

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA VIDA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA**

ELIANE BENKENDORF

**SAÚDE CARCERÁRIA: UM DIÁLOGO ENTRE A BIOÉTICA, AS POLÍTICAS
PÚBLICAS E OS DIREITOS HUMANOS DA POPULAÇÃO PRIVADA DE
LIBERDADE**

CURITIBA

2018

ELIANE BENKENDORF

**SAÚDE CARCERÁRIA: UM DIÁLOGO ENTRE A BIOÉTICA, AS POLÍTICAS
PÚBLICAS E OS DIREITOS HUMANOS DA POPULAÇÃO PRIVADA DE
LIBERDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética, Área de concentração: Bioética, da Escola Ciências da Vida, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Bioética.

Orientador: Prof. Dr. Thiago Rocha da Cunha

CURITIBA

2018

Dados da Catalogação na Publicação
Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR
Biblioteca Central

B468s
2018 Benkendorf, Eliane
Saúde carcerária: um diálogo entre a bioética, as políticas públicas e os direitos humanos da população privada de liberdade / Eliane Benkendorf ; orientador: Thiago Rocha da Cunha. – 2018.
116 f. : il. ; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná,
Curitiba, 2018
Bibliografia: f. 107-116

1. Bioética. 2. Direitos humanos. 3. Política pública. 4. Direito à saúde
I. Cunha, Thiago Rocha da. II. Pontifícia Universidade Católica do Paraná.
Programa de Pós-Graduação em Bioética. III. Título.

CDD 20. ed. – 174.9574

ATA DE SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA

DEFESA DE DISSERTAÇÃO Nº 09/2018
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Bioética

Em sessão pública às treze horas do dia oito de março do ano de dois mil e dezoito, na sala 2 do mestrado, realizou-se a sessão pública de Defesa da Dissertação "Saúde carcerária: um diálogo entre a bioética, as políticas públicas e os Direitos Humanos da população privada liberdade" apresentada pela aluna Eliane Benkendorf sob orientação do Professor Doutor Thiago Rocha da Cunha como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Bioética, perante uma Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

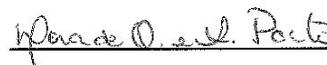
Prof. Dr. Thiago Rocha da Cunha
Presidente



Prof. Dr. Mário Antonio Sanches
Membro interno (PUCPR)



Prof.ª Dr.ª Dora de Oliveira e Silva Porto
Membro externo (UnB)



Prof. Dr.ª Jussara Maria Leal de Meirelles
Suplente

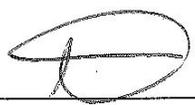
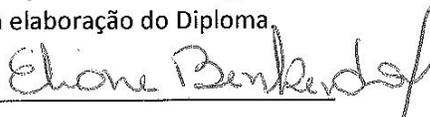


Início: 13h Término 15h.

Conforme as normas regimentais do Programa de Pós-Graduação em Bioética da Pontifícia Universidade Católica do Paraná o trabalho apresentado foi considerado aprovado com ressalvas (aprovado/reprovado).

O(a) aluno(a) está ciente que a homologação deste resultado está condicionado (a): (I) ao cumprimento integral das solicitações da Banca Examinadora, que determina um prazo de _____ dias para ao cumprimento dos requisitos; (II) entrega da dissertação em conformidade com as normas especificadas no Regulamento do PPGB/PUCPR; (III) entrega de documentação necessária para elaboração do Diploma.

Aluno (a) Eliane Benkendorf



Prof. Dr. Thiago Rocha da Cunha

Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Bioética

Dedico este trabalho a Deus que me presenteou com a minha amada Sarah, a qual me fez lutar pela vida. Além de me inspirar diariamente, com sua utopia singular de uma sociedade inclusiva e igualitária.

AGRADECIMENTOS

Que a importância de uma coisa não se mede com
fita métrica nem com balanças, nem barômetros.
Que a importância de uma coisa há que ser
medida pelo encantamento que a coisa produza
em nós.

(MANOEL DE BARROS)

Com muita fé, agradeço a Deus e a minha Mãezinha Nossa Senhora do Perpétuo Socorro, pelo dom da vida. Obrigada por ter permitido a mim uma segunda chance.

Com muita gratidão, agradeço especialmente a minha família. Base formadora e meu porto seguro, a qual me lança ao mar, nas mais diversas expedições, em busca de conhecimento e aventura, e aguarda minha chegada pacientemente, para que eu possa aportar em terra e descansar meu corpo e minha alma. Esperem-me, estou chegando para brindar com vocês por mais uma conquista.

Com muito amor, agradeço aos meus pais, aos quais eu devo a vida e a essência que exalo diariamente. Primeiramente, gostaria de exprimir minha gratidão pelo homem que me ensinou que a sabedoria, se encontra para além dos livros e certificados, me mostrando que ela está na integralidade, no respeito e no carinho diário. Em seguida, no mesmo grau de importância, agradeço a sua parceira de vida, minha mãezinha, a qual nos presenteia com seus cheiros, sabores e bordados, repletos de carinho e de uma fé inigualável. Vocês me acompanharam em mares revoltos, em grandes tempestades, em fases obscuras, e já estava na hora de contemplar as conquistas e os brilhos da vida. Obrigada por me ajudarem a vencer o câncer e me proporcionarem a oportunidade de sobreviver, para vivenciar esse momento único.

Com muito orgulho, agradeço a minha pequena Sarah, que pacientemente me acompanhou nessa trajetória enlouquecida, destes dois últimos anos. Abraçou comigo o mestrado, dois empregos, o cuidado da casa e tomou conta das estripulias da Amora. Sou grata pelos inúmeros dias, incontáveis noites e infindáveis madrugadas, em que estive comigo, ao meu lado, se fazendo presente de uma

forma doce e marcante. Ao mesmo tempo, te envolvi em minha formação, te transformei em minha “mestrinha”. Não esquecerei o encantamento que teve pelos temas da bioética, como o xenotransplante, ou até mesmo, as discussões sobre Direitos Humanos e tantos outros mais. Sou grata por me acompanhar nessa caminhada e ter acolhido de forma tão carinhosa, minha ausência em suas brincadeiras e programações infanto-juvenis.

Com muita paixão, agradeço ao meu companheiro Miguel, presente da vida presente, que participou na construção deste trabalho, se debruçando exaustivamente nas madrugadas sem fim, nas páginas e mais páginas que eram concluídas. Conheci no decorrer deste processo, a essência do companheirismo, pois fui acompanhada, cuidada e acolhida nos momentos de estudo, de pesquisa e de escrita. Obrigada por caminhar comigo e compreender meus cansaços, ausências e estudos ininterruptos, de forma tão carinhosa e presente.

Com brilho nos olhos, agradeço o meu querido orientador Prof. Thiago. Pacientemente, ele me conduziu de forma encantadora por estes dois anos de estudos. Obrigada por aceitar o desafio de me mostrar o mundo acadêmico, por acreditar em meu potencial, me provocar constantemente com suas indagações e inquietudes, e por acolher minhas reflexões e aflições. Sou eternamente grata por nossas longas conversas, permeadas de idealismo, de utopia e militância por um mundo digno. Saiba que nosso encontro, provocou transformações e te levarei em minha essência.

Com muito carinho, agradeço à Prof.^a Dra. Dora Porto e ao Prof. Dr. Mario Sanches, membros da banca de qualificação e defesa, por terem aceitado o convite para participar do processo avaliativo e pelas contribuições singulares dadas a presente dissertação, as quais busquei acolher e transmitir em meu produto final.

A todos, que participaram deste momento de formação, muito obrigada!

Minhas afinidades são seletivas num duplo sentido: eu seleciono os autores, mas também, em seus textos, o que se encaixa mais diretamente em meus interesses atuais (ou melhor, isso se “auto seleciona” no curso da leitura). Mas eu os escolhi como parentes e amigos espirituais porque invariavelmente, quando leio seus trabalhos, percebo interesses e propósitos comuns. Com muita frequência eles articulam para mim ideias que corriam abaixo do nível de consciência, pressionando para serem liberadas, ou que eu mesmo fui incapaz de nomear ou expressar de modo claro. Outras vezes eles abrem novas paisagens de que eu não suspeitava, ou de cuja significação eu não tinha consciência. A cada vez, porém, sinto que estamos “no mesmo negócio”, e que tenho tentado, com resultados ambivalentes, transmitir na mesma faixa de onda que eles.

(ZYGMENT BAUMAN)

RESUMO

O Brasil tem a quarta maior população encarcerada do mundo, atrás apenas de Estados Unidos, China e Rússia. Nos últimos anos, na contramão da tendência internacional, a taxa de encarceramento vem aumentando no país, tendo atingindo a marca de 33% em cinco anos. Assim, em 2014, 622 mil brasileiros encontravam-se privados de liberdade, reclusos em penitenciárias, cadeias públicas, colônias agrícolas, hospitais de custódia e casas de albergado. Entre eles, 55,08% tinham de 18 a 29 anos, 62% eram negros e 75,08% tinham apenas o ensino fundamental completo. No contexto do cárcere brasileiro, vivenciam-se cotidianas violações de Direitos Humanos que surgem devido à postura negligente e discriminatória do Estado e da sociedade em sua totalidade. Especificamente em relação às questões de saúde, as prisões brasileiras são produtoras de inúmeros processos de adoecimentos, sobressaindo-se as graves epidemias de HIV/aids e tuberculose. É partir dessa realidade problemática que se delineia a pretensão deste estudo, cujo objetivo foi discutir, por meio de abordagens teóricas da bioética, alguns conflitos éticos e sociais que fomentam as vulnerabilidades relacionados à atenção à saúde da população encarcerada no Brasil. Buscou-se, especificamente a partir de abordagens teóricas da Bioética Latino-Americana, problematizar as formulações e implementações das políticas públicas voltadas à população privada de liberdade, embasadas nos pressupostos normativos dos Direitos Humanos, que buscam garantir o direito à vida e à saúde de todas as pessoas, independentemente de quaisquer conduta ou condição. Para tanto, foram percorridas as linhas históricas que subsidiam a construção das políticas públicas, em especial àquelas votadas aos Direitos Humanos à saúde prisional. Nesta análise, foram evidenciadas algumas realidades eticamente inaceitáveis, incluindo a estigmatização e a displicência da sociedade e do Estado com o sistema prisional e conseqüentemente com as condições sanitárias e de saúde da pessoa privada de liberdade. Essas proposições são refletidas na precariedade do cárcere, característica que cria condições propícias à proliferação de epidemias e ao desenvolvimento de patologias e psicopatologias, cuja causa provém de políticas públicas fragilizadas e ineficazes. Ainda, se buscou mostrar o enfrentamento no sistema de saúde e judiciário para a inserção destes indivíduos na rede de cuidado à saúde, causada pela fragilidade das instituições assistenciais e do não cumprimento das prerrogativas das políticas públicas que garantam o direito à saúde ao cidadão em situação de cárcere. Sendo assim, o material apresentado tem como pretensão expor os efeitos perversos do sistema de saúde nas penitenciárias e cadeias públicas brasileiras e os entraves políticos, éticos e sociais a ele relacionado.

Palavras-chave: Bioética. Direitos Humanos. Saúde Carcerária.

ABSTRACT

Brazil has the fourth largest incarcerated population in the world, only behind the United States, China and Russia. In recent years, in opposition to the international trend, the rate of incarceration has increased in the country, reaching the 33% mark in five years. In 2014, 622 thousand Brazilians were deprived of liberty, prisoners in prisons, penitentiaries, agricultural colonies, custodial hospitals and sheltered homes. Among them, 55.08% were 18 to 29 years old, 62% were black and 75.08% had only completed elementary education. In the context of Brazilian imprisonment, there are daily violations of human rights due to negligent and discriminatory posture of the State and of society as a whole. Specifically in relation to health issues, Brazilian prisons are producers of countless illnesses, with serious HIV/aids and tuberculosis epidemics. It is based on this problematic reality that this study was designed, which objective was to discuss, through theoretical approaches of bioethics, some ethical and social conflicts that foment the vulnerabilities related to the health care of the population incarcerated in Brazil. It was sought, specifically from the theoretical approaches of Latin American Bioethics, to contextualize the formulations and implementations of the public policies directed to the population deprived of freedom, based on normative assumptions of Human Rights, that seek to guarantee the universal right to life and health, regardless of any conduct or condition. In order to do so, the historical lines that subsidize the construction of public policies were analyzed, especially those related to human rights and prison health. In this analysis, some ethically unacceptable realities were evidenced, including stigmatization and carelessness from the society and the State with the prison system and consequently the sanitary and health conditions of the person deprived of liberty. These propositions are reflected in the precariousness of the prison, a characteristic that creates conditions for the proliferation of epidemics and the development of pathologies and psychopathologies, the cause of which derives from fragile and ineffective public policies. Still, the confrontation in the health and judicial systems for the inclusion of these individuals in the health care network were shown, caused by the fragility of assistance institutions and the non-fulfillment of the prerogatives of public policies that guarantee the right to health to incarcerated citizen. Therefore, the material presented is intended to expose the perverse effects of the health system in Brazilian penitentiaries and public jails and the related political, ethical and social barriers.

Keywords: Bioethics. Human rights. Prison Health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Pessoas privadas de liberdade por faixa etária.....	25
Figura 2	Pessoas privadas de liberdade por etnia	26
Figura 3	Grau de instrução da população prisional	26
Figura 4	Divisão esquemático-cronológica do desenvolvimento moderno dos Direitos Humanos da população carcerária.....	29
Figura 5	Divisão esquemático-cronológica do desenvolvimento moderno das políticas públicas da população carcerária/saúde carcerária	56

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	População prisional, número de vagas, taxa de ocupação e taxa de Aprisionamento em 2014.....	23
Tabela 2	Estrutura do 3º Programa Nacional de Direitos Humanos – 2009.....	40

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
BI	Bioética de Intervenção
BP	Bioética de Proteção
CF	Constituição da República Federativa do Brasil
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNSB	Conferência Nacional de Saúde Brasileira
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DH	Direitos Humanos
DUBDH	Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
INFOPEN	Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LEP	Lei de Execução Penal
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana
PNAISP	Política Nacional para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade no Sistema Prisional
PNDH-1	1º Programa Nacional de Direitos Humanos
PNDH-2	2º Programa Nacional de Direitos Humanos
PNDH-3	3º Programa Nacional de Direitos Humanos
PNUD	Programa das Nações Unidas
PNSSP	Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário
PNH	Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS
PPGB	Programa de Pós-graduação em Bioética
PUCPR	Pontifícia Universidade Católica do Paraná
SUS	Sistema Único de Saúde
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura
UNIC	Centro de Informação das Nações Unidas no Brasil
UNODC	Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	SISTEMA CARCERÁRIO BRASILEIRO: APROXIMAÇÃO AOS ARRANJOS DE CUIDADO.....	19
2	DIREITOS HUMANOS NO CÁRCERE: UMA TRAJETÓRIA DE LUTAS, MOVIMENTOS E AÇÕES	28
2.1	ETIMOLOGIA: INTRODUÇÃO AOS DIREITOS HUMANOS	29
2.2	DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS.....	32
2.3	DIREITOS HUMANOS NO BRASIL: PROGRAMA NACIONAL DE DIREITOS HUMANOS	36
2.4	DIREITOS HUMANOS E SISTEMA CARCERÁRIO: REGRAS MÍNIMAS PARA O TRATAMENTO DO PRESO	42
2.5	REGRAS DE MANDELA - REGRAS MÍNIMAS DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O TRATAMENTO DE PRESOS	45
2.6	DECLARAÇÃO UNIVERSAL SOBRE BIOÉTICA E DIREITOS HUMANOS.....	48
3	O DIREITO À SAÚDE: AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DO SISTEMA CARCERÁRIO BRASILEIRO	55
3.1	POLÍTICAS PÚBLICAS: LEGISLAÇÃO DE EXECUÇÃO PENAL NO BRASIL ...	56
3.1.1	Código Penitenciário de 1933: Diretrizes de Saúde ao Encarcerado	59
3.1.2	Anteprojeto do Código Penitenciário de 1957: Diretrizes de Saúde ao Encarcerado	61
3.1.3	Código de Execução Penal de 1984: Diretrizes de Saúde ao Encarcerado	62
3.2	POLÍTICA PÚBLICA PIONEIRA DA SAÚDE CARCERÁRIA: PLANO NACIONAL DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO (PNSSP)	67

3.3	POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE NO SISTEMA PRISIONAL (PNAISP)	70
4	BIOÉTICA LATINO-AMERICANA: DIÁLOGOS PARA O ENFRENTAMENTO DOS CONFLITOS ÉTICOS DA SAÚDE CARCERÁRIA	75
4.1	BIOÉTICA E DIREITOS HUMANOS	75
4.2	BIOÉTICA E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE.....	78
4.3	BIOÉTICA DE PROTEÇÃO.....	82
4.4	BIOÉTICA DE INTERVENÇÃO.....	86
4.5	ARRANJOS DE SAÚDE DA POPULAÇÃO ENCARCERADA: SÍNTESE DOS OLHARES DA BIOÉTICA EM SUA INTERFACE COM AS POLÍTICAS PÚBLICAS E OS DIREITOS HUMANOS	93
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	105
	REFERÊNCIAS.....	107

1 INTRODUÇÃO

Por que foi que cegamos, Não sei, talvez um dia se chegue a conhecer a razão, Queres que te diga o que penso, Diz, Penso que não cegamos, penso que estamos cegos, Cegos que veem, Cegos que, vendo, não veem.

(JOSÉ SARAMAGO)

“Saúde Carcerária: um diálogo entre a bioética, as políticas públicas e os Direitos Humanos da população privada de liberdade” concebe uma produção teórica sobre conflitos éticos identificados nos arranjos de inclusão da população mantida sob custódia do Estado, em especial, aqueles relacionados aos processos contraditórios de proteção e de violação de seus direitos à saúde. A realidade da saúde carcerária constitui universo onde permeiam articulações, lutas internacionais e nacionais, bem como, conquistas e retrocessos relacionados aos Direitos Humanos e às políticas públicas de atenção à saúde. Antagoniza-se assim, um cenário sucateado, negligenciado e estigmatizado, com fragilidades que colocam em suspensão a dignidade humana e o cuidado da vida de pessoas que se encontram em situação de vulnerabilidade.

Essa concepção dialética entre avanços e retrocessos, violações e proteções no contexto da saúde da população encarcerada, foi colocada no centro deste trabalho analítico para que fosse possível apresentar uma abordagem crítica do problema, baseando a discussão a partir de referenciais teóricos da bioética, em especialmente duas vertentes críticas da Bioética Latino-Americana: a Bioética de Proteção (BP) e a Bioética de Intervenção (BI).

A pretensão desta abordagem é demonstrar, por meio da via política, diretiva e ética, as vulnerabilidades e contrassensos relacionados à atenção à saúde desses indivíduos, que são negligenciados em diversos aspectos de sua existência. E, por conseguinte, demonstrar de que forma poderiam ser fortalecidas algumas condições objetivas e subjetivas para que o direito a vida e a saúde sejam viabilizados e implementados, a partir de movimentos embasados pelos referenciais normativos da interface entre a bioética e dos Direitos Humanos.

Neste sentido, pretensiosamente, esta dissertação almeja delinear o debate para além de uma produção intelectual de carácter teórico. Pretende-se, acima de

tudo, demonstrar a sutileza de um olhar singular, referente às questões éticas e sociais de um segmento excluído, marginalizado e vulnerabilizado pela sociedade em geral. Ou seja, as questões aqui abordadas propulsionaram a elaboração de um material analítico e crítico cuja intenção é expor reflexões para à sociedade sobre os efeitos perversos do sistema de saúde nas penitenciárias e cadeias públicas brasileiras, bem como contribuir com os enfrentamentos das fragilidades na garantia ao direito do bem-estar físico, mental e social da população encarcerada.

É importante anunciar que a abordagem da questão ética que acompanha o direito à saúde nos espaços de cárcere brasileiro está permeada pela experiência profissional desta pesquisadora, que entre os anos de 2009 a 2016 atuou em projetos do Programa das Nações Unidas (PNUD) e Organização Pan Americana (OPAS), os quais tiveram como objetivo contribuir para a melhoria da atenção à saúde das populações estratégicas e/ou em situação de vulnerabilidade social no Brasil, articulando o direito à saúde no contexto dos Direitos Humanos, e com foco no desenvolvimento de tecnologias e dispositivos de aprimoramento da inclusão dessas populações nas Redes de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde.

No referido período, foram realizadas atividades de consultoria e apoio em diversos espaços da saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), promovidas pelo Ministério da Saúde do Brasil. Naquela oportunidade, as questões relacionadas ao acesso da população carcerária aos arranjos de cuidado à saúde compunham as ações estratégicas dos projetos anteriormente citados, devido aos contextos de assistência delineados por vulnerabilidades, fragilidades, adoecimentos e negligências, vivenciadas pela população privada de liberdade, fatores estes que promoveram inquietações no processo de trabalho e de apoio.

Contudo a partir daí as incursões teóricas sobre a temática, concentram-se nas ciências fundamentais, que subsidiassem uma discussão analítica crítica sobre o tema proposto. Para tanto se encontrou na bioética, nos Direitos Humanos e nas políticas públicas, fundamentos para a discussão quanto à defesa aos direitos e garantias fundamentais a saúde da população carcerária.

Ressaltamos, que desde então, o tema foi objeto de estudos, transformando-se numa proposta de dissertação, quando do nosso ingresso, em 2016, no curso de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Bioética (PPGB) da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR), junto à linha de pesquisa Bioética, Ciências e Sociedade.

A proposta da dissertação nasce, portanto, de três indagações gerais extraídas da realidade concreta: A pessoa privada de liberdade que se encontra reclusa em penitenciárias e cadeias públicas tem retirado o direito à liberdade, como forma de penalidade por infrações realizadas, se encontra concomitantemente privada dos seus direitos a saúde? As políticas públicas brasileiras, embasadas nos Direitos Humanos, garantem arranjos efetivos de acolhimento e de cuidado à população carcerária? E por fim, ao se deparar com a contradição da teoria apresentada pelas políticas públicas, registradas nos diários oficiais brasileiros, e os cenários permeados de superlotação, negligência e vulnerabilidade, quais os enfrentamentos e possibilidades que a bioética oferece para auxiliar na garantia da ética do cuidado e da dignidade humana nos espaços de cárcere?

Essas interpelações serão aprofundadas e desvendadas a partir das explicações alavancadas pelo material de pesquisa, que será exposto no conteúdo do referente material dissertativo. Para tanto, este primeiro capítulo, de caráter introdutório, dedica-se a uma aproximação à conjuntura do Sistema Carcerário Brasileiro, a partir do direito à saúde da população privada de liberdade.

Por seguinte, no segundo capítulo, após a referida contextualização, iniciam-se as reflexões teóricas, discorrendo sobre os Direitos Humanos, trazendo a proposta de aproximar o leitor ao contexto histórico do surgimento da cultura deste movimento como um fenômeno universal e também no contexto brasileiro. Por meio deste estudo, buscou-se apresentar as discussões sobre conflitos bioéticos envolvendo os Direitos Humanos da população privada de liberdade, enfocando o direito à saúde.

No terceiro capítulo, discorreu-se sobre o tema relacionado às políticas públicas e direito à saúde da população carcerária no Brasil. As reflexões buscam direcionar a convergência dos diversos conceitos teóricos, valores morais e legislações nacionais, percorrendo o processo histórico dos movimentos sociais e do Estado na formulação de políticas que garantam à saúde do cidadão brasileiro que se encontra no cárcere. Quando possível, estas reflexões buscaram anunciar, ainda que sem o aprofundamento teórico, algumas das implicações bioéticas encontradas no percurso temporal das políticas relacionadas ao objeto dissertativo.

Tal aprofundamento foi buscado no quarto capítulo, onde foi desenvolvido o diálogo central acerca da saúde carcerária no Brasil a partir do suporte teórico da Bioética Latino-Americana, em especial da Bioética da Proteção e da Bioética de

Intervenção. Tal alicerce foi utilizado por acreditarmos que seria fundamental empregar uma abordagem autóctone e crítica como embasamento para a análise ética e dos desdobramentos dos Direitos Humanos e das políticas públicas dos arranjos de acolhimento à saúde da população carcerária.

Assim, ao abordar temas relacionados aos processos de vulnerabilidades envolvidos nestes espaços, apoiamos especificamente em premissas teóricas da Bioética da Proteção e da Bioética de Intervenção, sobretudo, neste último caso, em seu chamado para a inclusão das questões sociais no âmbito da disciplina, conforme a seguinte ponderação:

Os estudiosos da bioética que trabalham em diferentes contextos sociais, com privilegiados/incluídos e desprivilegiados/excluídos, acabam por ter que enfrentar conflitos e problemas de origem, dimensões e complexidades completamente diferentes. As interpretações dos fatos e as respostas a eles, portanto, não podem ser iguais. Deve-se ter em mente que, entre outras razões, a bioética surgiu para reforçar o lado mais frágil de qualquer inter-relação historicamente determinada (GARRAFA; PORTO, 2003, p. 37).

Essas abordagens teóricas da Bioética Latino-Americana trazem proposições que orientam a interpretação dos cenários vivenciados e promovem fundamentações para mediar tais conflitos. Fato este que fomenta reflexões da dimensão social e apresenta como caminho da ética aplicada a expansão ao acesso aos Direitos Humanos, que concerne à responsabilidade social do Estado e o envolvimento de toda a sociedade.

Finalmente, apresentamos na última parte da dissertação as conclusões de sua trajetória teórica. Esta seção discute as inquietações absorvidas no processo de investigação, bem como, as possíveis contribuições do estudo para promover novas pesquisas científicas, e, sobretudo, emergir a temática sobre a qual nos debruçamos, no mundo acadêmico e nas esferas sociais e políticas da sociedade brasileira.

Espera-se que a reflexão em torno desses conteúdos possa contribuir com o desvelamento das condições precárias e desumanas com os quais se depara a população privada de liberdade, sobretudo no que se refere ao direito à saúde nos espaços de cárcere. É evidente a vulnerabilidade física, social e moral, para esta população, bem como, a flagrante negligência da sociedade e do Estado.

Contudo é necessário perscrutar sobre a referida temática, buscando analisá-la e, sobretudo debatê-la de forma singular, acolhendo suas fragilidades, seus

contextos e movimentos articulatórios existentes. E, finalmente, pretende-se contribuir com o debate da saúde carcerária, por compreendê-lo como expressão de vulnerabilidade, portanto, matéria de intervenções, estudos e debates da Bioética Crítica Latino-Americana.

1.1 SISTEMA CARCERÁRIO BRASILEIRO: APROXIMAÇÃO AOS ARRANJOS DE CUIDADO

Antes de introduzir a conjuntura dos arranjos de cuidado à saúde no sistema carcerário, é importante ressaltar que a saúde pública brasileira teve ao longo do seu percurso diversas trajetórias, passando por uma evolução inclusiva dos cidadãos e manifestando uma forte identidade ética e política dos atores envolvidos no debate.

A esse respeito, Porto e Garrafa pontuam que a reforma sanitária brasileira, processada nos anos 1980, apresenta avanços não apenas para a saúde pública, mas para própria consolidação da democracia no país, a partir de uma construção inclusiva e de corresponsabilidade do Estado na promoção da qualidade de vida da população, a partir da dimensão social. A esse respeito, os autores destacam que:

O acesso aos serviços passou a ser visto como fundamental, transferindo o foco também no que concerne à recuperação da saúde, a outros fatores não diretamente relacionados à terapêutica. Passaram a fazer parte da reflexão da saúde pública, então, as formas de levantamento e financiamento de recursos, sua alocação e gerenciamento, assim como os resultados das políticas implementadas (PORTO; GARRAFA, 2011, p. 720).

Essa perspectiva foi consolidada em 1988 com a Constituição da República Federativa do Brasil (CF), que instituiu o direito à saúde a todo cidadão brasileiro, cuja concretização aconteceu com o advento da Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990) – Lei Orgânica da Saúde, que formulou a política pública do Sistema Único de Saúde.

Este sistema foi traçado a partir do fundamento dos princípios da universalidade, integralidade e da equidade. Considere-se ainda, que seu movimento correspondeu a uma nova trajetória na saúde do Brasil, a qual buscou, além da produção de saúde, movimentos que impulsionassem a própria produção de sujeitos, embasada no protagonismo e na corresponsabilização do indivíduo e dos seus coletivos (BRASIL, 2010a, p. 7).

Nesta trajetória do SUS, podem-se ressaltar diversos movimentos de inclusão e acolhimento aos usuários, os quais, em busca de superar o desafio da produção de saúde e de sujeitos, promoveram ações que buscaram fomentar e fortalecer os princípios do Sistema Único de Saúde. Neste contexto, diversas políticas públicas foram traçadas, projetos intersetoriais foram desenvolvidos e redes temáticas formuladas, em busca do rompimento da fragmentação do cuidado e da gestão, com o objetivo de demonstrar os enfrentamentos no cumprimento dos direitos dos usuários do sistema e o acesso aos arranjos de cuidado, incluindo as populações vulneráveis no SUS (BRASIL, 2010a, p. 7).

Contudo, é relevante pontuar a complexidade da rede de saúde do SUS e, por conseguinte, a pluralidade dos usuários que buscam este atendimento, nos diversos espaços de saúde. Uma diversidade que apresenta cotidianamente a singularidade dos indivíduos e as suas vulnerabilidades. A este fato somam-se dificuldades no acesso, fragilidades dos espaços de saúde, fragmentação do cuidado e processos de trabalho adoecidos, promovendo situações de exclusão e negligência. Em uma abordagem apenas exemplificativa, podemos citar as especificidades da saúde dos idosos, da população LGBT, dos indígenas, das pessoas vivendo em condições de rua, além dos próprios encarcerados, que figuram como centro da análise desta investigação.

Neste sentido, e buscando sempre que possível balizar as implicações bioéticas que orientam o exercício teórico desta dissertação, é relevante salientar que as referidas populações encarceradas, além dos diversos tipos de vulnerabilidades que acometem os grupos minoritários, sofrem uma forma particular de vulnerabilidade que é produtora de estigmas, violência, negligência e desumanidades. Este tipo de vulnerabilidade foi definida por Sanches, Mannes e Cunha por vulnerabilidade moral, segundo os quais:

Assim, opressão, intolerância, estigmatização e exclusão revelam a vulnerabilidade moral a que determinados indivíduos e grupos estão submetidos por não serem reconhecidos e aceitos por aqueles que compartilham a moralidade padrão. Diante do pluralismo moral atual, esta questão torna-se mais complexa, pois um indivíduo pode ser discriminado pelo próprio grupo por não se enquadrar nas regras de moralidade ali definidas, ou pode ser discriminado por outros grupos sociais que não aceitam a visão de mundo do grupo ao qual pertence (SANCHES; MANNES; CUNHA, 2018, p. 43).

A partir do explicitado, os autores apontam que “[...] os vulnerados moralmente padecem de maior injustiça já que foram colocados em tais condições por força de fatores culturais, sociais ou psicológicos, ou seja, sofrem discriminação negativa e exclusão” (SANCHES; MANNES; CUNHA, 2018, p. 43).

Referente a estas vulnerabilidades é relevante pontuar os enfrentamentos éticos, sociais e de cuidado à saúde que se vivencia cotidianamente nos espaços de cárcere, devido à precarização do sistema e a negligência do Estado e da sociedade. Este fato é apresentado por Soares e Gomes a partir da seguinte ótica:

Pode-se afirmar que a população encarcerada brasileira vive abaixo da linha de dignidade mínima, não sendo a ela garantidos, malgrados declarados, seus primordiais direitos; em particular, aquele que poderia lhe conferir uma convivência saudável, no plano de um “mínimo existencial”, pelo vácuo legislativo, pela dificuldade de articulação do executivo com o judiciário e no que concerne à existência e efetivação de políticas públicas baseadas nas necessidades das pessoas privadas de liberdade (SOARES; GOMES, 2016, p. 2000).

O sistema prisional apresenta condições sucateadas, excludentes e severamente punitivas. Contudo essa realidade é exposta por parte da sociedade, como justa, pois acredita-se que o infrator necessita pagar por seus delitos, mesmo que seja por meio do sofrimento. Sendo assim, observa-se que as condições indignas do cárcere, são sustentadas por duas vertentes morais, a justiça e a vingança.

Esse fato é ecoado pela sociedade a partir da concepção moral que o devedor deverá pagar sua dívida ao credor, a qual é cobrada com ódio e punição, como apresenta Gonçalves na releitura da obra de Nietzsche:

O credor prejudicado, exerce de igual forma ao credor-particular sua ira, seu ódio ao causador de danos, e impõe também um sofrimento ao infrator, porém diferente: a comunidade afasta-o de si. Exerce, como Nietzsche menciona, um “direito de guerra”, guerra esta que forneceu todas as formas sob as quais o castigo aparece na história. O castigo aparece então como cópia de um comportamento normal diante de um inimigo odiado, celebra-se nele um direito de guerra, do vencedor perante o vencido, novamente o mais forte perante o mais fraco. Como Nietzsche menciona, esquece-se o dano imediato, concentra-se no infrator, concentra-se na punição deste. (GONÇALVES, 2014, p. 12).

O exposto apresenta que a crueldade é oriunda da humanidade e os castigos estão presentes nos diversos momentos históricos, contudo conforme afirma Nietzsche nos últimos tempos a justiça “[...] sofreu certas modificações na sociedade

ocidental, porém a essência do sentimento de vingança permanece atrelada aos mais diversos tipos de castigo e reparação de danos” (GONÇALVES, 2014 p. 11).

A referida afirmação vem ao encontro dos processos de reprodução da vulnerabilidade moral na qual se encontram a população carcerária. Entretanto é necessário rememorar, que esta realidade é um reflexo da sociedade discriminatória e excludente, na qual as classes dominantes menosprezam e punem as menos favorecidas. Pois a sociedade celebra a punição dos que infringem suas regras de harmonia. Conforme aponta Gonçalves em sua releitura sobre Nietzsche, “[...] a humanidade celebra o sofrimento como reparação de danos, disfarçado de vingança e crueldade” (GONÇALVES, 2014, p. 12).

E em busca do rompimento desse cenário, o suporte axiológico dos Direitos Humanos propulsiona a construção de políticas públicas, em prol da garantia à saúde. Porém, ressalta-se que estes movimentos são um nó crítico no sistema de saúde e no Judiciário brasileiro, ao considerarmos que atualmente os estabelecimentos prisionais estão superlotados, sucateados e demasiadamente insalubres. Tal realidade que vem de encontro à qualidade dos serviços de saúde, que são infinitamente insuficientes e de difícil composição no acolhimento da população carcerária. Desta forma há um rompimento na rede de ações, haja vista que deveriam se apoiar para a construção desta rede de cuidado (SOARES; GOMES, 2016, p. 2000).

Assim, ainda conforme afirma Soares:

No campo da saúde pública, as unidades prisionais são compreendidas como lugares de grande desafio sanitário, mas ainda não são visualizadas por grande parte dos gestores de saúde como espaços de intervenção, mesmo após a publicação das normas de saúde prisional datadas de 2003 e de 2014, que instituem a relação estreita do SUS com o sistema prisional (SOARES; GOMES, 2016, p. 2008).

Entretanto, esse movimento contraditório de produção de cuidado, solicita revisitar o conceito da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1946, p. 1), a qual aponta que a “Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”. Sendo assim pode-se considerar a saúde, enquanto expressão das relações que o ser humano estabelece com o ambiente em que vive e consigo mesmo. Desta forma, a mesma está relacionada a

variáveis biológicas, sociais e psíquicas, que envolve as vulnerabilidades específicas de cada indivíduo ou grupo em que estão inseridos.

Nesta concepção, no ano de 1988 a saúde foi considerada um direito de todos e dever do Estado brasileiro, conforme preceituado na Constituição da República Federativa do Brasil. Assim é um direito constitucional, assegurado a qualquer cidadão, sendo dever do Estado oferecê-la mediante força de seus dispositivos.

Portanto, seja qual for o indivíduo, independente da região em que resida ou de sua situação socioeconômica, o direito à saúde pública deve ser-lhe assegurado pelo Estado. Nesta conjuntura, o Sistema Único de Saúde, tem o objetivo de incluir as diferentes populações estratégicas e/ou vulneráveis do Brasil, as quais possuem direito ao cuidado, ao acesso e ao acolhimento de suas demandas específicas e coletivas.

Neste âmbito, se insere a pessoa privada de liberdade, como detentora do direito à saúde inerente a sua cidadania. Portanto, é importante observar que, os aproximadamente 726 mil brasileiros que se encontram sob custódia do Estado, dado apresentado na Tabela 1, nas quase 1.400 unidades prisionais brasileiras, possuem direito à saúde e de acesso ao Sistema Único de Saúde.

Tabela 1 - População prisional, número de vagas, taxa de ocupação e taxa de aprisionamento em 2016

População prisional	726.712
Unidades Prisionais Brasileiras	1.449
Vagas	368.049
Déficit de vagas	358.663
Taxa de ocupação	197,4%

Fonte: Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (Infopen, 2017); Secretaria Nacional de Segurança Pública (SENASP, 2016); Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2015); Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2016).

Esses dados são resultados de um dimensionamento elaborado em parceria pelo Ministério da Justiça e o Departamento Penitenciário Nacional, a partir do Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (INFOPEN) de 2016, os quais apresentam o seguinte cenário:

Em Junho de 2016, existiam 726.712 pessoas privadas de liberdade no Brasil, sendo 689.510 pessoas que estão em estabelecimentos administrados pelas Secretarias Estaduais de Administração Prisional e Justiça, o sistema penitenciário estadual; 36.765 pessoas custodiadas em carceragens de delegacias ou outros espaços de custódia administrados pelas Secretarias de Segurança Pública; e 437 pessoas que se encontram nas unidades do Sistema Penitenciário Federal, administradas pelo Departamento Penitenciário Federal. (BRASIL, 2017, p. 8).

Dando continuidade o esboço da realidade do sistema prisional brasileiro, é relevante considerar o crescimento da população privada de liberdade nas últimas décadas. Esse aumento ocorreu de forma desenfreada, ocasionando dificuldades nas estruturas físicas e assistenciais, agravando ainda mais o cenário, pois estas já se encontravam fragilizadas e insuficientes. Esta crescente populacional é observada por Soares e Gomes:

Em 24 anos a população privada de liberdade cresceu 575%, saltando de aproximadamente 90 mil presos no início da década de 90 para mais de 607.731 presos em 2014, conforme demonstra o Gráfico 1, fazendo do Brasil o quarto maior país. Quanto ao encarceramento feminino, importante destacar que o Brasil cai para o quinto lugar, porém a população absoluta de mulheres encarceradas no sistema penitenciário cresceu 567% entre os anos 2000 e 2014, com aproximadamente 37.380 mulheres (6,4% da população prisional), enquanto o crescimento masculino foi de 220% no mesmo período (SOARES; GOMES, 2016, p. 1999).

A esse respeito, é relevante evidenciar que esse cenário do cárcere não se desvencilha da realidade social mais ampla do país, a qual é marcado por profundas desigualdades econômicas e sociais, as quais uma parcela significativa da população brasileira vivencia em seu cotidiano, encontrando dificuldades na garantia dos seus direitos básicos de cidadania.

No Brasil, 25,4% da população vivia em situação de pobreza em 2016, de acordo com o critério adotado pelo Banco Mundial, que considera pobre quem ganha menos do que US\$ 5,5 por dia nos países em desenvolvimento. Esse valor equivale a uma renda domiciliar *per capita* de R\$ 387 por mês, ao considerar a conversão pela paridade de poder de compra. A situação é mais grave entre os 7,4 milhões de moradores de domicílios onde vivem mulheres pretas ou pardas sem cônjuge com filhos até 14 anos. Desses, 64,0% estavam abaixo dessa faixa de renda (IBGE, 2017).

O fator econômico produz de problemas sociais que violentam a dignidade humana e o direito à vida. Essa realidade é observada a partir da baixa escolarização, no aumento das taxas de desemprego, nas dificuldades de acesso

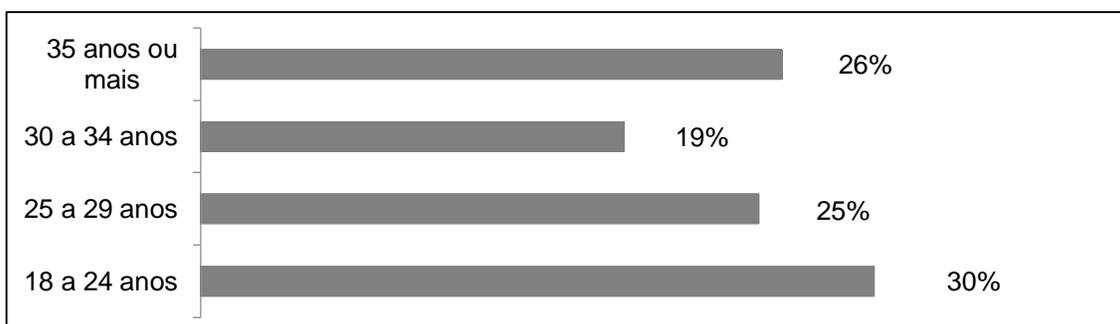
aos serviços públicos e conseqüentemente no aumento das taxas de violência urbana e de infrações legais.

Destaca-se que a situação exposta é um dos agentes de produção da crescente população carcerária e as condições de exclusão e negligências vivenciadas por essa parcela da população, em suas comunidades e na sociedade, são transferidas para o sistema prisional, entretanto, estes aspectos são potencializados e seus agravantes intensificados.

Mapeando esta realidade, ressalta-se que a população privada de liberdade encontra-se distribuída nos diferentes estabelecimentos penais que compõem o Sistema Penitenciário Brasileiro, sob guarda do Estado e privados de liberdade nos seguintes cárceres: presídios e penitenciárias, unidades destinadas a presos condenados à pena de reclusão em regime fechado; as colônias agrícolas, industriais ou similares, que recebem presos sentenciados ao cumprimento da pena em regime semiaberto; e os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, os quais abrigam presos em medida de segurança, ou seja, internos que, em razão de grave transtorno mental, são incapazes de reconhecer o caráter ilícito de suas ações. Há ainda as casas de albergado, que abrigam os presos do regime aberto; e as cadeias públicas e distritos policiais, destinados à custódia de presos provisórios.

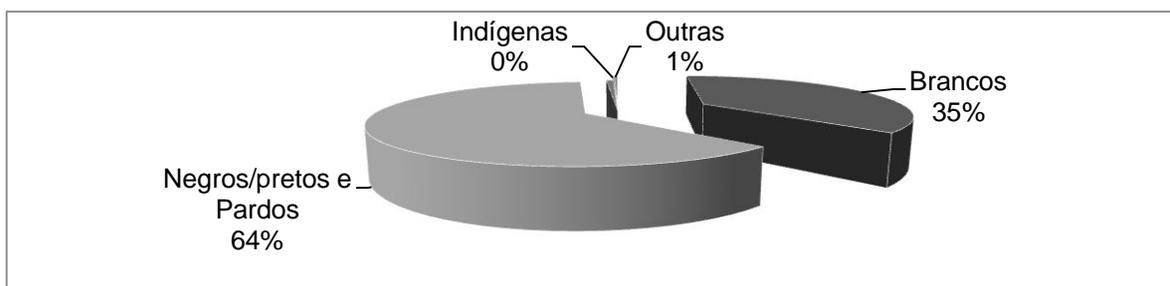
Ainda, no sentido de corroborar na contextualização deste cenário, é importante salientar que a população penitenciária brasileira é composta, predominantemente por homens negros, solteiros e com menos de 30 anos de idade, conforme apresentado na Figura 1, 2 e 3, em sua grande maioria, são pobres e condenados pelos crimes de tráfico, furto e roubo.

Figura 1 - Pessoas privadas de liberdade por faixa etária



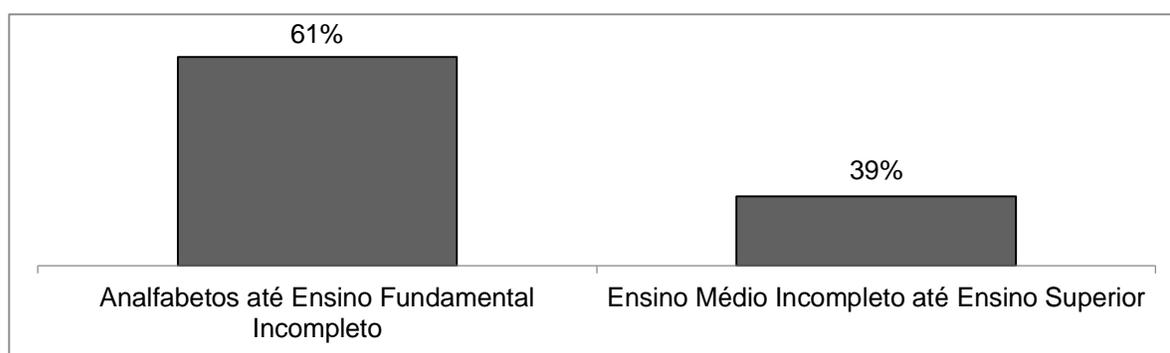
Fonte: Infopen (2017).

Figura 2 - Pessoas privadas de liberdade por etnia



Fonte: Infopen (2017).

Figura 3 - Grau de instrução da população prisional



Fonte: Infopen (2017).

Outra característica a ser observada refere-se ao fato de que poucos foram alfabetizados ou possuíam uma profissão definida anteriormente à prisão. Desta forma, reforça-se a compreensão basilar de que a situação do encarcerado está intimamente vinculada à situação mais ampla da exclusão social anterior ao seu ingresso no sistema prisional. Nesta perspectiva, outro fator preponderante refere-se à informação de que mais da metade dessa população é reincidente na prática de crimes e comumente associam seus atos delituosos à situação de desemprego e pobreza em que se encontram (LEÃO; RODRIGUES, 2016).

Para contextualização deste trabalho, é relevante observar também o cenário vivenciado por tal população nos espaços de reclusão. Os presídios e delegacias atualmente existentes no Brasil possuem uma série de inadequações relacionadas tanto à infraestrutura quanto às condições de vida oferecidas aos detentos. Destacamos a falta ou escassez de transporte para presidiários em caráter de emergência, alimentação, saúde, dentre outros fatores agravantes à saúde da pessoa privada de liberdade (MINAYO; RIBEIRO, 2016, p. 2035).

Por fim, a realidade apresentada no âmbito da assistência à saúde do ambiente prisional é de escassez de condições e recursos para o atendimento de qualidade. Salienta-se que o referido fato resulta da precariedade física e estrutural do ambiente carcerário, somadas à inexistência ou a ineficiência dos profissionais de saúde e das áreas das ciências sociais e humanas, para a efetivação de ações interdisciplinares, que promovam melhoria da saúde física e mental desses cidadãos, em respeito à sua dignidade humana.

2 DIREITOS HUMANOS NO CÁRCERE: UMA TRAJETÓRIA DE LUTAS, MOVIMENTOS E AÇÕES.

O que se percebe, em última análise, é que onde não houver respeito pela vida e pela integridade física e moral do ser humano, onde as condições mínimas para uma existência digna não forem asseguradas, onde não houver limitação do poder, enfim, onde a liberdade e a autonomia, a igualdade (em direitos e dignidade) e os direitos fundamentais não forem reconhecidos e minimamente assegurados, não haverá espaço para a dignidade da pessoa humana e esta (a pessoa), por sua vez, poderá não passar de mero objeto de arbítrio e injustiças

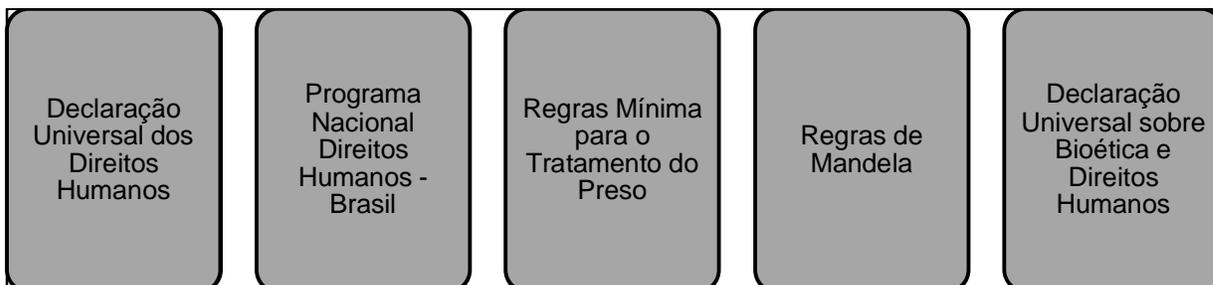
(INGO WOLFGANG SARLET, 2015).

Este capítulo apresenta referenciais teóricos que embasem a discussão sobre conflitos bioéticos envolvendo os Direitos Humanos da população privada de liberdade. Para tal, torna-se necessário o conhecimento do contexto histórico do surgimento da cultura dos Direitos Humanos como um fenômeno universal e, especificamente, no contexto brasileiro. O reconhecimento da CF, na qualidade de lei superior do país, está no topo do ordenamento jurídico, das legislações relacionadas ao assunto, dos tratados, projetos e arranjos que surgem com o objetivo de consolidar e efetivar a proteção dos cidadãos que se encontram nos diversos espaços de cárceres do sistema prisional brasileiro.

Em busca do entendimento conceitual sobre a relação entre Direitos Humanos e direitos à saúde da população privada de liberdade, se procurou apresentar uma linha temporal relacionada ao enquadramento histórico-jurídico pertinente à matéria, objetivando traçar de maneira cronológica, por meio da implantação das declarações internacionais, legislações e fóruns nacionais voltados à implementação dos mais amplos Direitos Humanos no Brasil.

Será adotada, portanto, a divisão esquemático-cronológica do desenvolvimento dos Direitos Humanos da população encarcerada, delineada pelos marcos histórico, conforme apresenta a figura 4.

Figura 4 - Divisão esquemático-cronológica do desenvolvimento moderno dos Direitos Humanos da população carcerária



Fonte: Elaborado pela autora.

Justifica-se a escolha dessa abordagem por permitir uma visão cronológica e abrangente, fatores imprescindíveis para a compreensão das situações específicas analisadas. A cronologia apresentada relata os principais acontecimentos e conquistas em prol dos Direitos Humanos. É importante notabilizar que tal fator embasará o diálogo entre as demais temáticas abordadas nesta pesquisa, que serão apresentadas nos próximos capítulos, dentre elas, podemos citar as políticas públicas e o direito à saúde da população carcerária, bem como os referenciais teóricos da bioética que auxiliarão na discussão.

Partindo deste contexto, o presente capítulo se apresenta como alternativa para o conhecimento e entendimento das vertentes teóricas relacionadas aos Direitos Humanos, precursoras dos marcos legais fundamentados no país.

2.1 ETIMOLOGIA: INTRODUÇÃO AOS DIREITOS HUMANOS

Os Direitos Humanos modernos são formulados a partir de princípios normativos e orientações fundamentadas na dignidade humana e alteridade. Tais elementos tendem assegurar o respeito à vida e à pessoa humana. A Organização das Nações Unidas (ONU, 1948, p. 1) vem consolidar tal preceito ao considerar que “[...] o reconhecimento da dignidade é inerente a todos os membros da família humana e de seus direitos iguais e inalienáveis é o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo”. Diante ao fragmento citado, torna-se primordial compreender que o direito inalienável é algo cujo domínio não deve ser passado ou

transmitido a alguém, bem como não pode ser legitimamente negado a uma pessoa (CENTRO DE INFORMAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL [UNIC], 2009).

Neste contexto, se enfatiza o fato de que os Direitos Humanos requerem o entendimento de que os mesmos pertencem a todo ser humano. O conceito de Direitos Humanos abriga a ideia de que toda pessoa deve usufruir de seus direitos sem distinção de raça, cor, sexo, gênero, orientação sexual, classe, idioma, religião, opiniões políticas, nacionalidade ou quaisquer outros marcadores sociais. Tais prerrogativas se apresentam garantidas legalmente no direito internacional, mediante tratados e outras fontes de lei, protegendo indivíduos e grupos contra ações que interfiram nas liberdades fundamentais e na dignidade humana (UNIC, 2009, p. 5).

Salienta-se que os Direitos Humanos buscam proteger e garantir a dignidade humana e têm como objetivo principal a proteção dos indivíduos das injustiças, arbitrariedades, do autoritarismo e dos abusos de poder, nos seus diversos contextos, culturas e realidades sociais e econômicas.

Piovesan analisa esse movimento de construção histórica, traçada em luta pela dignidade humana, a partir de diferentes marcos conceituais:

Como reivindicações morais, os Direitos Humanos nascem quando devem e podem nascer. Como realça Norberto Bobbio, os Direitos Humanos não nascem todos de uma vez e nem de uma vez por todas. Para Hannah Arendt, os Direitos Humanos não são um dado, mas um construído, uma invenção humana, em constante processo de construção e reconstrução. Refletem um construído axiológico, a partir de um espaço simbólico de luta e ação social. No dizer de Joaquín Herrera Flores, os Direitos Humanos compõem uma racionalidade de resistência, na medida em que traduzem processos que abrem e consolidam espaços de luta pela dignidade humana. Invocam, nesse sentido, uma plataforma emancipatória voltada à proteção da dignidade humana. Para Carlos Santiago Niño, os Direitos Humanos são uma construção consciente vocacionada a assegurar a dignidade humana e a evitar sofrimentos, em face da persistente brutalidade (PIOVESAN, 2005, p. 44).

Observa-se, portanto, que os Direitos Humanos surgem a partir de tensionamentos e questionamentos concretos da sociedade. Ao tratarmos de maneira específica tal fato, evidenciamos que esta ideia, surge relacionada aos segmentos históricos, vivenciados por meio dos acontecimentos no cenário mundial, que propulsionaram conjunturas excludentes, permeados de violências morais e culturais.

É necessário considerar que a construção de direitos se inicia a partir de movimentos que buscam romper com a situação de desprovisão de leis e arranjos que sustentem ao ser humano a garantia de prerrogativas que lhes proporcionem dignidade. Esse confronto entre a vulnerabilidade da dignidade humana e a necessidade de um cenário igualitário e de respeito à vida é um dos maiores fomentadores do arcabouço de recomendações legais que buscam os direitos da humanidade, em prol da vida digna.

A partir dessa abordagem, e recorrendo ao contexto já mencionado, deve-se observar que os Direitos Humanos são decorrentes de processos de proteção da vulnerabilidade da condição humana, conforme aponta Tosi:

Em primeiro lugar, os Direitos Humanos são fruto de uma história. Ainda que existam discordâncias sobre o início desta história, é possível reconstruir a trajetória dos Direitos Humanos na cultura ocidental tomando por base dois ângulos de análise: a história social que enfatiza os acontecimentos, lutas, revoluções e movimentos sociais, que promoveram os Direitos Humanos, e a história conceitual que se debruça sobre as doutrinas filosóficas, éticas, políticas, religiosas que influenciaram e foram influenciados pelos acontecimentos históricos (TOSI, 2004. p. 9).

Isto é, o surgimento dos Direitos Humanos é abarcado por vertentes políticas, éticas e filosóficas cujo objetivo é inserir os atores sociais como agentes de direitos à vida de forma digna e soberana. Ressalta-se que do ponto de vista normativo e institucional estes elementos são fomentados por meio de representantes de organismos internacionais, cuja responsabilidade é a articulação de convenções e tratados internacionais, que trazem em seu bojo, a função de sustentar e garantir os referidos direitos aos diversos territórios mundiais.

Por conseguinte, estes espaços adquirem a característica de articuladores de garantias e são entremeados por dogmas da completude do sistema de Direitos Humanos que deverão ser materializados por cada Estado-Nação, por meio da introjeção de direitos fundamentais em seu próprio ordenamento jurídico (OLIVEIRA, 2016). O papel destas instâncias internacionais relaciona-se, portanto, ao de facilitadores nos cenários, com autoridade para embasar mudanças e garantir espaços e legislações que assegurem a proteção aos diversos sujeitos e grupos sociais.

Nessa concepção, Tosi acrescenta que:

Deste complexo processo histórico, social e conceitual, nasceram uma série de textos, alguns de valor ético-político, como as “Declarações de direitos”,

outros de valor mais estritamente jurídico, produzidos no momento em os princípios éticos das Declarações são especificados e determinados nos diversos protocolos, tratados e convenções internacionais. A partir deste processo de positivação, os Direitos Humanos deixam de ser orientações éticas ou programas de ação, e se convertem em obrigações jurídicas que vinculam as relações internas e externas dos Estados (TOSI, 2004, p. 10).

Neste contexto, ressalta-se o olhar analítico de Fernández, que conduz à concepção de que os Direitos Humanos são direitos morais, pois somam exigências éticas ou valorativas com normas jurídicas (FERNÁNDEZ, 1991 apud OLIVEIRA, 2010).

Essa concepção é reforçada pelo autor a partir do enfoque de que os Direitos Humanos são “[...] exigências consideradas imprescindíveis para uma vida digna. A sua natureza moral é destacada em virtude destas exigências apresentarem não apenas um caráter jurídico, mas também uma natureza ética ou valorativa” (FERNÁNDEZ, 1991 apud OLIVEIRA, 2010, p. 44).

Sendo assim, buscando uma imersão na construção histórica e fundamentalmente ética dos Direitos Humanos e apresentando seus avanços e inovações, trataremos na próxima seção dos movimentos fundamentais que alavancaram as exigências éticas em prol da dignidade a vida humana.

2.2 DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS

Ao abordarmos a Declaração Universal dos Direitos Humanos, poderíamos, antes, recorrer a algumas discussões históricas antecedentes sobre o conceito de dignidade ou direitos mais amplos conquistados por grupos da humanidade, oriundos, por exemplo, na Grécia antiga, onde floresceram movimentos estéticos, literários e filosóficos que exaltavam o valor do homem como finalidade da natureza.

Igualmente, poderíamos remeter ao período do iluminismo europeu, quando foram estabelecidos os direitos do homem e cidadão, que “[...] estão diretamente relacionadas à Ilustração, movimento intelectual e cultural que a partir da França, sacudiu a Europa entre os séculos XVII e XVIII” (CAVALCANTI, 2005, p.64).

Contudo, fica estabelecido como grande marco dos Direitos Humanos, a criação, em 1948, da Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) pela Organização das Nações Unidas. A DUDH foi concebida em resposta à necessidade de interromper a barbárie, prevenir danos e proteger toda a humanidade das

calamidades decorrentes de conflitos armados e das guerras, os quais cresceram em intensidade durante o século XX. Os direitos humanos buscam resgatar o sofrimento imposto por ações que tinham como objetivo mostrar o poder de uma nação, de um povo (ou de uma “raça”), subjugando todos os demais.

Este cenário é ressaltado por Dallari, a partir da seguinte explanação:

Terminada a Segunda Guerra Mundial, estando ainda abertas às feridas da grande tragédia causada pelo egoísmo, pelo excesso de ambições materiais, pela arrogância dos poderosos e pela desordem social que de tudo isso resultou, iniciou-se um trabalho visando à criação de um novo tipo de sociedade, informada por valores éticos e tendo a proteção e promoção da pessoa humana como seus principais objetivos (DALLARI, 2008, p. 10).

O autor ainda salienta o objetivo da Organização das Nações Unidas, na elaboração da Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948:

Foi instituída, então, a Organização das Nações Unidas - ONU, com o objetivo de trabalhar permanentemente pela paz. Demonstrando estarem conscientes de que esse objetivo só poderá ser atingido mediante a eliminação das injustiças e a promoção dos direitos fundamentais da pessoa humana, os integrantes da Assembleia Geral da ONU aprovaram, em 1948, a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DALLARI, 2008, p. 10).

A alusão do autor destaca as convergências históricas e sociais que propulsionaram a elaboração da Declaração Universal dos Direitos Humanos. Considera-se que a DUDH é o movimento contemporâneo em prol da reconstrução da sociedade e da garantia à dignidade humana. Este fato perpassa a amplitude das discussões e reflexões sobre a temática, ganhando força ao observarmos o comentário do autor, quando diz “[...] sobretudo, pelos princípios que proclamou, recuperando a noção de Direitos Humanos e fundando uma nova concepção de convivência humana, vinculada pela solidariedade” (DALLARI, 2008, p. 10).

A DUDH apresenta em seu escopo vertentes que irão embasar e promover discussões voltadas à manutenção da vida digna, debates estes estendidos para além das fronteiras, em diversas nações mundiais. A análise sobre a concepção contemporânea dos Direitos Humanos é comentada por Piovesan, a partir da seguinte explanação:

Ao adotar o prisma histórico, cabe realçar que a Declaração de 1948 inovou extraordinariamente a gramática dos Direitos Humanos, ao introduzir a chamada concepção contemporânea de Direitos Humanos, marcada pela universalidade e indivisibilidade desses direitos. Universalidade porque clama pela extensão universal dos Direitos Humanos, com a crença de que a condição de pessoa é o requisito único para a titularidade de direitos, considerando o ser humano como essencialmente moral, dotado de unicidade existencial e dignidade. Indivisibilidade porque, ineditamente, o catálogo dos direitos civis e políticos são conjugados ao catálogo dos direitos econômicos, sociais e culturais. A Declaração de 1948 combina o discurso liberal e o discurso social da cidadania, conjugando o valor da liberdade ao valor da igualdade (PIOVESAN, 2005, p. 45).

Neste contexto, pode-se salientar que a DUDH tem delineado seu papel na história da humanidade cujo direcionamento está voltado à supressão das vulnerabilidades que percorrem os diversos cenários mundiais. Desta forma, podemos considerá-la sob o prisma de inspiradora e alicerce para os povos oprimidos, conforme aventado por Alves, no momento em que o autor se refere ao assunto, como fonte que “[...] codificou as esperanças de todos os oprimidos, fornecendo linguagem autorizada à semântica de suas reivindicações. Proporcionou base legislativa às lutas políticas pela liberdade e inspirou a maioria das Constituições nacionais na positivação dos direitos da cidadania” (ALVES, 2005, p. 2).

A liberdade explicitada por Alves vai ao encontro da dignidade humana, na qual a Declaração Universal de Direitos Humanos faz referência como sendo de direito de todas as pessoas. Neste contexto, observa-se que a partir do nascimento da DUDH o princípio da dignidade humana se tornou um dos pilares dos Direitos Humanos, tal como ressalta também Oliveira:

O princípio da dignidade humana é, no campo dos Direitos Humanos, entendido como a rocha sobre a qual a superestrutura dos Direitos Humanos se constrói, conforme Beyleveld e Brownsword, porque é dele que emana o fundamento para todos os Direitos Humanos. Tal princípio é reconhecido não somente na Declaração Universal dos Direitos Humanos, mas também nos pactos internacionais de direitos civis e políticos, bem como nos de direitos econômicos, sociais e culturais (OLIVEIRA, 2007, p. 173).

Ressalta-se, portanto, que os Direitos Humanos reconhecem o princípio ético da dignidade humana como um dos seus alicerces, ao tempo em que a mesma assegura e promove o cuidado necessário ao valor singular da pessoa humana. Neste sentido, é importante considerar que esse fundamento se relaciona com os fundamentos axiológicos da bioética, conforme salienta Oliveira:

Bioética e os Direitos Humanos surgem como formas de assegurar determinados valores e de proteger a pessoa humana, reconhecendo-lhe uma dignidade inerente. Assim, a bioética e os Direitos Humanos, apresentam dois pontos de aproximação: a dignidade humana e determinados valores básicos (OLIVEIRA, 2007, p. 171).

Esta abordagem será considerada a partir dos próximos capítulos, os quais propiciarão o diálogo entre os Direitos Humanos, a bioética e as políticas públicas de saúde da população carcerária. Por ora, é imprescindível observar que a dignidade humana foi balizadora para o eixo de princípios traçados na DUDH, como dito em outras linhas, e que tal documento que tem o cunho da proteção e do cuidado em prol da vida humana, independente de qualquer condição ou situação desta vida. Desta forma, conclui-se que a Declaração tornou possível a disseminação no cenário internacional de alguns princípios éticos fundamentais a serem seguidos pelos Estados e sociedade em geral. Sendo assim, a DUDH foi à impulsora de novos tratados, pactos e legislações, conforme ressalta Dallari em sua análise contextual:

[...] vários pactos e tratados dispuseram sobre situações específicas em que a igualdade vinha sendo negada, fixando regras e estabelecendo responsabilidades. Essa diretriz já penetrou nas Constituições, o que significa um reforço, de ordem prática, da eficácia das normas, bem como facilidade maior para seu conhecimento e sua aplicação. O que se pode concluir disso tudo, é que a Declaração Universal dos Direitos Humanos marca o início de um novo período na história da humanidade (DALLARI, 2008, p. 11).

Neste contexto, desconsiderando alguns problemas relacionados à aplicação imparcial ou à fundamentação excessivamente eurocentrada, pode-se enfatizar que a DUDH foi efetivamente um avanço para a coletividade humana, ainda que se considere a existência de diversos enfrentamentos e obstáculos a serem superados. Tal abordagem crítica evidencia-se ao se deparar com a declaração de Dallari, quando o mesmo alude que, “[...] existem ainda resistências à sua efetiva aplicação, mas a simples existência dessa Declaração tem servido de apoio significativo para lutas travadas por meios pacíficos e para denúncias e reivindicações buscando a concretização de mudanças nas Constituições” (DALLARI, 2008, p. 9).

Conforme ressaltado pelo autor, a organização da sociedade em prol das diretrizes e vertentes dos Direitos Humanos deve ir além das discussões territoriais, partindo para a elaboração de legislações que proporcionem a convivência humana

de forma digna, por meio do rompimento das discriminações e exclusões sociais. Para tanto, é necessário implementar a justiça social, regida pelo Estado e seu povo.

No decorrer desta implementação, é necessário que a sociedade acolha e proteja os Direitos Humanos, pois conforme assinala Bobbio, “O problema fundamental em relação aos direitos do homem, hoje, não é tanto o de justificá-los, mas o de protegê-los. Trata-se de um problema não filosófico, mas político” (BOBBIO, 2004, p. 24).

Este aspecto imprescindível, que convoca os arranjos políticos para incluir e acolher os Direitos Humanos, como um direito de todo o indivíduo, recepcionando suas peculiaridades, também é comentado por Piovesan, quando a mesma ressalta que a DUDH vem instigar um olhar diferenciado ao indivíduo, conforme entendimento a seguir:

Torna-se, contudo, insuficiente tratar o indivíduo de forma genérica, geral e abstrata. Faz-se necessária a especificação do sujeito de direito, que passa a ser visto em sua peculiaridade e particularidade. Nessa ótica determinados sujeitos de direito ou determinadas violações de direitos exigem uma resposta específica e diferenciada... Os grupos devem ser vistos nas especificidades e peculiaridades de sua condição social. Ao lado do direito à igualdade, surge também, como direito fundamental, o direito à diferença. Importa o respeito à diferença e à diversidade, o que lhes assegura um tratamento especial (PIOVESAN, 2005, p. 46).

A partir recorte exposto, serão discutidas neste trabalho algumas peculiaridades do sujeito de direito que se encontra nos cárceres. Sendo assim, serão delineadas as tratativas que buscam garantir o direito de igualdade e a dignidade humana, a partir de indivíduos que se encontram em situações vulneráveis e diferenciadas. Porém, primeiramente faz-se necessário abordar os referenciais históricos dos Direitos Humanos junto ao Estado brasileiro.

2.3 DIREITOS HUMANOS NO BRASIL: PROGRAMA NACIONAL DE DIREITOS HUMANOS

Em busca de revisitar a história dos Direitos Humanos no Brasil e apontar as principais lutas, conquistas e enfrentamentos do movimento, torna-se necessário pontuar que durante muitas décadas, no século XX, o país foi marcado por violações dos Direitos Humanos, tendo um passado maculado por torturas, ditaduras e demais violências que feriram a dignidade humana.

Esse momento histórico de afastamento é apontado por González:

Do ponto de vista formal, o Brasil muito cedo incorporou dispositivos de reconhecimento e proteção aos Direitos Humanos a sua ordem jurídica. No entanto, a aplicação destes dispositivos nem sempre foi completa ou para toda a população, seja nos períodos autoritários, seja nos formalmente democráticos. Porém, o período de maior distanciamento em relação ao cumprimento dos preceitos mínimos de Direitos Humanos foi o da ditadura militar de 1964 a 1985 (GONZÁLEZ, 2010, p108).

Porém, percebe-se que este lapso temporal de alienação também foi entremeado por iniciativas e ações de aproximação às normas, tratados e demais acordos internacionais relacionados aos Direitos Humanos. Tais movimentações possibilitaram a ocorrência de forma sucinta, de articulações, projetos e legislações nacionais, que foram alicerçados nas discussões e temáticas propostas pelos grupos internacionais (GONZÁLEZ, 2010, p.108).

Após a transição final da ditadura militar no Brasil, em 1985, ocorreu o reinício da aproximação com discussões e articulações internacionais que tinham em seu objeto os Direitos Humanos e a dignidade humana. Assim, devido a movimentos ocorridos durante o período ditatorial, buscou-se denunciar e romper com a violência à vida.

González pontua, a esse respeito, que a base dessa reaproximação é produto das inquietudes de uma época, geradas por uma sociedade que apontava “as limitações impostas pelo regime à imprensa e à ação dos advogados, a denúncia de violações no exterior e ação interna de líderes religiosos”, em prol de uma sociedade democrática e igualitária. (GONZÁLEZ, 2010, p.110). Este movimento cristaliza a partir da formulação da Constituição Cidadã de 1988, considerada marco histórico e democrático brasileiro:

Se a Constituição de 1988 foi a base para uma perspectiva sobre os Direitos Humanos no Brasil, a criação de vínculos com os sistemas internacionais de proteção demonstraria uma política de transparência das ações governamentais, que não precisariam mais se esconder sob o argumento da soberania nacional. A construção de uma política articulada neste sentido começa a ser construída no governo do Fernando Henrique Cardoso (GONZÁLEZ, 2010, p.112).

Este momento é, portanto, um ponto de partida no qual recomeça a ser traçada a política para os Direitos Humanos no país, que se consolidará na década de 1990 por meio de articulações e fóruns de discussão sobre a referida temática.

Dentre eles, podemos destacar a criação da Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados e a realização de Conferências Nacionais de Direitos Humanos.

E como produto destes espaços e estratégia para a formulação de uma política brasileira destinada aos Direitos Humanos, se pensou na possibilidade de criar o Programa Nacional de Direitos Humanos, cujo objetivo seria cumprir as diretrizes propostas pela Conferência de Viena, de 1993, assumidos pelo Brasil. Esse movimento motivou a realização de diversos fóruns, seminários e congressos, em prol da construção de propostas pelo governo da época. Como fruto destas discussões, em 1996 foi lançado o Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH 1). O qual em sua apresentação traçava o seguinte objetivo:

O objetivo do Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH), elaborado pelo Ministério da Justiça em conjunto com diversas organizações da sociedade civil, é, identificando os principais obstáculos à promoção e proteção dos Direitos Humanos no Brasil, eleger prioridades e apresentar propostas concretas de caráter administrativo, legislativo e político-cultural que busquem equacionar os mais graves problemas que hoje impossibilitam ou dificultam a sua plena realização. O PNDH é resultante de um longo e muitas vezes penoso processo de democratização da Sociedade e do Estado brasileiro (BRASIL, 1996a).

Por conseguinte, foi instaurada a Secretaria Nacional dos Direitos Humanos, vinculada ao Ministério da Justiça, instituída por meio do Decreto nº 2.193, de 7 de abril de 1997 (BRASIL, 1997).

Todavia, é relevante apontar que a PNDH-1 contemplou, sobretudo, vertentes relacionadas aos direitos civis e políticos. O documento apresentou em seu arcabouço de diretrizes a proposta de atuação efetiva do Estado brasileiro, em arranjos diretivos, com o objetivo de romper com as impunidades decorrentes os crimes contra os Direitos Humanos e conseqüentemente fortalecer e apoiar as Comissões de Direitos Humanos espalhadas pelo país (COSTA; GONZALÉZ; COSTA, 2017).

Ademais, torna-se necessário aludir à necessidade de aprimoramento da proposta que se iniciou em 1999 por meio da revisão da PNDH-1. Esse processo foi concluído na V Conferência Nacional de Direitos Humanos no ano 2000, sendo que na ocasião foi lançado o II Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-2).

O novo programa apresentou diversas alterações e mudanças nas diretrizes que foram traçadas no primeiro programa nacional. Destaca-se como mudança

principal, “[...] a ampliação do escopo do programa, com a inclusão de objetivos que contemplavam também direitos sociais, econômicos e culturais, ao lado de direitos civis e políticos” (GONZÁLEZ, 2010, p.123).

Essa nova ótica é apresentada por González, a partir do seguinte segmento:

O II PNDH, ao dar atenção a questões como o meio ambiente e a defesa de direito à identidade de grupos sociais específicos, por motivos étnicos, como os afrodescendentes, indígenas e ciganos, ou por motivos culturais, como as diferenças de orientação sexual, abre espaço para as concepções de Direitos Humanos baseadas na defesa do multiculturalismo e na crítica do antropocentrismo da visão liberal clássica (GONZÁLEZ, 2010, p.116).

Em busca de aprimoramento e fortalecimento nos Direitos Humanos no Brasil, ocorreu em 2009 a elaboração de uma nova proposta, apresentada na 11ª Conferência Nacional dos Direitos Humanos, intitulada de 3º Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3) (COSTA; GONZÁLEZ; COSTA, 2017).

O programa apresentou alterações singulares, as quais trazem nova visão aos conceitos e ações a serem alavancadas a partir das novas diretrizes. Este fato é reforçado por Costa, Gonzalez e Costa, na seguinte passagem:

Já o PNDH-3 (Dec. nº 7.037/2009) abriu caminho para uma maior efetividade da justiça de transição ao possibilitar a criação da Comissão Nacional da Verdade. Com propostas diferentes dos anteriores, é possível dizer que foi o mais avançado dos três, já na era Lula. Desse modo, buscou ampliar as igualdades de diversidade, crenças, liberdade de culto e garantia da laicidade do Estado, além de ampliar as questões relativas à verdade, memória e justiça (COSTA; GONZÁLEZ; COSTA, 2017, p. 8).

Este aspecto pode ser vislumbrado a partir da abordagem diretiva do referido programa, o qual apresenta como eixos orientadores os seguintes aspectos: Interação Democrática entre Estado e Sociedade Civil; Desenvolvimento e Direitos Humanos; Universalizar Direitos em um Contexto de Desigualdades; Segurança Pública, Acesso à Justiça e Combate à Violência; Educação e Cultura em Direitos Humanos; Direito à Memória e à Verdade.

Os mesmos são apresentados detalhadamente na Tabela 2:

Tabela 2 – Estrutura do 3º Programa Nacional de Direitos Humanos (2009)

Eixo Orientador	Diretriz
I: Interação democrática entre Estado e Sociedade Civil	1: Interação democrática entre Estado e sociedade civil como instrumento de fortalecimento da democracia participativa. 2: Fortalecimento dos Direitos Humanos como instrumento transversal das políticas públicas e de interação democrática. 3: Integração e ampliação dos sistemas de informação em Direitos Humanos e construção de mecanismos de avaliação e monitoramento de sua efetivação.
II: Desenvolvimento e Direitos Humanos	4: Efetivação de modelo de desenvolvimento sustentável, com inclusão social e econômica, ambientalmente equilibrado e tecnologicamente responsável, cultural e regionalmente diverso, participativo e não discriminatório. 5: Valorização da pessoa humana como sujeito central do processo de desenvolvimento. 6: Promover e proteger os direitos ambientais como Direitos Humanos, incluindo as gerações futuras como sujeitos de direitos.
III: Universalizar Direitos em um Contexto de Desigualdades	7: Garantia dos Direitos Humanos de forma universal, indivisível e interdependente, assegurando a cidadania plena. 8: Promoção dos direitos de crianças e adolescentes para o seu desenvolvimento integral, de forma não discriminatória, assegurando seu direito de opinião e participação. 9: Combate às desigualdades estruturais. 10: Garantia da igualdade na diversidade.
IV: Segurança Pública, Acesso à Justiça e Combate à Violência.	11: Democratização e modernização do sistema de segurança pública. 12: Transparência e participação popular no sistema de segurança pública e justiça criminal. 13: Prevenção da violência e da criminalidade e profissionalização da investigação de atos criminosos. 14: Combate à violência institucional, com ênfase na erradicação da tortura e na redução da letalidade policial e carcerária. 15: Garantia dos direitos das vítimas de crimes e de proteção das pessoas ameaçadas. 16: Modernização da política de execução penal, priorizando a aplicação de penas e medidas alternativas à privação de liberdade e melhoria do sistema penitenciário. 17: Promoção de sistema de justiça mais acessível, ágil e efetivo.
V: Educação e Cultura em Direitos Humanos	18: Efetivação das diretrizes e dos princípios da política nacional de educação em Direitos Humanos para fortalecer cultura de direitos. 19: Fortalecimento dos princípios da democracia e dos Direitos Humanos nos sistemas de educação básica, nas instituições de ensino superior e nas instituições formadoras. 20: Reconhecimento da educação não formal como espaço de defesa e promoção dos Direitos Humanos. 21: Promoção da Educação em Direitos Humanos no serviço público. 22: Garantia do direito à comunicação democrática e ao acesso à informação para a consolidação de uma cultura em Direitos Humanos.
VI: Direito à Memória e à Verdade	23: Reconhecimento da memória e da verdade como Direito Humano da cidadania e dever do Estado. 24: Preservação da memória histórica e a construção pública da verdade. 25: Modernização da legislação relacionada com a promoção do direito à memória e à verdade, fortalecendo a democracia.

Fonte: PNDH-3 (BRASIL, 2010b).

O PNDH-3 é considerado um dos grandes avanços nos Direitos Humanos no Brasil, sendo o documento que amplia a discussão das diversidades e vulnerabilidades em que convive o povo brasileiro. Outro fator a ser mencionado,

sobrevém ao fato de que o programa é instaurador de ações construtivas, de políticas públicas que amparem a dignidade humana (BRASIL, 2010b).

Neste íterim, e analisando as diretrizes que embasam a proposta mencionada anteriormente, é necessário observar a amplitude do programa, para a população privada de liberdade, foco deste estudo.

Esse aspecto de inclusão e cuidado pode ser identificado detalhadamente na Diretriz nº16, no momento em que apresenta a necessidade da modernização da política de execução penal e a melhoria do sistema penitenciário. Esse fator é mencionado no documento intitulado: Guia sobre gênero, HIV/aids, Coinfecções no Sistema Prisional, do Escritório das Nações Unidas sobre Droga e Crime (UNODC):

A 3ª edição do Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH) estabelece, em sua Diretriz 16, sobre a política de execução penal, a necessidade de fortalecimento do processo de reintegração social dos presos – objetivo maior da aplicação da pena de privação de liberdade –, por meio de sua inclusão efetiva nas políticas públicas sociais vigentes, incluindo as políticas de saúde (UNODC, 2012, p. 17).

Não obstante, é sabido que tais movimentos e diretrizes são instrumentos impulsionadores para a formulação de ações estratégicas e programáticas, instauradas pelo Estado. Assim, é indispensável entender o PNDH-3 como programa propositivo, com recomendações que embasaram as mudanças dos cenários do cárcere brasileiro.

Esse fator pode ser observado, especificamente no cenário prisional, por meio do exemplo apresentado por Souza:

Vincular o repasse de recursos federais para a construção de estabelecimentos nos estados e no Distrito Federal ao atendimento das diretrizes arquitetônicas que contemplem a existência de alas específicas para presas grávidas e requisitos de acessibilidade, ampliar campanhas de sensibilização para inclusão social de egressos do sistema prisional (SOUZA, L. G., 2015, p. 10).

Esse arranjo apresentado pela autora aponta um fragmento do conjunto de possibilidades e articulações que o PNDH-3 proporciona, o qual busca instaurar na estrutura prisional uma realidade que ampare a dignidade humana e acolha as vulnerabilidades singulares de cada indivíduo durante o seu processo de ressocialização.

Por fim, observa-se por meio destes movimentos históricos a inclusão do Brasil nos Tratados e regras internacionais de Direitos Humanos, que no início de sua formulação em 1948, foi tímida e retraída, devido a diversos enfrentamentos políticos e sociais pós-ditadura de Gétúlio Vargas. Conforme apontam Costa, Gonzaléz e Costa ao discorrerem a necessidade de uma transformação mais profunda no que tange o assunto:

Quando olhamos para o contexto brasileiro percebemos que os Direitos Humanos não são prioridade e dependem da vontade política de alguns grupos e do Executivo. Especialmente porque violações de Direitos Humanos no Brasil vêm acontecendo sistematicamente ao longo de sua história, independente do status que o órgão responsável por tal tema tenha, o que nos mostra que mais do que resolver essa questão no âmbito institucional, carecemos de uma transformação profunda voltada à valorização dos Direitos Humanos (COSTA; GONZALEZ; COSTA, 2017, p. 17).

Ainda, torna-se necessário enfatizar que o Brasil, em sua linha temporal de inclusão dos Direitos Humanos, nos diversos espaços e períodos governamentais, se depara com os mais variados nós críticos, que precisam ser desatados pela sociedade e conseqüentemente amparados pelo Estado.

2.4 DIREITOS HUMANOS E SISTEMA CARCERÁRIO: REGRAS MÍNIMAS PARA O TRATAMENTO DO PRESO

Tendo em vista que o objeto de estudo desta pesquisa está focado no diálogo referente aos conflitos bioéticos relacionados à garantia dos Direitos Humanos nos espaços de cárcere brasileiro, declina-se a explanação a seguir, a qual busca apresentar os avanços e enfrentamentos dos Direitos Humanos, com ênfase específica ao direito à saúde da população privada de liberdade.

Com relação à abordagem proposta, é indispensável observar que a população privada de liberdade se encontra em cárceres precários, sucateados e desumanizados, conforme apresentado anteriormente, na introdução desta pesquisa (SOARES; GOMES, 2016, p. 1999).

Em virtude desta realidade expressiva e vulnerável, durante décadas, a ONU e os demais atores políticos e sociais, tanto na esfera nacional, quanto internacional, se empenham na formulação de regras, tratados e recomendações, que possibilitem

a proteção da pessoa privada de liberdade, amparando a dignidade humana e as necessidades primordiais para a vida, como o direito à saúde, por exemplo.

Tomando por base a referida movimentação em prol dos Direitos Humanos da população encarcerada, nos deparamos com o primeiro movimento mundial para a elaboração do esboço de regras e condutas, em 1955, quando a ONU atuou na formulação das Regras Mínimas para o Tratamento de Reclusos. Esse marco histórico é contextualizado por Rodrigues, a partir da seguinte abordagem:

Em 31 de agosto de 1955, durante o Primeiro Congresso das Nações Unidas, realizado em Genebra, em que se debatia a Prevenção do Crime e o Tratamento dos Delinquentes, foi adotada a resolução que trata das Regras Mínimas para o Tratamento de Reclusos, trazendo regras gerais de Direitos Humanos ao preso, sendo esta aprovada pelo Conselho Econômico e Social da ONU através de sua resolução 663 CI (xxiv), de 31 de julho de 1957 (RODRIGUES, 2014, p. 21).

É importante ressaltar que este movimento despontou a partir de articulações dos representantes da ONU, por meio de discussões, buscando consolidar regulamentos para garantir tratamento digno ao ser humano recluso. Conseqüentemente, se elaboraram instrumentos, legislações e políticas públicas, em prol da prevenção do crime, da melhoria do sistema prisional e para o tratamento humanizado da população privada de liberdade.

Esse contexto preliminar pode ser analisado, a partir da ótica de Cabral:

Nas observações preliminares contidas nas Regras encontram-se os seguintes preceitos: O objetivo das presentes regras não é descrever detalhadamente um sistema penitenciário modelo, mas apenas estabelecer – inspirando-se em conceitos geralmente admitidos em nossos tempos e nos elementos essenciais dos sistemas contemporâneos mais adequados – os princípios e as regras de uma boa organização penitenciária e da prática relativa ao tratamento de prisioneiros (CABRAL, 2014, p. 43).

As Regras Mínimas para o Tratamento dos Reclusos foram traçadas a partir do embasamento na DUDH, partindo do pressuposto explicitado em seu artigo 6º, que apregoa que “[...] todo homem tem o direito de ser, em todos os lugares, reconhecido como pessoa perante a lei”. A partir deste princípio se fundamentam as regras, com o objetivo de garantir um sistema penitenciário organizado, que propicie um tratamento digno aos presos (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA [UNESCO], 1948, p. 4).

Conforme objeto de estudo desta pesquisa, é inevitável registrar que as regras traçadas pela ONU em 1955 podem ser consideradas como um dos movimentos internacionais de Direitos Humanos pioneiro, ao subscrever premissas que garantissem o direito à saúde da população carcerária. Essa abordagem é apresentada na resolução referente a Serviços Médicos, que apresenta suas recomendações entre os itens 22º e 26º.

A referida abordagem apresenta no decorrer desses itens citados no parágrafo anterior as seguintes ponderações: equipe médica para os estabelecimentos penitenciários; atendimento especializado; serviços de odontologia; saúde da mulher; higiene; condições sanitárias; e atendimento priorizado e emergencial aos presos

Estas ponderações podem ser observadas a partir dos seguintes itens do documento das Regras Mínimas para o Tratamento de presos da ONU, sobre os serviços médicos:

22. (1) Cada estabelecimento penitenciário deverá dispor dos serviços de pelo menos um médico qualificado, que deverá ter alguns conhecimentos de psiquiatria. Os serviços médicos deverão ser organizados em estreita ligação com a administração geral de saúde da comunidade ou da nação. Deverão incluir um serviço de psiquiatria para o diagnóstico e, se necessário, para o tratamento de estados de perturbação mental. (2) Os reclusos doentes que necessitem de cuidados especializados deverão ser transferidos para estabelecimentos especializados ou para hospitais civis. Caso o estabelecimento penitenciário disponha de instalações hospitalares, estas deverão ter o equipamento, o material e os produtos farmacêuticos adequados para o cuidado e tratamento médico dos reclusos doentes; o pessoal deverá ter uma formação profissional apropriada. (3) Todos os reclusos deverão poder beneficiar dos serviços de um dentista qualificado.

23. (1) Nos estabelecimentos penitenciários para mulheres deverão existir instalações especiais para a prestação de todos os cuidados e tratamentos pré e pós parto necessários. ... 25. (1) Ao médico compete zelar pela saúde física e mental dos reclusos. Deverá visitar diariamente todos os reclusos doentes, os que se queixem de doença e todos aqueles para os quais a sua atenção seja especialmente chamada [...] (ONU, 1977).

A Regra apresenta os primeiros traços relacionados à garantia da saúde a pessoa privada de liberdade, assegurando, mais precisamente: o atendimento assistencial e especializado, pela equipe médica, bem como o atendimento odontológico; os atendimentos nos complexos hospitalares e na rede básicos de saúde; a inclusão nas ações de prevenção e cuidado; e os atendimentos a situações singulares, como a saúde da mulher e do recém-nascido no sistema carcerário.

Nesse contexto de especificações, singularidades e cuidados, ressalta-se a proeminência do referido tratado, considerando que o mesmo foi embaixador e disparador de discussões sociais e jurídicas, que impulsionaram construções legais, em prol a saúde da pessoa privada de liberdade.

Portanto é evidente que a implementação das Regras Mínimas para Tratamento de Reclusos foi primordial para impulsionar arranjos legais, políticas públicas e projetos integrativos, voltados a esta população.

Contudo, é imprescindível pontuar que devido às fragilidades do documento e a necessidade de uma releitura das recomendações apresentadas, diversos atores internacionais impulsionaram movimentos para a realização de uma reformulação das diretrizes, com o objetivo de acolher especificamente as situações de violação da dignidade humana e as vulnerabilidades singulares da população encarcerada.

Por isso, em dezembro de 2010 foi adotada pela Assembleia Geral da ONU a criação de um grupo intergovernamental, o qual foi composto por especialistas para rever as diretrizes e recomendações do referido documento. No caso do Brasil, a proposta de alteração e de inclusão de novas diretrizes e recomendações foi sinalizada pela Pastoral Carcerária, a qual defendeu o aprimoramento dos seguintes aspectos:

- a) Respeito para a dignidade inerente da pessoa presa, e seu valor como ser humano; b) Serviços de saúde e medicina; c) Castigo e ações disciplinares, inclusive a função da equipe de saúde da penitenciária nisso, confinamento solitário e diminuição de comida como forma de castigo; d) Investigação de todas as mortes sob custódia do Estado, assim como sinais ou alegações de tortura ou tratamento desumano e degradante; e) Proteção e necessidades específicas de grupos vulneráveis que estão privados de liberdade, tomando em consideração a realidade de países com situações difíceis; f) direito de acesso a justiça/representação legal; g) Sistema de denúncias ou queixas e inspeção independente; h) Substituição de terminologia desatualizada (PASTORAL CARCERÁRIA, 2014).

Importante registrar que este movimento de reformulação foi finalizado em 2014, com a formulação das Regras de Mandela pela ONU.

2.5 REGRAS DE MANDELA - REGRAS MÍNIMAS DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O TRATAMENTO DE PRESOS

No decorrer dos anos, as Regras Mínimas para o Tratamento de Presos da ONU foram incorporadas por diversas nações, seguindo as orientações e normativas

originárias de sua formulação. Fator importante a ser observado é que desde 1995 não ocorreram alterações no referido documento, o que levou a sua desatualização. Diante de tal processo, diversos países e fóruns sociais e de justiça, reivindicavam e fomentavam uma revisão, para adequá-la à realidade do cenário atual.

A partir deste contexto, em 22 de maio de 2014, foi formulado pelas Nações Unidas um novo quadro de normas, incorporando as premissas dos Direitos Humanos com o propósito de tomá-las como parâmetros na reestruturação do atual modelo de sistema penal e percepção do papel do encarceramento para a sociedade.

Considera-se tal revisão, aliada a criação de novas regras como um momento histórico. Ao documento concebido foi dado o nome de: “Regras de Mandela”. Tal mudança na nomenclatura foi concedida como uma homenagem da ONU ao ícone da luta pelos Direitos Humanos, conforme menção a seguir:

Aprova a recomendação do grupo de especialistas de que as Regras sejam conhecidas como “Regras de Mandela”, para honrar o legado do ex-presidente da África do Sul, Nelson Rolihlahla Mandela, que passou 27 anos na prisão durante sua luta pelos Direitos Humanos globais, pela igualdade, pela democracia e pela promoção da cultura de paz (BRASIL, 2016, p. 16).

Entretanto é relevante pontuar que Nelson Rolihlahla Mandela, sendo um homem negro, pertencente a um país periférico, militante pelos Direitos Humanos para a libertação, não representa o encarcerado em sua totalidade, pois foi um preso político, que devido sua reclusão se transformou em mártir mundial.

Mandela não passou pelo processo de vulnerabilidade social e moral vivenciada pela maioria da população privada de liberdade. Sua índole permaneceu intacta, não carregando o estigma de criminoso ou delinquente, devido a atos que atentassem contra a vida humana, a moral e os bons costumes. Esse fato instiga uma análise crítica de como a sociedade e o Estado abordam a temática de forma reducionista e tímida.

Porém, são evidentes os avanços obtidos pelo tratado, o qual tomou como base as legislações e tratados internacionais vigentes nos países, dentre eles o Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos, o Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais e a Convenção contra a Tortura e Outros

Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes e seu Protocolo Facultativo (BRASIL, 2016, p. 9).

Outro fator relevante é a singularidade no cuidado diferenciado para as mulheres reclusas, crianças, adolescentes e jovens em situação de cárcere. Para buscar esse acolhimento diferenciado o Tratado de Mandela se embasou nos seguintes tratados e legislações, conforme ressaltado pela ONU:

Regras Mínimas das Nações Unidas para a Administração da Justiça, da Infância e da Juventude (Regras de Beijing), Diretrizes das Nações Unidas para a Prevenção da Delinquência Juvenil (Diretrizes de Riad), e Regras das Nações Unidas para a Proteção de Jovens Privados de Liberdade e as Regras das Nações Unidas para o Tratamento de Mulheres Presas e Medidas Não Privativas de Liberdade para as Mulheres Infratoras (Regras de Bangkok) (BRASIL, 2016, p.13).

Ressalta-se que a revisão das Regras Mínimas possibilitou orientações atualizadas em prol ao combate da negligência estatal e da sociedade, buscando romper as barbáries que permeiam os espaços de reclusão e cárcere. Contudo, as Regras de Mandela buscam assegurar:

[...] a dignidade daqueles em situação de privação de liberdade para devolver-lhes a essência de seres humanos que são e, bem por isso, obrigam sejam respeitados, proteção contra qualquer espécie de tratamento ou castigo degradante ou desumano, acomodações razoáveis para pessoas com deficiências físicas e mentais, entre outras orientações (BRASIL, 2016, p.10).

Salienta-se que a Organização das Nações Unidas referenda as Regras de Mandela, recomendando que devem-se ser utilizadas como ferramentas das instituições judiciárias, a partir de formulações de políticas públicas e legislações embasadas na referida regra.

Outro fator relevante que merece destaque refere-se à proposta das alterações específicas nas Regras Mínimas para o Tratamento de Reclusos, precursor do Tratado de Mandela, as quais foram sinalizadas a partir a Resolução da ONU nº 68/190, elaborada por um grupo de especialistas, conforme abordado anteriormente (BRASIL, 2016, p.15).

A partir dessa análise e ponderações, foi apresentada a seguinte formulação pela ONU:

Consciente de que, na sua Resolução n. 68/190, levou em consideração as recomendações do grupo de especialistas quanto às questões e regras das Regras Mínimas para o Tratamento de Reclusos que haviam sido identificadas para revisão, nas seguintes áreas: (a) Respeito à dignidade e valor inerentes aos seres humanos, (b) Serviços médicos e de saúde, (c) Medidas disciplinares e sanções, incluindo o papel dos profissionais de saúde, as penas de isolamento, e a redução da alimentação, (d) Investigação de todas as mortes em custódia, bem como de qualquer sinal ou alegação de tortura; ou tratamento ou punição desumanos, ou degradantes, (e) Proteção e necessidades especiais dos grupos de vulnerabilidade privados de liberdade, levando em consideração países em circunstâncias difíceis, (f) O direito à assistência jurídica, (g) Queixas e inspeções externas, (h) Substituição de terminologias defasadas, além de diversas outras (BRASIL, 2016, p.15).

Percebe-se que as Regras de Mandela apresentaram alterações expressivas e significativas para o sistema carcerário por meio de seu papel normativo, com o objetivo de garantir a vida digna aos diferentes sujeitos em situação de cárcere. Contudo, é necessário que as organizações governamentais, a sociedade e os conselhos econômicos e sociais, adotem tais preceitos.

Ainda, com relação às Regras de Mandela, podemos destacar que o Brasil, providenciou a tradução do documento para o idioma português, sendo esse trabalho feito pelo Conselho Nacional de Justiça em 2016. Com isso foi dado um passo importante na divulgação e implementação das recomendações, principalmente no que se refere às mudanças e alterações nele sugeridas, promovendo ações que garantam a dignidade humana da população privada de liberdade.

Considerando o exposto nos tópicos anteriores e levando-se em consideração que os referenciais internacionais de Direitos Humanos podem ser considerados estruturas basilares para a ruptura da realidade exposta neste estudo, no subcapítulo seguinte será abordada a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos a qual alicerça o diálogo proposto pelo material dissertativo.

2.6 DECLARAÇÃO UNIVERSAL SOBRE BIOÉTICA E DIREITOS HUMANOS

Buscando tecer maior embasamento à discussão que será proposta nos capítulos seguintes, é importante ressaltar a singularidade da bioética, sobretudo na interface com os Direitos Humanos. Considerando este campo primordial para as discussões apresentadas neste trabalho Cruz, Oliveira e Portillo destacam acerca da origem da bioética que:

Há cerca de 30 anos, o médico estadunidense Van Rensselaer Potter já percebera que a sobrevivência da humanidade poderia estar sendo ameaçada. Criou, então, o neologismo bioética para designar a necessidade de uma área científica que se dedicasse a buscar o conhecimento e a sabedoria. Segundo ele, a sabedoria representaria o conhecimento necessário para a administração do próprio conhecimento, objetivando o bem social (CRUZ; OLIVEIRA; PORTILLO, 2010, p. 93).

O contexto apresentado pelos autores elucida a dimensão que a bioética assume diante ao tema. Sendo um campo que sobrevém ao conhecimento da ética da vida e conseqüentemente assume o papel de embaixadora das práticas relacionadas ao bem social e da dignidade humana.

Após décadas de desenvolvimento da disciplina, neste encontro entre a teoria e o método em busca de transformações sociais e humanas, surgiu a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH), publicada pela Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciências e a Cultura - UNESCO em 2005.

A declaração é o “[...] marco para a disciplina da bioética, de tal forma que a reflexão ora exposta se propõe não só a registrar fatos históricos relevantes, bem como destacar e interpretar dois temas específicos – a saber, a vulnerabilidade e a responsabilidade social” (CRUZ; OLIVEIRA; PORTILLO, 2010, p. 94).

Tais fatores relacionados ao surgimento da bioética servem como balizadores para a discussão dos Direitos Humanos, que permeiam diversas realidades sociais. Entretanto, é necessário considerar o enfoque singular que a bioética apresenta ao incluir especificidades sociais e morais dos países periféricos, movimento este apresentado pela vertente latino-americana, a qual se concretiza na DUBDH, observada por Porto:

A reflexão incitada pelas diversas vertentes da Bioética Latino-Americana e, especialmente, pela Declaração da UNESCO em 2005, fortaleceu as proposições que a definem como campo interdisciplinar de produção de saberes relacionados à ideia de saúde, considerada na dimensão social. Para atuar nesse campo a produção bioética utiliza o método científico que lhe permite cercar, definir e abordar as questões em pauta. A diferença de outras áreas da ciência, entretanto, a bioética permite-se transcender os limites do método à medida que admite (e até exige) a reflexão ética, que analisa as razões subjacentes às moralidades para revelar as relações de poder (PORTO, 2014a, p. 66).

Em busca da compreensão dessa construção, é imprescindível evidenciar o contexto histórico e político no qual ocorreu o processo de elaboração do referido

documento normativo, tendo seu princípio no ano de 2003, a partir de movimentos da UNESCO, conforme é apresentado pelos autores Cruz, Oliveira e Portillo:

Em 2003, uma das resoluções da 32ª sessão da Conferência Geral considerava oportuno e desejável fixar padrões universais no campo da bioética no que diz respeito à dignidade, aos direitos e às liberdades humanas, no espírito do pluralismo cultural inerente à bioética, e convidava o diretor-geral da UNESCO a preparar uma declaração de normas universais em bioética – a ser submetida à apreciação na 33ª sessão (CRUZ; OLIVEIRA; PORTILLO, 2010, p. 99).

Este processo foi finalizado no ano de 2005, momento em que a DUBDH foi aprovada por unanimidade na 33ª sessão da Conferência Geral da UNESCO. Merece destaque a observação referente à presença da delegação brasileira neste processo construtivo, na qualidade de agentes impulsionadores das discussões. Tal participação propiciou reflexões sobre a bioética e a defesa dos vulneráveis (GARRAFA, 2005a, p. 130).

É evidente a singularidade da inserção da delegação brasileira na mencionada construção, principalmente ao nos referirmos sobre a abordagem da vulnerabilidade humana e da responsabilidade social. Tal atuação nos é apresentada pelos autores Cruz, Oliveira e Portillo:

Durante a discussão, a delegação brasileira defendeu veementemente o artigo referente à responsabilidade social, reconhecendo o avanço do tema ter sido incluído no escopo da declaração, e enfatizou a necessidade de uma redação mais completa sobre o tópico. Pontos como o direito ao acesso a medicamentos, a necessidade de proteção de populações vulneráveis (CRUZ; OLIVEIRA; PORTILLO, 2010, p. 99).

Essa perspectiva inclusiva foi consoada por delegações dos países periféricos, os quais possibilitaram ao término do processo conceber um objeto amplificado, incluindo fatores sociais. Cruz, Oliveira e Portillo ressaltam que “Tal perspectiva abre espaço para que a reflexão em bioética seja utilizada como instrumento para a resolução de problemas concretos não só nas ciências da vida, mas, igualmente, naqueles detectados pelas ciências sociais” (CRUZ; OLIVEIRA; PORTILLO, 2010, p.100)

Nesse contexto, foi esboçada a DUBDH, cujo embasamento foi baseado em princípios e critérios para a construção de políticas públicas, por meio das quais

fosse possível aos Estados legislarem sobre as temáticas voltadas à bioética (OLIVEIRA, 2010. p.184).

É imprescindível enfatizar que a Declaração apresentou a possível interface entre a bioética e os Direitos Humanos em busca da dignidade humana, a partir da ética da vida. Porto reforça, a esse respeito que, “[...] as noções inerentes aos Direitos Humanos estenderam-se há oito anos ao campo da bioética, lançando bases para que as discussões da ética em saúde pudessem transpor a fronteira da biomedicina, sob os auspícios da DUBDH” (PORTO, 2014a, p. 69).

É necessário observar, também, a estrutura da referida declaração, adotada pela Assembleia-Geral da UNESCO:

A DUBDH encontra-se estruturada em seis partes: preâmbulo, disposições gerais, princípios, aplicação dos princípios, promoção da Declaração e Disposições finais, contendo 28 artigos. O conteúdo da Declaração se fundamenta em quinze princípios substantivos: dignidade humana e Direitos Humanos; efeitos benéficos e efeitos nocivos; autonomia e responsabilidade individual; consentimento; pessoas incapazes de consentir; respeito pela vulnerabilidade humana e integridade pessoal; vida privada e confidencialidade; igualdade, justiça e equidade; não discriminação e não estigmatização; respeito pela diversidade cultural e do pluralismo; solidariedade e cooperação; responsabilidade social e saúde; partilha dos benefícios; proteção das gerações futuras; e proteção do meio ambiente, da biosfera e da biodiversidade (OLIVEIRA, 2010, p. 183).

Desta forma, ao analisarmos os delineamentos traçados pela DUBDH, se observa que as questões sociais foram alinhadas aos contextos bioéticos e de Direitos Humanos, em prol de articulações e de proposições que busquem solucionar ou amenizar as dificuldades reais. Santos e Garrafa esclarecem que desta conjunção resultou no seguinte entendimento, “[...] a bioética passou a se configurar como uma disciplina que não mais se furta à análise das questões sanitárias e ambientais e não mais se omite frente à responsabilidade do Estado na garantia dos direitos aos cidadãos” (SANTOS; GARRAFA, 2011, p. 132).

Esse fator é constante na declaração, pois a mesma aponta princípios que fomentam estratégias, políticas públicas e ações dos Estados para enfrentar os problemas éticos e sociais decorrentes, em seus diversos territórios. Conforme destacam Maluf e Garrafa, a DUBDH:

Se ocupa dos princípios básicos da bioética, tais como a dignidade humana e os Direitos Humanos, a autonomia e a responsabilidade individual, o consentimento, o respeito pela vulnerabilidade humana e integridade pessoal, a confidencialidade, a igualdade, a justiça, a equidade, bem como de temas relacionados com a responsabilidade social e saúde, o preconceito e a responsabilidade para com as gerações futuras, o meio ambiente e a biodiversidade (MALUF; GARRAFA, 2015, p. 458).

É inegável afirmar que a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos se consolidou como normativa instauradora de arranjos instrutivos, embasados em princípios das ciências da vida e sociais, que favorecem a inclusão de concepções éticas e jurídicas.

Portanto, para analisar a referida preposição, torna-se necessário o subsídio da conclusão de Oliveira, a qual destaca precisamente a construção metodológica relativa ao exame dos princípios da DUBDH, associando a bioética aos Direitos Humanos, a partir do seguinte entendimento:

Os quais podem ser classificados, considerando a amplitude do objeto moral abarcado pela norma, como: i. princípios relativos à pessoa humana: dignidade humana e Direitos Humanos; beneficência e não maleficência; autonomia e responsabilidade individual; consentimento; respeito pela vulnerabilidade humana e integridade pessoal; privacidade e confidencialidade; ii. princípios sociais: igualdade, justiça e equidade; não discriminação e não estigmatização; respeito pela diversidade cultural e pluralismo; solidariedade e cooperação, responsabilidade social e saúde; partilha dos benefícios; iii. princípios ambientais: proteção das gerações futuras; proteção do meio ambiente, da biosfera e da biodiversidade. Não obstante todos os princípios relativos à pessoa humana e aos princípios sociais se encontrem entrelaçados, mediata ou imediatamente, com os Direitos Humanos, conforme a abordagem teórico-metodológica adotada, unicamente foram analisados aqueles que continham a categoria estabelecida – Direitos Humanos – ou sua versão semântica estendida encontrada no texto – direitos individuais e direitos fundamentais (OLIVEIRA, 2010, p. 185).

Haja vista os princípios ideológicos da declaração, e retomando as propostas da normativa na inclusão de questões éticas e da abordagem da vulnerabilidade humana, será realizado um recorte da DUBDH, buscando referenciar teoricamente o objeto de estudo deste material dissertativo. Para tanto, é necessário lembrar que a linha de estudo é traçada pelos direitos à saúde da população carcerária, bem como, dentro desse enfoque, objetiva-se a transversalização da DUBDH no direito à saúde.

Esse contexto apresentado é apresentado de forma singular no artigo 14º, o qual, conforme Oliveira, proporciona “[...] o acesso a cuidados de saúde, à

alimentação e água adequadas; a melhoria de condições de vida; a eliminação da marginalização e da exclusão e a redução da pobreza e do analfabetismo” (OLIVEIRA, 2010, p.189).

Conforme o artigo busca garantir a responsabilidade social e saúde, considerando que:

A promoção da saúde e do desenvolvimento social para a sua população é objetivo central dos governos, partilhado por todos os setores da sociedade.
b) Considerando que usufruir o mais alto padrão de saúde atingível é um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, convicção política, condição econômica ou social (UNESCO, 2005, p.8).

A partir dessa fundamentação, a declaração assinala que o progresso da ciência e da tecnologia deve fomentar o seguinte cenário:

o acesso a cuidados de saúde de qualidade e a medicamentos essenciais, incluindo especialmente aqueles para a saúde de mulheres e crianças, uma vez que a saúde é essencial à vida em si e deve ser considerada como um bem social e humano; (ii) o acesso a nutrição adequada e água de boa qualidade; (iii) a melhoria das condições de vida e do meio ambiente; (iv) a eliminação da marginalização e da exclusão de indivíduos por qualquer que seja o motivo; e (v) a redução da pobreza e do analfabetismo. (UNESCO, 2005, p. 9)

O artigo referenciado apresenta em amplitude o percurso que deve percorrer a saúde, concernentes à aspectos físicos, morais e sociais, abrangendo o universo do indivíduo e seus coletivos. A autora aborda este contexto a partir da ótica de Snead, o qual apresenta:

[...] que após pressão intensa dos países em desenvolvimento, mormente o Brasil, o reconhecimento de que a atividade científica deve tomar em consideração o direito ao mais alto nível de saúde, cujo núcleo consiste no direito ao acesso a instalações, bens e serviços de saúde sem discriminação; ao acesso à alimentação essencial mínima; ao acesso à moradia, condições sanitárias básicas e água limpa e potável; à provisão de medicamentos essenciais; à distribuição equitativa de instalações, bens e serviços; e à formulação de um plano de saúde por parte dos governos (OLIVEIRA, 2010, p. 190 apud SNEAD 2009, p. 205).

A partir deste contexto é observado que o Estado se torna um dos sujeitos protetores e promovedores de tal garantia. E as articulações realizadas, devem percorrer aos demais espaços da sociedade, buscando assim instituir avanços nos determinantes sociais da saúde, os quais “[...] são as circunstâncias sociais e

econômicas que afetam a saúde no decorrer da vida e que sem seu atendimento o direito à saúde não se encontra protegido”, tais como: exclusão social, trabalho, desemprego, alimentação, transporte, e integração social, condições sanitárias adequadas, água potável e condições de trabalho seguras e saudáveis (OLIVEIRA, 2010, p. 190).

Por fim, é relevante apontar que a DUBDH apresenta em sua estrutura fundamental normativas que possibilitam ampliar o olhar sobre a saúde do indivíduo, contemplando as vulnerabilidades que permeiam sua existência. Neste contexto, se direciona o olhar ao direito à saúde da população privada de liberdade, a qual tem essa garantia protegida a partir das discussões e articulações dos Direitos Humanos, que por sua vez, promove a produção de políticas públicas pelo Estado.

Contudo é relevante assinalar, conforme cita Oliveira que os “Direitos Humanos e a bioética são instrumentos de controle social que, mediante o apontamento de como melhor agir, buscam permitir o convívio social harmônico e a vida em condições digna, o que se concretiza mediante a tutela do Estado” (OLIVEIRA, 2010, p. 228).

Sendo assim, a DUBDH é mais um instrumento normativo de proteção. No entanto, para a perfeita execução do contido no documento torna-se necessária a ação conjunta da sociedade, incluindo a comunidade acadêmica e do Estado, articulando políticas públicas que garantam o direito à saúde à população carcerária. Apresenta-se então como um desafio constante, atenuado a partir de movimentos singulares de construção e que são confrontados com interesses políticos e de poder, cenário estes que serão apresentados no decorrer dos próximos capítulos.

A partir desse contexto, no próximo item será abordada a contextualização das políticas públicas e as legislações formuladas em prol à saúde da população privada de liberdade.

3 O DIREITO À SAÚDE: AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DO SISTEMA CARCERÁRIO BRASILEIRO

Ninguém conhece realmente uma nação até estar atrás das grades. Uma nação não deveria ser julgada pelo modo como trata seus melhores cidadãos, mas sim por como trata os piores.

(NELSON ROLIHLAHLA MANDELA)

Para o tema políticas públicas e direito à saúde da população carcerária convergem diversos conceitos teóricos, valores morais e legislações nacionais, os quais foram formulados a partir de um processo histórico envolvendo movimentos sociais e o Estado brasileiro.

Conforme indicado no capítulo anterior, por meio de tais ações, após o término da Ditadura Militar, tornou-se possível oferecer aos cidadãos que se encontram privados de liberdade, nos diversos espaços de cárcere do sistema prisional brasileiro, o acesso ao que preceitua a Constituição Federativa do Brasil de 1988, em seu Art. 6º, no que tange aos direitos fundamentais, e mais adiante no Art. 196º da Constituição Federativa do Brasil de 1988, que reconhece a saúde como direito de todos e dever do Estado.

Nesta trajetória singular, envoltos por movimentos coletivos em busca da garantia dos Direitos Humanos, foram traçadas políticas públicas, cujo propósito veio ao encontro da necessidade de assegurar a inclusão e o acolhimento na saúde da população carcerária.

Ao lançarmos o olhar nas últimas décadas torna-se possível observar este processo com maior nitidez, verificando o advento de diversas legislações e projetos intersetoriais por meio dos quais foram concebidas redes temáticas das instituições de saúde, buscando assim o rompimento da fragmentação e negligência do cuidado.

Levando-se em consideração o aspecto teórico e histórico apresentado neste trabalho dissertativo, este capítulo também terá sua abordagem baseada a partir de uma divisão esquemático-cronológica do desenvolvimento das políticas públicas da população privada de liberdade, com ênfase ao direito à saúde. Este será traçado a partir de uma linha temporal e factual, conforme mostrado na Figura 5.

Figura 5 - Divisão esquemático-cronológica do desenvolvimento moderno das políticas públicas da população carcerária/saúde carcerária



Fonte: Elaborada pela autora a partir de Brasil (1937, 1957, 1984, 2003, 2013).

Provindo desta linha temporal, no que se refere a formulação das legislações brasileiras, este capítulo se apresenta como forma de construir algumas pontes entre as vertentes teóricas da ciência política e os marcos legais fundamentados no país, destacando, quando possível, algumas das implicações bioéticas, sobretudo relacionadas à produção e manutenção de vulnerabilidades, encontradas no percurso histórico.

3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS: LEGISLAÇÃO DE EXECUÇÃO PENAL NO BRASIL

Nos estudos das Ciências Sociais reconhece-se que as políticas públicas advêm do resultado instaurado pelos movimentos sociais, conjuntamente com o governo, e surgem diante às inquietudes que emergem nos diversos espaços da sociedade.

Não existe uma única, nem melhor, definição sobre o que seja política pública. Mead (1995) a define como um campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas e Lynn (1980), como um conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos. Peters (1986) segue o mesmo veio: política pública é a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos. Dye (1984) sintetiza a definição de política pública como “o que o governo escolhe fazer ou não fazer”. A definição mais conhecida continua sendo a de Laswell, ou seja,

decisões e análises sobre política pública implicam responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por quê e que diferença faz (SOUZA, 2006, p. 25).

Neste contexto, pontua-se a complexidade das políticas públicas e torna-se possível perceber que o tema deve ser observado em sua amplitude, na qual é permeada pela vida em sociedade e suas singularidades sociais. Segundo a autora Rua, as sociedades modernas têm, como principal característica, a diferenciação social. Isto significa que seus membros não apenas possuem atributos diferenciados (idade, sexo, religião, estado civil, escolaridade, renda, setor de atuação profissional, etc.), como também possuem ideias, valores, interesses e aspirações diferentes e desempenham papéis diferentes no decorrer da sua existência (RUA, 2012).

Essa proposição impacta na realidade da população privada de liberdade, uma vez que apresenta posições diferenciadas e antagônicas. Pois, primeiramente, se observa a necessidade da construção de consonâncias, de direitos igualitários e equânimes a partir de realidades distintas e vulneráveis. Em contraponto, se visualizam movimentos para amenizar os choques culturais, sociais e outros demais, que fomentam os conflitos de interesses da sociedade.

Em relação a esta leitura, uma primeira observação diz respeito ao fato de que por diversas motivações, incluindo motivos morais (como no caso da população privada de liberdade), nem todos os grupos têm a possibilidade de fazer ouvir suas reivindicações e necessidades, o que os tornam moralmente vulneráveis (SANCHES; MANNES; CUNHA, 2018, p. 43).

Sendo assim, consideram-se primordiais as discussões da sociedade e do Estado sobre as políticas públicas da população carcerária, e conseqüentemente na produção de legislações e projetos que garantam à saúde da pessoa privada de liberdade.

No Brasil, bem como na maioria dos demais países, as políticas públicas relacionadas ao sistema de execução penal são oriundas de questões de repressão e de controle, tendo poucas ações efetivamente voltadas à reabilitação e a ressocialização. Estes fatos trazem em seu bojo as vulnerabilidades que permeiam a população carcerária, as quais transpassam a privação da liberdade, e afetam a dignidade humana e os direitos fundamentais do cidadão brasileiro, que se encontra momentaneamente em custódia do Estado, cumprindo as penalizações legais, determinadas pelo sistema judiciário.

Outro fator relevante, com o qual se depara o sistema carcerário, são os diferentes estigmas sociais e culturais, reproduzidos nas diversas esferas da sociedade, referentes aos presos e ao sistema prisional. Esta concepção reproduz conceitos negativos e excludentes, que por consequência, colocam a população de apenados sob o estigma de pessoas sem direito algum, sequer ao direito básico de dignidade como seres humanos. Tal realidade fomenta a negligência por parte da sociedade deste universo e de seus “habitantes”. Ao discriminá-los a sociedade não reconhece, muito menos considera as condições vulneráveis e os espaços precarizados dos cárceres, disponibilizados pelo Estado, sob a alcunha de local para reabilitação.

Para compreender estes cenários, que nos são apresentados em constantes conflitos e debates, bem como no fortalecimento dos Direitos Humanos, torna-se necessária a contextualização do processo histórico do sistema penitenciário. Este sistema surge de forma discriminatória e essencialmente punitiva, e seu alicerce é fundamentado em ações disciplinares, a partir de repreensões físicas e morais.

Com o intuito de compreendermos tal realidade, podem-se resgatar os paradigmas traçados pela sociedade em relação à criação dos espaços de cárceres, os quais são apresentados por Foucault como instituições que têm o objetivo principal de “domesticar os corpos”. Sendo estes redutos formulados em casas de correção, que buscam a regeneração dos indivíduos (FOUCAULT, 2002, p. 36).

Neste contexto, Foucault esboça as apreciações sociais e morais que se entrelaçavam aos indivíduos privados de liberdade pela sociedade:

Ora, se são enclausurados (mendigos e vagabundos do século XVIII) é menos para fixar-lhes ali onde então retidos, do que para deslocá-los: proibir-lhes de circular nas cidades, mandá-los para o campo, ou, ainda, impedi-los de perambular numa região, forçá-los a irem para onde se lhes possa dar um trabalho (FOUCAULT, 2002, p. 36).

Por conseguinte, outro fator histórico a ser analisado, refere-se aos disparates judiciais, no que se diz respeito ao tratamento dado, de forma diferenciada, aos indivíduos da sociedade, que ocorreriam até o século XIX, conforme aponta Roig:

Aos presos “comuns”, destinava-se um modelo ressocializante, consectário do projeto liberal emergente e voltado à regeneração moral do indivíduo ainda considerado capaz de cumprir os desígnios a ele atribuídos pelas forças sociais dominantes. Em contrapartida, no tocante aos presos escravos, a funcionalidade do sistema prisional deixa de ter um cunho

eminente preventivo especial para se concentrar nas vertentes retribuída preventiva especial negativa e preventiva geral (positiva e negativa). Em outras palavras, a pena destinada aos escravos conserva incólume a sua condição de suplício corporal, reproduzindo na esfera pública as mesmas práticas punitivas senhoriais (privadas), não apenas como meio de expiação do ato praticado e de dissuasão de possíveis levantes escravos, mas também como instrumento de neutralização – verdadeiro extermínio, seja dos cativos considerados perigosos ou sediosos, seja daqueles que deixam de possuir serventia laboral (ROIG, 2005, p.42).

A partir da retrospectiva apresentada sobre o sistema prisional brasileiro, pode-se observar um modelo alicerçado por processos discriminatórios e hierarquizantes, cuja execução estava baseada em critérios diferenciados, conforme a classe social em que o indivíduo se encontrava (ROIG, 2005, p.42).

Conclui-se, neste sentido, que esses fatores foram responsáveis pela reprodução dos paradigmas sociais, que impulsionam o cenário atual do sistema prisional no país, vinculando a concepção de suas diretrizes a punição, a exclusão social e a negligência do Estado e da sociedade.

Conforme será à frente destacado, buscando romper estes arquétipos, foram realizados diversos movimentos para elaborar de políticas públicas, inclusivas e de direitos. No entanto, para sua eficácia, foi necessária a construção, a partir do envolvimento dos movimentos sociais e dos diversos setores do Estado, de um novo cenário, cujo objetivo partiu do pressuposto de romper com os padrões de vulnerabilidade pré-existent. A partir desse trabalho conjunto, elaboraram-se a elaboração de legislações que fomentaram a garantia dos Direitos Humanos, da dignidade humana e do cuidado a integralidade do indivíduo.

Com o intuito de visualizar o contexto histórico apresentado anteriormente, no qual atualmente embasadas as legislações penais, torna-se primordial observar a linha cronológica das políticas públicas de execução penal brasileira, buscando relacioná-las às políticas públicas da esfera da saúde.

3.1.1 Código Penitenciário de 1933: Diretrizes de Saúde ao Encarcerado

O Código Penitenciário de 1933 é a primeira legislação do sistema prisional brasileiro, elaborado graças ao trabalho de uma comissão composta pelos juristas Cândido Mendes, Lemos Brito e o médico psiquiatra Heitor Carrilho (ROIG, 2005, p. 33).

O texto faz referência a criação do Conselho Penitenciário, surgindo dessa forma, um fórum consultivo e deliberativo, composto por juristas e dois professores de medicina, com a exigência de que estes deveriam ter especialização na área de psiquiatria. Neste sentido, o conselho tinha a obrigação de se encarregar do envio de boletins anuais acerca da situação psíquica e moral dos sentenciados (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO [UFRJ], 1978).

Roig aponta que a estruturação do trabalho médico e psiquiátrico nas unidades prisionais deste período era fundamentada pela formulação de Institutos de Antropologia Penitenciária, cujo objetivo era realizar estudos físicos e psíquicos dos encarcerados, baseados nas ideias de Lombroso (ROIG, 2005).

O cuidado das condições de saúde dos infratores é regido a partir da proposição da saúde mental e tinha como objetivo primordial a proteger a sociedade de indivíduos com personalidades criminosas e que tivessem traços de predisposição para delitos:

Art. 60. As investigações dos institutos de anthropologia penitenciaria terão os seguintes objetivos: 1.º o estudo de factores psysicos e psychicos que definem a personalidade dos delinquentes; 2.º o estudo da heredologia criminal, da predisposição individual na gênese do delicto e, particularmente, o estudo genealógico dos reincidentes; 3.º o estudo da temibilidade dos criminosos, apreciada pelos seus aspectos psycho-anthropologicos, decorrentes da formação anormal da personalidade e sua projecção social (UFRJ, 1978, p.25).

Assim, pode-se afirmar que a saúde da população encarcerada foi um dos eixos do tratamento penal no projeto de 1933, o qual tinha em suas premissas as práticas terapêuticas individuais. Contudo, a saúde mental era o objetivo fundamental da atuação da equipe médica, e sua função era elaborar estudos de personalidade dos indivíduos, acreditando que os mesmos serviriam, posteriormente, de base para a produção de pareceres e prontuários, cuja finalidade seria o acompanhamento do processo de “[...] regeneração moral dos delinquentes” (UFRJ, 1978, p. 27).

3.1.2 Anteprojeto do Código Penitenciário de 1957: Diretrizes de Saúde ao Encarcerado

Devido à necessidade de normativas e legislações que amparassem o Código Penitenciário de 1933 e ao encontro dos movimentos de fortalecimento do Código Penal de 1940, surge no ano de 1957 a proposta do governo brasileiro para criar um comitê de técnicos e juristas que tinha como objetivo elaborar uma nova proposição para o código penitenciário brasileiro (ROIG, 2005).

O autor aponta que a proposta de 1957 foi traçada a partir de diretrizes de um eixo humanizador, focando em seu conteúdo a execução das penas. Tal fato pode ser observado a partir da proposta de extinção de medidas repressivas e disciplinares, baseadas no rompimento de penalizações como punições físicas, açoitamentos, restrições alimentar e a utilização de armas e quaisquer artigos de repressão, que de algum modo, atentassem contra a dignidade da pessoa presa (ROIG, 2005).

Entretanto, apesar de se visualizar um progresso nas questões humanistas das penas não havia no projeto de 1957, o avanço referente aos demais fatores do sistema prisional, dentre os quais pode-se destacar as condições morais e físicas, relacionadas a saúde dos encarcerados. Sendo assim, observa-se que não houve rompimento completo com a essência das legislações anteriores, as quais embasavam suas ações em eixos punitivos e repressores, não trazendo ações de prevenção e assistência física e social aos indivíduos reclusos.

Esse fato é ressaltado na proposta de criação do Serviço de Recuperação, conforme aponta a publicação da UFRJ:

O Serviço de Recuperação tem por mister o estudo da personalidade dos recolhidos, distribuí-los em classes e grupos, determinando-lhes o tratamento conveniente. A apreciação anamnética da personalidade clínico, somático, neuropsiquiátrico e psicológico, a abranger pesquisas quanto à vida pregressa, à ambiência familiar, ao nível intelectual e ainda às circunstâncias do fato praticado. Daí o juízo sobre a personalidade, a diagnose, a prognose e a indicação do tratamento (UFRJ, 1978, p. 135).

Importante observar que para composição de tal comitê seria necessária a participação de médicos, psiquiatras, clínicos e um assistente social. Contudo, esse grupo teria como responsabilidade a elaboração de relatórios de personalidade, que seriam utilizados posteriormente para a classificação dos encarcerados. Tais

estudos teriam fatores específicos de análise, definidos pela observação dos seguintes elementos: condições clínicas do indivíduo, condições fisiológicas e morfológicas e fatores neuropsiquiátricos. Após essa análise *a priori* do apenado, eram observados posteriormente fatores sociais e morais, como sentimentos, aptidões, valores morais, instintos, formação religiosa, entre outros (UFRJ, 1978).

Em comum, as propostas e legislações que antecederam a datada de 1957 não traziam em seu bojo a observância de diretrizes que poderiam fomentar ações relacionadas as condições mínimas de cuidado à saúde da população carcerária. Contudo, é relevante salientar as evoluções específicas no trato humanitário, mais precisamente no que tange as penalizações do sistema penitenciário, momento em que foram abolidas determinadas punições, tais como os açoites públicos e a pena de morte.

Finalizando esta análise histórica, a respeito das primeiras legislações de execução penal no Brasil, observa-se que diretrizes relacionadas ao cuidado à saúde da população carcerária são consonantes ao princípio de proteção a sociedade. Esse fator pode ser visualizado a partir das ações desenvolvidas nas décadas de 1930 à 1980, período em que foram desenvolvidos trabalhos na área de saúde no cárcere, embasados na questão da saúde mental e consequentemente a sua relação com a delinquência.

Ainda, seguindo a linha de raciocínio sobre o tema, é importante apontar que tais ações implementadas com trabalhadores da saúde, serviram fundamentalmente para impulsionar a formulação coletiva do arcabouço legal que compõe a legislação vigente no país, que, por seu conteúdo, preconiza o conjunto ético e de Direitos Humanos nas condições de confinamento do sistema prisional brasileiro.

3.1.3 Código de Execução Penal de 1984: Diretrizes de Saúde ao Encarcerado

Na década de 1980, em meio ao cenário de rompimento com o sistema ditatorial do país, as políticas públicas estavam em ebulição. Fomentadas pelos movimentos sociais e demais agentes da sociedade, propiciaram a construção coletiva de legislações que garantissem os direitos a cidadania da população brasileira.

Neste contexto de ruptura e formulação de políticas igualitárias, que garantissem os Direitos Humanos, surgiram as primeiras iniciativas legais para o

reordenamento da execução penal e as condições de encarceramento brasileiro, com o advento da Lei de Execução Penal (LEP), nº 7.210, de 11 de julho de 1984 (BRASIL, 1984).

Já em seu primeiro artigo a norma apresenta garantia de que “a execução penal tem por objetivo efetivar as disposições de sentença ou decisão criminal e proporcionar condições para a harmônica integração social do condenado e do internado” (BRASIL, 1984). A Lei de Execução Penal assegura ao apenado a oportunidade da garantia de acesso aos direitos básicos de cuidado, inclusão social e ressocialização, os quais devem ser providos pelo Estado, conforme preconizado no artigo 10º e 11º da legislação, respectivamente:

Art. 10. A assistência ao preso e ao internado é dever do Estado, objetivando prevenir o crime e orientar o retorno à convivência em sociedade.

Parágrafo único. A assistência estende-se ao egresso.

Art. 11. A assistência será:

I - material; II - à saúde; III - jurídica; IV - educacional; V - social; VI - religiosa. (BRASIL, 1984)

Conforme artigos subsequentes da LEP, pode-se depreender que determinados eixos estão relacionados às garantias oferecidas à população carcerária, em correlação a assistência material e a saúde desse público:

SEÇÃO II - Da Assistência Material

Art. 12. A assistência material ao preso e ao internado consistirá no fornecimento de alimentação, vestuário e instalações higiênicas. Art. 13. O estabelecimento disporá de instalações e serviços que atendam aos presos nas suas necessidades pessoais, além de locais destinados à venda de produtos e objetos permitidos e não fornecidos pela Administração. (BRASIL, 1984)

Além da assistência material observada na seção II, que atenda suas necessidades pessoais básicas, destaca-se a necessidade da assistência à saúde, que deverá ser prestada em outros estabelecimentos, caso o Estado não possa provê-la, bem como, atendimento diferenciado às genitoras e seus filhos, conforme transcrição a seguir:

SEÇÃO III - Da Assistência à Saúde

Art. 14. A assistência à saúde do preso e do internado de caráter preventivo e curativo, compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico. § 2º Quando o estabelecimento penal não estiver aparelhado para prover a assistência médica necessária, esta será prestada em outro local, mediante autorização da direção do estabelecimento. § 3º Será assegurado

acompanhamento médico à mulher, principalmente no pré-natal e no pós-parto, extensivo ao recém-nascido. (BRASIL, 1984)

Nesta conexão de direitos e deveres do Estado, torna-se indispensável ressaltar que a LEP veio ao encontro das diretrizes e princípios das regras internacionais sobre os direitos da pessoa presa, singularmente ao preceituado nas Regras Mínimas para o Tratamento de Prisioneiros da Organização das Nações Unidas.

Portanto, a LEP aponta o Estado como protagonista na formulação das políticas públicas, que se destinam ao sistema prisional, buscando dessa forma, a implementação de ações que promovam a ressocialização aos condenados, a prevenção ao crime e a reincidência de delitos pelos apenados.

Essa ação de prevenção e assistência é apontada por Coelho como um dever fundamental do Estado, que surge como protagonista, sob a ótica da obrigação de assegurar as condições de bem-estar nos espaços de reclusão:

A única estratégia suficiente de que poderá lançar mão o Estado consiste, no mínimo, em atender as necessidades básicas da massa encarcerada, supri-la de adequada assistência jurídica, médica e social, recuperar fisicamente as deterioradas instalações prisionais, que se assemelham a cárceres medievais, classificar e separar os internos segundo a gravidade dos delitos, de reincidência, e os resultados de uma competente avaliação por psicólogos bem preparados. E libertar os que já estão com suas penas cumpridas. [...] O que, de resto, não será mais do que cumprir a lei (COELHO, 2005, p. 350).

Ressalta-se, portanto, que as ações assistenciais deverão ser efetuadas no decorrer da sentença, conforme propõe a LEP, reforçando a tese indicada a respeito da obrigação do Estado em promover condições dignas e legítimas de reintegração social para o encarcerado.

Nesta perspectiva, é importante reafirmar que as necessidades fundamentais dos presos estão embasadas na dignidade humana e nas condições de vida. Isto posto, reforça-se também que tais necessidades se apresentam de forma relacionada ao direito do cuidado à saúde. Tal fator é de extrema importância, devido o impacto social e físico dos cidadãos e sua rede social. Sendo assim, um dos elementos primordiais para a condição digna da população carcerária refere-se às condições de confinamento, pois parte-se do pressuposto de que devem

apresentar condições mínimas de higiene, estrutura material que promovam bem-estar físico e psíquico.

Evidencia-se, então, que a referida população ao ser reclusa traz em sua bagagem diversos problemas físicos, psíquicos e sociais, e estes por diversas vezes são agravados pela precariedade das condições de moradia, alimentação e saúde das unidades prisionais (BRASIL, 2004a).

A partir desta conjuntura, que se apresenta permeada de vulnerabilidades, necessidades e direitos, percebe-se a vinda da LEP como um instrumento legal, provedor de políticas públicas para garantir o direito à saúde da população carcerária. Tal inferência conduz ao fato de que a Lei vem ao encontro das necessidades fundamentais e do direito à saúde de todos os cidadãos brasileiros, preconizado pela Constituição Federativa do Brasil.

Neste cenário, percebe-se que surgem movimentos democráticos que visam garantir o direito à cidadania a todo brasileiro e romper com as diferenciações resultantes das distinções sociais. Outro fator preponderante a ser observado, refere-se às ações que incluam a população carcerária, ao direito à saúde, pois é inegável que tais indivíduos estão privados de liberdade, porém não podem ser tolhidos de seus direitos fundamentais.

Constata-se tal fundamento relacionado aos direitos fundamentais, abordado anteriormente, por meio do apontamento feito pelo Ministério da Saúde, conforme segue:

É preciso reforçar a premissa de que as pessoas presas, qualquer que seja a natureza de sua transgressão, mantêm todos os direitos fundamentais a que têm direito todas as pessoas humanas, e principalmente o direito de gozar dos mais elevados padrões de saúde física e mental. As pessoas estão privadas de liberdade e não dos Direitos Humanos inerentes à sua cidadania (BRASIL, 2004a, p. 12).

Portanto, a partir do contexto afirmado pela Lei nº 7.210, vigente até os tempos atuais, que se possibilitou a inserção dos presos, na esfera de direitos da cidadania brasileira. Complementando o exposto, torna-se necessário recorrer a afirmação de Lermen et al., os quais dizem que o preso é um sujeito de direitos, esteja ele cumprindo pena (preso definitivo), ou aguardando julgamento (preso provisório) (LERMEN et al., 2015, p.909).

A partir desse esclarecimento, é possível reafirmar que a Lei de Execução Penal de 1984, que adveio no período de redemocratização brasileira, pode ser considerada a legislação precursora na garantia dos direitos à saúde nos estabelecimentos prisionais. Sendo assim, sagra-se como marco histórico para a sociedade, no tocante à formulação de políticas públicas inclusivas, fomentadoras dos Direitos Humanos.

Contudo, a realidade apresentada se mostra de forma diferenciada. Segundo Lermen et. al, a garantia se opera no plano jurídico e não necessariamente se efetiva dentro do cenário prisional. Esse é um dos nós críticos do sistema de assistência à saúde carcerária (LERMEN et al., 2015).

Essa contradição entre o direito traçado na LEP e a realidade vivenciada atualmente pela população carcerária é sinalizada de forma contundente por Aguirre. O autor expõe a negligência à saúde no sistema penitenciário, realidade que pode ser visualizada a partir de espaços e reclusão superlotados, insalubres, com falta de higiene e permeados de adoecimento (AGUIRRE, 2009, p. 60).

O Aguirre traduz a vulnerabilidade em que estes indivíduos estão envoltos, a partir do seguinte cenário:

As prisões masculinas são descritas, frequentemente, como verdadeiros infernos: superlotação, violência, falta de higiene, comida insuficiente, castigos corporais, péssimas condições de saúde, abusos sexuais, trabalho excessivos, são só alguns dos problemas mencionados (AGUIRRE, 2009, p. 60).

É evidente que a realidade apresentada é de extrema complexidade e fragilidade, e que o direito à saúde se encontra distante do sistema prisional brasileiro. Isto é apresentado por Torres, quando descreve o cenário onde a assistência médica aos presos é negligenciada, desde os atendimentos mais simples até os mais complexos, não havendo nem o atendimento necessário, ou pior, não há nenhuma assistência sequer a estes indivíduos (TORRES, 2001, p. 86).

Contudo, é inevitável analisar o confronto entre o direito registrado na política pública da Lei de Execução Penal e a realidade vivenciada nos espaços de cárcere. Neste contexto, Coelho aponta o seguinte questionamento:

O argumento de que não são os regulamentos e leis, em si mesmas boas e justas, mas as condições que impedem ou desvirtuam sua aplicação evidentemente não interessa ao preso e nem o persuade. Se a lei funcionou

com eficiência para privá-lo de sua liberdade – e são raros os que consideram injusta sua condição -, por que se tornariam ineficientes quando se trata de garantir os direitos dos condenados? (COELHO, 2005, p. 70).

A realidade vivenciada nos espaços de cadeias públicas e penitenciárias não reflete a proposta expressada na LEP. Sendo assim, é contundente a observação sobre o fato de que os direitos à saúde da população carcerária são feridos cotidianamente nos espaços de reclusão. Partindo dessa realidade, se deslumbra a necessidade de formular projetos e políticas públicas que construam uma ponte real entre a teoria e a prática. Um desafio ético e político para a sociedade brasileira.

3.2 POLÍTICA PÚBLICA PIONEIRA DA SAÚDE CARCERÁRIA: PLANO NACIONAL DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO (PNSSP)

A partir da CF, bem como a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, que instituiu o SUS, iniciaram mudanças na sensibilidade governamental no trato à população carcerária, a ponto de se criarem normativos no sentido de assegurar o direito à saúde dessa parcela da população brasileira (BRASIL, 2010c, p. 7).

Para abordar a construção das políticas públicas da saúde carcerária, primeiramente é fundamental lembrar a fragilidade do sistema carcerário, onde se encontrava a população privada de liberdade na época. Fato este refletido a partir de alguns fatores determinantes, tais como: as práticas de violência, a precariedade de espaço de reclusão e a deficiência no atendimento à saúde. E apesar da existência de diversos tratados internacionais que definiam normativas e diretrizes para melhor implementação das unidades penitenciárias de todo o mundo, observava-se que referidos tratados, não eram incorporados pela legislação brasileira (BRASIL, 2004a).

Outro ponto a ser salientado é que durante muitos anos a demanda da saúde da população encarcerada no sistema prisional brasileiro era acolhida sob um olhar reducionista, sendo a grande maioria relacionada a doenças transmissíveis, como a HIV/aids, além de prestar assistência para a redução de danos associados ao uso abusivo de álcool e outras drogas. Esse fato aponta a minoração das ações do Estado e da sociedade, com relação a essa realidade, tornando evidente que os problemas de saúde decorrentes das condições de encarceramento não eram elementos prioritários para as ações de saúde dos governos brasileiros.

Diante dessa necessidade houve a formular uma política pública que incluísse a referida população nos direitos de promoção dos Direitos Humanos. Assim foi formulada pelo Ministério da Saúde e da Justiça Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, em 9 de setembro de 2003 com a Portaria Interministerial nº 1.777, a primeira política pública específica para a saúde da população carcerária:

A consolidação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário representa um avanço para o País, na medida em que, pela primeira vez, a população confinada nas unidades prisionais é objeto de uma política de saúde específica, que possibilita o acesso a ações e serviços de saúde que visam a reduzir os agravos e danos provocados pelas atuais condições de confinamento em que se encontram, além de representar sua inclusão no SUS (BRASIL, 2004a, p. 9).

Contudo, essa consolidação legal reforça a necessidade da garantia constitucional à saúde à população carcerária, sendo necessária a elaboração de políticas específicas, conforme apontado por Kolling, Silva e Sá:

É fundamental lembrar, contudo, que a escolha relacionada à criação e à implementação de um plano de saúde específico para o sistema penitenciário só foi objeto de deliberação, por parte do poder público, mais de quinze anos após o reconhecimento da saúde como direito de todos. Esse direito está pautado na carta política democrática, ou seja, na Constituição de 1988, que não faz distinção em relação ao destinatário desse direito; presos ou não, todos têm direito à saúde (KÖLLING; SILVA; SÁ, 2013, p. 291).

Porém, é inegável que o PNSSP foi um marco histórico da saúde prisional brasileira. Partindo da ótica coletiva, o plano institucionalizou e legitimou por meio de articulações e aprovações em fóruns participativos e deliberativos, tais como a Comissão Intergestores Tripartite, a 12.^a Conferência Nacional de Saúde e o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária do Ministério da Justiça, a referida legislação no Plano Nacional de Saúde do Brasil (BRASIL, 2004a).

Ressalta-se que o PNSSP teve como foco de atuação a população recolhida em penitenciárias, presídios, colônias agrícolas e/ou agroindustriais e hospitais de custódia e tratamento, não contemplando nesta legislação os presos do regime aberto e presos provisórios, recolhidos em cadeias públicas e distritos policiais (BRASIL, 2004a).

O Plano foi traçado a partir de diretrizes estratégicas, e suas ações foram norteadas na atenção básica e média complexidade assistencial. Dentre estas, destacam-se:

1. O controle e tratamento de tuberculose; 2. A realização de sorologia anti-HIV para todos os casos diagnosticados e estimulação do tratamento; 3. A proteção dos internos sadios, por meio do desenvolvimento de ações educativas e preventivas; 4. O controle dos pacientes que apresentem quadro de hipertensão e diabetes; a busca ativa de casos e diagnóstico clínico da Hanseníase; 5. As diversas ações relacionadas à Saúde Bucal; 6. A realização de pré-natal, controle do câncer cérvico-uterino e de mama; 7. As terapias individuais e em grupo, executadas por profissional de nível superior; 8. O diagnóstico, aconselhamento e tratamento em IST/HIV/aids; 9. A atenção em saúde mental; 10. A operacionalização de programa de imunizações; 11. A aquisição de medicamentos (BRASIL, 2010c, p. 38).

Outro ponto a ser salientado, é a estrutura do quadro funcional estipulado pelo PNSSP, para as instituições que aderissem ele, o qual era:

Nas unidades prisionais com mais de 100 presos, a equipe técnica mínima, para atenção a até 500 pessoas presas, obedecerá a uma jornada de trabalho de 20 horas semanais e deverá ser composta por: • Médico; • Enfermeiro; • Odontólogo; • Psicólogo; • Assistente Social; • Auxiliar de enfermagem; e • Auxiliar de consultório dentário (BRASIL, 2004a, p. 17).

Porém, apesar destes avanços em prol da saúde, a população carcerária que se encontrava reclusa nas penitenciárias do país continua a encontrar dificuldades em sua concretização nos espaços de reclusão, sendo uma das principais, a obtenção de recursos humanos para saúde no sistema penitenciário. Verificou-se que, geralmente, os contratos dos profissionais de saúde eram temporários e este fato não contribuía para a manutenção ao longo prazo das estratégias de ação acordadas (BRASIL, 2010c).

Outro fator relevante que fragilizou o processo diz respeito à designação das unidades ambulatoriais e hospitalares da rede do Sistema Único de Saúde, que se tornaram referência para atendimento à população reclusa. Esse fato decorreu do desafio inerente ao processo de pactuação dos serviços, profissionais e gestores do SUS, sejam eles municipais ou estaduais. Neste contexto observou-se que geralmente a inclusão da população carcerária nos demais serviços de saúde, se tornou o principal desafio do plano, principalmente pelo enfrentamento do estigma que estão sujeitas na rede pública de saúde (BRASIL, 2010c).

Por fim, outro fator relevante a ser analisado é que apesar dos inúmeros avanços alcançados com a implementação do PNSSP, o fator de fragilidade do plano foi não abranger a totalidade das pessoas privadas de liberdade, pois as ações estão voltadas unicamente à população penitenciária, deixando descoberta à parte restante do sistema prisional. Esse fato excludente impossibilitou o direito à atenção à saúde às pessoas que cumprem pena em regimes abertos e provisórios, recolhidas em cadeias públicas e distritos policiais (LERMEN et al., 2015).

O direito à saúde se tornou novamente fragmentado e fragilizado, não sendo implementado em sua integralidade. Para reverter esse quadro, se iniciou a formulação de uma política pública, que apresenta como eixo norteador a saúde integral das pessoas privadas de liberdade, que será exposta a partir do subcapítulo seguinte, em que se busca aprofundar a ótica da temática dissertativa.

3.3 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE NO SISTEMA PRISIONAL (PNAISP)

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário completou dez anos em 2014, e desde sua implantação, durante sua trajetória, pode-se visualizar inúmeras iniciativas que surgiram com o intuito de buscar a inclusão e acolhimento das pessoas privadas de liberdade. Porém, como é evidente, salientar-se que a primeira política pública específica para a saúde da população encarcerada, teve inúmeros enfrentamentos e nós críticos, os quais se tornaram um constante desafio para a garantia ao direito constitucional à saúde, instituído na LEP e fortalecido nos princípios do Sistema Único de Saúde.

Esse fato apresentado por Freitas et al., a partir do seguinte contexto:

É evidenciado, por exemplo, pela Carta do Rio de Janeiro de 27 de outubro de 2011, a qual reflete os resultados do debate realizado na 6ª Conferência Estadual de Saúde do Rio de Janeiro no mesmo ano, acerca dos problemas de saúde que afetam a população que se encontra presa. Nesta carta foram apresentadas várias falhas relacionadas ao tema, dentre elas, o aumento vertiginoso de diversas doenças, decorrentes da superpopulação e das condições de encarceramento; a redução do número de profissionais de saúde que atuam no sistema prisional; a falta de implantação de um Plano Operativo Estadual que assegure o acesso à saúde desta população; a ausência de uma política pública de saúde e de saúde mental específica; e a dificuldade para implementar o controle social nesse meio. Várias propostas foram aprovadas e encaminhadas à 14ª Conferência Nacional de Saúde (FREITAS et al., 2016. p. 176).

Essa realidade, vivenciada pela população privada de liberdade, no que se refere à questão da vulnerabilidade, foi impulsionadora de pautas reivindicatórias da 14ª Conferência Nacional de Saúde. Desta forma, motivou os delegados conferencistas do evento, para a elaboração de moção referente a necessidade de uma política nacional de saúde voltada ao sistema prisional, conforme sugerido no relatório final da reunião, pela Moção nº 4, que teve como destinatários o Ministério da Saúde e Ministério da Justiça:

[...] apresentam esta moção de apelo pela criação e implementação de uma Política Nacional de Saúde para o Sistema Penitenciário Brasileiro em substituição à Portaria Interministerial nº 1.777, de 2003, fomentando uma política de Estado que garanta o acesso e o acolhimento com qualidade na atenção básica, secundária e terciária para todas as pessoas privadas de liberdade ou em média de segurança, que contemple: A Constituição da República Federativa do Brasil; As regras mínimas para tratamento de reclusos da ONU; Os princípios basilares do Sistema Único de Saúde (universalidade, equidade e integralidade); A Lei nº 10.216/2001, que trata da Reforma Psiquiátrica, incluindo a implantação de uma Política Nacional e Estadual de Saúde no Sistema Penitenciário que garantisse o acesso destas pessoas ao SUS (BRASIL, 2012, p. 122).

A partir deste contexto de vulnerabilidades e negligências chegou-se à constatação da necessidade de implementar um grupo analítico e formulador de uma política pública, cuja ação abrangesse a integralidade do cuidado, preservando os Direitos Humanos e a dignidade humana.

De tal modo, foi instituído pela Portaria Interministerial nº 1.679, de 12 de agosto de 2013, o Grupo de Trabalho Interministerial cuja missão seria a elaboração da Política Nacional de Saúde no Sistema Prisional, bem como o Comitê Técnico Intersetorial de Assessoramento e Acompanhamento da Política, compostos pelos seguintes órgãos: Ministério da Saúde; Ministério da Justiça; Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República; Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República; e Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial da Presidência da República (BRASIL, 2013).

Esse movimento inclusivo e participativo desenvolveu em suas ações o diferencial da ótica pluralista voltada para a população encarcerada. Sendo assim buscou-se traçar um novo cenário, a partir da atuação de diversos segmentos e

atores, em prol ao combate do cenário adoecido e excludente, do sistema prisional brasileiro.

Conseqüentemente, a partir desse primeiro esboço foi concebido em 2 de janeiro de 2014 a Política Nacional para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade no Sistema Prisional. Ainda, importante citar, que no âmbito do Sistema Único de Saúde, em 2 de janeiro de 2014 foi criada a Portaria Interministerial de nº 1 com a finalidade de expandir as ações de saúde do SUS para a população privada de liberdade, “[...] fazendo com que cada unidade básica de saúde prisional passasse a ser visualizada como ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde” (BRASIL. 2014a).

Entende-se, portanto, que a PNAISP apresentou como objeto a assistência à população privada de liberdade na Rede de Atenção à Saúde, ofertando arrimo desde a atenção básica até a alta complexidade do SUS. Outro fator relevante que merece destaque refere-se à abrangência de atuação da portaria, pois esta tem como foco desde os presos provisórios em delegacias de polícia, até os condenados em penitenciárias estaduais e federais (BRASIL, 2014a).

Neste contexto, é imprescindível citar que a política busca o atendimento integral da população carcerária e garantir a dignidade humana, a partir de ações que assegurem a autonomia destes usuários e dos profissionais da saúde. Outro fato relevante que merece destaque, refere-se, a PNAISP, como fomentadora de ações que qualifiquem e humanizem os espaços de cuidado e assistência do sistema prisional, provendo o acesso aos diversos serviços de saúde, e promovendo o cuidado integral a pessoa privada de liberdade. Por fim, observa-se que a mesma “[...] promove as relações intersetoriais com as políticas de Direitos Humanos, afirmativas e sociais básicas, bem como com as da Justiça Criminal” (BRASIL, 2014a).

Outro fator relevante que também merece atenção diz respeito às dimensões do cuidado, traçados na PNAISP, que apresenta olhar diferenciado e acolhedor para as vulnerabilidades físicas, sociais e éticas que permeiam essa realidade. Tais aspectos podem ser observados a partir de suas diretrizes, transcritas a seguir:

I - promoção da cidadania e inclusão das pessoas privadas de liberdade por meio da articulação com os diversos setores de desenvolvimento social, como educação, trabalho e segurança; II - atenção integral resolutiva, contínua e de qualidade às necessidades de saúde da população privada de liberdade no sistema prisional, com ênfase em atividades preventivas,

sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - controle e/ou redução dos agravos mais frequentes que acometem a população privada de liberdade no sistema prisional; IV - respeito à diversidade étnico-racial, às limitações e às necessidades físicas e mentais especiais, às condições econômico sociais, às práticas e concepções culturais e religiosas, ao gênero, à orientação sexual e à identidade de gênero; e V - intersectorialidade para a gestão integrada e racional e para a garantia do direito à saúde (BRASIL, 2014a).

Neste contexto, a PNAISP definiu os serviços de saúde em três diferentes eixos, caracterizados pelo número de pessoas em cada complexo penitenciário e/ou unidades prisionais, divididos de tal forma: Tipo I, até 100 pessoas; Tipo II até 101 a 500 pessoas; Tipo III, de 501 a 1200 pessoas. Da mesma forma foram definidas as equipes de atenção básica prisional tipos I, II e III, estas, formadas por equipe multidisciplinar, integradas pelos seguintes profissionais: Cirurgião-dentista, Técnico de higiene bucal; Enfermeiro; Técnico de enfermagem; Médico. Ressalta-se que nas estruturas específicas existem a inclusão de médico psiquiatra, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, psicólogo, terapeuta ocupacional e nutricionista. Contudo, os serviços de saúde dentro dessas instituições devem estar integrados a uma Unidade Básica de Saúde fora das instituições (BRASIL, 2014a).

Um aspecto fundamental para compreender tal contexto é a promoção da corresponsabilização dos governos estaduais e conseqüentemente dos municipais, que devem assinar o termo de adesão, assumindo os encargos e responsabilidades estabelecidos na Política, devendo os mesmos encaminhar do documento ao Ministério da Saúde. Porém, é importante salientar que este processo de inclusão a PNAISP é facultativo, para cada território (BRASIL, 2014b).

Contudo, Freitas et al., salientam:

A implantação da PNAISP é recente; sendo assim, está em processo de estruturação e de adesão dos diversos municípios de todo território brasileiro. É uma política de extrema importância, logo, sua efetivação requer empenho daqueles que acreditam em um sistema prisional melhor e mais humanizado. Isto porque muitas vezes as pessoas que cometeram algum crime são penalizadas não apenas pelo sistema judicial, mas também pelas condições degradantes dentro dos presídios. Daí a necessidade dos poderes públicos, dos gestores, dos profissionais envolvidos e da sociedade em geral proporem estratégias e ações que concretizem as diretrizes propostas na PNAISP e, assim, lutarem por uma melhor qualidade de vida e dignidade das pessoas que estão inseridas no sistema prisional (FREITAS et al., 2016, p. 182).

É relevante pontuar que a formulação da PNAISP é contraditória ao movimento da sociedade brasileira, conforme destacam Lermen et al. (2015, p. 917):

“Ao refletirmos sobre as características da sociedade no período em que a PNAISP [...], deparamo-nos com uma configuração profundamente contraditória no âmbito dos direitos sociais.” A análise mostra que, ao mesmo tempo, que a política é formulada, buscando garantir saúde a pessoa privada de liberdade e se observam debates acerca da redução da maioria penal.

Tal contradição demonstra, portanto, que para analisar a atenção à saúde da população carcerária é imprescindível “[...] não só um diálogo interministerial, mas também um diálogo e atuações entre Municípios e Estados os quais são fundamentais na elaboração conjunta de um serviço de saúde voltado a essa população, cada qual com suas atribuições, no território” (BRAGA, 2016, p. 237). A partir deste contexto, percebe-se que um dos desafios da PNAISP é estabelecer o diálogo entre os diferentes atores que participam deste cenário, buscando de forma coletiva implantá-la de maneira coerente, acolhedora e que garanta a dignidade humana e os Direitos Humanos.

Por fim, um dos maiores nós críticos a serem superados é o confronto de poderes, que emerge nos espaços políticos do Brasil. Esses embates fragilizam e corrompem o sistema. Esse fator final, a ser analisado, é relatado por Silva:

Em maio de 2015 visitei Brasília-DF e fiquei surpreso ao entrar no Ministério da Saúde em busca da Coordenação Nacional de Saúde Prisional: a sala encontrava-se vazia de pessoas e cheia de caixas! Um funcionário do Departamento de Atenção Básica (DAB) – distinto do DAPES, que também compõe a SAS – me levou até lá, já que a porta encontrava-se trancada. Em pouco mais de um ano após a emergência da Política, houve a extinção da Coordenação (SILVA, 2016, p. 2021).

Esse fato demonstra a fragilidade das políticas públicas brasileiras, a criação e extinção de setores, departamentos, projetos e normas ocorre conforme a necessidade de uma pequena parcela que se encontra momentaneamente nos espaços de poder, e a necessidade das populações vulneráveis, vão sendo negligenciadas. A mudança dessa realidade somente ocorrerá a partir do envolvimento e do controle dos movimentos sociais e demais agentes da sociedade brasileira.

Neste sentido, conforme será discutido no capítulo posterior, observa-se que a partir do campo acadêmico, a bioética pode assumir um papel crítico na identificação de conflitos éticos e na produção de recomendações normativas para superação do atual quadro que se mostra moralmente insustentável.

4 BIOÉTICA LATINO-AMERICANA: DIÁLOGOS PARA O ENFRENTAMENTO DOS CONFLITOS ÉTICOS DA SAÚDE CARCERÁRIA

Dos medos nascem as coragens; e das dúvidas, as certezas. Os sonhos anunciam outra realidade possível e os delírios, outra razão. Somos, enfim, o que fazemos para transformar o que somos. A identidade não é uma peça de museu, quietinha na vitrine, mas a sempre assombrosa síntese das contradições nossas de cada dia.

(EDUARDO GALEANO)

A citação de abertura do presente capítulo remete à certeza de que não podemos ficar parados no tempo, inertes diante das mudanças, dificuldades, contradições, dúvidas e dos medos. Essa metamorfose que devemos sofrer nos transforma a cada dia, e tal inquietude nos torna hábeis a lidar com os enfrentamentos éticos da sociedade. A partir dessa provocação, observa-se a necessidade de mudarmos o nosso modo de pensar e agir em relação à saúde carcerária, compreendendo tal ambiente como espaço onde convivem os conflitos bioéticos da sociedade envolvendo os diversos sujeitos.

Neste sentido, torna-se necessário enfatizar que este trabalho dissertativo se aproxima da abordagem crítica da Bioética Latino-Americana. Sendo assim, a conceitualização de bioética utilizada nesta análise pode ser aquela formulada por Kottow, que aborda o campo como o “[...] o conjunto de conceitos, argumentos e normas que valorizam e legitimam eticamente os atos humanos, que podem ter efeitos irreversíveis sobre fenômenos vitais” (KOTTOW, 1995. p. 53).

Em busca de construir uma ponte teórica entre os itens anteriormente aprofundados e esta vertente autóctone da bioética, explanamos um diálogo entre a bioética, as políticas públicas e os Direitos Humanos relacionados à saúde da população encarcerada.

4.1 BIOÉTICA E DIREITOS HUMANOS

A consolidação da interface entre a bioética e os Direitos Humanos é possível? Esta indagação provocativa nos faz refletir sobre a conexão dessas duas frentes teóricas, praticadas no cotidiano da sociedade mundial.

Buscando se debruçar no questionamento realizado, se torna necessário observar os enfrentamentos sociais em que os Direitos Humanos se deparam cotidianamente, principalmente em relação aos avanços sociais e tecnológicos, os quais rompem constantemente com os princípios da vida e da dignidade humana. Buscando embasar essa discussão, convém observar inicialmente, o olhar da bioeticista Porto sobre a trajetória inclusiva dos Direitos Humanos:

Os Direitos Humanos decorrem de uma noção nova e inédita na história humana. Pela primeira vez todas as pessoas devem ser consideradas em sua dignidade intrínseca, titulares de direitos, independente de seus atributos: sexo, cor, idade, nacionalidade, religião etc. Os Direitos Humanos, que vêm rompendo as estreitas noções de identidade desde a promulgação da Declaração Universal dos Direitos Humanos, ainda não se consolidaram para todos os seres humanos, mas já consubstanciam as moralidades de forma a que se considerem abusivos os atos de pessoas e governos que os contrariam. Pode-se dizer, portanto, que se ainda estamos aprendendo a atuar em igualdade com respeito à diferença, nas últimas seis décadas e meia em que os Direitos Humanos passaram a ser o horizonte da representação identitária dos seres humanos, especialmente nas sociedades ocidentais (PORTO, 2014a, p. 69).

Ou seja, o fator inclusivo dos Direitos Humanos convoca a bioética a discorrer sobre os confrontos e enfrentamentos em que se deparam os indivíduos, seus grupos específicos e a sociedade, em busca da igualdade. Sendo assim, se observa que a bioética é um campo propulsor para análise e confronto ético, envolvendo o binômio inclusão/exclusão, pois a disciplina fornece ferramentas para subsidiar a reflexão.

Essa percepção inclusiva e analítica também é destacada por Oliveira, ao pontuar:

Desse modo, sustenta-se que a bioética, na condição de ética aplicada de cunho prescritivo, voltada para a solução de conflitos concretos em contextos variados, há que se ocupar das consequências decorrentes do encontro entre culturas distintas no campo da medicina, das ciências da vida e das tecnologias (OLIVEIRA, 2015, p. 81).

A autora destaca que os Direitos Humanos, por adotarem uma linguagem ética universal, se tornaram estratégicos para defrontar as questões éticas, sendo assim, torna-se possível conceber a interface existente entre ambos. Essa conjunção é de extrema relevância, ao se abordar temáticas sociais, que envolvam as vulnerabilidades vivenciadas pelos indivíduos e a sociedade (OLIVEIRA, 2010).

Ainda em relação a esta interface, deve-se levar em consideração o apontamento oferecido por Porto acerca da ampliação do campo da bioética nas últimas décadas, fato este observado de forma singular na Bioética Latino-Americana:

A ampliação do escopo da bioética pode ser mensurada também pela adoção de marcos referenciais pautados em princípios e valores inerentes aos Direitos Humanos, utilizados tanto em trabalhos teóricos quanto em relatos de pesquisa. Tratados das três gerações de Direitos Humanos passaram a ser frequentemente citados, servindo como base para a argumentação sobre saúde (PORTO, 2014a, p. 66).

Nesse contexto, Oliveira também reforça a ideia de que é imprescindível correlacionar esse dueto, a partir de uma concepção teórica na qual as duas vertentes se conectam com o objetivo comum de “[...] assegurar determinados valores e proteger a pessoa humana, reconhecendo-lhe uma dignidade inerente. Assim, a bioética e os direitos apresentam dois pontos de aproximação: a dignidade humana e determinados valores básicos” (OLIVEIRA, 2007, p.172).

Contudo, é relevante salientar o grau de relevância dado ao tema, ainda mais ao considerarmos o apontamento realizado pela autora a partir da seguinte conclusão:

A Bioética e os Direitos Humanos compartilham finalidade similar, a de buscar meios de amoldar determinadas condutas humanas e integrá-las a uma pauta de valores e bens que a sociedade entende como essenciais para convivência humana pacífica e condições dignas de vida – entendidos como bens éticos básicos (OLIVEIRA, 2010, p. 15).

É importante destacar que ambos os campos se fundamentam na dignidade humana, atuando a partir de teorias que contemplam o agir humano, sobretudo, referente às discussões éticas. Outro fator relevante refere-se à capacidade de visualizar as discussões que percorrem ambos os espaços. Desta forma, se observa que ambos envolvem as práticas sociais, com o intuito de delimitar e salvaguardar os bens éticos básicos (OLIVEIRA, 2010).

Para esboçar a potencialidade de diálogo entre estes dois marcos, é necessário resgatar a formulação da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, a qual foi fundamentada a partir de ambos os campos. Tal fato inaugurou a interface das duas áreas de conhecimento e traçou objetivos comuns de intervenção e de estudos.

É pertinente salientar que a DUBDH fomenta a discussão apresentada pela igualdade entre os indivíduos “[...] confrontando-se com as estruturas simbólicas hierárquicas que organizam nossas noções de mundo e moralidades. E por outro lado, propõe a equidade como elemento essencial à vida e à saúde dos seres humanos” (PORTO, 2014a, p. 69).

Oliveira afirma a esse respeito que a DUBDH é o “[...] primeiro instrumento internacional sobre o tema e seu conteúdo apresenta aspectos inovadores para a disciplina: a ampliação do seu escopo para abarcar questões sociais e a formalização da sua conexão com o referencial dos Direitos Humanos” (OLIVEIRA, 2010, p.15).

Concluindo essa explanação inicial, cumpre ressaltar o conceito atribuído por Sané, ao se referir sobre o assunto da seguinte maneira: “Declaração Universal de Bioética sobre Direitos Humanos representa um esforço para inserir a ideia dos Direitos Humanos e da dignidade humana em novas situações provocadas pelo progresso das ciências da vida” (SANÉ, 2005, p. 244). Complementando tal linha de raciocínio, o autor destaca sua relevância, a partir da seguinte explanação:

Direitos Humanos são obviamente relevantes para a bioética. A preocupação ética baseada nesses direitos comprovou tanto sua eficiência como sua urgência. Esperamos que a estrutura normativa internacional existente seja, em breve, enriquecida pela Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos o que, acredito, irá se mostrar muito útil para o avanço da ética em ciência e tecnologia. Devemos afirmar a existência de princípios universais que se aplicam igualmente a todas as populações (SANÉ, 2005, p. 247).

Conforme dito, o diálogo entre a bioética e os Direitos Humanos torna-se imprescindível para toda a humanidade, em especial para os grupos vulneráveis. Além do que, a mesma se apresenta de forma singular e coletiva, manifestando-se concretamente por meio de políticas públicas, conforme destacado a seguir.

4.2 BIOÉTICA E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Partindo do pressuposto de que a bioética, especialmente nas discussões sociais que caracterizam sua abordagem latino-americana, se aproxima da aplicação concreta das políticas públicas, percebe-se no decorrer dos últimos anos o surgimento de novos espaços de inserção e discussão. Isto ocorre porque são

nestes ambientes onde nascem e tomam corpo às discussões estratégicas sobre a ética relacionada às ciências da vida.

Nesta contextualização, observa-se que o Estado é agente principal da efetivação da interface entre a bioética e os Direitos Humanos. Pois é neste universo que no decorrer dos últimos anos surgiram ações para aprofundar as discussões sobre as políticas públicas sociais, em especial àquelas relacionadas ao campo da saúde. Esse movimento é referido por Arreguy e Schramm na seguinte passagem:

A Bioética tem se mostrado, sobretudo a partir dos anos 90 do Século XX, um legítimo e eficiente instrumento para a análise crítica da moralidade das políticas públicas na área da saúde e para as tomadas de decisão, eticamente justificadas, por ações de saúde que garantam em princípio a distribuição equânime, logo socialmente justa, dos recursos disponíveis para as várias populações necessitadas (ARREGUY; SCHRAMM, 2005, p. 118).

Os autores trazem a concepção de que a bioética é primordial para analisar as condições éticas relacionadas à seguridade de necessidades fundamentais dos indivíduos, dos grupos e da sociedade. Sendo assim, esse espaço proporciona movimentos que vão além da reflexão e indicam ações prescritivas, que surgem para auxiliar na composição das políticas propostas.

Este entendimento propicia para a bioética um papel essencial na formulação e no acompanhamento da implementação de políticas públicas. Tal fato vem a ser reforçado a partir da análise de Pontes e Schramm, que ressalta:

[...] a bioética não é apenas uma reflexão de segunda ordem, como qualquer outra ética, sobre os atos humanos, mas é, ainda, uma ética prática, ou aplicada, visto que pretende dirimir concretamente os conflitos morais, ou seja, ela é ao mesmo tempo descritiva dos fatos consistentes em conflitos e dilemas morais existentes, e normativa, pois pretende prescrever e proscreever comportamentos, a partir de processos de crítica e justificação (PONTES; SCHRAMM, 2004, p. 1321).

É possível incluir nessa análise o olhar de Garrafa, Oselka e Diniz referente às questões públicas, ao ponderarem que:

Nos dias atuais, não é mais possível continuar considerando os preceitos e os valores como variáveis de derivação exclusivamente emotiva ou individual; ou como se usava dizer antigamente, de "índole supra-estrutural". As questões éticas em praticamente todos os campos de atividade humana adquiriram conotação pública, deixando de constituir uma questão de consciência individual a ser resolvida na esfera privada e de foro exclusivamente íntimo (GARRAFA; OSELKA; DINIZ, 1997, p. 30).

A partir desta perspectiva, se observa que a construção de políticas públicas, embasadas à luz da bioética, se declina na ética da responsabilidade pública, a qual deve ser alinhada a partir do envolvimento do Estado, com a construção de políticas, a partir do “[...] estudo da destinação, alocação, distribuição e controle dos recursos financeiros dirigidos ao setor” (GARRAFA; OSELKA; DINIZ, 1997, p. 28).

Contudo, é necessário lembrar que os enfrentamentos e desafios para a construção das políticas públicas brasileiras, aqui abordados na área da saúde da população encarcerada, são constantes nas frentes de elaboração e execução de legislações pelo Estado. Ressalta-se, por isso, que estas construções envolvem interesses, conflitos, valores morais e questões éticas que convocam a participação da bioética. Arreguy e Schramm (2005) destacam, a esse respeito que:

No caso específico da situação brasileira, as dificuldades se inscrevem no debate entre a vigência de uma pluralidade de interesses e valores relativos aos diversos segmentos da sociedade, expressando conflitos entre diferentes direitos, deveres, modalidades de acesso e de resolução de seus problemas sanitários (ARREGUY; SCHRAMM, 2005, p. 118).

Os autores trazem em suas palavras as objeções que transcorrem na construção coletiva das referidas políticas, evidenciando os conflitos éticos que percorrem tais elaborações. Sendo assim, torna-se necessária uma análise singular, que possibilite contemplar as facetas do processo construtivo, característica do campo e ação da bioética.

Contemplando a perspectiva traçada anteriormente, Fortes e Zoboli acrescentam que:

No cotidiano da implementação das políticas públicas de saúde, boa parte das vezes as decisões são motivadas por valores e princípios morais, apesar disto não ser claramente percebido ou revelado. Com isto, não afirmamos que se deva desconsiderar a importância e a presença marcante de interesses político-partidários, corporativos, econômicos e preferências pessoais dos administradores e técnicos no processo de tomada decisória, porém é preciso ressaltar que mesmo as decisões de caráter político, para serem eficazes, têm que levar em conta os valores morais prevalentes na sociedade (FORTES; ZOBOLI, 2006, p. 44).

Sendo assim, para a resolução desses enfrentamentos é necessário contemplar, “[...] a análise crítica e ponderada dos riscos, benefícios, danos e perdas envolvidos nesses conflitos e, por outro lado, a negociação entre os atores

envolvidos em busca dos melhores resultados possíveis advindos de acordos coletivos” (ARREGUY; SCHRAMM, 2005, p. 118).

A partir desse encadeamento, se percebe a inserção de diversos atores, interesses e contextos sociais e morais. Porém, torna-se necessário identificar os dilemas, elaborar coletivamente uma análise crítica e desta forma fazer brotar políticas públicas que amparem os interesses inerentes dos vários grupos envolvidos. Por seguinte, deve haver articulações e definições das estratégias e planos de ação para a sua implementação. Sendo este movimento inclusivo e construtivo, do ponto de vista bioético, é condição necessária e suficiente da tomada de decisão no campo das políticas públicas da saúde (ARREGUY; SCHRAMM, 2005).

É certo que o envolvimento da bioética nas agendas das políticas públicas é um movimento sucinto, em construção constante. No qual os bioeticistas, o Estado e a sociedade devem se apropriar e constituir coletivamente. Esse fato é enfatizado por Bernardes a partir do seguinte colocação:

Portanto, conquanto a Bioética atualmente influencie a agenda e a formulação de políticas públicas de uma forma mais periférica e complementar, a expectativa é de que mais e mais ela atue oferecendo instrumentos para a reflexão acerca de temas públicos que envolvam conflitos bioéticos (BERNARDES, 2016, p. 86).

Dando continuidade, e considerando esse desafio singular, é necessário atentar ao que diz a autora, a partir da seguinte conotação:

Essa crescente participação da Bioética na agenda pública deve motivar os bioeticistas para se instrumentalizarem em relação ao processo de constituição das políticas públicas, a fim de atuarem de forma mais eficiente e utilizando referenciais teóricos adequados e pertinentes no auxílio à tomada de decisão pelos policymakers (BERNARDES, 2016, p. 86).

Neste contexto, percebe-se uma vez mais, a necessidade da convocação da bioética para um diálogo construtivo na formulação e no acompanhamento de políticas públicas voltadas à efetivação do direito à saúde da população encarcerada, que sobretudo acolham as vulnerabilidades morais, sociais e físicas destes cidadãos. E esse olhar singular é sustentado pela Bioética Latino-Americana, a qual fundamenta este estudo, por meio da Bioética de Proteção e a Bioética de Intervenção.

4.3 BIOÉTICA DE PROTEÇÃO

A Bioética de Proteção se debruça no conceito das vulnerabilidades que permeiam os indivíduos e seus coletivos. Isso decorre do princípio de proteção, que possibilita avaliar a formulação e implementação de tais políticas, sobretudo, no que se refere ao papel protetor do Estado, na garantia legal à saúde a todo cidadão. Consequentemente, observa-se a Bioética de Proteção como imprescindível para a abordagem de uma política pública inclusiva de saúde, tal com a que se defende, normativamente, neste material dissertativo.

Conforme apresentado por Schramm, a Bioética de Proteção é recente, sendo formulada nas últimas décadas na América Latina. O tema teve inicialmente seu conceito relacionado à ética da proteção, que buscava promover a reflexão sobre a justiça sanitária em situações de escassez. Sobre sua concepção o autor se expressa por meio da seguinte definição:

A Bioética da Proteção é proposta recente no campo da bioética, formulada inicialmente por pesquisadores latino-americanos, que torna explícitos conteúdos que perpassam a ética desde seus albores e que se referem aos problemas morais envolvidos pela vulneração humana, ou seja, a condição existencial dos humanos que não estão submetidos somente a riscos de vulneração, mas a danos e carências concretas, constatáveis por qualquer observador racional e imparcial (SCHRAMM, 2008, p. 11).

Por meio desta ideia fica evidenciada a concepção do autor de que a proposta é recente e que se dá devido ao surgimento da teoria a partir do corpo da bioética tradicional, o qual teve como objetivo incluir os conflitos específicos que transcorrem na América Latina. Por sua vez, ela apresenta problemas singulares, mas que compartilha aos demais conflitos éticos da sociedade mundial, como a exclusão social (SCHRAMM, 2008).

Kottow alerta sobre a emergência da inclusão dessa nova concepção da bioética, a qual se torna imprescindível para acolher as questões éticas, envoltas na singularidade socioculturais das sociedades em que vivenciam os povos latino-americanos, asiáticos e africanos.

Esse fato é contextualizado pelo autor a partir da seguinte análise:

A ênfase na autonomia individual não podia ser incorporada a realidades nas quais predominavam a marginalização pela pobreza, o desamparo social histórico agravado pela redução das obrigações do Estado, os

problemas crônicos de escassez de recursos, as distorções sanitárias mantidas pela disparidade socioeconômica, fatores estes que uma visão ética das práticas biomédicas não pode ignorar (KOTTOW, 2005, p. 30)

Segundo Schramm, a Bioética de Proteção vem para “[...] dar conta de uma situação de conflito moral particular, como a que é representada pela saúde e pela qualidade de vida da maioria das populações latino-americanas” (2006, p.146).

A partir dessa contextualização o autor apresenta dois conceitos, que surgem para embasar a concepção da Bioética da Proteção, sendo o primeiro vinculado à ética da vida e o segundo à proteção, como método que consiste no amparo a quem necessita; o de “[...] proteger os vulnerados” (SCHRAMM, 2008, p.12).

É relevante pontuar a conceitualização de vulnerado, apresentada na Bioética de Proteção por Schramm do seguinte modo:

Vulnerados, não são capazes, por alguma razão independente de suas vontades, de se defenderem sozinhos pelas condições desfavoráveis em que vivem ou devido ao abandono das instituições vigentes que não lhes oferecem o suporte necessário para enfrentar sua condição de afetados e tentar sair dela (SCHRAMM, 2008, p. 17).

Evidenciando a correlação apontada pelo autor, referente à necessidade de proteção aos vulnerados, a partir da seguinte análise:

Com a emergência, cada vez mais patente, de amplos grupos de humanos indigentes, vulnerados e excluídos da globalização, e das questões ambientais, a bioética aparece instada a assumir tais questões como uma de suas preocupações específicas, e a dar soluções normativas e pragmáticas para tentar resolvê-las da maneira mais razoável e justa possível (SCHRAMM, 2008, p. 13).

Outra abordagem relevante é referente aos conflitos morais em que os indivíduos vulnerados se deparam e se encontram sozinhos para superá-los, em virtude da ausência das instituições para apoiá-los:

Os interesses conflitantes redundam em outro tipo de conflitos – chamados conflitos morais – e que só podem ser resolvidos dando suporte (protegendo) aos afetados para que possam desenvolver suas potencialidades e deixem de precisar desta proteção ou – como se diz – de “passar necessidades” (SCHRAMM, 2008, p. 17).

Desta forma, Schramm conclui que os vulnerados, devido suas condições desfavoráveis, não conseguem se defender sozinhos das realidades que vivenciam.

Neste contexto, se torna necessária a intervenção ou apoio das instituições vigentes para superar tais condições adversas e possibilitar estratégias para que saiam da referida situação (SCHRAMM, 2008).

No texto apresentado, o autor lança a Bioética da Proteção como ferramenta que deve promover reflexões sobre as questões éticas que permeiam as problemáticas sociais dos indivíduos e/ou comunidades. Para tanto, é necessário pontuar que a proteção, conforme afirma da Schramm, “[...] visa dar o suporte necessário para que o próprio indivíduo potencialize suas capacidades e possa fazer suas escolhas de forma competente” (SCHRAMM, 2008, p. 17).

Torna-se necessário frisar o entendimento de que a Bioética de Proteção tem como propósito solucionar os conflitos morais, existentes entre os agentes morais e os pacientes morais. Para Schramm “[...] paciente moral é aquele que não possa se defender sozinho ou agir autonomamente por alguma razão independente de sua vontade e suas capacidades” (SCHRAMM, 2008, p. 18).

Por sua vez, o conceito de agente moral surge sob a característica apresentada nas linhas a seguir, por Schramm:

Tradicionalmente, a palavra ética, da palavra grega *ethos*, tem sido referida seja ao estudo ou tematização da moralidade do agente moral e, em particular, entendida como estudo (ou “cálculo”) das consequências de seus atos, ou seja, atribuída seja ao “bom caráter” (ou “virtude”) de um indivíduo que atua no mundo humano e que pode ter, com suas práticas, consequências daninhas sobre terceiros, seja à moralidade dos “costumes” ou hábitos vigentes em uma comunidade ou população (*polis*, *comunitas*, estado-nação) e que podem funcionar como padrão de comportamento, como norma de ação que possa ser considerada racional (SCHRAMM, 2017, p. 1535).

A relação desses sujeitos possibilita a intervenção da Bioética de Proteção, que surge com o intuito de proteger os pacientes morais, os vulnerados, das relações e enfrentamentos com os agentes morais. Ressalta-se, porém, que estes confrontos proporcionam consequências prejudiciais causadas pelos agentes morais, podendo lesionar os pacientes morais promovendo sofrimento e dor. Neste contexto a BP vem em busca de evitar essa angústia e estabelecer conexões éticas em prol ao princípio moral da justiça.

Em face aos conceitos e terminologias apresentadas anteriormente, surgem e merecem ser destacadas as demais conotações, que são imprescindíveis para a aproximação e aprofundamento dos conceitos apontados nos referenciais teóricos

da Bioética de Proteção. Dentre eles, pode-se evidenciar a vulnerabilidade, os vulneráveis e os vulnerados, conceitos esses apresentados a seguir:

Vulnerabilidade: A terminologia vulnerabilidade refere-se ao estado de fragilidade, na qual o indivíduo ou um grupo social está susceptível de ser exposto a danos físicos ou morais. É pertinente observar o conceito de vulnerabilidade apresentando por Kottow, o qual apresenta “[...] a vulnerabilidade como uma dimensão antropológica essencial da existência humana” (KOTTOW, 2003, p.72).

Vulneráveis: Para Kottow (2003, p. 72) ser vulnerável significa “[...] estar suscetível a, ou em perigo de, sofrer danos”. Neste contexto Schramm (2017, p. 1536) salienta que “[...] todos os seres vivos são vulneráveis”, pois todos os indivíduos estão sujeitos a infortúnios”.

Vulnerados: Conforme apresentados anteriormente, são conceitualizados por Schramm como

[...] indivíduos que não são capazes, por alguma razão independente de suas vontades, de se defenderem sozinhos pelas condições desfavoráveis em que vivem ou devido ao abandono das instituições vigentes que não lhes oferecem o suporte necessário para enfrentar sua condição de afetados e tentar sair dela (SCHRAMM, 2008, p. 17).

Diante ao exposto, a Bioética de Proteção se aplica com propriedade aos indivíduos e coletivos vulnerados. Devemos considerar que estes, não possuem condições individuais de tomada de decisão, necessitando assim de apoio e intervenção das instituições vigentes do Estado e da sociedade, para auxiliá-los neste processo.

Torna-se pertinente observar que para a elaboração deste material dissertativo, se optou pela utilização das terminologias vulnerabilidade e vulnerado, devido adequarem às questões éticas nas quais convive a população privada de liberdade, bem como aos arranjos de garantia à saúde no sistema carcerário.

Por fim, é importante sinalizar sobre a singularidade que envolve as terminologias da vulnerabilidade e dos vulnerados, tais termos traçam as fragilidades e os sofrimentos que são produzidas a partir das questões sociais. Neste contexto, pode-se visualizar a situação de aflição moral em que se encontra a população privada de liberdade, a qual por inúmeras situações do sistema são excluídos e negligenciados em seus direitos de saúde e de cidadania.

4.4 BIOÉTICA DE INTERVENÇÃO

No decorrer do século XX, se observou-se o progresso acelerado da sociedade, fato responsável pela transformação constante da realidade dos indivíduos e seus coletivos. Tal processo assume o papel de protagonista responsável por consequências sociais e morais, que devido a sua magnitude se tornam preocupantes e alarmantes.

Conforme ressaltam Porto e Garrafa a

[...] égide do 'desenvolvimento', a sociedade de mercado transforma o pacto social em um contrato de compra e venda que oblitera os valores humanos, produzindo desigualdades econômicas e sociais entre indivíduos, grupos e segmentos no âmbito interno das nações, além de flagrante assimetria política entre elas (PORTO; GARRAFA, 2005, p. 111).

Esse aspecto social, decorrente do progresso, adquire proporção mundial afetando de forma diferenciada os mais diversos territórios, e, sobretudo, fomenta as vulnerabilidades sociais específicas nos países periféricos. A partir desse fenômeno se desencadeou a formulação de uma bioética que respondesse as especificidades dos referidos países, principalmente na formulação de um instrumento eficaz para intervir nos conflitos procedentes dessa evolução, e conseqüentemente intercedesse nas discussões relacionadas às iniquidades e injustiças sociais em que se depara a maioria da sociedade nas referidas nações (PORTO; GARRAFA, 2005).

A partir desta conjuntura singular, na qual estão inseridos os países latino-americanos, é que se traça a bioética dura ou a Bioética de Intervenção. Esse fato é ressaltado por Porto e Garrafa, a partir do exposto a seguir:

Nesse sentido, a Cátedra Unesco de Bioética da Universidade de Brasília vem desenvolvendo, há vários anos, estudos e pesquisas para definir parâmetros éticos capazes de nortear a interpretação desta realidade e mediar seus conflitos. A bioética de intervenção pretende legitimar, no campo de estudo das moralidades e da aplicação dos valores éticos, uma perspectiva ampla, que envolva os aspectos sociais da produção das doenças, contribuindo para a construção de uma bioética crítica que possa ser aplicada nos países periféricos e, especialmente, no Brasil (PORTO; GARRAFA, 2005. p. 115).

Ressalta-se que a Bioética de Intervenção é formulada a partir de uma ótica social e inclusiva. Ela preconiza que tanto no campo público quanto no coletivo, é necessária à formulação de políticas e de tomadas de decisões, que abranjam um

número maior de pessoas e coletivos, no maior período possível, gerando as melhores consequências para toda coletividade. Esse fator é delineado a partir da seguinte abordagem do Dicionario Latinoamericano de Bioética:

La bioética de intervención tiene una fundamentación filosófica utilitarista y consecuencialista, defendiendo como moralmente justificable, entre otros aspectos: a) en el campo público y colectivo: la prioridad con relación a políticas públicas y tomas de decisión que privilegien el mayor número de personas, por el mayor espacio de tiempo posible y que resulten en las mejores consecuencias colectivas, aunque en detrimento de ciertas situaciones individuales, con excepciones puntuales a ser analizadas; b) en el campo privado e individual: la búsqueda de soluciones viables y prácticas para los conflictos identificados con el propio contexto donde estos ocurren. (GARRAFA; PORTO, 2008, P. 163)

Entretanto, se observa que a BI busca soluções viáveis para os conflitos, privados e/ou individuais, considerando o cenário em que vivenciam e as disparidades que os fomentam (PORTO; GARRAFA, 2005). Conforme apontam Garrafa e Porto, a Bioética de Intervenção busca analisar as contradições que fomentam os conflitos que percorrem a sociedade e os indivíduos:

Assim, essa nova proposta teórica busca uma aliança concreta com o lado historicamente mais frágil da sociedade, incluindo a reanálise de diferentes dilemas, entre os quais: autonomia versus justiça/equidade; benefícios individuais versus benefícios coletivos; individualismo versus solidariedade; omissão versus participação; mudanças superficiais e temporárias versus transformações concretas e permanentes (GARRAFA; PORTO, 2003, p. 401).

Merece ser destacada a ideia de que esse movimento de concepção veio contrapondo à teoria principialista da bioética tradicional. Desta forma, a BI apresenta em seu bojo a recusa aos paradigmas universais e hegemônicos. Por isso, a Bioética de Intervenção, de acordo com os autores, é traçada a partir de uma posição laica, combativa, incorporando elementos epistemológicos que conduzam a justiça social.

Em busca dessa reflexão sobre as subjetividades e singularidades dos indivíduos e coletivos que vivenciam a desigualdade social, a miséria, e as questões sociais que emergem nos países periféricos, Porto e Garrafa refletem que:

O conceito de pobreza refere-se à gente, a seres humanos concretos que experimentam e vivenciam em seu cotidiano a escassez dos meios indispensáveis a sua sobrevivência física e social. São pessoas privadas de sua potência, da condição estrutural básica para sonhar, conceber e poder realizar seus projetos de vida. Projeto de vida deve ser entendido como a

inviolabilidade das condições que permitem às pessoas construir e realizar seu próprio destino. Torna-se claro, portanto, que a escolha por essa abordagem teórica deve-se ao fato de que esta é a dimensão da existência dos seres humanos materializados em seu cotidiano (PORTO; GARRAFA, 2005, p. 117).

A partir dessa intensidade, em que os autores convidam os leitores à discussão social e moral que transpassa as realidades latino-americanas e demais países mundiais, conotando as questões éticas, a partir da seguinte definição:

A classificação dos conflitos éticos em saúde como persistentes e emergentes e a denominação bioética dura precederam a construção da bioética de intervenção. Essa perspectiva pretende canalizar seus esforços de construção epistemológica e metodológica para abranger também a dimensão social: A bioética de intervenção delinea-se a partir do reconhecimento da ideia de saúde como qualidade de vida, expandindo-se em direção ao reconhecimento do contexto social como campo legítimo de estudos e intervenção bioéticos (PORTO; GARRAFA, 2011, p. 725).

Se apropriando de tal definição, pode-se destacar algumas composições morais que vêm resguardadas pela Bioética de Intervenção, sendo as mesmas traçadas a partir do campo público e coletivo e no campo privado e individual. Ressalta-se, que no campo público e coletivo tem como objetivo priorizar a coletividade, conforme nos esclarece Garrafa:

No campo público e coletivo: a priorização de políticas e tomadas de decisão que privilegiem o maior número de pessoas, pelo maior espaço de tempo e que resultem nas melhores consequências, mesmo que em prejuízo de certas situações individuais, com exceções pontuais a serem discutidas (GARRAFA, 2005b, p. 130).

E por fim, no campo privado e individual, deve-se conseguir saídas capazes de acolher o contexto de origem das questões morais viáveis e práticas, para os conflitos identificados com o próprio contexto onde acontecem. Esta abordagem utilitarista e consequencialista implicará em orientações específicas ao objeto analítico deste estudo, conforme será destaca em tópico posterior.

Por ora, outro fator a ser evidenciado refere-se ao delineamento que existe entre os sujeitos sociais, os quais são compreendidos pela Bioética de Intervenção, em sua plenitude.

Porto e Garrafa afirmam que é necessário analisar essas

[...] relações de poder entre os indivíduos, grupos e segmentos e os padrões éticos que orientam tais relações. Consideram a articulação entre os diferentes grupos e segmentos é o que transforma um mero aglomerado de indivíduos em uma sociedade, tal como apontam as bases da sociologia (PORTO; GARRAFA, 2011, p. 74).

Por conseguinte, a Bioética de Intervenção apresenta outra singularidade, a interface com os Direitos Humanos. Fato este, que deve ser considerado no escopo deste trabalho dissertativo, pois vai ao encontro do diálogo proposto entre a bioética, os Direitos Humanos e as políticas públicas envolvendo a saúde da população encarcerada. Porto apresenta as bases da conexão utilizada nesta dissertação da seguinte maneira:

A bioética de intervenção definiu, desde seu primeiro documento, os Direitos Humanos como referencial orientador. Tal escolha não decorreu de modismo ou acaso, mas da constatação de que os tratados de Direitos Humanos podiam responder à exigência de critérios que fossem, ao mesmo tempo, universais e particulares. No que tange à universalidade, os Direitos Humanos são fruto de consenso entre as nações e, ainda que não expressem a moralidade vigente em cada contexto, representam um padrão a ser atingido por todas as sociedades que endossam os documentos que delineiam essas perspectivas (PORTO, 2012, p. 114).

Observa-se, portanto, que os Direitos Humanos surgem como um dos referenciais condutores da BI. Ressalta-se, porém, que a Bioética de Intervenção se debruça nas vertentes teóricas dos Direitos Humanos, e sua fundamentação é baseada no respeito das singularidades, no que “[...] refere-se a pessoas, populações e povos, reconhecendo, nas diferentes gerações de direitos, grupos e segmentos específicos, seus atributos e necessidades culturais, sociais e econômicas peculiares” (PORTO, 2012, p. 114).

Por isso, é relevante observar que a BI, ao se apropriar das premissas dos Direitos Humanos, “[...] afirma ser indispensável garantir que a realidade da existência das pessoas, manifesta em todas as suas dimensões pela existência concreta de seu corpo, fosse efetivamente resguardada, preservando a vida (e a qualidade de vida) tanto no sentido biológico quanto no social” (PORTO, 2012, p. 122).

Contudo, essa interface apresenta fragilidades, sendo as mesmas evidenciadas por Porto, no momento em que a autora elabora uma análise do campo da bioética na implementação dos Direitos Humanos. O assunto poder ser entendido na seguinte consideração:

Torna-se fundamental, então, apontar a falha da bioética no que diz respeito à implementação dos DH, tanto no Brasil quanto nos demais países em desenvolvimento, ainda que sejam indiscutíveis os ganhos conceituais advindos da consagração da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, que legitimou a aplicação da disciplina na dimensão social. Entretanto, persiste a lacuna entre a reflexão bioética empreendida no âmbito acadêmico e as demandas dos movimentos sociais no tocante a conferir visibilidade e pleitear legitimidade às reivindicações decorrentes de uma realidade cultural específica, que (ao menos potencialmente) pode colocar em xeque os pressupostos do paradigma hegemônico (PORTO, 2014b, p. 221).

Desta forma, podemos perceber que as análises apresentadas pela autora foram às bases na composição deste trabalho. Tal fato impulsionou a elaboração da pesquisa do trabalho dissertativo, em busca de consolidar e fortalecer a interface entre a bioética, os Direitos Humanos e as políticas públicas.

Retomando a fundamentação básica da BI, é relevante pontuar os referenciais teóricos e práticos que embasam a Bioética de Intervenção, os mesmos são apresentados por “Quatro P”, que significam: Proteção; Prevenção; Prudência; e Precaução. É importante considerar que estes referenciais são considerados fundamentais para embasar as demandas envolvidas nas situações de vulnerabilidade (LEITE; BARBOSA; GARRAFA, 2008).

Ainda, é importante evidenciar que essas categorias devem ser abrangidas e agregadas nas reflexões de uma ética prática. Sendo assim, é necessária uma maior compreensão dos referidos conceitos, sendo eles abordados pelos autores Garrafa, Leite e Barbosa, da seguinte forma:

O tema da prevenção é usado em questões que envolvam possíveis danos e iatrogenias de tecnologias existentes; a precaução é evocada em situações em que se desconhecem os riscos envolvidos; a prudência é lembrada com relação aos cuidados necessários frente aos avanços tecnológicos; enquanto o referencial da proteção objetiva trabalhar o tema da vulnerabilidade, da proteção indispensável aos mais frágeis, aos necessitados (LEITE; BARBOSA; GARRAFA, 2008, p. 184).

A partir dessa conceitualização, a Bioética de Intervenção se torna instrumento promovedor de cidadania, fortalecendo os laços do indivíduo, a partir do conceito de pertencimento a uma sociedade, onde os indivíduos e grupos são agentes de compartilhamento em busca de soluções públicas e coletivas, devidas um interesse comum. Sendo assim, a bioética pode lutar pelo empoderamento, libertação e emancipação dos indivíduos, fatores que vem detalhados na Declaração

Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (SANTOS; SHIMIZU; GARRAFA, 2014).

Conforme a concepção trazida por Porto e Garrafa, na qual se concebe a ideia de que a BI se espelha no reconhecimento dos direitos coletivos e individuais, os autores no ensinam:

Ao direito coletivo à igualdade e pelo direito de indivíduos, grupos e segmentos à equidade nas garantias legais e no acesso real aos Direitos Humanos, a bioética de intervenção incorpora o discurso da cidadania expandida, para a qual o referencial de legitimação e aceitação dos direitos não se restringe apenas às garantias asseguradas pelo Estado (PORTO; GARRAFA, 2005 p. 118).

Se torna relevante apresentar as concepções teóricas da BI para dois grandes fatores que acompanham este estudo, a equidade e a igualdade. As mesmas são pontuadas no Dicionario Latinoamericano de Bioética:

Los términos igualdad y equidad necesitan una aclaración con relación a su lectura por la bioética de intervención. La igualdad es la consecuencia deseada de la equidad, siendo esta solamente el punto de partida para aquella; es por medio del reconocimiento de las diferencias y necesidades diversas de los sujetos sociales que ella puede ser alcanzada. La igualdad es el punto de llegada de la justicia social, referencial de los Derechos Humanos, donde el objetivo futuro es el reconocimiento de la ciudadanía. A su vez la equidad —o sea, el reconocimiento de necesidades diferentes de sujetos también diferentes para alcanzar objetivos iguales— es uno de los caminos de la ética aplicada frente a la realización de los derechos humanos universales, entre ellos el derecho a una vida con dignidad, representado en este análisis por la posibilidad de acceso a la salud y demás bienes indispensables a la supervivencia humana en el mundo contemporáneo. (GARRAFA; PORTO, 2008, p. 163)

Entretanto, se entende que a condição intransferível do indivíduo, transcorre a partir dos conjuntos de valores sociais e morais das sociedades. Em outras palavras, a Bioética de Intervenção surge com a missão de salvaguardar todos os seres humanos, tendo seu enfoque nos direitos de primeira geração, os quais consideram a condição de pessoa como a premissa única, universal e exclusiva para a titularidade de direitos. Os direitos individuais relacionam-se à sobrevivência física e social dos seres humanos. Contudo é importante citar, que os direitos de segunda e terceira geração também são foco da BI (PORTO, 2006).

A partir desse diálogo construído entre a Bioética de Intervenção e os Direitos Humanos, se sobressai o escopo teórico, cuja diretriz segue a linha de raciocínio sugerida por Porto e Garrafa “[...] o reconhecimento das garantias universais e

indivisíveis para todos os grupos humanos, particularizando os segmentos historicamente vulneráveis pela situação/condição de vida desfavorável na qual se encontram” (PORTO; GARRAFA, 2005, p. 118).

Por fim, é evidente que a Bioética de Intervenção propõe um diálogo entre os indivíduos, à sociedade e o Estado. Nesse papel social, a BI, conforme aponta Fulgêncio “[...] é uma bioética engajada, politizada e disposta a questionar os discursos de uma suposta “neutralidade” científica que envolve os dilemas bioéticos” (FULGÊNCIO, 2013, p. 32).

A autora Fulgêncio reafirma tal conotação:

A expansão ao campo político é uma das características fundamentais da Bioética de Intervenção. Existe, nesse sentido, uma forte interlocução entre a política e a ética. Ao destacar que os problemas sociais são tanto problemas políticos quanto éticos, ela abre um amplo campo de articulação entre as questões morais e as questões políticas a partir da realidade concreta do país. Segundo seus proponentes, a Bioética de Intervenção é uma proposta que aparece no cenário das bioéticas compromissadas com a questão social no sentido de procurar “respostas mais adequadas especialmente para a análise dos macroproblemas e conflitos coletivos que tenham relação concreta com os temas éticos persistentes constatados nos países pobres e em vias de desenvolvimento” (FULGÊNCIO, 2013, p. 31).

Nesse sentido, percebe-se que a Bioética de Intervenção lança nas especificidades morais e sociais que percorrem as sociedades latino-americanas, e convoca para as discussões os diversos atores que compõe tais cenários, dentre eles os indivíduos, a sociedade e o Estado. Tal abordagem nos é apresentada por Porto, da qual emerge a necessidade de um conceito singular, voltado às necessidades morais da coletividade:

Se o que se espera da bioética aplicada à dimensão social é que contribua para proporcionar equilíbrio de poder e oportunidades, não se deve perder de vista a importância de as escolhas individuais e as tomadas de decisão institucionais estarem voltadas ao bem da coletividade, considerada em sua totalidade, promovendo-se assim equidade de acesso aos diferentes, ainda que não sejam maioria. Ao incluir também as necessidades dos “diferentes” entre as prioridades de justiça se estará construindo uma dinâmica social orgânica e contemplando efetivamente o interesse comum (PORTO, 2012, p. 126).

A partir deste contexto, concebemos o entendimento de que a BI se apresenta como um referencial teórico instigante, para compor a análise final deste trabalho.

4.5 ARRANJOS DE SAÚDE DA POPULAÇÃO ENCARCERADA: SÍNTESE DOS OLHARES DA BIOÉTICA EM SUA INTERFACE COM AS POLÍTICAS PÚBLICAS E OS DIREITOS HUMANOS

Em busca de sintetizar a análise teórica deste material de pesquisa, é de fundamental importância visitar os aspectos sociais e éticos que embasaram o estudo. Neste sentido, parte-se da premissa de que o sistema prisional brasileiro é um ambiente cujas fragilidades, confrontos e negligências são constantes, onde milhares de pessoas que estão privadas de sua liberdade são jogadas em cárceres sucateados e negligenciados pelo Estado e pela sociedade (SOARES; GOMES, 2016).

Sendo assim, primeiramente, é necessário recorrer à abordagem contextual elaborada pelo estudo, a qual nos apresenta a realidade nos espaços prisionais e nos leva a perceber que tal ambiente é a reprodução do cotidiano de milhares de brasileiros que se encontram nas periferias e nas comunidades carentes do país. Sabe-se, porém, que a exclusão social decorrente da situação socioeconômica do Brasil é fortalecida pelo contraste dos acessos a garantias e a direitos da população que pertence às classes sociais mais baixas. Essa parcela da população vivencia em seu cotidiano as dificuldades nos acessos à educação, à saúde, ao saneamento básico e à segurança, entre outros problemas sociais, além de serem tolhidos o acesso a condições dignas para a sobrevivência.

Tais fatores, moldados na exclusão, na negligência e na discriminação, levam esses sujeitos para condições de vulnerabilidade social, moral e física que, conseqüentemente, transportam este cidadão para o sistema carcerário, trazendo em sua bagagem as dificuldades e as estigmas traçadas pela sociedade capitalista e excludente.

É relevante observar as comunidades excluídas, como as grandes favelas, por exemplo, onde casebres se empilham nos morros e em regiões insalubres, que não garantem segurança de acesso e nem proteção nas moradias. Suas ruelas, escadarias e becos são permeados por um número significativo de desempregados, de crianças fora das escolas, de usuários de drogas, assim como por tráfico, prostituição, violências, armas e assassinatos. Os moradores que lá vivem deparam-se, cotidianamente, com condições sanitárias precárias, uma vez que, com a

ausência de saneamento básico, animais peçonhentos e doenças transmissíveis são realidade constante.

Trata-se de um cenário que fere a dignidade humana: envolto na falta de higiene e no qual se constata a má alimentação, a falta de assistência médica, social e jurídica. Seus habitantes são, na maioria, negros, com pouca escolarização e, por diversas vezes, desempregados ou pessoas que trabalham em subempregos, apenas para a sobrevivência (MARICATO, 2000).

Diante de tal exclusão social e falta de oportunidades, muitas vezes, não resta alternativa a não ser sucumbir à criminalidade e, dessa forma, esse cidadão, que já traz em sua bagagem todo o fardo da desigualdade social, vai para os cárceres brasileiros, com ambientes físicos por diversas vezes semelhantes à sua realidade anterior, retroalimentando um sistema de produção de exclusão, estigmas e vulnerabilidades. Ou seja, ao ser privado de liberdade, nos cárceres, presídios, cadeias públicas ou complexos médicos penais, a vulnerabilidade física, social e moral desses indivíduos se potencializa e a dignidade humana é ferida intermitentemente.

Segundo Frinhani, o desrespeito à dignidade humana é explícito nessa realidade:

O desrespeito aos Direitos Humanos, encontrado em muitas instituições penais, evidencia a múltipla penalização imposta aos criminosos. Além da privação da liberdade, são ainda penalizados com castigos corporais, exposição ao uso de drogas e ao contágio a várias enfermidades. Soma-se a isso o descumprimento dos dispositivos legais que regulamentam a privação de liberdade, no que diz respeito ao andamento do processo e também no que toca à questão da superlotação, da possibilidade de trabalho e da educação formal do detento. Essas privações desconstroem o valor da dignidade humana, assim como a possibilidade de reinserção social (FRINHANI, 2004, p. 42).

É relevante pontuar que a vulnerabilidade moral produzida pela sociedade, rotula, estigmatiza e exclui os cidadãos que se encontram em situações sociais e econômicas desfavoráveis. Sendo assim ela produz negligência e violência da dignidade humana de tais indivíduos no contexto do cárcere. Observa-se, então, que tais fatores são fundamentados por ações punitivas e repressoras, nas quais a justiça e a vingança estão entrelaçadas. O que se observa é o desejo da punição e não a possibilidade da ressocialização.

Nesse aspecto, é necessário fortalecer o diálogo a partir da bioética, pois na concepção moral hegemônica da sociedade, a pessoa privada de liberdade é um permanente infrator, que deve ser constantemente julgado e castigado, mesmo que já tenha sido julgado por instâncias jurídicas e que a sua pena já tenha sido delimitada. Aqui, deparamo-nos com uma questão ética inicial, a qual fere a dignidade humana, a vida e o cuidado.

Diante da percepção de que esse cidadão é um infrator, ele deverá, sob a concepção da sociedade, ser penalizado por ela mesma, com ações violentas e cruéis. Nesse contexto, o sofrimento não é apenas permitido, mas desejado, pois o infrator é merecedor de tal castigo e será a partir deste que o indivíduo não recairia em novos desajustes e infrações.

Essa conjuntura apresenta características morais que sustentam o cenário atual dos espaços de cárcere brasileiro e, conseqüentemente, as precariedades físicas de superlotações sanitárias, de epidemias e das demais vulnerabilidades a que estão expostos. É visível que a sociedade considera coerente os infratores usufruírem de espaços depredados e desumanos, sendo assim, a dignidade humana não é um direito ao cidadão encarcerado. Frente a essa realidade, deve-se compor essa síntese também a partir da interface entre as políticas públicas e os Direitos Humanos.

Conforme apresentado anteriormente, a cultura dos Direitos Humanos vem constituindo arranjos que sustentam os diversos espaços mundiais que visem garantir a vida digna da humanidade. Por inúmeras recomendações, ela esboça articulações que possibilitem aos Estados elaborar políticas públicas que garantam os direitos essenciais para todas as pessoas, não havendo distinção de qualquer natureza.

Esse conceito é impulsionado por diversos tratados e declarações, contudo, no que se refere ao núcleo temático deste estudo, é importante pontuar o encontro da bioética com os Direitos Humanos na DUBDH, a qual foi construída a partir de ecos da realidade específica, vivenciada pelas populações latino-americanas e dos demais países periféricos. A referida declaração é propulsora de diretrizes que buscam assegurar a dignidade humana e a garantia de princípios éticos, que sustentem a vida contemplando suas especificidades e vulnerabilidades. Contudo, o referido documento aponta os indivíduos de forma generalista, não apresentando

parâmetros no direcionamento de realidades tão específicas, como a população privada de liberdade e as demais populações vulneráveis.

Outro fator relevante refere-se às populações estratégicas e/ou vulneráveis, as quais, por diversas vezes, são contempladas por recomendações e tratados internacionais específicos, como a população privada de liberdade, que foi cuidadosamente acolhida pela ONU devido ao rompimento constante da dignidade humana nos espaços de cárcere ao redor do mundo.

Buscando-se compreender esse movimento, torna-se necessário relembrar a realidade presente no Sistema Prisional Brasileiro, atualmente considerada uma das questões mais complexas da realidade social do país. A superlotação, as rebeliões, os massacres e as epidemias, conforme apresentado anteriormente, são constantes no sistema prisional. Assis ressalta que:

A superlotação das celas, sua precariedade e sua insalubridade tornam as prisões num ambiente propício à proliferação de epidemias e ao contágio de doenças. Todos esses fatores estruturais aliados ainda à má alimentação dos presos, seu sedentarismo, o uso de drogas, a falta de higiene e toda a lugubridade da prisão, fazem com que um preso que adentrou lá numa condição sadia, de lá não saia sem ser acometido de uma doença ou com sua resistência física e saúde fragilizadas (ASSIS, 2007, p. 75).

No cárcere, a pessoa privada de liberdade se depara com diversos enfrentamentos que deixam clara a negligência da sociedade e do Estado. Dessa maneira, o espaço que deveria proporcionar a ressocialização do indivíduo é produtor de adoecimentos e dos demais problemas sociais e éticos. E, como citado anteriormente, os infratores são intermitentemente castigados pelo sistema e pela sociedade que os envolve.

Essa realidade peculiar implica constantemente a violação dos direitos e a execução de atos que infringem a ética da vida. Esse contexto singular e vulnerável convoca os Direitos Humanos para compor o diálogo com os demais campos de conhecimento em busca de formular e fortalecer arranjos produtores de saúde e de cuidado.

Esse mesmo movimento é necessário para a discussão do cenário da saúde da população privada de liberdade, a qual se depara com problemas de saúde como: feridas mal cicatrizadas; sarna; furúnculos; tuberculose; micoses; infecções respiratórias; cefaleia; dores na coluna; crise de pânico; afecções ginecológicas;

acne; obesidade; hipertensão arterial; diabetes; entre outros (VARELLA, 2017, p. 13-14).

Pode-se associar o ambiente prisional aos dos campos de guerra, onde as atrocidades, as perseguições e as negligências são orquestradas por preceitos morais e sociais. Desta forma, tais ações que conduzem à morte, decorrem da estratégia do poder adotado. Contudo, para desbravar esse território torna-se necessária a composição de coletivos que percorram ideais singulares, que vão ao encontro da garantia dos Direitos Humanos com a base da dignidade humana e do cuidado.

Como apresentado neste estudo, foram elaborados diversos tratados internacionais enfocando as especificidades da pessoa privada de liberdade. Contudo, esses documentos são organizados como recomendações aos diversos países e, consonantemente, são embaixadores de políticas públicas que garantam os direitos essenciais a essa população.

Assim, são nos espaços de elaboração de políticas públicas que se reverenciam e concretizam esses conteúdos. E essa construção coletiva necessita de conhecimento interdisciplinar dos diversos campos e ciências, pois a sustentabilidade de tais legislações e normativas só ocorre a partir do envolvimento estratégico de diferentes atores, os quais impulsionaram suas elaborações, planejamentos e monitoramentos sem qualquer forma de exclusão, opressão e estigmatização.

Nesse contexto, a aproximação da bioética nessa composição é primordial, pois esse arranjo formula estrategicamente o fortalecimento das discussões que percorrem confrontos sociais e morais, conseqüentemente, transformando-se em agente de práticas diferenciadas e éticas. Essa disposição possibilita a construção de políticas públicas coerentes e viáveis.

Outro fator imprescindível é o monitoramento e a avaliação das políticas públicas vigentes. Esse movimento é necessário e para que ocorra, a sociedade, os meios acadêmicos e demais movimentos sociais precisam se apropriar dessas discussões. Entretanto, atualmente observa-se uma lacuna nesses espaços, com fragilidades e, por diversas vezes, inexistência de discussões críticas e construtivas. Salienta-se que a bioética se torna indispensável nesse contexto, pois para sustentar esses fóruns, é necessário apresentar fundamentações teóricas que

promovam práticas éticas. Os bioeticistas precisam compor, com os demais atores da sociedade, a construção e o acompanhamento das políticas públicas.

Contudo, observa-se que o envolvimento da bioética nas políticas públicas é demasiadamente retraído, sendo, muitas vezes, entrelaçado às discussões relacionadas à ética aplicada à saúde. É relevante sinalizar que a partir da Bioética Latino-Americana, principalmente a BI, se conquistaram novos espaços de discussão, principalmente os relacionados às questões sociais. Contudo, esses espaços são encolhidos e, por diversas vezes, contaminados por questões de interesses políticos, econômicos e ideológicos.

Um dos desafios da bioética, portanto, é a composição com as políticas públicas. Evidentemente é primordial sua caminhada nos espaços de saúde, contudo, as questões sociais são pulsantes e necessitam de um olhar singular, em busca da dignidade humana e da ética da vida. Por isso, a academia, os bioeticistas e demais organizações sociais necessitam se apropriar deste universo, o qual reflete as diversas vulnerabilidades que afligem a humanidade em sua totalidade e em suas especificidades.

Constitui-se, aqui, uma provocação para este cenário, pois, atualmente, a bioética se apropriou de espaços de discussão nas instituições de saúde, através das comissões de bioética hospitalares, porém, questiona-se: não seria viável compor um grupo de bioética nos ministérios, secretarias, departamentos de Direitos Humanos e demais áreas que tratam de grupos vulneráveis específicos, como a população privada de liberdade, os ribeirinhos, os indígenas, a população negra, a população em situação de rua e outras?

Salienta-se, a esse respeito, que *bio* significa vida, e a vida transversaliza as diversas áreas governamentais e arranjos por elas formuladas, pois as diferentes legislações impactam diretamente na humanidade, sendo assim, necessitam de discussões eticamente adequadas.

Contudo, é relevante pontuar que as políticas públicas específicas para as populações estratégicas e/ou vulneráveis são esboçadas com diretrizes inclusivas, de equidade e de igualdade coletiva, porém, a sua execução se depara com questões ideológicas e morais da sociedade e do Estado, que fragilizam e neutralizam a sua implementação. Infelizmente, nos últimos tempos, esse fator é constante nas políticas sociais brasileiras. Entretanto, o rompimento desse ciclo

ocorre a partir da participação dos diversos setores, campos de conhecimento, como a bioética, e de cidadãos brasileiros nos espaços de controle social.

Esse fator de fragilidade das políticas públicas é retratado na saúde carcerária, traçado pelas vulnerabilidades do sistema de justiça e de saúde brasileira, o qual busca acolher os indivíduos reclusos a partir de políticas públicas instauradas no país com base nos tratados e nas regras internacionais dos Direitos Humanos e nas demais projetos de leis nacionais. Contudo, devido à complexidade deste cenário, observa-se que os projetos e as políticas específicas, como o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário e a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, não correspondem de forma efetiva à realidade.

A Pastoral Carcerária delineou a fragilidade desse cuidado a partir do cenário atual das prisões brasileiras, onde reina o silêncio do massacre da vida, conforme apresentado a seguir:

Nas prisões brasileiras, a morte chega mais rápido por meio de uma tosse do que de um estilete. Em um ambiente caracterizado pela superlotação e estrutura precária de higiene, onde faltam médicos e outros profissionais de saúde, o “massacre silencioso” é comandado não por facções, mas por doenças contagiosas a exemplo de AIDS, tuberculose, hanseníase e até mesmo por infecções de pele. (BIANCHI, 2017)

Os presos, em processo de ressocialização, uma vez encarcerados pelo Sistema Prisional Brasileiro, deparam-se com a violência do cárcere, mas essa agressão é dada para além da vivência cotidiana entre os colegas e as facções do sistema criminal, pela ferocidade do adoecimento devido às más condições físicas e sanitárias das cadeias públicas e penitenciárias. A Pastoral Carcerária sinaliza esse fato a partir da seguinte amostragem:

O caso do Rio de Janeiro é típico do que acontece em todo o país quando o tema é saúde nas cadeias: nas 58 unidades penitenciárias do Estado, exatos 517 presos morreram em decorrências de diversas doenças entre 1º de janeiro de 2015 e 1º de agosto de 2017. No mesmo período, 37 detentos foram assassinados em suas celas – um índice 14 vezes menor. (BIANCHI, 2017)

Nesse contexto, é relevante sinalizar que as enfermidades decorrentes do cárcere são resultantes de condições precárias e insalubres do sistema penitenciário, fatores que potencializam o adoecimento desses cidadãos. Contudo,

conforme apresentado anteriormente, esse público não é atendido assistencialmente, desde as suas residências e comunidades, devido à precariedade da saúde das periferias.

Ressalta-se que a realidade vivenciada pelo sistema de saúde carcerário, com a falta de equipe profissional, de medicamentos e de espaços adequados de saúde, é a mesma das comunidades de periferias brasileiras. Sendo assim, ao serem detidas nos cárceres, as pessoas, por inúmeras vezes, trazem em suas bagagens doenças adquiridas anteriormente e, com a sua reclusão, elas não são tratadas e nem acompanhadas, proliferando-as (BERGANO, 2016).

Esse fator potencializa a vulnerabilidade desses cidadãos, pois além do meio de reclusão que é insalubre, o contágio é intensificado pela falta de conhecimento e de assistência adequada. E, conforme já apresentado, essas enfermidades alcançam os familiares e os companheiros durante as visitas íntimas, os demais detentos, além dos trabalhadores do sistema prisional.

Dessa singularidade traçada no meio carcerário, emergem fatores que percorrem as vulnerabilidades que, por sua vez, produzem indivíduos vulnerados. Como nos apresenta a Bioética de Proteção, o indivíduo vulnerado não é capaz de se defender sozinho. Sendo assim, fazem-se necessários arranjos que garantam os seus direitos, os quais devem ser elaborados e acompanhados pela sociedade e pelo Estado.

Nesse movimento, observa-se a singularidade da composição da bioética com as políticas públicas e os Direitos Humanos, pois esses indivíduos necessitam de formulações que sejam elaboradas a partir de parâmetros éticos, capazes de contemplar a realidade vivenciada por tais sujeitos.

Todavia, essas políticas públicas, embasadas nos Direitos Humanos e sustentadas pela discussão crítica da bioética, buscam promover a igualdade ou a equidade? Essa é uma questão final instigante para a análise proposta neste trabalho e, ao mesmo tempo, desafiadora. As políticas públicas não conseguem ser igualitárias, pois somos indivíduos com subjetividades e especificidades únicas.

Esse aspecto é elucidado a partir da Bioética de Intervenção, que aponta para a necessidade de se traçarem políticas públicas de saúde para grupos vulnerados, como a população carcerária, e busca promover a equidade, acolhendo as diferentes necessidades da referida população. Entretanto, é necessário salientar que, ao promover políticas públicas que se debrucem na equidade dos cidadãos e

de seus coletivos, conseqüentemente, se traça um caminho para a igualdade de direitos de toda sociedade.

Esse fator reforça a ideia de que, para compor essa construção coletiva e romper gradualmente com aspectos que ferem o direito à vida e a dignidade humana, é necessário romper o silêncio no qual, por muitas vezes, o Estado, a sociedade e a academia se deparam. Assim, exortam-se os princípios da Bioética Latino-Americana para sustentar uma análise crítica e estimular a construção interdisciplinar de novas proposições para a realidade exposta.

Adicionalmente, deve-se problematizar a concepção internacionalmente estabelecida de que a saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade. Assim, torna-se necessário observar as variáveis que envolvem as vulnerabilidades de cada sujeito ou de grupos nos ambientes em que estão inseridos. Esse conceito funde-se ao objeto apresentado para o referido estudo e, por conseguinte, vem instaurar uma ebulição conceitual *versus* uma realidade dura e excludente.

É imprescindível observar as especificidades das populações envoltas por indivíduos vulnerados, pois a saúde conotada para os indivíduos das populações indígenas, LGBTs, ribeirinhas, em situação de rua e as privadas de liberdade é demasiadamente diferenciada da saúde conceituada aos demais indivíduos que se encontram nas outras classes da sociedade, uma vez que os acessos, as garantias e as possibilidades são distintos, bem como a produção de saúde e de sujeitos. Tal característica é agravada nos territórios que compõem a América Latina e os demais países periféricos, marcados por históricos de violência, exploração e exclusão.

Por isso, é primordial trazer a referida reflexão ética para a realidade desse ambiente, onde milhares de indivíduos vivenciam cotidianamente os problemas dos arranjos de cuidado à saúde, que se tornam necessários a fim de expandir essa discussão para além das grades, ultrapassando-se as fronteiras territoriais e acolhendo-se as similaridades de povos, pois muitos elementos são semelhantes e a realidade dura e excludente deve ser superada a partir de movimentos coletivos e inclusivos.

Diante ao exposto, percebe-se que os movimentos buscaram preencher uma lacuna deixada pela inexistência de leis e arranjos que proporcionassem ao ser humano a garantia de seus direitos, pois conforme estudado, os Direitos Humanos deixam de ser orientações éticas ou programas de ação e se convertem em

obrigações jurídicas que vinculam as relações internas e externas dos Estados (TOSI, 2004).

Torna-se necessária, também, a observação de que os movimentos instaurados pelos Direitos Humanos e a bioética vêm ao encontro de articulações e diretrizes que buscam sustentar o direito à saúde. E mesmo promovendo essa discussão de forma generalista, observa-se que as atribuições dos referidos campos de estudo são impulsionadoras da construção de tratados internacionais e legislações nacionais peculiares de cada realidade.

Tendo-se em vista os aspectos apresentados para os quais convergem os campos do saber em prol da garantia da dignidade humana, a partir de um princípio inclusivo - o das vulnerabilidades das populações específicas - que nos deparamos com o último tratado para os espaços de cárcere, intitulado de “as Regras de Mandela”. Tal documento proporcionou a seguinte reflexão:

[...] orientações atualizadas e muito mais precisas, com instruções exatas para enfrentar a negligência estatal, prestigiando a dignidade daqueles em situação de privação de liberdade para devolver-lhes a essência de seres humanos que são e, bem por isso, obrigam sejam respeitados, proteção contra qualquer espécie de tratamento ou castigo degradante ou desumano, acomodações razoáveis para pessoas com deficiências físicas e mentais, entre outras orientações (BRASIL, 2016, p. 10).

Diante disso, observamos a necessidade de incluírem-se as questões éticas que percorrem esses confrontos sociais. Desta forma, é de extrema relevância a bioética nesse discurso, pois assumindo seu papel de orientador e em conjunto com os DH, a bioética pode alcançar posição norteadora na construção de legislações e de políticas públicas. Porém, esse movimento só irá ocorrer se houver fundamentos e bases éticas que o sustentem. Portanto, o tripé das políticas públicas, Direitos Humanos e a bioética se torna essencial para a discussão e a formulação de arranjos legais e diretivos que acolham as necessidades e garantam o direito à saúde da população privada de liberdade.

A partir desse contexto, pode-se afirmar que, para a eficácia das políticas públicas da saúde carcerária, torna-se necessária a adesão de princípios dos Direitos Humanos e uma análise construtiva à luz da bioética para que as organizações governamentais, a sociedade e os conselhos econômicos e sociais implementem e sustentem as políticas propostas.

Em virtude dos fatos mencionados, faz-se necessário rever, ainda que pontualmente, as políticas públicas de saúde do Sistema Carcerário Brasileiro abordadas no material dissertativo, constatando-se que, nas últimas décadas, criaram-se legislações e projetos intersetoriais, dos quais surgiram redes temáticas de cuidado, buscando-se romper a fragmentação e a negligência do Estado.

Pôde-se evidenciar que a criação do SUS, foi imprescindível para garantir os arranjos de cuidado à população brasileira. Essa lei impulsiona a construção de políticas públicas de saúde que garantam a saúde às populações estratégicas, bem como aos vulneráveis, como os atendidos pelo Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade. Como podemos observar, essas legislações estratégicas fomentam garantias e buscam acolher de forma singular as especificidades dos vulnerados que se encontram no sistema.

Porém, o cenário que prevalece nos países periféricos, como o Brasil, por exemplo, é traçado por questões de interesse social, fortalecidas pelo comando da parcela burguesa da sociedade, além dos conflitos decorrentes das disputas de poderes políticos. Esses fatores são responsáveis pela fragilidade da gestão e pelo monitoramento das políticas públicas, conseqüentemente resultantes de políticas formais apresentadas em diários oficiais e em portarias ministeriais, mas distantes das condições de saúde vivenciadas e instauradas no cotidiano das cadeias públicas e penitenciárias.

Pautada sobre a ideia de apresentar à luz da bioética os arranjos de saúde da população encarcerada a partir dos movimentos dos Direitos Humanos e das políticas públicas, instaurou-se uma inquietude na elaboração do presente material dissertativo, pois a ausência de documentos embasados pela bioética, que se apropriem da temática proposta e, por conseguinte, das condições sociais e morais que envolvem os vulnerados com suas vulnerabilidades específicas, trouxeram à tona um grande desafio para este campo de conhecimento.

É nítido que, nas últimas décadas, a bioética percorreu caminhos para além da área clínica, desbravando novos campos de pesquisa e estudo. Contudo se observa ainda a existência de uma lacuna relacionada aos assuntos sociais e estes devem ser pautados e incluídos de forma incisiva e definitiva nessa área de estudo, concluindo-se que é notória a responsabilidade da academia para a construção de uma sociedade inclusiva. Sendo assim, instiga-se a proposição da ponte da bioética

a ser construída entre a teoria e a prática, a academia e os territórios vulneráveis (cárceres, tribos, ruelas, becos, e outros mais) e os vulnerados.

Por fim, acirrando-se o debate sobre o tema proposto, retoma-se a discussão inicial do trabalho dissertativo, o qual apresenta o tripé que sustenta a pesquisa sobre a saúde encarcerada. Conclui-se, então, que as políticas públicas, os Direitos Humanos e a bioética são campos de conhecimento distintos, tendo cada qual sua especificidade, mas que contudo convergem na transdisciplinaridade, voltados para discussões específicas e coletivas em que a sociedade clama por apoio e cuidado.

Essa composição nos apresenta a interface existente, conduz ao diálogo possível e impulsiona uma análise crítica, embasando intervenções construtivistas. Sendo assim, convoca-se a bioética para discutir suas singularidades na pluralidade dos conhecimentos das diversas disciplinas, ciências e campos de saberes. Sabe-se que a disciplina da bioética se fundamenta em uma estrutura multi/inter/transdisciplinar, contudo, talvez este seja um dos seus grandes desafios: a composição de áreas diversas, incluindo-se novos saberes e disseminando seus princípios e vertentes, pois o campo é vasto; é necessário espriar-se.

E esse deslocamento e composição da bioética são imprescindíveis para que haja o rompimento dos conflitos sociais e morais e, conseqüentemente, o resgate da dignidade de pessoa, sem estigmas e desprovida de toda concepção de vingança, num olhar subjetivo. Porém, para que êxito ocorra nessas ações, tornam-se necessárias ações objetivas mediante fortalecimento das políticas públicas que reduzam as desigualdades e que possibilitem a igualdade de direitos. Para tanto, é necessário o diálogo entre os diversos campos de conhecimento e a sociedade, conforme apresentado no presente trabalho.

Trata-se de um desmedido desafio, que esboça possibilidades reais de impacto social e ético para a humanidade.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A viagem não acaba nunca. Só os viajantes acabam. E mesmo estes podem prolongar-se em memória, em lembrança, em narrativa. Quando o viajante se sentou na areia da praia e disse: 'Não há mais que ver', sabia que não era assim. O fim duma viagem é apenas o começo doutra.

(JOSÉ SARAMAGO)

Neste trabalho, objetivou-se apresentar, à luz da bioética, as diversas trajetórias dos Direitos Humanos e das políticas públicas relacionados aos cuidados da população encarcerada, mais precisamente no que tange à sua saúde. É visível que o Sistema Prisional Brasileiro se encontra permeado de problemas e de conflitos éticos, como a superlotação, as facções criminais e as condições do cárcere e do cuidado da população privada de liberdade.

Ressaltou-se que o cenário apresentado, movido pela inquietude das condições sociais e éticas, mostra que o Estado, mantenedor da tutela dos cidadãos encarcerados e responsável pela ressocialização desses indivíduos, devido à precariedade do sistema, atualmente promove vulnerabilidades, conseqüentemente sendo, produtor da privação da dignidade humana e do direito à vida e à saúde.

A partir dessa realidade, o material dissertativo apresentou algumas reflexões e contribuições analíticas pertinentes à formulação das políticas públicas em prol ao direito à saúde da população encarcerada, sobretudo no embasamento conceitual e prático das diretrizes e normativas dos Direitos Humanos e da bioética para os referidos arcabouços legais e diretivos.

Contudo, será possível sustentar o direito à saúde da população carcerária? As especificidades, de grupos e comunidades envolvidos de vulnerados podem ser acolhidas a partir de políticas públicas específicas? Será possível superarem-se as posturas discriminatórias e estigmatizantes da sociedade frente às pessoas encarceradas? Afirmou-se que essas indagações são propulsoras da construção de tratados internacionais e de legislações nacionais peculiares a cada realidade. E, conseqüentemente, esses fatores convocam os diferentes campos dos saberes para compor a discussão das legislações e arranjos que garantam a ética do cuidado e o direito à vida.

É relevante pontuar a potencialidade da composição proposta no estudo, o qual apresentou a ponte de diálogo entre os Direitos Humanos, a Bioética Latino-Americana e as políticas públicas. O referido tripé teórico é primordial para a discussão e a elaboração de arranjos legais, os quais são traçados e sustentados pela ética da vida e da dignidade humana.

Nesse sentido, são modestos os subsídios alinhavados na pesquisa que buscam contribuir para a condução de futuras discussões acadêmicas, bem como nas frentes da sociedade, dos movimentos sociais e dos órgãos governamentais do Estado, com o intuito de apoiar estratégias e articulações na promoção e na sustentação de políticas públicas que garantam as diretrizes de cuidado à vida da pessoa privada de liberdade.

Nessa perspectiva, se esboçam algumas sugestões para estabelecer na prática o tripé entre a bioética, os Direitos Humanos e as políticas públicas, sendo elas:

- Criação de grupos de trabalhos intersetoriais voltados à análise e ao aperfeiçoamento das políticas públicas para a população carcerária;
- Constituição de grupos de trabalho, compostos por representantes da população privada de liberdade, seus familiares, profissionais e gestores do sistema prisional (penitenciárias e cadeias públicas);
- Formulação de estratégias de sensibilização para os problemas e impasses da situação carcerária;
- Aprofundamento da análise conceitual sociológica sobre o problema, a fim de melhorar a compreensão sobre o papel da punição na concepção de justiça na sociedade brasileira.

Por fim, espera-se que as questões abordadas no presente trabalho dissertativo obtenham respaldo pelos campos de estudos aqui propostos, principalmente na bioética, objetivando-se proporcionar melhores condições de saúde às populações encarceradas e, conseqüentemente, aos seus familiares, demais atores que vivenciam o sistema prisional brasileiro, bem como para toda a coletividade. Da mesma forma, pretende-se contribuir efetivamente na elaboração de políticas públicas que venham ao encontro da supressão das precárias condições de sobrevivência e também na formação de agentes da sociedade que trabalhem nas questões sociais e éticas do diálogo com o Estado para suprimir a realidade exposta na atualidade.

REFERÊNCIAS

AGUIRRE, Carlos. Cárcere e sociedade na América Latina, 1800-1940. In: MAIA, Clarisse Nunes et al. (Org.). **História das prisões no Brasil**. Rio de Janeiro: Rocco, 2009. p. 38-39. v. II.

ALVES, José Augusto Lindgren. **Os Direitos Humanos na pós-modernidade**. 2005. São Paulo: Perspectiva, 2005.

ARREGUY, Euclides Etienne; SCHRAMM, Fermin Roland. Bioética do Sistema Único da Saúde/SUS: Uma análise pela bioética da proteção. **Revista Brasileira Cancerologia**, v. 51, n. 2, p. 117-23, 2005. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_51/v02/pdf/artigo3.pdf>. Acesso em: 1º out. 2017.

ASSIS, Rafael Damaceno. A realidade atual do Sistema Penitenciário Brasileiro. **Revista CEJ**, Brasília, v. 11, n. 39, p. 74-78, out./dez. 2007. Disponível em: <<http://www.cjf.jus.br/ojs2/index.php/revcej/article/download/949/1122>>. Acesso em: 20 jul. 2017.

BERGANO, Karolina. A Saúde de quem vive em favelas. **Saúde**. São Paulo 1º de dez. 2016. Disponível em: <<https://saude.abril.com.br/medicina/a-saude-de-quem-vive-em-favelas/>>. Acesso em: 4 jan. 2017.

BERNARDES, Liliane Cristina Gonçalves. **Bioética deficiência e políticas públicas**: Uma proposta de análise a partir da abordagem da capacidade. 2016. 271f. Tese (Doutorado em Bioética)- Universidade de Brasília, Brasília, 2016. Disponível: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/22355/1/2016_LilianeCristinaGon%C3%A7alvesBernardes.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2017.

BIANCHI, Flávio Costa e Paula. CARCERÁRIA, Pastoral. **Massacre silencioso: doenças tratáveis matam mais que violência nas prisões brasileiras**. São Paulo: Pastoral Carcerária. 14 de agosto de 2017. Disponível em: <<http://carceraria.org.br/massacre-silencioso-doencas-trataveis-matam-mais-que-violencia-nas-prisoas-brasileiras.html>>. Acesso em: 1º out. 2017.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Tradução Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2004. Disponível: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/297730/mod_resource/content/0/norberto-bobbio-a-era-dos-direitos.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2017.

BRAGA, Glauco Pereira de Oliveira. O assistente social e a política de atenção à saúde prisional: um estudo aproximativo. **Serviço Social & Saúde**, Campinas, SP, v. 15, n. 2, p. 219-242, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/download/8648118/14974>>. Acesso em: 9 jun. 2017.

BRASIL. Decreto 1.441, de 8 de fevereiro de 1937. Aprova o regulamento para a execução do decreto n. 24797, de 14 de julho de 1934, que criou o Selo

Penitenciário e a Inspeção Geral Penitenciária. **Lex:** 1937. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-1441-8-fevereiro-1937-458648-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 15 nov. 2017.

_____. Lei nº 3.274, de outubro de 1957. Dispõe sobre as Normas Gerais do Regime Penitenciário. **Lex** Disponível em: http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaNormas.action?numero=3274&tipo_norma=LEI&d_ata=19571002&link=s. Acesso em: 07/03/2017.

_____. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de execução penal. **Lex:** Brasília, 1984. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7210.htm. Acesso em: 10 jun. 2017.

_____. **8ª Conferência Nacional de Saúde – relatório final.** Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2017.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil. **Lex:** Brasília, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 9 jun. 2017.

_____. 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. **Lex:** Brasília, Ministério da Saúde, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 30 maio 2017.

_____. **Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH -1).** Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 1996. Disponível em: <http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/publicacoes-oficiais/catalogo/fhc/programa-nacional-de-direitos-humanos-1996.pdf/view>. Acesso em: 10 jun. 2017.

_____. Decreto nº 2.193, de 07 de abril de 1997. Dispõe da estrutura regimental da Secretaria Nacional dos Direitos Humanos. **Lex:** Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 1997. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D2193.htm>. Acesso em: 4 jul. 2017.

_____. Ministério de Estado da Justiça, Portaria Interministerial nº 1777 de 09 de setembro de 2003. Dispõe sobre: Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. **Lex:** Disponível em: <<http://www.diariodasleis.com.br/busca/exibelinck.php?numlink=217735>>. Acesso em: 10 nov. 2017.

_____. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 2 jun. 2017.

_____. **Humanizar a formação para humanizar o SUS.** Cadernos HumanizaSUS - Volume 1 Formação e intervenção. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2017.

_____. **Programa Nacional de Direitos Humanos III (PNDH-3).** Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2010b. Disponível em: <http://www.pndh3.sdh.gov.br/public/downloads/PNDH-3.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2017.

_____. **Legislação da Saúde no Sistema Penitenciário.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010c. Disponível: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saude_sistema_penitenciario.pdf>. Acesso: 14 jun. 2017.

_____. **Relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde:** todos usam o SUS; SUS na seguridade social; Política pública, Patrimônio do povo brasileiro. Brasília: Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/img/14_cns%20relatorio_final.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2017.

_____. Portaria Interministerial n. 1.679, de 12 de agosto de 2013. Institui o Grupo de trabalho interministerial para elaboração da Política Nacional de Saúde no Sistema Prisional e o Comitê Técnico Intersetorial de Assessoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Saúde no Sistema Prisional. **Diário Oficial da União**, Brasília: Ministério da Saúde, n. 155, Seção 1, p. 44-45, 13 ago. 2013. Disponível em: <<http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/portarias/portaria-interministerial-1679-2013>>. Acesso em: 1º jul. 2017.

_____. 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). **Diário Oficial da União**, Brasília: Ministério da Saúde e Ministério da Justiça, 2014a. Disponível: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html. Acesso: 20 de jun. 2017.

_____. **Política nacional de atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional.** Brasília: Ministério da Saúde e Ministério da Justiça, 2014b. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/Notas%20t%C3%A9cnicas%202013/NT%2033-%202013%20Pol%C3%81tica%20Sau%CC%81de%20Prisional.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2014.

_____. **Regras de Mandela:** Regras mínimas das Nações Unidas para o tratamento de presos. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2016. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/arquivo/2016/05/39ae8bd2085fdb4a1b02fa6e3944ba2.pdf>>. Acesso em: 14 maio 2017.

_____. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – INFOPEN – Atualização Junho de 2016**. Brasília: Departamento Penitenciário Nacional/Ministério da Justiça, 2017. Disponível em: http://www.justica.gov.br/news/ha-726-712-pessoas-presas-no-brasil/relatorio_2016_junho.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2018.

CABRAL, Ruth do Prado. **Reintegração social em Goiás**: o perfil do apenado e a atuação do patronato em prol do egresso. 2014. 112f. Dissertação (Mestrado em Direitos Humanos)– Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Direitos Humanos. Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2014. Disponível em: <<https://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tede/4575/5/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20Ruth%20do%20Prado%20Cabral%20-%202014.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2017.

CAVALCANTI, Carlos André Macêdo. História moderna dos Direitos Humanos: Uma noção em construção. In: TOSI, G. (Org.). **Direitos Humanos**: História, teoria e prática. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 2005. p. 47-74.

CENTRO DE INFORMAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL. Organização das Nações Unidas. **Declaração universal dos Direitos Humanos**. Rio de Janeiro: UNIC, 2009. Disponível em: <<http://www.onu.org.br/img/2014/09/DUDH.pdf>>. Acesso em: 27 maio 2017.

COELHO, Edmundo Campos. **Oficina do diabo e outros estudos sobre criminalidade**. Rio de Janeiro: Record, 2005.

COSTA, Maíra Pereira; GONZÁLEZ, Rodrigo Stumpf; COSTA, Maxmiler Campos. Política de Direitos Humanos e estrutura institucional no Brasil: Vinte anos de avanços e retrocessos. In: CONGRESSO LATINO-AMERICANO DE CIÊNCIA POLÍTICA, 9., 2017, Montevideu. **Anais...** Montevideu: Associação Latino-Americana de Ciência Política (ALACIP), 2017. Disponível em: <<http://www.congressoalacip2017.org/>>. Acesso em: 10 ago. 2017.

CRUZ, Marcio Rojas; OLIVEIRA, Solange Lima Torres; PORTILLO Jorge Alberto Cordón. A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos - contribuições ao Estado brasileiro. **Revista Bioética**, v. 18, n. 1, p. 93-107, 2010.

DALLARI, Dalmo de Abreu. Direitos Humanos: sessenta anos de conquistas. **Revista Direitos Humanos**, Brasília, 2008. Disponível: <http://dhnet.org.br/dados/revistas/a_pdf/revista_sedh_dh_01.pdf>. Acesso em: 1º ago. 2017.

ESCRITÓRIO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE DROGAS E CRIME. Organização Pan-americana de Saúde. Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde. **Guia sobre gênero, HIV/aids, coinfeções no sistema prisional**. Brasília: OPS, 2012. Disponível em: <https://www.unodc.org/documents/lpo-brazil/Topics_aids/Publicacoes/GUIA_SOBRE_GENERO_HIV_em_prisoas_2012.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2017.

FORTES, Paulo Antônio de Carvalho; Zoboli, Elma Lourdes Campos Pavone. Bioética e Saúde Pública. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 41-50, 2006.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**: História da violência nas prisões. 25. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

FREITAS, Rosane Sousa; ZERMIANI, Thabata Cristy; NIEVOLA, Maiara Tauana Souza; NASSER, Janaína Naumann; DITTERICH, Rafael Gomes. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional: Uma análise do seu processo de formulação e implantação. **Revista de Políticas Públicas**, Maranhão, v. 20, n. 1, p. 171-184, jan./jun. 2016.

FRINHANI, Fernanda Magalhães Dias. **Mulheres aprisionadas**: representando o Universo Prisional. 2004. 146f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)—Universidade do Espírito Santo, Vitória, 2004. Disponível em: <http://portais4.ufes.br/posgrad/teses/tese_450_.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2017.

FULGÊNCIO, Cristiane Alarcão. **A bioética de intervenção e a justiça social**. 2013. 79f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde)- Faculdade de Ciências da Saúde. Universidade de Brasília. Brasília: UNB, 2013. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/15239/1/2013_CristianeAlarcaoFulgencio.pdf>. Acesso em: 8 jul. 2017.

GARRAFA, Volnei. Inclusão social no contexto político da bioética. **Revista Brasileira de Bioética**, v. 1, n. 2, p. 122-132, 2005a.

_____. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. **Revista Bioética**, Brasília, v. 13, n. 1, p. 125-34. 2005b. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/97/102>. Acesso em: 10 set. 2017.

_____. OSELKA, Gabriel; DINIZ, Débora. Saúde pública, bioética e equidade. **Revista Bioética**, Brasília, v. 5, n. 1, p. 27-33, 1997. Disponível: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/361/462>. Acesso: 17 set. 2017.

_____. PORTO, Dora. Bioética, poder e injustiça: por uma ética de intervenção. In: GARRAFA, Volnei; PESSINI Leo (Orgs.). **Bioética**: Poder e injustiça. São Paulo: Loyola. 2003. p. 35-44.

_____; PORTO, Dora. **Bioética de intervención**. In: TEALDI, Juan Carlos. Diccionario Latinoamericano de Bioética. Bogotá: Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidad Nacional de Colombia, 2008. p. 161-164

GONÇALVES, Ricardo Jozepavicius; **Justiça, direito e vingança na filosofia moral de Friedrich Nietzsche**; Rev. Fac. Direito São Bernardo do Campo n.20 | 2014; p. 1-18 Disponível: <<https://revistas.direitosbc.br/index.php/fdsbc/article/view/35/21>>. Acesso em 05 de jan de 2018.

GONZÁLEZ, Rodrigo Stumpf. A política de promoção aos Direitos Humanos no governo Lula. **Revista Debates**, Porto Alegre, v. 4, n. 2, p. 107-135, 2010. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/debates/article/view/16534>>. Acesso em: 17 ago. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo de 2010 - População brasileira acima de 10 anos de idade**. Rio de Janeiro: 2014. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 10 jun. 2017.

_____. **Um quarto da população vive com menos de R\$ 387 por mês**. Brasília: Agência IBGE notícias, 15 dez. 2017. Disponível: <<HTTPS://AGENCIADENOTICIAS.IBGE.GOV.BR/AGENCIA-NOTICIAS/2012-AGENCIA-DE-NOTICIAS/NOTICIAS/18825-1.HTML>>. Acesso em: 10 JAN. 2018.

KÖLLING, Gabrielle Jacobi.; SILVA, Marinho Braga Batista.; SÁ, Maria Célia Delduque Nogueira Pires. Direito à saúde no sistema prisional. **Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 7, n. 1, p. 281-297, 2013. Disponível em: <<http://tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1304/1133>>. Acesso em: 1º ago. 2017.

KOTTOW, Miguel. **Introducción a la bioética**. Santiago: Editorial Universitária, 1995.

_____. Comentários sobre bioética, vulnerabilidade e proteção. In: GARRAFA, Volnei; PESSINI Leo (Orgs.). **Bioética: Poder e injustiça**. São Paulo: Loyola. 2003. p.71-78.

_____. Bioética de proteção: considerações sobre o contexto latino americano. In SCHRAMM, F. R., REGO, S., BRAZ, M., PALÁCIOS, M. (Orgs). **Bioética, riscos e proteção**. Editora UFRJ; Fiocruz, 2005. p. 29-44.

LEÃO, Saimon Medeiros; RODRIGUES, Fillipe Azevedo. O investimento no regime semiaberto como forma de redução da reincidência criminal no Rio Grande do Norte. **Revista Transgressões: Ciências Criminais em Debate**, v. 4, n. 1, p. 46–58, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufrn.br/transgressoes/article/view/8815/6841>>. Acesso em: 31 jan. 2018.

LEITE, Denise Ferreira; BARBOSA, Patrícia Fernanda Toledo; GARRAFA, Volnei. Auto-hemoterapia, intervenção do Estado e bioética. **Revista Associação Médica Brasileira**, v. 54, n. 2, p. 183-188. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302008000200026>. Acesso em: 1º ago. 2017.

LERMEN, Helena Salgueiro et al. Saúde no cárcere: Análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 3, p. 905-924, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312015000300905&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 1 jun. 2017.

MALUF, Fabiano; GARRAFA, Volnei. O Core Curriculum da UNESCO como base para formação em bioética. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 39, p. 456-462, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v39n3/1981-5271-rbem-39-3-0456.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2017.

MARICATO, Erminia. Urbanismo na periferia do mundo globalizado: Metrôpoles brasileiras. **Revista São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 14, n 4, p. 21-33, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-88392000000400004&script=sci_arttext>. Acesso em: 4 jan. 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; RIBEIRO, Adalgisa Peixoto. Condições de saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 7, p. 2031-2040, 2016. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v21n7/1413-8123-csc-21-07-2031.pdf>. Acesso em: 1º dez. 2018.

OLIVEIRA, Aline Albuquerque Sant'Anna. Interface entre bioética e Direitos Humanos: O conceito ontológico de dignidade humana e seus desdobramentos. **Revista Bioética**, v. 15, n. 2, p. 170-185, 2007. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/39/42>. Acesso em: 25 jun. 2017.

_____. **Interface entre bioética e direitos humanos**: perspectiva teórica, institucional e normativa. 2010. 285f. Tese. (Doutorado em ciências da saúde)-Faculdade de Ciências da Saúde. Universidade de Brasília. Brasília, 2010. Disponível em: <http://www.repositorio.unb.br/bitstream/10482/7972/1/2010_AlineAlbuquerqueSOLiveira.pdf>. Acesso em: 08 de set. 2017.

_____. Perspectiva bioética intercultural e Direitos Humanos. **Revista Bioética**, v. 23, n. 1, p. 80-88, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v23n1/1983-8034-bioet-23-1-0080.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2017.

_____. **Direitos Humanos dos pacientes**. Curitiba: Editora Juruá. 2016.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Regras mínimas para o tratamento de presos e procedimentos para aplicação efetiva das regras**. Nova York, 1977. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cdhm/comite-brasileiro-de-direitos-humanos-e-politica-externa/RegMinTratRec.html>>. Acesso em: 4 abr. 2017.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA. **Declaração universal dos Direitos Humanos**. 1948. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001394/139423por.pdf>>. Acesso em: 1º jun. 2017.

_____. **Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos**. 2005. Tradução: Cátedra UNESCO de Bioética da Universidade de Brasília. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf>. Acesso em: 9 nov. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) – 1946.** USP. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organização-Mundial-da-Saúde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 18 jun. 2017.

PASTORAL CARCERÁRIA. **Na ONU, PCr participa de reunião sobre regras mínimas aos presos.** São Paulo: 3 abr. 2014. Disponível em: <http://carceraria.org.br/na-onu-pcr-participa-de-reuniao-sobre-regras-minimas-para-presos.html>. Acesso em: 01 jun. 2017.

PIOVESAN, Flavia. Ações afirmativas da perspectiva dos Direitos Humanos. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 35, n. 124, p. 43-55, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cp/v35n124/a0435124.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2017.

PONTES, Carlos Antônio Alves SCHRAMM, Fermin Roland. Bioética da proteção e papel do Estado: problemas morais no acesso desigual à água potável. **Caderno da Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 20, p. 1319-1327, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/26.pdf>>. Acesso em: 1º out. 2017.

PORTO, Dora de Oliveira Silva. **Bioética e qualidade de vida: as bases da pirâmide social no Brasil:** um estudo sobre a qualidade de vida, qualidade de saúde e qualidade de atenção à saúde de mulheres negras no Distrito Federal. 2006. 331f. Tese (Doutorado em ciências da saúde)- Universidade de Brasília, Brasília, 2006. Disponível em: <<http://repositorio.unb.br/handle/10482/5677?locale=en>>. Acesso em: 1º jun. 2017.

_____. Bioética de intervenção: retrospectiva de uma utopia. In: _____. et al. (Coords.). **Bioéticas, poderes e injustiças: 10 anos depois.** Brasília: CFM; 2012. Disponível: <<http://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/index6/?numero=2&edicao=1504#page/111>>. Acesso em: 26 out. 2017.

_____. A importância da Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos para a América Latina. **Revista Redbioética/UNESCO**, Ano 5, p. 65-70, 2014a. Disponível em: <http://www.unesco.org.uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista_9/Art6-Porto-A5V1N9-2014.pdf>. Acesso em: 26 out. 2017.

_____. Bioética na América Latina: desafio ao poder hegemônico. **Revista Bioética**, n. 22, p. 213-24, 2014b. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v22n2/03.pdf>. Acesso em: 26 out. 2017.

_____. GARRAFA, Volnei. Bioética de intervenção: considerações sobre a economia de mercado. **Revista Bioética**, v. 13, n. 1, p. 111-123, 2005. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/96/91>. Acesso em: 7 set. 2017.

_____. GARRAFA, Volnei. A influência da Reforma Sanitária na construção das bioéticas brasileiras. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, n. 16, Supl. 1, p. 719-729, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a02v16s1.pdf>>. Acesso em: 1º out. 2017.

ROIG, Rodrigo Duque Estrada. **Direito e prática histórica da execução penal no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, 2005.

RODRIGUES, Carlos Eduardo Barbosa. **Trabalho Prisional**: Uma análise da legislação brasileira em comparação às Regras Mínimas da ONU. 2014. 47f. Dissertação (Bacharelado)– Programa de Direito. Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB, Brasília: 2014. Disponível: <<http://repositorio.uniceub.br/bitstream/235/5518/1/20765560.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2017.

RUA, Maria das Graças. **Políticas públicas**. 2009. 130f. Especialização (Gestão Pública Municipal)- Departamento de Ciências da Administração, UFSC, Florianópolis, 2009. Disponível em: <http://biblioteca.virtual.ufpb.br/files/pub_1291087408.pdf>. Acesso em: 1º jun. 2017.

SANCHES, Mário; MANNES, Mariel; CUNHA, Thiago Rocha. Vulnerabilidade moral: leitura das exclusões no contexto da bioética. **Revista Bioética**, 26, p. 39-46, 2018. Disponível: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/1352>. Acesso em: 21 mar. 2018.

SANÉ, Pierre. Bioética e Direitos Humanos. **Revista Brasileira de Bioética**, v. 1, n. 3, p. 241-247, 2005. Disponível em: <<https://bioetica.catedraunesco.unb.br/wp-content/uploads/2016/09/RBB-2005-13.pdf>>. Acesso em: 2 set. 2017.

SANTOS, Ivone Laurentino; GARRAFA, Volnei. Análise da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO à luz da Ética de Paulo Freire. **Revista Redbioética, Montevideo**, v. 1, n. 3, p. 130-135, 2011. Disponível em: <http://www.unesco.org.uy/ci/fileadmin/shs/redbioetica/revista_3/Santos-Garrafa.pdf>. Acesso em: 25 set. 2016.

_____; SHIMIZU, Helena Eri; GARRAFA, Volnei; Bioética de intervenção e pedagogia da libertação: aproximações possíveis. **Revista Bioética**, 22, p. 271-281, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v22n2/09.pdf>>. Acesso em: 26 jul. 2017.

SCHRAMM, Fermin Roland. Bioética da Proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. **Revista Bioética**, v. 16, n. 1, p. 11-23, 2008. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/52/55>. Acesso em: 1º out. 2017.

_____. A bioética de proteção: uma ferramenta para a avaliação das práticas sanitárias? **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 5, p. 1531-1538, 2017.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002501531&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 5 out. 2017.

SILVA, Martinho Braga Batista. Emergência de uma política, extinção de uma coordenação: sobre a gestão da saúde penitenciária no Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva da ABRASCO**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 2021-2030, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n7/1413-8123-csc-21-07-2021.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2017.

SNEAD, Carter. Bioethics and self-governance: the lessons of the Universal Declaration on Bioethics and Human Rights. **Journal of Medicine and Philosophy**, n. 34, p. 204-22, 2009.

SOARES, Marden Marques Filho; GOMES, Paula Michele Martins Demografia, vulnerabilidades e direito à saúde da população prisional brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 7, p. 1999-2010, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n7/1413-8123-csc-21-07-1999.pdf>>. Acesso em: 5 out. 2017.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Revista Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, nº 16, p. 20-45, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16>>. Acesso em: 15 jul. 2017.

SOUZA, Laura Guedes. Análise Jurídica do Sistema Penitenciário Brasileiro à Luz dos Tratados Internacionais em Direitos Humanos. **Revista Direito em Ação**, Brasília, v. 14, n. 1, p. 1-21, 2015.

TORRES, Andreia Almeida. Direitos Humanos e sistema penitenciário brasileiro: desafio ético e político do serviço social. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, v. 67, Ano XXII, p. 76-92, 2001.

TOSI, Giuseppe (Org.). **Direitos Humanos – história, teoria e prática**. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 2004.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. **Projeto e anteprojetos de Código Penitenciário**. Rio de Janeiro. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1978.

VARELLA, Drauzio. **Prisioneiras**. São Paulo: Companhia das Letras, 2017.