, Elisabeth. **Direitos dos presos**. Rio de Janeiro: Forense, 1980.

CARVALHO, M. S. *et al.* **Inquérito de saúde na esfera local: colocando em prática**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mis-38278>. Acesso em: 21 maio. 2021.

COSTA, G. M. C.; GOIS, S. M.; LACERDA, G. S. A saúde dos detentos sob a responsabilidade das equipes de saúde da família: realidade e possibilidades. **Rev. APS**. Juiz de Fora, v.17, n.1: p.76-84, jan/mar, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15308>. Acesso em: 21 maio. 2021.

DALFOVO, M. S.; LANA, R. A.; SILVEIRA, A. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada**: Blumenau, v.2, n.4, p.01- 13, Sem II. 2008. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/277098690_METODOS_QUANTITATIVOS_E_QUALITATIVOS_UM_RESGATE_TEORICO. Acesso em: 02 dez. 2019.

DOURADO, J. L. G.; ALVES, R Sabino Fernandes. Panorama da saúde do homem preso: dificuldades de acesso ao atendimento de saúde. **Acad. Paul. Psicol**. São Paulo, v. 39, n. 96, p. 47-57, jun. 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2019000100006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 21 maio. 2021.

FREITAS, R. S *et al.* **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional: uma análise do seu processo de formulação e implantação**. Ufma, São Luís, v. 20, n 1, p.171-184, jan./jun. 2016. Disponível em:31 <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/5043>. Acesso em: 22 set. 2020.

GABARDO. L. P. **A falência do sistema carcerário**. 2018. Dissertação (Bacharel em Direito) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/184168>. Acesso em: 10 dez. 2020.

GIL, Antonio Carlos. **Como Elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GONÇALVES, C. O. **A evolução das penas e prisões em um contexto histórico**. Multitemas, Campo Grande, n. 46, p. 61-76, jul./dez. 2014. Disponível em: <https://www.multitemas.ucdb.br/multitemas/article/view/172>. Acesso em: 09 dez. 2020.

KITTLAUS, Luana Taís. **O acesso ao direito à saúde no sistema prisional**. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso do Sul (Bacharelado em Direito) - Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Ijuí, 2019. Disponível em: <https://bibliodigital.unijui.edu.br:8443/xmlui/handle/123456789/6209>. Acesso em: 21 set. 2020.

LERMEN, H. S. *et al.* Saúde no cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 905-924, Set. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000300905&lng=en&nrm=iso. Acesso em 21 de Mai. 2021.
<https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000300012>. Acesso em: 21 maio. 2021.

LIMA, M.A.S; RIBEIRO G.F.S. **O estado de direito brasileiro as penas e o sistema prisional, sob a visão filosófica de Thomas Hobbes**. Unicathedral, Barra do Garças, vol.7, n.1, p. 30- 46, jan./jul. 2018. Disponível em: <http://periodicos.unicathedral.edu.br/revistafacisa/article/view/239>. Acesso em: 09 dez. 2020.

MAROCCO A. A. L (2011). **Ensino jurídico no brasil: desafios à formação do profissional do direito no século XXI** (Tese de mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/94758>. Acesso em: 21 maio. 2021.

MIRABETE, Julio Fabbrini; MIRABETE, Renato N. Fabbrini. Manual de Direito Penal. 29. ed. **Revista e Atualizada**. São Paulo: Atlas S.A., 2013.

OLIVEIRA, P. Z.; GEBRAN, R. A. O profissional docente do direito: refletindo sobre sua prática pedagógica. **HOLOS**, Ano 34, v. 03, 2018. Disponível em: <http://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/view/4206>. Acesso em: 21 maio. 2021.

PAIVA, K. C. M. *et al.* Competências profissionais e interdisciplinaridade no Direito: percepções de discentes de uma faculdade particular mineira. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.37, n.2, p. 355-373, mai./ago. 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151797022011000200010&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 21 maio. 2021.

PEDROSO, R. C. Utopias Penitenciárias. **Projetos Jurídicos e a Realidade Carcerária no Brasil**, Usp. São Paulo, n. 136, p. 121-137, jun. 1997. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/revhistoria/article/view/18816>. Acesso em: 21 set. 2020.

PESAVENTO, S. J. **Visões do cárcere**. 1ª edição; Porto Alegre: Editora Zouk, 2009.

PORTRAIT, F.; LINDEBOOM, M.; DEEG, D. **Life expectancies in specific health states: results from a joint model of health status and mortality of older persons**. Demography, New York, v. 38, n. 4, p. 525-536, 2001.

RUBIÃO, A. Ser estudante de direito no século XXI. **Direitos Culturais**, Santo Ângelo, v.12, n.26, p.91-108, jan./abr. 2017. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/322640288.pdf>. Acesso em: 21 maio. 2021.

SÁ E SILVA, F. **A cidadania encarcerada: problemas e desafios para a efetivação do direito à saúde nas prisões**. In: COSTA, A. B. et. al (Org.). O Direito achado na rua: introdução crítica ao direito à saúde. Brasília: CEAD/ UnB, p. 241-525, 2009. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/39282/2/O%20Direito%20Achado%20na%20Rua.pdf>. Acesso em: 21 maio. 2021.

SALES, A. C.; NAKADA, G. K. P.; PALOMBIT, M. R.; CONCEIÇÃO, V. M.; BANDAN, S. S.; FARÃO, E. M. D. et al. Cuidado em saúde das mulheres grávidas privadas de liberdade: revisão integrativa. **Rev baiana enferm.**, v.35: e36114, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/36114>. Acesso em: 21 maio. 2021.

SANTOS, J. O; DIEL, A. F. S. **O direito à saúde no cárcere:** a efetividade das Políticas Públicas de saúde no sistema prisional brasileiro. Unisc, Santa Cruz do Sul, v.7, p. 4, mai. 2016. Disponível em: <https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/snpp/article/view/14612>. Acesso em: 21 set. 2020.

SANTOS, M. V. *et al.* Acesso aos Serviços de Saúde: o que dizem as mulheres privadas de liberdade? **Revista enfermagem atual.** São Paulo: v.16, 2018. Disponível em: <http://revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/94>. Acesso em: 21 maio. 2021.

SARMIENTO, A. S.; LÓPEZ, A. A.; GARCÍA, J. S. Competencias del abogado en formación: didáctica, conocimientos y prospectiva de la formación. **Revista Lasallista de investigación**, v. 12, n. 1, p. 134-146, 2015. Disponível em: <http://https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6090294>. Acesso em: 06 Mar. 2019.

SILVEIRA, G. E.; MENESES, N. C. **Corporações criminais no Brasil:** a pena e as relações de poder no cárcere. Uece. Fortaleza, v. 18 n. 36 mai/ago 2020. Disponível em: <https://revistas.uece.br/index.php/opublicoeoprivado/article/view/3899>. Acesso em: 10 dez. 2020.

SIMAS, Luciana *et al.* A jurisprudência brasileira acerca da maternidade na prisão. **Rev. direito GV**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 547-572, 2015. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-24322015000200547&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 maio. 2021.

SIMAS, L.; VENTURA, M. **Direito humano à maternidade para mulheres privadas de liberdade: perspectivas éticas e jurídicas da punição criminal.** Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women's Worlds Congress (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2017, ISSN 2179-510X. Disponível em: http://www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499450707_ARQUIVO_TRABALHOCOMPLETOLSIMASEMVENTURAenviar.pdf. Acesso em: 21 maio. 2021.

SCHULTZ, A. L. V. *et al.* **Saúde no Sistema Prisional:** um estudo sobre a legislação Brasileira. Argum., Vitória: v. 9, n. 2, p. 92-107. maio/ago. 2017. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6092501>. Acesso em: 21 set. 2020.

SCHULTZ, A. L. V. *et al.* Limites e desafios para o acesso das mulheres privadas de liberdade e egressas do sistema prisional nas Redes de Atenção à Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, e300325, 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/physis/2020.v30n3/e300325/pt/>. Acesso em: 21 maio. 2021.

TASSIGNY, M. M.; MAIA, I. C. A. Perfil do estudante de direito, utilização de metodologias ativas e reestruturação pedagógica dos currículos acadêmicos. **Quaestio Iuris**, Rio de Janeiro, v.11, n.2, p. 817- 838, 2018. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/quaestioiuris/article/view/29655>. Acesso em: 21 maio. 2021.

TELES, Ney Moura. **Direito Penal**; Parte Geral – I. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

VALIM, E. M. A.; DAIBEM, A. M. L., HOSSNE, W. S. Atenção à saúde de pessoas privadas de liberdade. **Rev. bioét.** (Impr.). São Paulo: v.26, n.2, p. 282-90, 2018.

VIANA, J. R. **A crise do sistema carcerário brasileiro**. In: *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, XV, n. 104, set 2012. Disponível em: http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=12228. Acesso em: 21 set. 2010.

WEFFORT, Francisco. **Os clássicos da política** - Volume 1. São Paulo: 14^a ed. Editora Ática ,2006.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A conceptual framework for action on the social determinants of health**. Geneva: WHO, 2010.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl; PIERANGELI, José Henrique. **Manual de Direito Penal Brasileiro**. 4. ed. São Paulo: **Revista dos Tribunais**. 2002

APÊNDICE B

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

I- IDENTIFICAÇÃO DOS ESTUDANTES

Nome (Colocar apenas as iniciais): _____

1.1 Sexo:	<input type="checkbox"/>
1 - Feminino 2 - Masculino	

1.2 Idade:	<input type="checkbox"/>
1- 16 a 20 anos 2- 21 a 25 anos 3- 26 a 30 anos 4- Mais de 30 anos	

1.3 Estado Civil:	<input type="checkbox"/>
1 - Solteiro 2 - Casado 3 - viúvo 4- Divorciado/separado 5 – União estável	

1.5 Período que está cursando no momento	<input type="checkbox"/>

II- CONHECIMENTOS SOBRE AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DIRECIONADAS À POPULAÇÃO CARCERÁRIA

2.1 De acordo com o seu conhecimento sobre a Lei de Execução Penal, no que diz respeito à assistência à saúde, responda (Assinale apenas 01 resposta):

- a) A assistência à saúde do preso e do internado compreenderá atendimento médico, da assistente social e do psicólogo.
- b) Quando o estabelecimento penal não estiver aparelhado para prover a assistência médica, esta será realizada em outro estabelecimento, independente da autorização da direção do estabelecimento.
- c) Quando o estabelecimento penal não estiver aparelhado para prover a assistência médica, a direção do hospital poderá solicitar a presença de profissionais no presídio.

- d) O atendimento médico deve sempre assegurado à mulher e ao recém-nascido no pré-parto e no pós-parto.
- e) Não conheço essa legislação.

2.2 De acordo com o seu conhecimento acerca do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, assinale a alternativa incorreta.

- a) Este plano visa a organização do sistema de informação de saúde da população penitenciária;
- b) Este dispositivo legal garante o acesso da população penitenciária aos demais níveis de atenção à saúde, se houver a necessidade.
- c) A implementação de medidas de proteção específica como a vacinação, é uma das metas prioritárias desta política de saúde.
- d) 5% da população carcerária possui o direito de realizar alguma atividade promocional de saúde de forma semestral, processo que necessita de autorização judicial prévia.
- e) Não conheço essa legislação.

2.3 Em relação ao Plano Nacional de Saúde do sistema previdenciário, assinale V para as verdadeiras e F para as falsas.

- () Este plano foi o responsável pela criação do Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário, cabendo ao Ministério da Saúde financiar o correspondente a 70% do recurso e ao Ministério da Justiça o correspondente a 30% do recurso.
- () o Ministério da Saúde aloca recursos financeiros que serão utilizados no financiamento da reforma física e na aquisição de equipamentos para os estabelecimentos de saúde das unidades prisionais, além daqueles que compõem o Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário.
- () nos estabelecimentos de saúde em unidades prisionais classificadas como presídios, penitenciárias ou colônias penais, as pessoas presas poderão ser selecionadas para trabalhar como agentes promotores de saúde.
- () O processo de credenciamento dos estabelecimentos de saúde nas unidades prisionais deverá ser realizado pelas Secretarias Municipais de Saúde.
- () As equipes mínimas de Atenção Básica das unidades penitenciárias deverá ser integrada por médico, odontólogo, psicólogo e técnico de Enfermagem.

2.4 Qual a assertiva correta em relação à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional?

- a) As pessoas custodiadas nos regimes semiaberto e aberto serão preferencialmente assistidas nos serviços da rede de atenção à saúde.
- b) Os trabalhadores em serviços penais, os familiares e demais pessoas que se relacionam com as pessoas privadas de liberdade não poderão ser envolvidas em ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos no âmbito da PNAISP.
- c) As pessoas privadas de liberdade não poderão trabalhar nos serviços de saúde implantados dentro das unidades prisionais, nos programas de educação e promoção da saúde e nos programas de apoio aos serviços de saúde.
- d) A concessão do benefício da remição de pena para as pessoas custodiadas que trabalharem nos programas de educação e promoção da saúde do SUS e nos programas de apoio aos serviços de saúde ainda é uma meta que precisa ser conquistada.
- e) Não conheço essa legislação.

2.5 São objetivos específicos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade, exceto:

- a) Qualificar e humanizar a atenção à saúde no sistema prisional por meio de ações conjuntas das áreas de saúde e justiça.
- b) Promover as relações intersetoriais com a política de direitos humanos e da justiça criminal.
- c) Fomentar e fortalecer o controle absoluto do Estado sobre as ações de saúde prisional.
- d) Promover o acesso das pessoas privadas de liberdade à Rede de Atenção à Saúde.
- e) Não conheço essa legislação.

III APROVEITAMENTO E VIVÊNCIAS ACADÊMICAS DOS ESTUDANTES

3.1 Você já tinha tido algum contato durante a sua graduação relacionado à esta temática?

SIM NÃO

Se SIM, cite em qual disciplina e/ou estágio.

3.2 Você já executou alguma atividade prática (estágio) em uma unidade prisional?

Sim

Não

4.2.1. Se sim, durante a atividade houve alguma discussão acerca das políticas públicas de saúde nos presídios?

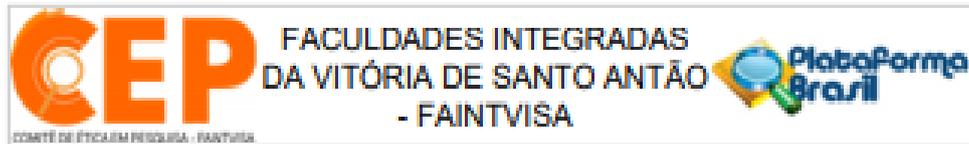
Sim Não

3.3 Você sentiu dificuldade para responder este questionário?

SIM NÃO

ANEXO A

PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONHECIMENTO DOS GRADUANDOS DE DIREITO DE UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO ACERCA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL BRASILEIRO

Pesquisador: Stella Amorim

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 27045619.4.0000.9227

Instituição Proponente: ASSOCIACAO DO ENSINO SUPERIOR DA VITORIA DE STO ANTÃO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.791.766

Apresentação do Projeto:

Analisar a exposição e apropriação conceitual através de processos teóricos e metodológico, por discentes de graduação em curso de Direito, sobre as políticas públicas de saúde direcionadas à população carcerária,

Objetivo da Pesquisa:

Identificar e analisar o conhecimento sobre políticas públicas de saúde direcionadas à população carcerária, pelos estudantes do 1º ano em Direito.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Risco controlado

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Objeto da pesquisa é pertinente, pois, aferirá os níveis de conhecimento, sobre a temática, entre os futuros operadores do direito

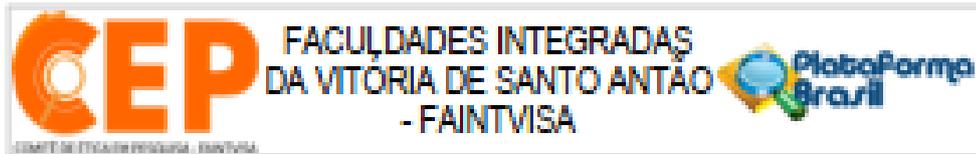
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Atende a contento.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

projeto de pesquisa em condições de aceite.

Endereço: Loteamento São Vicente Ferrer, 71, Sala 01, Térreo do Bloco A, Pesquisa e Extensão
Bairro: Cajá **CEP:** 55.610-900
UF: PE **Município:** VITORIA DE SANTO ANTÃO
Telefone: (81)3523-1020 **E-mail:** cep@faintvsa.com.br



Continuação de Parecer 1.791.708

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1490154.pdf	13/12/2019 21:14:21		Acerto
TCCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tblu.docx	13/12/2019 21:13:59	Stella Amorim	Acerto
Outros	ANUENCIA.pdf	13/12/2019 21:11:32	Stella Amorim	Acerto
Folha de Rosto	ROSTO.pdf	13/12/2019 21:10:41	Stella Amorim	Acerto
Outros	Lattes_Stella.pdf	13/12/2019 19:13:58	Stella Amorim	Acerto
Outros	Lattes_Yon.pdf	13/12/2019 19:07:00	Stella Amorim	Acerto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Washington.docx	13/12/2019 18:59:01	Stella Amorim	Acerto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITÓRIA DE SANTO ANTAO, 27 de Dezembro de 2019

Assinado por:
PIERRE TEODÓSIO FELIX
(Coordenador(a))

Endereço: Loteamento São Vicente Ferraz, 71, Sala 01, Térreo do Bloco A, Pesquisa e Extensão
Bairro: Cajá CEP: 55.610-900
UF: PE Município: VITÓRIA DE SANTO ANTAO
Telefone: (011)3533-1030 E-mail: cep@faintvisa.com.br