



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
COORDENAÇÃO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

JAKELINE RODRIGUES DA SILVA

**SEGURANÇA PÚBLICA E SAÚDE DO HOMEM: CONSIDERAÇÕES SOBRE UMA
RELAÇÃO NECESSÁRIA.**

CAMPINA GRANDE -PB
2018

JAKELINE RODRIGUES DA SILVA

**SEGURANÇA PÚBLICA E SAÚDE DO HOMEM: CONSIDERAÇÕES SOBRE UMA
RELAÇÃO NECESSÁRIA.**

Trabalho de Conclusão de Curso,
apresentada(o) ao Programa de Graduação em
Serviço Social da Universidade Estadual da
Paraíba, como requisito para à obtenção do
título de Bacharela em serviço social.

Orientadora: Prof^ª. Ma. Thaísa Simplício Carneiro Matias

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

S586s Silva, Jakeline Rodrigues da.
Segurança pública e saúde do homem [manuscrito] :
considerações sobre uma relação necessária. / Jakeline
Rodrigues da Silva. - 2018.
31 p.
Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço
Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de
Ciências Sociais Aplicadas, 2018.
"Orientação : Profa. Dra. Thaisa Simplicio Carneiro Matias
, Departamento de Serviço Social - CCSA."
1. Saúde do homem. 2. Segurança Pública. 3. Política de
Saúde. I. Título

21. ed. CDD 613.042 34

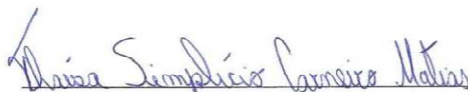
JAKELINE RODRIGUES DA SILVA

SEGURANÇA PÚBLICA E SAÚDE DO HOMEM: CONSIDERAÇÕES SOBRE UMA
RELAÇÃO NECESSÁRIA.

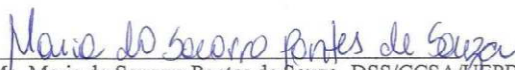
Trabalho de Conclusão de Curso,
apresentada(o) ao Programa de Graduação em
Serviço Social da Universidade Estadual da
Paraíba, como requisito para a obtenção do
título de Bacharel em serviço social.

Aprovada em: 15/08/2018 .

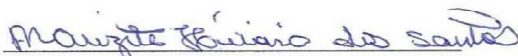
BANCA EXAMINADORA



Prof.ª Me. Thaísa Simplicio Carneiro Matias- DSS/CCSA/UEPB
(Orientadora)



Prof. Me. Maria do Socorro Pontes de Souza- DSS/CCSA/UEPB
(Examinadora)



Ass.Soc. Esp. Marizete Hilário dos Santos- Penitenciária Regional Padrão de Campina
Grande-PB

(Examinadora)

Dedico este trabalho a toda a minha família e amigos, pelo carinho, companheirismo, amizade e paciência e por sempre acreditarem e quererem o melhor para mim. A vocês toda a minha gratidão.

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	05
1.	BREVE RESUMO SOBRE A SAÚDE DO HOMEM NO CENÁRIO BRASILEIRO.....	06
2.	HISTÓRICO DA SEGURANÇA PÚBLICA BRASILEIRA	10
3.	SAÚDE DO HOMEM EM SITUAÇÃO DE CÁRCERE E SUAS FRAGILIDADES ASSOCIADAS À PRECONIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SEGURANÇA.....	17
4.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	24
	REFERÊNCIAS	26

SEGURANÇA PÚBLICA E SAÚDE DO HOMEM: CONSIDERAÇÕES SOBRE UMA RELAÇÃO NECESSÁRIA

Jakeline Rodrigues da Silva¹

RESUMO

O artigo ora apresentado objetivou discutir aspectos relacionados à Saúde do Homem em situação de privação de liberdade. Neste sentido foram estabelecidas as devidas articulações entre a Política de Segurança Pública e a Política de Saúde Pública. Tendo em vista a escassez de estudos que buscaram aprofundar a relação entre estas duas políticas, sobretudo com sua implicação para a saúde do homem, buscamos estabelecer alguns delineamentos que sirvam como subsídios para outros estudos. Para isso recorreremos à utilização de um instrumental teórico, fundamentado no método dialético essencial para se interpelar os avanços e limites destas políticas. Apresentamos a contextualização histórica e a consequente configuração assumida no cenário brasileiro atual, principalmente no cenário político. Esta pesquisa caracteriza-se pelo seu caráter teórico, de natureza qualitativa com revisão de literatura acerca desse tema, seu desenvolvimento foi suscitado após as reflexões elaboradas por intermédio do Estágio Supervisionado obrigatório do curso de Serviço Social, desenvolvido na Penitenciária Padrão Regional de Campina Grande- PB. Inicialmente buscamos apresentar o panorama da saúde no Brasil, desde a efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS). Em seguida, estabeleceu-se a revisão histórica da Política de Segurança desde o período Imperial até nossos dias, buscando examinar seu real estabelecimento e efetivação nas penitenciárias brasileiras. Feito isso, passamos a interlocução entre a situação do sistema de segurança e o sistema de saúde, tendo em vista o contexto de contrarreforma da saúde, as implicações do sistema capitalista e suas nuances, e o espraiamento desses aspectos na sociedade e nas respostas dadas pelo Estado às expressões da questão social. Apesar dos avanços significativos do SUS e da política de segurança pública ainda há muito que se avançar e principalmente que melhorar no que diz respeito em especial à saúde do homem.

Palavras-chave: Saúde do Homem. Segurança Pública. Política de Saúde.

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal garante o direito ao acesso à saúde de modo extensivo a todas as pessoas, tendo em vista que as mesmas por se encontrarem em situação de cárcere e por ter seu direito à liberdade, restringido, não podem perder junto o seu direito à saúde.

Juntamente com a Carta Magna e a Lei de Execução Penal - LEP (lei nº 7.210, de 11 de Julho de 1984), no que se refere à saúde dessas pessoas, entra em cena o Sistema Único de Saúde (SUS) e suas redes de serviços.

¹ Graduanda em Serviço Social pelo DSS da UEPB, Campus I em Campina Grande-PB. E-mail: jakrodrigues.silva@gmail.com

É diante desses aspectos que neste ensaio faremos uma discussão acerca da Política de Saúde e da Política de Segurança Pública Brasileira, fazendo as devidas interpretações de como essas vêm sendo implementadas nas penitenciárias do Brasil.

Justamente nesse contexto que está inserido o assistente social, que lida constantemente com as violações dos direitos humanos. Por isso, entender como vem se dando ao longo dos anos (e principalmente hoje, devido à grande crise no nosso Sistema Penitenciário) as estratégias de consolidação e afirmação dessas políticas, se torna algo extremamente rico para o fortalecimento do SUS e do próprio direcionamento da profissão.

Falar sobre a saúde do homem no Brasil ainda é hoje algo extremamente desafiador por se tratar de um assunto pouco estudado e por possuímos uma grande carência de pesquisas e literaturas que tratem deste assunto.

A aproximação com a temática ora abordada se deu através da experiência de estágio obrigatório do curso de Serviço Social pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), realizado na Penitenciária Padrão Regional de Campina Grande, mais especificamente no setor ambulatorial da mesma, onde se encontram reclusos apenas homens; esta experiência trouxe o grande estímulo para trabalharmos essa temática.

Este artigo encontra-se estruturado em três itens. Inicialmente buscamos nos deter ao estudo sobre a saúde do homem de uma forma geral, traçando a trajetória da mesma no cenário brasileiro. No segundo momento discutiremos o contexto histórico da Política de Segurança Pública no Brasil e buscamos entender os avanços e limitações das mesmas. No terceiro momento falaremos sobre a Saúde do Homem privado de liberdade fazendo uma analogia com o que prega a Política de Segurança.

1. BREVE RESUMO SOBRE A SAÚDE DO HOMEM NO CENÁRIO BRASILEIRO

No cenário mundial os primeiros estudos relacionados à Saúde do Homem² emergiram no fim dos anos 1970 nos Estados Unidos, vindo a ganhar uma maior abrangência apenas e de forma tardia nos anos 1990 quando se começou a pensar a saúde do homem de forma não mais global, mas separadamente, levando-se em consideração a questão de gênero.

² Sobre Saúde do Homem ler : Rilda Sabino Fernandes Alves “O perfil de saúde de homens jovens universitários” . Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2017000200010. Acesso em 17 de Agosto de 2018.

Essa divisão foi extremamente importante, porque mesmo não tendo tantas pesquisas voltadas aos homens, apenas o fato de se pensar e criar algo que leve em consideração às particularidades masculinas, já demonstrava um avanço considerável no âmbito das políticas de saúde.

É no contexto de 1988 que surge no Brasil o Sistema Único de Saúde (SUS) que traz consigo uma considerável melhoria na situação dos cuidados com a saúde da população brasileira (tendo em vista que antes apenas trabalhadores que estavam vinculados à Previdência Social possuíam o acesso ao sistema público de saúde), o restante da população não possuía nenhum dispositivo que lhes garantisse o acesso a saúde. Após o SUS todos passam a ter direito as redes de atendimentos que segundo o Ministério da Saúde, engloba a atenção básica e atendimentos de média e alta complexidade, os serviços urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica.

Dentre os avanços trazidos pelo SUS, está a idéia que todas as pessoas têm direito a saúde. Percebemos que o conceito central do SUS é garantir que a saúde seja de acesso universal, portanto sem restrições ou exclusões, seja por classe, cor ou qualquer outra coisa.

Este direito está ligado à condição de cidadania. [...], o SUS supõe uma sociedade solidária e democrática, movida por valores de igualdade e de equidade, sem discriminação, ou privilégios. Com a Constituição da República de 1988, a saúde passou a ser reconhecida como um direito social, ou seja, inerente à condição de cidadão, cabendo ao poder público a obrigação de garanti-lo: *A saúde é direito de todos e dever do Estado (Art. 196)*. Essa conquista política e social pode ser atribuída a diversas lutas e esforços empreendidos pelo movimento da Reforma Sanitária, entre 1976 e 1988. Pela primeira vez na história do Brasil, foi promulgada uma Constituição que reconhece a saúde como direito social, dispondo de uma seção específica e contando com cinco artigos destinados à saúde (PAIM, 2009, p.43, grifo do autor).

No Brasil, pensar a saúde, em especial a do homem, não é uma tarefa fácil, ainda é muito escasso o número de literaturas voltadas para o universo masculino, principalmente que discutam temas relacionados à sua saúde; fato que dificulta muito a análise desse tema.

O próprio Ministério da saúde apresentou uma preocupação com a saúde do homem, percebendo a grande diferença de políticas voltadas às mulheres e aquelas que foram criadas para o público masculino. Reconhecendo um déficit considerável em relação aos homens, foi criada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) instituída pelo Ministério da Saúde, através da Portaria GM/MS nº 1944, em 27 de agosto de 2009, sua maior finalidade é promover a melhoria das condições de saúde da população masculina

adulta compreendida entre 20 a 59 anos, onde se configura como um dos principais objetivos desta política:

[...] promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos; outro é o respeito aos diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipo de gestão (BRASIL; PNAISH, 2008, p. 3).

Através desta política o Ministério da Saúde deu um de seus primeiros passos (mesmo que de forma bem tardia) na visibilidade às particularidades masculinas, no processo saúde adoecimento, englobando também a realidade social dos sujeitos, e pensando como vem se dando dentro do SUS, a gestão das políticas voltadas para os homens.

Costuma-se dizer que os homens não cuidam muito de sua saúde ou quase não buscam os cuidados dos serviços de saúde. Um estudo realizado por pesquisadores brasileiros (Pinheiro et al.,2002) concluiu que, em 1990, o percentual de mulheres que realizaram consultas médicas foi maior do que o de homens, com 62,3% e 46,7%. Respectivamente. Esse estudo concluiu também que as mulheres procuram mais os serviços para realizar exames de rotina e prevenção, e os homens vão mais por doença. Dentre as explicações para esse fato, os pesquisadores destacaram que as mulheres costumam ter maior interesse por sua saúde (GOMES, 2010, p.36).

Já sabemos que as mulheres têm se mostrado bem mais preocupadas com sua saúde do que os homens, agora é preciso ir mais além e buscar algo que justifique o afastamento do público masculino de algo tão importante para eles, pois ao deixar de buscar um serviço de saúde não existe apenas uma rejeição a um cuidado específico e imediato, mas há também uma resistência à busca de informações, que são grandes aliadas no cuidado com a saúde.

Não podemos acreditar que apenas tratar uma enfermidade seja algo eficaz por si mesmo, é preciso compreender o motivo que desencadeou tal problema, ou seja, é necessário estimular e viabilizar a inserção do público masculino nas diversas formas de promoção a saúde e prevenção, bem como a reabilitação adequada de combate as doenças.

Os homens, de forma geral, habituaram-se a evitar o contato com os espaços da saúde, sejam os consultórios médicos, sejam os corredores das unidades de saúde pública, orgulhando-se da própria invulnerabilidade. Avessos à prevenção e ao autocuidado, é comum que protelem a procura de atendimento, permitindo que os casos se agravem e ocasionando, ao final, maiores problemas e despesas para si e para o sistema de saúde, que é obrigado a intervir nas fases mais avançadas das doenças (BRASIL; PNAISH, 2008, p7).

As sociedades atribuíram culturalmente aos homens a responsabilidade de “manutenção da família” no sentido de serem vistos como os grandes responsáveis por cuidar da mesma, no tocante às finanças, por exemplo, fazendo com que o essencial não falte aos

filhos e a mulher; nesse sentido, a maioria dos homens tem sobre si cargas de trabalho bem exaustivas e com pouco tempo vago, o que faz passar muitas vezes por eles despercebida a ideia de priorizar a sua saúde.

Os serviços de saúde, em particular a atenção primária, são vistos culturalmente com espaços das mulheres, com a assistência para si mesmas, trazendo as crianças e representando seus parceiros ou outros homens da casa (VILLELA; MONTEIRO; FIGUEIREDO, 2005 apud. GOMES, 2011, p. 32).

Além da grande parte da responsabilidade pela família, o trabalho aparece como sendo um fator bastante relevante, pois não sendo dono do seu próprio meio de sobrevivência - o que é a realidade da maioria dos homens -, estes não podem se ausentar com frequência do mesmo, seja por qual for o motivo, até mesmo se for de saúde. E o medo de perder o emprego se sobrepõe até mesmo ao seu estado de saúde (GOMES, 2011).

[...] é reconhecida a quase interdição dos homens ao cuidado de si, da perspectiva mais preventiva, devendo apenas ausentar-se do trabalho somente em condições de graves adoecimentos (SCHRAIBE; GOMES; COUTO, 2005, apud. GOMES, 2011, p. 32).

De forma bem geral, esse pode ser mais um dos fatores que ajudam os homens a se afastarem desses locais, já que entra em cena o fator vergonha e a própria questão da masculinidade associada à virilidade, é como se a exposição de uma enfermidade fosse vista por eles como um sinônimo de fraqueza, e demonstrar essa “fragilidade” para outras pessoas, e em especial para uma do sexo oposto, se torna algo constrangedor no universo masculino.

A cada pesquisa feita sobre esse tema nos é mostrado um crescente aumento no número de mortes de homens com relação às mulheres, de modo que as causas dessas mortes se dividem em internas e externas. As internas seriam aquelas acometidas devido ao próprio descuido dos homens com a sua saúde, podendo ser também doenças hereditárias; as externas como o próprio nome já diz, estão relacionadas a fatores que ultrapassam as predisposições hereditárias e dos hábitos individuais, como homicídios e acidentes (GOMES, 2011).

Neste trabalho iremos nos deter mais precisamente aos fatores internos, na busca de entender o que os dados nos mostram ao longo dos anos e pensar sobre o que vem acontecendo durante esse tempo para que haja cada vez mais uma incidência dessas mortes. Entender o que os dados nos mostra sobre o grande número de mortes dos mesmos, não se trata apenas de ler dados, saber apenas que homens morrem mais do que mulheres não nos leva a lugar algum, é de fundamental importância saber o que se tem por trás de tudo isso.

É preciso compreender o que os números nos dizem, e fazer uma avaliação do que está falhando no nosso SUS. Segundo uma publicação do Ministério da Saúde, em 2015, houve 1.003.350 óbitos e, desse total, 582, 311 eram pessoas do sexo masculino, representando 57,6% do total (GOMES, 2010, p.30).

Na busca pela igualdade de direito a saúde o SUS cria várias medidas de promoção, prevenção e medidas de combate às doenças, a exemplo disso temos as várias campanhas de vacinação. O impacto dessas campanhas é muito divulgado em nosso país, e no passado ajudou a erradicar e diminuir significativamente vários tipos de doenças, como a Varíola por exemplo. Isso mostra um dos grandes avanços na saúde pública brasileira.

Entendemos que sem ser feitas as devidas mediações com a realidade, principalmente econômica e social, as ações se tornam ineficientes, pois nenhuma doença pode ser entendida como um caso isolado.

Pensar na efetivação das ações voltadas a saúde do segmento masculino, associando-as com a realidade dos sujeitos e fazendo as devidas articulações com todas as outras políticas é algo indispensável. Neste sentido os programas e projetos devem ser pensados e planejados baseados numa perspectiva totalizante (que pense no contexto social dos sujeitos), para que eles não sejam fadados ao fracasso.

São ainda bem precárias as condições para o enfrentamento dos desafios que dizem respeito à política de saúde pública no Brasil. ³⁴Segundo ARANTES (1997), a saúde pública brasileira vive uma crise sem precedentes em sua história. É a degradação do sistema de saúde com mortes e sofrimentos para os trabalhadores e o povo brasileiro.

No período entre 1988 e 1996, pouco se avançou no alcance dos objetivos consignados na Constituição Federal e na implantação da nova forma de organização do Sistema de Saúde estabelecida nas legislações aprovadas (Leis 8080 e 8142). As Leis Orgânicas da Saúde, dotaram o país de uma legislação moderna, socialmente avançada e citada e internacionalmente como modelo. Porém ao longo dos anos noventa, por exemplo, os gastos públicos federais com saúde tem sofrido uma forte queda (BRASIL; FEGHALI ;1997 apud.BARRETO; MEDEIROS; SILVA, 1999, p.3).

Percebemos que o governo sufoca principalmente através da questão orçamentária o andamento do SUS, fazendo com que haja um grande abalo na efetivação das políticas de saúde e conseqüentemente sua degradação.

³ Sobre esse tema ler : MINAYO, M. C.S; DESLANDES, S. F . Análise diagnóstica da política nacional de saúde para redução de acidentes e violências.Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

⁴ Sobre esse tema ler “Reformas regressivas e política de Saúde”. Disponível em: <http://www.periodicos.ufes.br/argumentum/issue/view/840>. Acesso em 26 de Julho de 2018

Em se tratando de políticas de saúde no Sistema Carcerário Brasileiro, vemos que procurar efetivar e implementar a política de saúde é sem dúvida um grande desafio. Sabemos que o campo sócio-jurídico é um espaço constituído por várias particularidades e restrições, o que muitas vezes se torna uma barreira para a consumação de alguns projetos dentro dos presídios, o que torna esses espaços ambientes desafiadores para a efetivação do cuidado em saúde no cárcere.

2. HISTÓRICO DA SEGURANÇA PÚBLICA BRASILEIRA

Para tentarmos compreender como se desenvolveu o modelo de segurança pública atual vamos entender um pouco da história da própria segurança no Brasil, começando pelo Período Colonial (1822):

Com a transferência da família real portuguesa para o Brasil, em 1808, foi criada a Intendência Geral da Polícia da Corte e do Estado do Brasil no Rio de Janeiro. Delegada a desempenhar a função de polícia judiciária, estabelecia punições, fiscalizava o cumprimento das mesmas e também era responsável pelos serviços públicos como abastecimento de água, obras urbanas, iluminação e outros serviços urbanos da cidade (MARCINEIRO; PACHECO; SILVA, 2005, p. 2).

Apesar de vermos algumas grandes diferenças entre os objetivos traçados por aqueles que faziam a segurança no Período Colonial, já que se tratava de fins mais protetivos relacionados com defesa de território, podemos notar mesmo assim algumas semelhanças com o modelo de Segurança Pública que temos hoje.

Um exemplo disso são os discursos, antes esses vinham acompanhados das punições na grande maioria aplicadas a escravos, eram utilizados como uma forma de convencimento a população que seria a única forma de se manter a ordem social (pelo castigo), esse tipo de discurso ainda hoje é utilizado por governantes e recebe um grande apoio da mídia, como sendo a solução para todo o tipo de agravo social, em especial na luta contra a criminalidade.

Em 1822, foi declarada a Independência do Brasil, e ainda a segurança do indivíduo era confundida com a segurança do país. Durante o Período Imperial, o país entrou em conflitos internos e externos, e a força policial, chamada de Guarda Real, atuou no espaço da defesa interna e da segurança nacional, agindo conjugadamente com o Exército Brasileiro, criado desde 1648 (CRUZ, 2013, p. 2).

No Período Regencial (1831), a Guarda Real foi substituída pelo Corpo de Guardas Municipais Voluntários Permanentes por província, com a finalidade de enfrentar a agitação inerente à época. Mais tarde a denominação foi alterada e cada província determinou seu

título conforme a Unidade Federativa (Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro, Polícia Militar do Estado do Ceará e outros).

Nesse mesmo período criou-se a Guarda Nacional, uma organização paramilitar, ou seja, independente do Exército, com a atribuição de defender a Constituição e a integridade do Império na manutenção da ordem interna. Em 1866, no Rio de Janeiro, foi criada a Guarda Urbana, precursora do Corpo Civil da Polícia, uma força não militarizada com atividades de ronda.

A Corte era composta por uma força policial militar e outra civil, sendo que a primeira tornou-se força aquartelada, com operações de grande porte, e a segunda ficou com a atribuição da vigilância contínua da cidade, conforme art. 6º do Decreto Imperial de 1866 (CRUZ, 2013, p. 02).

Antes da Constituição Provisória da República, o governo determinou a dissolução da Guarda Urbana, sendo esta extinta em 1889. Nesse mesmo ano, quando proclamada a República, ficou definida, através do art. 5º do Decreto nº 1, a responsabilização dos governos estaduais pela manutenção da ordem e segurança pública e pela defesa e garantia da liberdade e dos direitos dos cidadãos. Essa determinação por escrito não se tornou uma prioridade no país, embora fosse uma ordem a ser cumprida, pois ainda eram usados elementos que retraíam os direitos e a liberdade do cidadão (CRUZ, 2013).

As violências cometidas pelos senhores continuavam a encontrar, em certos casos, o apoio da polícia. A polícia e a justiça não impediam as arbitrariedades dos senhores; seus membros recrutados entre as categorias dominantes ou pertencentes à sua clientela colaboravam para a manutenção do regime (COSTA, 1989, apud FERNANDES; COSTA, 1998, p. 315).

A Proclamação da República (1889) inaugurou uma nova ordem política e houve a reorganização do aparato repressivo estatal. Embora o advento da República não tenha significado uma alteração fundamental na composição da classe dominante, a nova ordem política modificou consideravelmente as relações entre as diferentes elites políticas, e também alterou as relações entre as classes dominantes e subalternas.

A abolição da escravidão, a instauração de um federalismo altamente descentralizado e o rápido crescimento urbano das principais cidades brasileiras exigiram profundas modificações nas instituições policiais. No aspecto social, a abolição da escravidão afetou profundamente o trabalho policial.

O papel das polícias no controle social concentrava-se na vigilância das classes urbanas perigosas e, com o fim da escravidão, as polícias reinterpretaram sua função na estrutura de controle social. Uma das primeiras tarefas impostas ao aparelho policial foi o

controle da população rural que migrou em massa para os principais centros urbanos. (Polícia e sociedade).

Novos instrumentos e mecanismos de controle social foram notoriamente criados. O Código Penal foi reformado em 1890. Fazendo com que as responsabilidades recaíssem sobre o criminoso e não sobre o ato criminal. Esse novo código enfatizou as práticas comuns das classes tidas como perigosas, como vadiagem, prostituição, embriaguez e capoeira como sendo crime. A ideia era permitir que se tivesse um melhor controle desses grupos e de seus hábitos, segundo Holloway (1997).⁵

O golpe de 1930 que deu início a Era Vargas pôs fim ao arranjo político da Primeira República, já corroído pelo clientelismo. Getúlio Vargas chega ao poder com a intenção de inaugurar uma nova ordem política baseada num Estado forte o suficiente para conduzir a sociedade a novos rumos. O regime autoritário de Vargas consolidado em 1937 é marcado pela excessiva centralização no plano federativo e pela limitação dos canais de participação no plano partidário, segundo Costa (2004).

A polícia iria assumir papel fundamental na construção e manutenção desse regime autoritário. Suas tarefas foram ampliadas, sendo de sua competência o controle dos grupos políticos dissidentes. Aqueles vistos como inimigos do Estado deveriam ser vigiados e controlados, juntamente com as classes pobres perigosas (CARVALHO, 2007).

Em 1964 é instaurado no Brasil o Período Militar. O golpe militar que pôs fim à “experiência democrática” dos anos 1950 estabeleceu um regime burocrático-autoritário, conduzido por militares e civis, que iria se estender até 1985. O regime militar restringiu a participação política e ampliou o poder das Forças Armadas. Essa nova ordem política era justificada a partir da noção de inimigo interno inscrita na Doutrina de Segurança Nacional, desenvolvida pela Escola Superior de Guerra do Exército brasileiro (CARVALHO, 2007).

A exemplo da Era Vargas, o aparato policial foi utilizado para conter a oposição política. Para tal, usou e abusou da repressão, da tortura e das prisões. A violência policial foi o instrumento utilizado contra a dissidência política. Entretanto, diferentemente do que ocorreu na ditadura de Vargas, não foram apenas as Polícias que praticaram a repressão política, mas também as Forças Armadas que, nesse período, detiveram o monopólio da coerção político-ideológica (COSTA, 2004).

⁵ “O controle social das classes subalternas sempre foi um legado herdado da nossa própria origem cultural, a tentativa de criminalizar o indivíduo, tornando-o o único responsável por suas ações sem fazer nenhuma ligação com meio externo [...]” (GRAMSCI, 1930, apud. SILVA, 2016, p. 4).

Com a instalação do Estado Democrático de Direito (1985) chega ao fim a Ditadura Militar, passando-se a respirar uma expectativa de dias melhores. Em 1987 é instaurada a Assembléia Nacional Constituinte, que culminou com a Constituição Federal do Brasil de 1988, a qual trouxe inovações importantes na seara da Segurança Pública se comparada ao padrão tradicional de Segurança Pública incorporado à Segurança Nacional da época de exceção⁶.

A ordem constitucional erigida a partir de 1988 elegeu entre seus objetivos fundamentais a construção de uma sociedade livre, justa e solidária, o desenvolvimento nacional, a erradicação da pobreza, a redução das desigualdades sociais e o respeito à dignidade da pessoa humana. No modelo democrático, a Segurança Pública é via de acesso à cidadania plena, ao garantir o respeito à dignidade da pessoa humana e aos próprios Direitos Humanos (CARVALHO, 2007; SOARES, 2006).

Quanto à crise estrutural do capitalismo contemporânea, especificamente a que se desencadeou na década de 1970, podemos chamar de crise mundial e dizer que alterou o cenário e rumos de todas as esferas do país como: economia, política e principalmente acarretou muitas mudanças na estrutura social.

No plano ideológico surgiram duas formas de enfrentamento desta crise embasadas no Neoliberalismo. Uma seria o “Neoliberalismo-ortodoxo”, que entendia que o Estado deveria se manter de fora e não se responsabilizar em especial pelas questões de cunho social. A outra forma era o que chamamos de “social liberalismo”, que compreendia que o Estado deveria tomar a frente, principalmente das questões e dos desdobramentos que estavam atrelados à sociedade.

Uma das principais diferenças que existiam entre os governos que se diziam neodesenvolvimentistas e seus antecessores, levando em consideração a Constituição de 1988 que tinha como um dos principais pressupostos o bem estar social, é que nos governos de Lula e Dilma (que se apresentavam como sendo governos neodesenvolvimentistas) podemos notar que houve realmente uma tentativa de seguir pelo viés social-liberal, usando como carro chefe em seus governos propostas de “enfrentamento” às situações postas, sendo que tudo isso deu de forma unilateral, como campanhas e programas de combate a pobreza que se configura apenas como sendo uma das formas de expressões da questão social.

Nos governos de Lula e Dilma foram criados e ampliados vários programas que apesar de possuírem várias limitações em termos de gestão, foram ao encontro das necessidades mais

⁶ Sobre esse tema ler NETTO (1947): Ditadura e Serviço Social uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64.

urgentes das camadas pauperizadas. Nos governos anteriores esta forma de “preocupação com os pobres” não existia, ou até existia, porém de uma maneira bem camuflada onde as políticas sociais não eram tidas como questões centrais e que não deveriam ser tidas como importantes.

Esta diferença entre tipos de governos é completamente notável pela grande aceitação do povo no que diz respeito à forma de governar, tanto no governo de Lula como no governo Dilma, porém não podemos deixar passar em branco que até mesmo esses governos que foram tão aceitos pelo povo brasileiro possuem uma grande similaridade com governos passados.

Ambos propõem “reformas pelo alto” e nenhum busca realmente uma superação da ordem estrutural, ambos possuem interesses que estão extremamente atrelados às exigências de uma classe que não é a dos trabalhadores, todos procuram sempre manter a ordem capitalista, fazendo apenas ajustes nas políticas sociais para alienar ainda mais o povo.

Uma das principais críticas é que nos governos “neodesenvolvimentistas” houve uma busca pelo combate à pobreza, mas não às desigualdades, ou seja, uma grande parcela das pessoas que “saíram da miséria”, através principalmente de programas sociais, não mudou de fato suas vidas e muito menos sua classe social.

Outro fator que podemos destacar é a ideia de desenvolvimento econômico e hegemonia de classes, algo que era bastante citado no governo Lula. A assistência focalizada como agente de combate a pobreza também foi e é uma grande ambiguidade. Todos esses equívocos giram em torno do conceito de que a possibilidade que a classe trabalhadora teve de adquirir nesses governos coisas como casas, carros e etc, algo que era impossível em outros governos, gerou não apenas uma mudança de vida, como também uma mudança de classe. Muitos são os discursos disseminados em nosso país que não existe mais uma divisão de classe.

No plano de governo do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) do nosso atual presidente Michel Temer, denominado “Uma ponte para o futuro” (2015), existem várias propostas retrógradas de acabar com várias conquistas alcançadas pelo povo durante todos esses tempos.

Algumas delas é o grande enfoque que ele dá nas mudanças da Constituição, na privatização da saúde, educação e assistência, entendendo que isso é não seria uma obrigação do governo. O referido documento deixa claro que essas políticas geram gastos que segundo ele impossibilitam a estabilidade econômica do nosso país.

Segundo Renato Sérgio de Lima, diretor-presidente do Fórum Brasileiro de segurança pública, existe uma grande dificuldade em se definir ao certo o que seria a segurança pública

hoje, já que na própria Constituição Federal e em outras leis não se tem nenhuma definição precisa.

[...] segurança é um conceito que ganha significado no dia a dia da prática policial. Se olharmos para a história das instituições policiais hoje, muitas estão reguladas por outro conceito de segurança, que é a manutenção de um modelo de ordem pública, de uma situação em que o Brasil tem um inimigo interno. Um bom conceito de segurança pública seria prevenção, investigação e punição de responsáveis por atos de violência e criminalidade e administração de conflitos para garantir direitos básicos da população para que ela possa exercer outros direitos da cidadania, como sair de casa, ir ao médico e trabalhar (LIMA, 2017, p. 1).

Na descrição acima aparece um dos principais itens que é levado em consideração por aqueles que fazem a segurança nos presídios, seria este a prevenção. Este fator está diretamente relacionado ao cuidado, a garantia de tentar ao máximo não se expor e muito menos colocar alguém que esteja sobre seus cuidados a situações de perigo.

Levando isto para a realidade dos presídios, o que percebemos são poucos profissionais de segurança para uma demanda exorbitante de pessoas que estão inseridas no sistema penitenciário, além da falta de viaturas, falta de equipamentos de segurança, baixa remuneração dos profissionais e etc. Em consequência disto podemos citar as várias paralisações por parte dos profissionais que fazem a Segurança Pública, por melhores condições de trabalho⁷.

Segundo Bittner (2003) a prioridade simbólica do policiamento no que se refere à aplicação da lei é a manutenção da paz, essa seria a principal postura ocupacional dos policiais. Porém, se o próprio fato de garantir a “paz” que seria em outras palavras a segurança, não consiste em uma tarefa fácil o que é a prioridade de locais como esses, imaginemos agora a garantia do acesso à saúde, mesmo sendo esta um direito.

Vivemos em um momento de contrarreformas⁸ onde as privatizações e a falta de investimentos nos principais setores da sociedade afetam de forma direta o andamento e desenvolvimento das políticas.

Ao que se refere à política de saúde, cabe destacar que:

As contrarreformas implementadas a partir da segunda metade da década de 90, em consonância com as orientações dos organismos financeiros internacionais, vêm demandando para a política de saúde brasileira: o rompimento com o caráter universal do sistema público de saúde, focando apenas nos setores mais vulnerabilizados; a adoção de um modelo fragmentado e focalizado, propenso em

⁷ Sobre isso ler reportagem “Policiais paralisam atividades durante 24 horas na Paraíba”. Disponível em: <http://www.jornaldaparaiba.com.br/vida_urbana/117654.html>. Acesso em 19 de Julho de 2018.

⁸ Sobre isso ler “CFESS lança manifesto sobre a contrarreforma trabalhista”. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1391>. Acesso em 19 de Julho de 2018.

apostar na divisão da prestação dos serviços de saúde, ficando a baixa complexidade na rede pública e a média e alta complexidade na rede privada; a flexibilização da gestão, investindo na privatização, mercantilização e terceirização dos serviços de saúde e estimulando a criação dos ditos novos modelos de gestão, com o crescente repasse de recursos públicos para estas novas modalidades (CORREIA, 2007 apud LAMENHA 2016, p.13).

Como aponta Lima (2017) sobre o problema de fundo da Política de Segurança, é que o Brasil encarcera muito e encarcera mal. Percebemos um grande número de reincidência dos encarcerados, apesar de se pregar a busca da ressocialização dos apenados para seu retorno ao convívio social quase não encontramos nos presídios brasileiros, projetos com essa finalidade, sem contar as grandes lacunas da própria forma estrutural das leis do país e como elas são colocadas em vigor.

Ao consultarmos a base estatística de qualquer unidade federativa e mesmo os dados do Departamento Penitenciário Nacional, constatamos a existência de uma superlotação carcerária que excede o limite das vagas existentes de maneira significativa, o que inviabiliza os processos referentes à efetivação da política ressocializadora e consolida a retribuição (SILVA, 2014, p.17).

É necessário se rever urgentemente a forma como estão sendo conduzidas as políticas públicas brasileiras principalmente a de Segurança. Segundo Waiselfisz (2017) O Plano Nacional de Segurança Pública de hoje é semelhante ao de 2002, sendo que estamos em cenários completamente adversos, então temos uma série de reformas que se discutem, mas não foram concretizadas até hoje, como reforma do Código Penal, desmilitarização da polícia e mais recursos para políticas públicas.

No tocante aos recursos Segundo o Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2016, o Brasil gasta 1,5% do PIB em segurança pública. E um dos maiores problemas está de acordo com Waiselfisz (2017), nos mecanismos de finanças, esses precisam ser revisados.

Atualmente esse dinheiro é repassado por convênios, mas o custo do repasse é caro porque passa por impasses burocráticos. Resumindo o que é essencial é que a segurança precisa de dinheiro constante e planejamento.

Como não há uma clareza sobre o que é segurança pública, quem dá sentido a isso são as instituições, em especial a polícia, mas também tribunais, delegacias, Ministério Público. Cada uma faz um pedaço em uma profunda desconexão tanto administrativa quanto republicana, envolvendo judiciário com executivo e defensoria. Nesse quadro de baixíssima eficácia institucional, que afeta a resolução do que poderíamos pensar como segurança pública, ninguém se sente dono do problema, fica um jogo político de empurra com uma baixíssima governança da vida pública (LIMA, 2017, p. 2).

É inegável que tudo isto está relacionado a um grande emaranhado de descaso por parte daqueles que fazem as leis, os governantes criam as leis, mas ao mesmo tempo não oferecem as mínimas condições para que as mesmas possam ser efetivadas.

[...] a violência é naturalizada; tende a ser despolitizada, individualizada, tratada em função de suas consequências e abstraída de suas determinações sociais. A ideologia neo-liberal — veiculada pela mídia, em certos meios de comunicação como o rádio, a TV, a internet e revistas de grande circulação — falseia a história, naturaliza a desigualdade, moraliza a “questão social”, incita o apoio da população a práticas fascistas: o uso da força, a pena de morte, o armamento, os linchamentos, a xenofobia (BARROCO, 2011, p. 208).

A violência tem razões múltiplas e históricas, notadamente num país de imensos desequilíbrios sociais, de uma economia totalmente fragilizada e que possui um governo ausente no que tange as políticas públicas e o enfrentamento das expressões da questão social.

3. SAÚDE DO HOMEM EM SITUAÇÃO DE CÁRCERE E SUAS FRAGILIDADES ASSOCIADAS À PRECONIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SEGURANÇA

É na década de 1980 que o debate sobre a saúde da população em situação de privação de liberdade se acentua no cenário brasileiro, é justamente nessa mesma década que é promulgada a Constituição Cidadã de 1988, que garante o direito universal a saúde juntamente com o SUS.

[...] que vem com o intuito de diminuir ainda mais as diferenças na prestação de serviços em saúde. [...] O SUS, veio de uma longa e dura luta das massas, voltando para as massas, independentemente de cor, raça ou situação social em que se encontre. O SUS provém da Lei 8.080 e nela também está firmado o compromisso de saúde como o direito universal de todas as populações que deve ser fornecido pelo Estado (SILVEIRA, p. 10, 2015).

A Constituição Federal de 1988, reconhece a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Nessa perspectiva da garantia de direitos, as penitenciárias se tornaram cada vez mais locais de grande necessidade de se pensar e de se trabalhar as questões relacionadas à saúde, fazendo sempre a mediação entre a teoria, o que diz a política da saúde e a prática, ou seja, a implementação da política da saúde nos referidos espaços, bem como aquilo que é garantido pela Constituição Federal em todos os seus âmbitos se torna um fator primordial.

A contaminação e a propagação de doenças às pessoas que se encontram encarceradas se tornam bastante aberto, já que elas estão expostas a ambientes em condições totalmente insalubres. As celas são locais de grande aglomeração, (podemos citar como exemplo a Penitenciária Padrão Regional de Campina Grande-PB, destinada a receber 140 homens possui hoje mais de 700, isso é apenas um recorte da superlotação dos presídios brasileiros). Segundo o Ministério Público essa superlotação faz com que aumente não apenas as chances de contaminação, mas também a quantidade de infectados.

Um fator relevante e que deve ser sinalizado é que essas condições sociais dos apenados nos levam a refletir sobre o princípio de Determinação Social da Saúde⁹, essas doenças por eles acometidas devem ser vistas levando-se em consideração a totalidade e a diversidade de fatores que fazem com que elas se perpetuem, e as medidas adotadas pelo Sistema de Saúde devem ser pensadas dentro desta perspectiva, para que o cuidado se torne mais fácil e haja uma relevante melhoria nas condições de vida dos reclusos.

A realidade da saúde das pessoas que se encontram em situação de encarceramento é alvo, hoje, de debates em nível nacional. É importante ressaltar, conforme destaca Lermen, (2015) que o país vem, nos últimos trinta anos, a passos lentos e graduais, dando visibilidade à saúde no cenário prisional.

Nessa trajetória, cabe destacar com base na referida autora, a Lei de Execução Penal (LEP) de 1984. Esta lei surge no período de redemocratização brasileira e prevê pela primeira vez saúde das pessoas em privação de liberdade. Nos dispositivos legais da LEP encontramos como objetivo a efetivação e a busca por proporcionar condições de integração social e harmônica dessas pessoas, ela traz consigo direitos que são assegurados aos apenados e deveres que deverão ser cumpridos pelos mesmos. A LEP, antes mesmo da constituição cidadã funcionava como parâmetro para se executar os cuidados à saúde dos reclusos já que fazia menção à assistência à saúde dos mesmos.

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) foi regulamentado em 2003, instituído no primeiro ano do governo de Luiz Inácio Lula da Silva e preconiza o acesso à saúde à “população privada de liberdade” no sistema penitenciário.

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

⁹ Sobre isso ler o artigo do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes): Rediscutindo a Questão da Determinação Social da Saúde.

provocados pelas atuais condições de confinamento em que se encontram, além de representar sua inclusão no SUS (BRASIL; PNSSP, 2005, p. 10).

Outro marco a ser destacado no âmbito formal diz respeito à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), de 2014, que se apresenta como um marco fundamental na garantia dos direitos sociais e humanos nas prisões.

O texto da política reafirma que as pessoas privadas de liberdade são cidadãos de direitos e contraria a associação comumente feita em nossa sociedade entre transgressão e negação de direitos sociais. Ou seja, muitas vezes erroneamente pensa-se que o sujeito ao cometer um crime deve ser castigado de forma que até mesmo seus direitos sejam negados como o da saúde por exemplo.

Isso reforça o discurso de punição e de intolerância total para pessoas que cometam ou venham a cometer crimes. Estamos vivendo, principalmente nestes últimos anos, uma grande onda de violências de diversos tipos e o que era para ser tratado como um caso de política acaba virando caso de polícia.

A penalidade neoliberal apresenta o seguinte paradoxo: pretende remediar com “mais Estado” policial e penitenciário o “menos Estado” econômico e social que é a *própria causa* da escalada generalizada da insegurança objetiva e subjetiva em todos os países, tanto de Primeiro como do Segundo Mundo (WANCQUANT, 2011, p. 09, grifo do autor).

A sociedade brasileira sofre com a falta de medidas e ações protetivas por parte do governo, e pela escassez de Políticas Públicas voltadas para o Sistema Penitenciário e acaba por assimilar conteúdos midiáticos e totalmente manipulados que enfocam ainda mais a ideia de que a única forma de combater a violência é através da própria violência. Um exemplo disso foi o que aconteceu no Estado do Rio de Janeiro com a instalação das Unidades de Polícia Pacificadoras¹⁰ (UPPS) no ano de 2008, neste episódio destacamos a invasão da polícia nas favelas do Rio de Janeiro de forma repressora e assustadora.

Locais quase que completamente desassistidos de políticas públicas são facilmente aceitos como alvos de necessidade constante da polícia. Podemos perceber que existem locais completamente marginalizados pela sociedade, como as favelas e periferias, a elas são atribuídas à maioria da responsabilidade pela insegurança do país, da mesma forma, historicamente também existe um público alvo do preconceito que parece está condicionado a

¹⁰ Sobre isso ler o livro de Júlia Valente: “UPPS: governo militarizado e a ideia de pacificação” (Editora: Revan, 2016).

essa marginalização, seriam esses os pobres e negros, como aponta Ianni (2004) os pobres e sempre eles são os grandes responsáveis pela criminalidade, são eles os excluídos. Esses seriam o que Wacquant (2013) considera como frutos dessa política de Estado que criminaliza e patrocina a pobreza. Ou seja, essa população “marginalizada pela sociedade” possui classe e cor.

Neste ano de 2018 o Rio de Janeiro volta a ser alvo de uma ação militarizadora com a entrada das tropas federais, em mais uma tentativa de combater com polícia casos de falta de política.

Juntamente com a mídia, políticos se aproveitam da onda de violência e do temor da sociedade e encabeçam campanhas eleitorais inflamadas de discursos que ajudam a reforçar o combate a violência através da própria violência. O pré-candidato a Presidente da República pelo Partido Social Liberal (PSL) Jair Bolsonaro¹¹, defende a pena de morte, algo que fere totalmente os princípios constitucionais.

Em sua passagem por Campina Grande – PB no dia 21 de Junho desse ano, Bolsonaro fala sobre a sua proposta de liberar o armamento a todos os brasileiros e o uso de fuzis pelo Governo Federal. Em sua palestra ele diz:

Nós confiamos na Polícia Militar, mas daremos porte de arma para todo homem de bem deste país. Nós temos que ter o povo armado para que possa se defender a sua democracia e a sua liberdade. Para Os marginais do MST que param o agronegócio, vamos dar fuzil para o produtor rural porque cartão de visita para invasor é o rifle 762 (JPB, 2018).

Mesmo com toda essa apologia a violência ele consegue chegar às pesquisas eleitorais com uma quantidade relevante de intenções de voto para as eleições de 2018. O que mostra a grande insatisfação e o descrédito do povo brasileiro no que diz respeito à segurança pública, e que ao mesmo tempo sinaliza a vontade enraizada de um povo de combater a violência por sua própria conta.

Temos a clareza de que ainda que a população prisional brasileira tenha garantido seus direitos no âmbito jurídico, em especial no que se refere à saúde, a efetivação destes ainda não é uma realidade, pois além das fragilidades do setor público para ofertar serviços a essa população, observa-se ainda a falta de estrutura adequada para garantir esses serviços.

¹¹ Sobre isso ler reportagem “Bolsonaro defende intolerância e faz apologia ao crime em visita à Paraíba”. Disponível em: < <http://blogs.jornaldaparaiba.com.br/suetoni/2017/02/09/bolsonaro-defende-intolerancia-e-faz-apologia-ao-crime-em-visita-a-paraiba/>>. Acesso em 23 de Junho de 2018.

Embora não existam informações sistematizadas sobre a morbimortalidade nos ambientes prisionais, a atenção para doenças e agravos nesse contexto deve primar pelo fomento a estudos que venham a evidenciar as condições de saúde da população privada de liberdade, seja nos presídios, seja nas instituições de cumprimento de medidas sócio-educativas para menores infratores em situação de semi-liberdade ou de internação (BRASIL; PNAISH, 2008, p.12).

Podemos perceber nesta citação que o próprio Ministério da Saúde detecta que ainda é necessário dar um maior enfoque na situação de saúde na qual se encontram os encarcerados brasileiros, pois até mesmo os estudos sobre a população carcerária é escasso (assim como já foi dito) bem como também sobre a saúde do homem de uma forma geral.

Partindo desse pressuposto, tendo em vista o funcionamento do SUS entendemos que Atenção Primária à Saúde (APS) se configura como a porta de entrada dos usuários nos atendimentos.

Os reclusos encontram na APS o acolhimento necessário para tratamento, prevenção e promoção referentes aos cuidados que devem ter com sua saúde, o que envolve tanto o seu bem-estar físico como emocional e mental, as equipes e os locais onde os mesmo são atendidos seguem em conformidade com a Constituição e também com aquilo que o SUS propõe.

As equipes de profissionais, os locais de atendimento (que podem ser locais próprios para esses fins, criados dentro das penitenciárias, ou podem ser lugares externo, como hospitais ou UBS, a depender da quantidade de reclusos e da territorialidade da penitenciária), bem como a parceria como as redes que oferecem serviços de saúde são de fundamental importância para uma melhor qualidade de vida dos apenados (BRASIL, 2006).

Em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS, a portaria Interministerial MS/MJ nº 1.777, de 09 de Setembro de 2003, aprovou o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) objetivando viabilizar o acesso da população privada de liberdade ao SUS [...]. Em seu art. 8, estabelece que o serviço de atenção básica deverá ser constituído por uma equipe mínima de profissionais, quais sejam: médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, assistente social, psicólogo, auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório dentário [...]. Tanto a PNSSP quanto a Portaria Interministerial nº 3.343, de 28 de dezembro de 2006, definem que cada equipe de saúde é responsável por até 500 pessoas privadas de liberdade (BRASIL, 2006). Nas unidades prisionais com até 100 pessoas, o atendimento deve ser realizado na Unidade Básica de Saúde [...] (DOTTA; DIAS; LEWGOY; SCHULTZ, 2007, p.97).

A lei é clara no que se refere sobre quais profissionais devem compor a equipe de saúde das penitenciárias, seguindo o modelo da Atenção básica de saúde; também faz menção a quantidade de usuários que devem ser assistidos por essa equipe, levando em consideração a ideia chave, que é a eficácia nos atendimentos.

Apesar de tudo isto ser algo garantido por lei, sabemos que a realidade das penitenciárias no âmbito nacional é outra, no tocante a saúde dos apenados, apesar de todos esses dispositivos legais que lhes asseguram uma boa qualidade de vida, ainda é distante o acesso dos mesmos a esses serviços.

Embora existam leis e tratados nacionais e internacionais com o objetivo de contribuir para uma melhor assistência à população encarcerada, e a legislação brasileira busque prevenir o crime e garantir o retorno à convivência social, o sistema de gerenciamento das precárias condições de confinamento impossibilita o acesso das pessoas presas à saúde de forma integral e efetiva. Portanto, uma das maiores queixas dos detentos é quanto à negligência com a saúde física e psíquica, tema que vem seguido de reclamações de descaso com sua própria existência, por parte dos operadores do sistema e dos operadores da lei (MINAYO; CONSTANTINO, 2015, p. 165).

Antes de tudo, para se ter uma saúde de qualidade é necessário um conjunto de fatores, como uma boa alimentação, exercícios físicos, por exemplo, entre diversas outras coisas que a situação de cárcere inibe, sem falar nas condições de higiene que são péssimas em locais como esses, principalmente nas celas onde os reclusos passam a maioria do tempo. O aglomerado de pessoas ajuda bastante na proliferação de doenças, principalmente as infecto contagiosas.

Doenças como a tuberculose e como a hanseníase que aparentemente pareciam “extintas” aparecem com grande incidência nas penitenciárias brasileiras, além delas, outras doenças de pele também são bastante presentes, junto com os diversos tipos de hepatite e as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e a Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida (AIDS), as doenças mentais como depressão e transtorno de ansiedade, também são muito comuns. Fazendo um paralelo com as doenças mentais mencionadas podemos associar o grande índice de suicídios e de suas tentativas por parte da população reclusa.

Vale salientar que a maioria das doenças mencionadas não estão restritas apenas à população carcerária, como se estivessem isoladas nos muros dos presídios, devemos lembrar que a maioria delas por se tratarem de doenças infectocontagiosas podem ser repassadas ao restante da população através daquelas pessoas que entram e saem dos mesmos, como os agentes responsáveis pela segurança, os profissionais de saúde e através das visitas, essas questões nos alertam do quanto é relevante o acesso e a promoção da saúde para essas pessoas.

Em se tratando da particularidade do Sistema Prisional, a questão da segurança vem sempre em primeiro lugar, e qualquer pequeno deslocamento de um recluso, mesmo que seja para uma sala de atendimento, é algo considerado minucioso e que envolve uma grande

quantidade de pessoas, um verdadeiro trabalho em equipe, e sem quantidade mínima exigida de pessoas responsáveis por essa segurança (que é de 3 agentes para cada recluso em caso de “Missão” fora do presídio), o deslocamento do recluso pode simplesmente não acontecer.

Quando se trata de um atendimento fora dos muros do presídio a segurança é redobrada, para que casos como o do vigilante morto em Junho desse ano, após tentativa de resgate de um recluso, não aconteça¹², o que exige uma avaliação precisa da equipe de saúde e a interlocução entre as redes de serviços, o que nem sempre é simples, por se tratar de algo que além de envolver todo um trabalho interno, envolve também um trabalho externo, que é justamente o do local que irá receber esse recluso. É necessário todas as condições para esse acolhimento, o que pode demorar muito, fazendo com que quadros de saúde possam se agravar em função de todas essas questões.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho foi analisada em especial a Saúde do Homem em situação de privação de liberdade. Sob a ótica da Política Pública de Saúde e da Política Pública de Segurança, fizemos uma reflexão contextualizando ao longo dos anos os avanços e retrocessos das mesmas no que tange a garantia do direito instituído pela Constituição de 1988.

No que diz respeito à Política Pública de Saúde usamos como parâmetro para a nossa análise o Sistema Único de Saúde e aquilo que é garantido pela Carta Magna em seu Art. 196 a saúde como direito de todos e dever do Estado.

Nesta perspectiva foram mencionadas ao longo do estudo as estratégias criadas por parte da Segurança Pública na busca pela garantia desse direito. Como esse estudo se debruça sobre a Saúde do Homem em situação de encarceramento, buscamos analisar a efetivação do direito à saúde nas penitenciárias brasileiras.

Pensar sobre essa temática tem se tornado cada vez mais pertinente, principalmente na atual conjuntura do Brasil, devido as ofensivas Neoliberal por meio dos movimentos de contrarreforma. Estamos vivendo uma crise nas diversas esferas da sociedade, tal como na segurança pública, e na saúde, rebatendo diretamente no Sistema Penitenciário.

¹² Para maiores informações acesse a reportagem “Vigilante é morto em clínica de Campina Grande após tentativa de resgate de preso”. Disponível em: <<https://g1.globo.com/pb/paraiba/noticia/vigilante-e-morto-em-clinica-de-campina-grande.ghtml>>. Acesso em: 03/07 2018>. Acesso em 19 de Julho de 2018.

Levando-se em consideração que a literatura brasileira e até mesmo a mundial sobre essa discussão ainda é escassa. Esse ensaio se configura como algo desafiador e que trás uma relevante contribuição no âmbito teórico para subsidiar pesquisas direcionadas à saúde do público masculino, principalmente se estas forem direcionadas a homens que se encontram reclusos.

Notou-se que o campo sócio jurídico, ainda se configura com um ambiente pouco explorado pelos Assistentes Sociais e que ainda existe uma grande deficiência no que diz respeito ao exercício da relativa autonomia dos mesmos. Tendo observado essa lacuna, reafirma-se a necessidade de se pensar a inserção dos mesmos nesses espaços tendo em vista que na busca pela viabilização dos direitos, esses profissionais seriam sujeitos importantes, na perspectiva de contribuir para confrontar as estratégias de um Estado punitivo e repressor.

ABSTRACT

The article aimed to discuss aspects related to the Health of Man in situations of deprivation of liberty. In this sense, the proper articulations between the Public Security Policy and the Public Health Policy were established. In view of the scarcity of studies that sought to deepen the relationship between these two policies, especially with their implication for human health, we sought to establish some guidelines that could serve as a basis for other studies. For this we use the use of an essential theoretical instrument to address the advances and limits of these policies. We present the historical contextualization and the consequent configuration assumed in the current Brazilian scenario, mainly in the political scenario. This research is characterized by its theoretical character and its development was raised after the reflections elaborated through the Supervised Internship of the Social Work course, developed in the Campina Grande Regional Penitentiary. Thus, we seek to present the panorama of health in Brazil, since the implementation of the Unified Health System (SUS). Next, the historical revision of the Security Policy was established from the Imperial period to the present day, seeking to examine its real establishment and effectiveness in Brazilian penitentiaries. Once we have done so, we have come to interrelate between the situation of the security system and the health system, in view of the counterre form context of health, the implications of the capitalist system and its nuances, and the spreading of these aspects in society and in the responses given by State to the expressions of the social question. Despite the significant advances made by the SUS and the public safety policy, much progress has yet to be made, and especially improvements must be made with regard to human health in particular.

Keywords: Human Health. Public security. Security policy.

REFERÊNCIAS

ARANTES, A. **A defesa da saúde pública em Goiás e no Brasil**. Goiânia/Brasília, 1997.

BARRETO, I.S.; MEDEIROS, M.; SILVA, O.V. - **Tendências da política de saúde no Brasil e os desafios para a solidificação do Sistema Único de Saúde**. Revista Eletrônica de Enfermagem (online), Goiânia, v.1, n.1, out-dez. 1999. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/index>> Acesso em 17 de Janeiro de 2018.

BARROCO, M. S. Barbárie e Neoconservadorismo: os desafios do projeto éticopolítico. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 106, p. 205-218, abr/jun. 2011.

BARROS, N; ROSÁRIO, M.D; ZAVERUCHA, J. **Gestão Pública e Cidadania**. Recife Massangana, 2002.

BITTNER, E. **Aspectos do Trabalho Policial**. Tradução: Ana Luísa Amêndola Pinheiro. São Paulo: Edusp, 2003.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório da Comissão de Acompanhamento do Orçamento do Conselho Nacional de Saúde**. Brasília, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem.
CARVALHO, José Murilo. **Cidadania no Brasil: o longo caminho**. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2003.

CARVALHO, J. M. **Cidadania no Brasil: o longo caminho**. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2003.

CERQUEIRA, F. **A questão social no Brasil**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1982.

COSTA, A. T. M. **Entre a lei e a ordem: violência e reforma nas Polícias do Rio de Janeiro e Nova York**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004

COSTA, A; GROSSI, B. C. Relações intergovernamentais e segurança pública: uma análise do fundo nacional de segurança pública. **Revista Brasileira de Segurança Pública**, ano 1, n. 1, 2007.

COSTA, A. T. M.. Entre a lei e a ordem: violência e reforma nas Polícias do Rio de Janeiro e Nova York. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.

Declaração Universal dos Direitos Humanos. Disponível em:

<http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/por.pdf>. Acesso em 17 de Janeiro de 2018.

DOTTA, D. L. et al. **Saúde no Sistema Prisional: um estudo sobre a legislação brasileira.** *ARGUMENTUM*, Vitória, v. 9, n. 2, p. 92-107. 2017.

FIGUEIREDO, João. **Presidência da República Casa Civil Subchefia para assuntos jurídicos.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7210compilado.htm>. Acesso em 17 de Janeiro de 2018.

GOMES, Romeu. **A saúde do homem em foco.** São Paulo: Editora UNESP, 2010.

_____. **Saúde do homem em debate.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

HOLLOWAY, T. H. **Polícia no Rio de Janeiro: repressão e resistência numa cidade do século XIX.** Tradução de Francisco de Castro Azevedo. Rio de Janeiro: FGV, 1997.

IANNI, O. **Capitalismo Violência e terrorismo.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

LIMA, J. B. **A Briosa:** História da Polícia Militar da Paraíba. João Pessoa- PB, 2000.

MINAYO, M.C de Souza; CONSTANTINO, P. **Deserdados Sociais: Condições de vida e saúde dos presos do Estado do Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

MINAYO, M. C.S; DESLANDES, S. F. **Análise diagnóstica da política nacional de saúde para redução de acidentes e violências.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e diretrizes, Brasília, 2008

NETTO, J. P: **Ditadura e Serviço Social : uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64**. São Paulo: Cortez, 2011.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009 148 p. Coleção Temas em Saúde.

_____. A Reforma Sanitária e o CEBES. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

SILVA, M. **Saúde Penitenciária no Brasil: Plano e Política**. Brasília: Verbena Editora, 2015.

SILVA, L. B; RAMOS. A. **Serviço Social, Saúde e questões contemporâneas: Reflexões críticas sobre a prática profissional**. Campinas-SP: Papel Social, 2003.

SILVA, A.L. **A Retribuição e História: Para uma Crítica ao Sistema Penitenciário Brasileiro**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2014.

SILVEIRA, N. O. **A trajetória da Saúde Prisional no Brasil**. Porto Alegre: UFRGS, 31 f. Trabalho de conclusão de curso (especialização em Saúde Pública) – Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

SOARES, L. E. **Segurança pública tem saída**. Rio de Janeiro: Sextante. 2006.

WACQUANT, Loïc. **Punir os Pobres: A nova gestão da miséria nos Estados Unidos [a onda punitiva]**. Tradução: Sérgio Lamarão. Rio de Janeiro: Revan, 2003.

WACQUANT, Loïc. **As Prisões da Miséria**. Tradução: André Telles. Rio de Janeiro: Zahar, 2011

O Brasil atrás das grades, Assistência Médica, Jurídica e Outras. Disponível em: <<https://www.hrw.org/legacy/portuguese/reports/presos/medica.htm>>. Acesso em: 09 de março de 2017.

_____. Ministério da Saúde e Ministério da Justiça. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional. Brasília, 2014c. Disponível em: < <http://www.conass.org.br/Notas>>. Acesso em: 24 de Julho de 2018.

Ministério da Saúde. Disponível em: < <http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>> . Acesso em 17 de Janeiro de 2018.

BRASIL. Lei de Execução Penal. Brasília, 1984. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17210.htm. Acesso em: 09 Março de 2018.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com alterações adotadas pelas emendas constitucionais nº 1/92 a 67/2010 e pelas emendas constitucionais de revisão nº 1 a 6/94. Brasília: Senado Federal, 2011.

Portal da Saúde. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/noticias-svs/27720-ministerio-da-saude-abre-consulta-publica-sobre-tuberculose>>. Acesso em: 09 de março de 2017.

Presídios são focos de doenças, diz Ministério da Saúde. Disponível em: <<https://noticias.gospelmais.com.br/presidios-sao-focos-de-doencas-diz-ministerio-da-saude.html>>. Acesso em: 18 de Maio de 2018.

Observatório de Segurança Pública. **A Segurança Pública do Brasil**. Disponível em: <<http://www.observatoriodeseguranca.org/seguranca>>. Acesso em: 18 de Maio de 2018.

CRUZ, Gleice, Bello. **A historicidade da Segurança Pública no Brasil e os desafios da participação popular**. Cadernos de Segurança Pública n. 04. Disponível em <www.isp.rj.gov.br/revista>. Acesso em: 18 de Maio de 2018.

MAIOR, Suetoni Souto. Bolsonaro defende intolerância e faz apologia ao crime em visita à Paraíba. Disponível em: <<http://blogs.jornaldaparaiba.com.br/suetoni/2017/02/09/bolsonaro-defende-intolerancia-e-faz-apologia-ao-crime-em-visita-a-paraiba/>> Acesso em 23 de Junho de 2018.

SANTOS, Raquel dos. **O trabalho do assistente social no sistema penitenciário brasileiro: uma reflexão sobre as condições de trabalho**. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/41468/o-trabalho-do-assistente-social-no-sistema-penitenciario-brasileiro-uma-reflexao-sobre-as-condicoes-de-trabalho>>. Acesso em: 17 de Janeiro de 2018

G1 .PB. **Vigilante é morto em clínica de Campina Grande após tentativa de resgate de preso**. Disponível em <<https://g1.globo.com/pb/paraiba/noticia/vigilante-e-morto-em-clinica-de-campina-grande.ghtml>>. Acesso em: 23 de Junho de 2018.

Uma Ponte Para o Futuro. Disponível em: <<https://www.fundacaoulisses.org.br/wp-content/uploads/2016/11/UMA-PONTE-PARA-O-FUTURO.pdf>>>. Acesso em: 19 de Janeiro de 2018.

Anuário Brasileiro de Segurança Pública. Disponível em:

<http://www.forumseguranca.org.br/storage/10_anuario_site_18-11-2016-retificado.pdf>.

Acesso em: 11 de Fevereiro de 2018.

Jornal da Paraíba. **Policiais Civis Paralisam as atividades durante 24 horas na Paraíba.**

Disponível em: <http://www.jornaldaparaiba.com.br/vida_urbana/117654.html>. Acesso em: 1 de Agosto de 2018.

Tendências da política de saúde no brasil e os desafios para a solidificação do sistema único de saúde . Revista Eletrônica de Enfermagem. Disponível em:

<https://www.fen.ufg.br/revista/revista1_1/SUS.html>. Acesso em: 27 de Julho de 2018

Estado, Polícias e Segurança Pública no Brasil. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rdqv/v12n1/1808-2432-rdqv-12-1-0049.pdf>>. Acesso em: 27 de Julho de 2017.

A SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA NA ATUALIDADE: da reforma sanitária à privatização neoliberal do SUS. Disponível em

<<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo1/a-saude-publica-brasileira-na-atualidade-da-reforma-sanitaria-a-privatizacao-neoliberal-do-sus.pdf>> . Acesso em 27 de Julho de 2017.

CFESS lança manifesto sobre a contrarreforma trabalhista. Disponível em:

<<http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1391>>. Acesso em 19 de Julho de 2018.

Reformas regressivas e política de Saúde. Disponível em:

<http://www.periodicos.ufes.br/argumentum/issue/view/840>. Acesso em 26 de Julho de 2018

O perfil de saúde de homens jovens universitários. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2017000200010.

Acesso em 17 de Agosto de 2018.