



## AS POTENCIALIDADES DO ESPAÇO LOCAL E SUA CONTRIBUIÇÃO NA PROMOÇÃO DE DIREITOS: O ACESSO AO DIREITO À SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL

Janaína Machado Sturza<sup>1</sup>

Bernardo Amaral da Rocha<sup>2</sup>

### RESUMO

A sociedade moderna, caracterizada pela complexidade e marcada por desigualdades e injustiças sociais, é hoje um espaço perene para discussões necessárias à implementação de ações locais, focando para a ampliação das ações envolvidas na formulação e no controle das políticas públicas, ressaltando-se as parcerias entre sociedade, Estado e suas organizações, para a provisão de serviços eficazes no auxílio da efetivação de políticas públicas que atendam a todos. Assim, este artigo tem por objetivo realizar um estudo doutrinário, através do método hipotético dedutivo, sobre as questões que envolvem o acesso ao direito à saúde no sistema prisional, especialmente no que tange à positivação deste direito fundamental no constitucionalismo contemporâneo, além de esboçar a importância do estudo das potencialidades do espaço local e sua contribuição na promoção de direitos.

**Palavras chave:** Direito à Saúde; Sistema Prisional; Poder Local.

### ABSTRACT

Modern society, characterized by complexity and marked by social inequality and injustice, is now a perennial space for discussions necessary to implement local

---

<sup>1</sup> Doutora em Direito pela Escola Internacional de Doutorado em Direito e Economia Tullio Ascarelli, da Universidade de Roma Tre/Itália. Mestre em Direito, Especialista em Demandas Sociais e Políticas Públicas e Graduada em Direito pela Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC. Professora da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUÍ, lecionando na graduação em Direito e no Programa de Pós Graduação em Direitos Humanos - Mestrado. Professora na graduação em Direito da Faculdade Dom Alberto/Santa Cruz do Sul. Advogada. Contato: janasturza@hotmail.com.

<sup>2</sup> Graduando em Direito pela Faculdade Dom Alberto e estagiário do Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul. Contato: rocha.be@outlook.com



actions, focusing for the expansion of the actions involved in the formulation and control of public policies, emphasizing partnerships between society, the state and its organizations for the provision of effective services in aid of execution of public policies that meet everyone. Thus, this article aims to do a doctrinal study, through the hypothetical deductive method, on the issues surrounding access to the right to health in the prison system, especially regarding the positivization this fundamental right in the contemporary constitutionalism, and outline the importance of studying the local space potential and their contribution to the promotion of rights.

**Keywords:** Right to Health; Prisons; Local Power.

## CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O presente artigo tem como interesse principal a exploração acerca da temática sobre o acesso ao Direito à Saúde no sistema prisional, partindo da premissa de que é primordial que se pense no espaço local a partir de uma discussão global, na tentativa de articular e elaborar ações que resolvam ou amenizem situações caóticas vigentes em nossa sociedade.

Assim, o Direito à Saúde no Brasil, como aponta a nossa Constituição Federal de 1988, é um direito de todos e um dever do Estado, calcado no art. 196 da Constituição e garantido mediante políticas sociais e econômicas que visam 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. Através deste dispositivo legal o termo *saúde* se constituiu como um direito reconhecido igualmente a todo o povo, além de ser um meio de preservação e de qualidade de vida, sendo este o bem máximo da humanidade.

Desta forma, a saúde representa uma preocupação constante na vida de cada cidadão, enquanto elemento fundamental para as necessidades de segurança em vários aspectos do *bem viver* em comunidade. A complexidade dos aparatos necessários para dar uma resposta a tal preocupação é acrescida com a articulação dos Estados Modernos, muitas vezes de forma desviante em relação ao objetivo originário. A solução para o acesso igualitário ao Direito à Saúde, em parte, é atribuída a setores da política econômica e social de cada país, aliando a isto o esforço conjunto de toda a coletividade representada pela sociedade. Aqui destacam-se as discussões globais em torno de ações locais.



Hoje, a saúde é um fundamental direito humano, além de ser também um investimento social. Na medida em que os governos têm o objetivo de melhorar as condições de saúde de todos os cidadãos, é necessário que invistam recursos em políticas públicas de saúde, capazes de garantirem programas efetivos para a sua promoção. Todavia, garantir o acesso igualitário a condições de vida saudável e satisfatória a cada ser humano constitui um princípio fundamental de justiça social e, portanto, exige também uma grande produtividade complexa por parte da sociedade e do Estado, sendo necessária a intensificação dos esforços para coordenar as intervenções econômicas, sociais e sanitárias através de uma ação integrada.

Desta forma, para o pleno desenvolvimento de cada pessoa, enquanto membro ativo de uma sociedade democrática e igualitária, é exigido não somente a garantia do acesso universal ao Direito à Saúde, mas também o seu efetivo cumprimento e satisfação, através da ativa intervenção do Estado, na intenção de remover obstáculos e de promover a saúde para todos os seus cidadãos, pois Direito à Saúde é direito à vida, sendo está o bem máximo de cada ser humano.

## 1. UM DIREITO ESSENCIAL À VIDA: O DIREITO À SAÚDE

Na sociedade contemporânea, a saúde deve ser considerada como um bem de todos, como um direito social necessário à manutenção da vida. Entretanto, o reconhecimento de sua eficácia é um forte argumento colocado em discussão nos dias atuais, principalmente em relação aos “direitos sociais e as externalidades que não podem ser internalizadas na avaliação da saúde enquanto bem econômico” (DALLARI: 1987, p15).

Assim, na tentativa de conceituar o termo *saúde*, não se pode deixar, obrigatoriamente, de usar como ponto de partida o Preâmbulo da Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS), erigido em 26 de julho de 1946, no qual fica estabelecido que a “*Saúde é o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças ou outros agravos.*” Neste sentido, em uma visão bastante avançada para a sua época de construção, a OMS expandiu o conceito de saúde historicamente atrelado à prevenção e principalmente à cura, abarcando, essencialmente, a promoção da saúde.

Todavia, o tema do Direito à Saúde não era de todo estranho ao nosso Direito Constitucional anterior a 1988, o qual delegava competência à União para legislar



sobre defesa e proteção da saúde. Porém, isso tinha sentido de organização administrativa de combate às endemias e epidemias, sendo isto modificado na atual conjuntura, pois com a promulgação da Constituição Cidadã a saúde passou a ser um direito do homem, (SILVA, 2002) assumindo status de grande relevância em nosso ordenamento jurídico. Notadamente, a atual Carta Magna também submete esse direito ao conceito de seguridade social, cujas ações e meios se destinam a assegurar e tornar eficaz o direito à saúde. (SILVA, 2002).

Em nosso país, portanto, a saúde foi realmente reconhecida como direito em 1988, com a promulgação da nossa Constituição Federal. Esta Carta proclama a existência do Direito à Saúde como um dos direitos fundamentais da pessoa humana, além de estabelecer a saúde como direito de todos e dever do Estado, organizando a forma e os aspectos do atendimento a ser dado através da criação de um Sistema Único de Saúde (art. 200) (SOBRINHO, 2003).

Desta forma, a evolução conduziu à concepção da nossa Constituição Federal de 1988, onde em seu Art. 196 estabelece que *“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”* (BRASIL, 1988).

No Brasil, o acesso ao Direito à Saúde passou por grandes transformações e, a despeito de muitos obstáculos, opostos por setores sociais privilegiados e retrógrados, tem havido muitos avanços na luta pelo estabelecimento de melhores condições de vida para todos os brasileiros, dentre elas a saúde. Nesta área é possível perceber o evidente progresso, podendo-se considerar superada a concepção estreita e individualista que limitava a saúde exclusivamente ao oferecimento de serviços médico – hospitalares, dos quais somente os mais ricos teriam acesso, sendo que aos pobres restariam a precariedade e ainda como um favor do Estado (CARVALHO e SANTOS, 1995).

Através do princípio de que o direito à saúde é igual à vida de todos os seres humanos, significa também que, nos casos de doença, cada um tem o direito a um tratamento condigno de acordo com o estado atual da ciência médica, independentemente de sua situação econômica, sob pena de não ter muito valor sua consagração em normas constitucionais (SILVA, 2002).

Como ocorre com os direitos sociais em geral, o direito à saúde comporta duas vertentes, uma de natureza negativa, que consiste no direito a exigir do Estado que



se abstenha de qualquer ato que prejudique a saúde; outra, de natureza positiva, que significa o direito às medidas e prestações estaduais visando a prevenção das doenças e o tratamento delas (SILVA, 2002). O Direito à Saúde, a partir do artigo 196, utilizando-se do artigo 197, ambos da Carta Magna, retratam a relevância pública das ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle. Assim, sua execução deve ser feita diretamente ou então através de terceiros, ou ainda, por pessoa física ou jurídica de direito privado (MORAES, 2001).

Na conformidade do artigo 196, o Direito à Saúde, respaldado em tal dispositivo legal, trata-se de um programa a ser atendido pelo Estado, mediante norma de conteúdo programático, através da qual fixam-se vetores maiores que apontam para direções e objetivos a serem atingidos pela ação estatal (RAMOS, 1995).

Sendo assim, o Direito à Saúde trata de um direito positivo, que exige prestações do Estado e que impõe aos entes públicos a realização de determinadas tarefas, de cujo cumprimento depende a própria realização do direito (SILVA, 2002). Nesta esfera decorre um especial direito subjetivo de conteúdo duplo, por um lado, pelo não cumprimento das tarefas estatais para sua efetivação, dá cabimento à ação de inconstitucionalidade por omissão (arts. 102, I, a e 103, § 2º) e, por outro lado, o seu não atendimento, inconcreto, por falta de regulamentação<sup>1</sup>, pode abrir pressupostos para a impetração do mandado de injunção (art. 5º, LXXI).

A saúde, em nível constitucional e da legislação ordinária, é um bem jurídico tutelado, extensivo a todas as pessoas que estejam sujeitas à ordem jurídica brasileira. É, portanto, intolerável que uma pessoa ou toda a coletividade possa ser ferida nesse direito, sem que as leis brasileiras lhe deem a devida proteção (DIAS, 2001). Assim, é possível reforçar a menção anterior descrevendo que desde o seu preâmbulo a Constituição indica um Estado Democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade

---

<sup>1</sup>Cf. a Lei 8.080, de 19.09.1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado, e reafirma que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado promover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Cf. também a Lei 8.142, de 28.12.1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS. CARVALHO, Guido Ivan de; SANTOS, Lenir. *Sistema único de saúde*. Comentários à Lei Orgânica da Saúde 8.080 de 1990 e 8.142 de 1990. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1995.



fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e abrangendo, assim, o Direito à Saúde (PODVAL, 2003).

É possível visualizar-se, desta forma, a consciência de cidadania expressa na Constituição, a qual elencou um rol quase exaustivo de direitos e garantias individuais, além, é claro, dos direitos sociais. É neste patamar que se encontra o Direito à Saúde, ou seja, um direito fundamental social de segunda geração (VARGAS, 1997). E, para ratificar tal exposição, pode-se citar Dallari, quando diz que “[...] o direito à saúde deve ser assegurado a todas as pessoas de maneira igual [...]” (1985, p 47-60).

Portanto, este direito acena como um dos importantes elementos da cidadania, como um direito à promoção da vida das pessoas, pois Direito à Saúde é direito à vida (MORAIS, 1996). Partindo desta análise, a questão do Direito à Saúde é universal, assim como a do acesso igualitário às ações de saúde, estando assegurado constitucionalmente tanto na seção específica como nas disposições gerais sobre a Seguridade Social (NETO, 2003).

## 2. A POPULAÇÃO CARCERÁRIA BRASILEIRA: APONTAMENTOS GERAIS

Discorrendo acerca da historicidade do sistema carcerário brasileiro, na Antiguidade Clássica, tem-se que daquele que cometesse um crime, era tolhida sua vida. Já na Idade Média, período de verdadeiro poder religioso, as heresias eram punidas com a tortura do infrator. Com o advento do capitalismo, o tempo como mercadoria de que todos dispunham igualmente, passa a ser a base da pena e o cárcere, que até então servia apenas de custódia daqueles que esperavam serem torturados, passa a identificar-se com a própria pena, pois privando o indivíduo de sua liberdade este não poderia dispor de seu tempo (ALMEIDA e KUBOTA, 2003).

Nesta perspectiva, Almeida e Kubota afirmam que o sistema carcerário vigente corresponde a uma síntese histórica do sistema de penas.

O indivíduo quando condenado à prisão, desde logo tem proferida sua sentença de morte social, o que significa, embora não nos moldes das penas draconianas, o sujeito não deixa de ser privado de sua vida. Afora isto, ao ser retirado de seu ambiente social, e inserido numa realidade isolada, com uma cultura própria, qual seja, de violência, maus-tratos, desrespeito, condições precárias de higiene e saúde; tem o indivíduo não somente seu corpo, como também sua mente marcados pela tortura a que é



submetido; desta vez, tortura velada, que não está aos olhos do público (2003, p. 42).

O fracasso histórico do cárcere é inevitavelmente reconhecido, principalmente para fins de controle da criminalidade e de reinserção do preso na sociedade, adotando como alternativa a abolição da instituição carcerária e de sua população (MELLO, 2002).

Retomando ainda fatos históricos, a primeira cadeia remonta à época do descobrimento do Brasil, estando esta localizada na praia que leva o mesmo nome, qual seja, *Descobrimento*. Quanto a sua estrutura, suas paredes possuem um metro e treze centímetros de espessura, as grades que guarnecem as janelas são protegidas por madeira de pau brasil, revestida com barras de ferro. Ainda hoje ela pode ser visitada e está localizada na cidade baiana de Porto Seguro, no Estado da Bahia, posto que, naturalmente, não guarda mais população carcerária (OLIVEIRA, 2001).

Nesta conjectura, é indispensável que se faça de cada condenado alguém que esteja em condições de viver tanto quanto possível como se fosse uma pessoa livre. As antigas e atormentadas classificações dos criminosos perdem a importância que se lhes emprestava, pois em última análise, prevalecerá (ou não) o cárcere efetivo, constituído por obstáculos ao exercício da liberdade (ALEIXO, 2003).

É importante, neste momento, que se caracterize o preso, o qual, com base no Direito Penitenciário, é o sujeito de uma relação jurídica com o Estado, que é o outro sujeito. É uma complexa relação jurídica em que há recíprocos direitos e deveres. Entre os direitos e deveres do preso, compondo seu status jurídico de condenado, há os que permanecem, apesar da condenação, e há os que surgem dela. Neste entremeio, deve haver direitos humanos e direitos adquiridos (MIOTTO, 2001).

Perante tal interação, ainda é possível revelar que dos direitos e deveres do Estado e do condenado pode ocorrer descumprimento dos deveres pelo Estado e pelo condenado. A necessidade de certeza do cumprimento do direito exige a atenta observação do princípio da legalidade, o que, por sua vez, subentende a intervenção judicial (MIOTTO, 2001).

Ainda na caracterização do preso, as populações carcerárias apresentam-se como resultado final de um processo que implica em perdas nas várias etapas de funcionamento do sistema de Justiça Criminal e, por conseguinte, não se pode, com



base no perfil dos prisioneiros, traçar características dos mesmos nesta ou naquela sociedade (LAMGRUBER, 2001).

Através da perspectiva traçada até aqui, a população carcerária, desde os tempos mais remotos, nunca teve direito de espécie alguma. Eram tratados sem dó e sem misericórdia. A partir do final do século XIX e início do século XX começou a surgir uma nova concepção na execução penal e o preso passou a ser encarado como *ser que é* (TEIXEIRA, 1992).

### 3. O DIRETO FUNDAMENTAL À SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL

O Direito à Saúde, enquanto típico direito social, implica em prestações positivas do Estado, sendo indiscutível o relevo que a questão assume na execução da pena de prisão, face às graves carências sanitárias que a população carcerária tradicionalmente apresenta. Já na perspectiva dos direitos do recluso, o conteúdo deste direito traduz-se em não ser excluído de prestações estaduais, em virtude da reclusão (RODRIGUES, 2000).

Entretanto, de um outro prisma, a defesa e a promoção da saúde inserem-se na área específica da socialização, justificando a criação de programas especiais que dêem corpo a um dever especial do Estado para com o cidadão encarcerado (RODRIGUES, 2000). Logo, Dallari contribui neste sentido quando diz que:

A saúde é antes de tudo um fim, um objetivo a ser alcançado. Uma “imagem-horizonte” da qual tentamos nos aproximar. É uma busca constante do estado de bem-estar. A saúde seria a possibilidade de a pessoa ter os meios indispensáveis para a sua efetivação enquanto cidadão de direito (1998, p.59).

Ratificando tal exposição, pode-se dizer que as pessoas encarceradas mantêm seu direito fundamental de gozar de boa saúde, tanto física quanto mental, bem como o direito a um padrão de atendimento médico que seja pelo menos equivalente ao prestado na comunidade em geral. Dentro desta esfera, pode-se citar o Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, o qual estabelece no seu artigo 12: “[...] o direito de toda pessoa de desfrutar do mais elevado padrão de saúde física e mental possível [...]” (COYLE, 2002).

Neste sentido, é possível complementar citando o fato de as pessoas encarceradas possuírem, além desses direitos fundamentais de todas as pessoas



humanas, salvaguardas adicionais em decorrência de sua condição. Quando um Estado priva as pessoas de sua liberdade, ele assume a responsabilidade de cuidar de sua saúde, tanto em termos das condições nas quais as detêm, quanto em termos do tratamento individual que pode ser necessário devido as circunstâncias (COYLE, 2000).

Hodiernamente não se poderia deixar de mencionar, dentro do contexto acima, a Lei de Execução Penal, 7.210 de 11 de junho de 1984, a qual representa, uma construção dogmática distanciada da realidade do seu tempo, capaz de humanizar o sistema carcerário. Além disto, ela foi estabelecida rigorosamente nas linhas mestras traçadas pela Organização das Nações Unidas (ONU), a qual estabelece recomendações para o tratamento dos encarcerados (TEIXEIRA, 1998).

Seguindo este eixo, a Lei 7.210/84 não poderia deixar de abordar o Direito à Saúde do encarcerado, salientando que no cárcere a assistência à saúde é complicada e, na maioria das vezes, é insuficiente. Todavia, saúde é um direito e sendo assim, se o presídio não tiver condições de oferecer esta assistência, deverá providenciar para oferecimento das condições adequadas, ou, no mínimo, para que o condenado a receba em outro local, devendo ser autorizada sua saída do presídio, a fim de que o mesmo obtenha o tratamento adequado (JUNIOR, 2003).

Respaldando legalmente tal enunciado, existem alguns dispositivos legais da Lei de Execução Penal, como art. 11 e 14.<sup>2</sup> Neste sentido, pode-se dizer que o preso, como qualquer pessoa, é suscetível de contrair doença. Pode ocorrer que, ao ser recolhido ao estabelecimento penal, já apresente perturbação da saúde ou doença física ou mental. É possível, também, que uma doença esteja latente e venha a manifestar-se após a prisão, seja por sua natural evolução, seja porque o ambiente do estabelecimento penal influi, no todo ou em parte, para sua eclosão ou desencadeamento. Entre elas há que se mencionar um possível trauma psicológico provocado pelo primeiro contato com o ambiente prisional, capaz de desencadear doença latente ou provocar estados de perturbação que, evoluindo, venham a transformar o preso em doente mental (MIRABETE, 2002).

<sup>2</sup> BRASIL. *Lei de Execução Penal n. 7.210*, promulgada em 11 de julho de 1984. Art. 11 “A assistência será:

I – material; II – à saúde; III – jurídica; III – educacional; IV – social; V – religiosa.” Art. 14 “A assistência à saúde do preso e do internado, de caráter preventivo e curativo, compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico. § 1º (vetado). § 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”.



Existem doenças que podem ser provocadas ou desencadeadas pelas más condições de higiene, alimentação, vestuários, etc, como, por exemplo, as decorrentes de alimentação inadequada qualitativa ou quantitativamente, da falta de atividade física, da subnutrição ou desnutrição. Por fim, existe a possibilidade de doenças cujas causas são independentes das condições carcerárias e as lesões provocadas por acidentes do trabalho prisional ou comuns e pelas agressões sofridas pelo preso dentro do sistema prisional (MIRABETE, 2002).

Não há dúvida de que é fundamental para a vida de uma instituição prisional a existência de serviço médico eficiente e adequadamente equipado para fazer frente às necessidades quotidianas desta população. As Regras Mínimas da ONU preconizam que cada estabelecimento penitenciário deve dispor dos serviços de, pelo menos, um médico, com conhecimento de psiquiatria e que os serviços médicos devem ter sua organização estreitamente relacionada com a administração geral dos serviços de saúde da comunidade ou da nação, devendo todo o preso poder valer-se dos cuidados de um dentista devidamente habilitado (MIRABETE, 2002).

Nesta abordagem, observa-se que existe uma obrigação absoluta por parte do Estado de preservar e, se necessário, restaurar a saúde das pessoas pelas quais ele assume responsabilidade ao priva-las de liberdade. As condições em que as pessoas encarceradas são mantidas terão um grande impacto sobre sua saúde e seu bem-estar. No intuito de cumprir suas responsabilidades, as administrações penitenciárias devem, portanto, assegurar padrões apropriados em todas as áreas que podem afetar a saúde e a higiene dos presos, contribuindo, desta forma, para que as pessoas que não se encontram bem de saúde possam se recuperar, além de prevenir a propagação de infecções às saudáveis (COYLE, 2002).

Hoje, constitui necessidade indeclinável a Administração manter a saúde dos presos e internados e atendê-los em caso de enfermidade, procurando um adequado regime sanitário nos estabelecimentos penitenciários. A assistência médica compreende dois aspectos, o preventivo e o curativo. O primeiro relaciona-se com as medidas profiláticas, que se traduzem no exame médico a ser efetuado em todo aquele que ingressa no estabelecimento, na inspeção da higiene dos locais, na inspeção da dieta alimentícia e no controle dos presos submetidos a medidas disciplinares (MIRABETE, 2002).



Já o segundo aspecto refere-se à assistência médica diária para o diagnóstico e tratamento dos enfermos da prisão. Dispõem as Regras Mínimas da ONU que o médico deve examinar cada preso, logo após seu recolhimento, quanto antes possível, e que, posteriormente, deverá fazê-lo sempre que seja necessário, tendo principalmente em vista descobrir a possível existência de doença física ou mental e tomar as medidas que se impuserem. Além disso, deve também assegurar a separação dos presos que sejam suspeitos de ser portadores de doenças infecciosas ou contagiosas, revelar as deficiências físicas ou mentais que poderiam ser obstáculo ao reajustamento e determinar a capacidade física de cada preso para o trabalho (MIRABETE, 2002).

Assim, um bom estado de saúde é importante para todos. Isso afeta o modo como as pessoas se comportam e sua capacidade de funcionarem como membros da comunidade. A boa saúde é de particular relevância na comunidade fechada de um presídio. Por sua natureza, a condição de estar preso pode ter um efeito prejudicial para o bem-estar tanto físico quanto mental das pessoas presas. Este, por sua vez, não devem sair do presídio em uma condição pior do que quando entraram, valendo isso também para todos os aspectos da vida na prisão, mas especialmente ao serviço de atendimento à saúde (COYLE, 2002).

Muitas vezes os presos chegam à prisão com problemas de saúde pré-existent que podem ter sido causados por negligência, maus tratos ou pelo estilo de vida pregresso da pessoa. Os presos muitas vezes provêm dos segmentos mais pobres da sociedade e seus problemas de saúde refletirão esse fato. Eles trarão consigo doenças não tratadas, vícios, bem como problemas de saúde mental. Esses presos precisarão de apoio específico, da mesma forma que muitos outros cuja saúde mental pode ser significativa ou adversamente afetada pelo fato de estarem presos (COYLE, 2002).

Sempre que possível, as pessoas presas devem ter pleno acesso aos recursos médicos que estão disponíveis ao público em geral. Na maioria das jurisdições, esse acesso é limitado ao atendimento especializado, enquanto o atendimento médico geral é prestado dentro da unidade prisional individual ou em instalações médico-penitenciárias específicas. Qualquer tratamento médico ou serviço de enfermagem prestado pela administração penitenciária deve ser pelo menos comparável àquele disponível na comunidade externa (COYLE, 2002).



Um importante princípio do atendimento à saúde no contexto penitenciário é que todo atendimento e tratamento médico necessário deve ser prestado gratuitamente. Esse princípio pode exigir atenção especial nas jurisdições onde a prestação gratuita do serviço médico na sociedade civil é limitada. Também pode ser um problema onde há números crescentes de presos cumprindo penas longas e que necessitam de tratamentos caros para doenças complexas ou terminais (COYLE, 2002).

Em 2003, o Ministério da Saúde e o Ministério da Justiça iniciaram a liberação e repasse de recursos do Fundo Nacional de Saúde às unidades federadas que deram início ao processo de implantação de ações e serviços de saúde em unidades prisionais, tendo como base o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário.<sup>3</sup> Todas as unidades federadas com número significativo de presos receberam recursos, por terem dado início à adequação com o padrão federal.<sup>4</sup>

Os estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Pernambuco e Paraná foram contemplados com recursos federais. O Rio Grande do Sul, tradicionalmente deficiente em dotações orçamentárias destinadas a ações de saúde no sistema prisional, deixou de receber importantes recursos federais em função do atraso no início da implantação dos programas e atividades relacionadas à saúde prisional.

Desta forma, as pessoas presas, qualquer que seja a natureza de sua transgressão, mantêm todos os direitos fundamentais a que têm direito todas as pessoas humanas, inclusive o direito de gozar dos mais elevados padrões de saúde física e mental (COYLE, 2002).

#### **4. AS POTENCIALIDADES DO ESPAÇO LOCAL: CONTRIBUIÇÕES PARA A INCLUSÃO**

O Espaço Local é um processo maior de comunicação e controle social, que surge após avaliações, discussões e articulações em âmbito global. Essa redefinição do espaço local enquanto esfera de menor complexidade contribui para retornar a centralidade ao cidadão, muitas vezes contraposto ao distanciamento da

<sup>3</sup> O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, apesar de ter sido revogado, ainda hoje serve de referência para ações no âmbito da saúde prisional.

<sup>4</sup> Relatório Azul – Garantias e Violações dos Direitos Humanos, 2002/2003, da Comissão de Cidadania e Direitos Humanos da Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul.



globalização-excludente. Espaço local é um meio de concretização dos princípios constitucionais, porém também com limitações e restrições constitucionais, uma vez que o fortalecimento do poder local pode ser contraditório, mas é, sem dúvida alguma, estratégia de cidadania, manutenção do controle social sobre decisões públicas e concretização da CF.

Entretanto, inicialmente, pode-se dizer que o conceito de espaço no nosso desenvolvimento atual está gerando interesse crescente, mas também crescente confusão. Afinal, para onde vão as macrotendências: globalização, blocos, poder local? Entre o "*Small is Beautiful*" e a "aldeia global", há razões de sobra para discutir-se de forma mais aprofundada ou mais sistematizada o conceito de espaço e a importância que assume no cotidiano da sociedade contemporânea. Nesse sentido:

Referimo-nos aqui aos espaços da *reprodução social*. Na realidade, a simples reprodução do capital, ou reprodução econômica, já não é suficientemente abrangente para refletir os problemas que vivemos, inclusive para entender a própria reprodução do capital. Na linha imprimida pelos sucessivos relatórios sobre *Desenvolvimento Humano* das Nações Unidas, o objetivo central do desenvolvimento é o homem, a economia é apenas um meio. Ninguém mais se impressiona com o simples crescimento do PIB, e tornou-se cada vez mais difícil identificar bem-estar humano com o bem-estar das empresas (DOWBOR, 1995).

O processo de globalização e a informatização dos processos de produção, distribuição e gestão, modificam profundamente a estrutura espacial e social dos espaços locais em todo o planeta. Este é o sentido mais direto da articulação entre o global e o local. Os efeitos sócio espaciais desta articulação variam segundo níveis de desenvolvimento dos países, sua história urbana, sua cultura e suas instituições (BORJA e CASTELLS, 1997).

Nesta abordagem, a globalização traz uma visão simplificada de abertura e unificação dos espaços da reprodução social. Ocorre uma nova hierarquização dos espaços, segundo as diferentes atividades, envolvendo tanto *globalização* como formação de *blocos*, fragilização do *Estado-nação* e surgimento de *espaços subnacionais* fracionados de diversas formas. A globalização constitui ao mesmo tempo uma tendência dominante neste fim de século, além de uma dinâmica diferenciada na articulação para solucionar problemas contemporâneos (DOWBOR, 1995).



Na formulação de Milton Santos, "o que globaliza separa; é o local que permite a união". Assim, em uma dimensão extremamente prática deste processo, o exemplo cotidiano do dilema da solidariedade é o mais comum na sociedade contemporânea. Não que o ser humano seja menos solidário na atualidade, mas a humanização do desenvolvimento, ou a sua re-humanização, passa pela reconstituição dos espaços comunitários. A própria recuperação dos valores e a reconstituição da dimensão ética do desenvolvimento exigem que para o ser humano o outro volte a ser um ser humano, um indivíduo, uma pessoa com os seus sorrisos e suas lágrimas. Este processo de reconhecimento do outro não se dá no anonimato e o anonimato se ultrapassa no circuito de conhecidos, na comunidade, no espaço local (DOWBOR,1995).

Contudo, não é suficiente o alargamento das competências do poder local para que se construa um direito social que permita uma nova e qualificada relação entre o Poder Público e a sociedade. É preciso uma modificação estrutural nas próprias estratégias de gestão do espaço local, a fim de que uma nova interpretação da repartição de competências esteja agregada a um processo de democratização das decisões públicas, evitando-se, com isso, que o espaço local seja apenas a repetição, em escala menor, dos processos de legitimação próprios da sociedade de massas, cujas críticas devem ser consideradas nesta (re)ordenação do espaço público (HERMANY,2007).

Os espaços locais podem abrir uma grande oportunidade para a sociedade retomar as rédeas do seu próprio desenvolvimento. Todavia, não somente as iniciativas locais são suficientes, pois sem sólidas estruturas locais participativas e democratizadas, não há financiamentos externos ou de instituições centrais que produzam resultados. De certa forma, o espaço local está recuperando gradualmente um espaço de decisão direta sobre a "polis", recuperando a dimensão mais expressiva da política e da democracia (DOWBOR,1995).

Ultrapassando a tradicional dicotomia entre o Estado e a empresa, o público e o privado, surge assim com força o espaço público comunitário, enriquecendo as opções de resolução de problemas. Em outros termos, o espaço local aparece hoje como foco de uma profunda reformulação política no sentido mais amplo, já que o nível local de organização política não substitui transformações nas formas de gestão política que têm de ser levadas a efeito nos níveis do Estado-nação e mundial, mas comunidades fortemente estruturadas podem constituir um lastro de



sociedade organizada capaz de viabilizar as transformações necessárias nos níveis mais amplos (DOWBOR, 1995). Nesta conjuntura:

A abordagem do poder local, como espaço privilegiado para a articulação dos atores sociais, também deve ser inserida no contexto da globalização, no qual se devem destacar as questões inerentes à potencialidade do espaço local no exercício do controle social sobre a dinâmica das relações socioeconômicas (HERMANY: 2007, p. 262).

Ao mesmo tempo em que os problemas locais são decorrentes da estrutura da modernidade do espaço global, devem também integrar-se a estruturas em suas sociedades locais. Nesse sentido, o local e o global se complementam e não são antagônicos. Essa integração social requer mecanismos políticos democratizados, baseados na descentralização administrativa e na participação cidadã.

Em verdade, o espaço local pode ser considerado como um importante elemento de garantia da atuação da sociedade civil no contexto de crise do Estado Nacional e de construção de uma economia globalizada capaz de impulsionar ações capazes de sanar dificuldades na resolução dos problemas decorrentes da complexidade e da contemporaneidade da sociedade.

Diante disto, o poder local torna-se fundamental para que o novo contexto global coexista com instrumentos de controle social, uma vez que amplia as garantias sociais no paradigma transnacional. Logo, cabe destacar que:

São justamente os governos locais os responsáveis pela execução de políticas públicas adequadas para o fortalecimento da qualidade de vida, seja em função da (re) definição de competências constitucionais, seja em virtude da crise de financiamento do Estado Nacional, que o incapacita de atender com efetividade às demandas da população. Tais razões justificam a importância, até paradoxal, do poder local para o desenvolvimento econômico na sociedade globalizada, vinculado ao conceito de qualidade de vida como fator de produtividade e, por conseguinte, de eficiência do sistema produtivo (HERMANY: 2007, p.263)

Portanto, é necessário que os governos locais assumam seu poder e sejam capazes de firmar sua comunidade e seus interesses acima de suas diferenças de partidos e ideologias. Devem ser capazes de defender seus interesses específicos em relação aos seus respectivos estados nacionais, sem separatismos destrutivos, mas aceitando a necessidade de conflito negociado como forma normal de existência política em um sistema institucional plural (BORJA e CASTELLS, 1997).



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não pretende-se, aqui, concluir efetivamente este estudo, mas apenas apresentar algumas considerações acerca de questões observadas ao longo da realização deste artigo, uma vez que a pesquisa é assim, não um estudo definitivo, mas sim uma forma de proporcionar questionamentos, reflexões e alternativas para produzir conhecimento sobre assuntos de direta e fundamental importância para o processo de construção e consolidação de um país fundado no princípio do Estado Democrático de Direito.

Desta forma, a sociedade contemporânea, caracterizada pela complexidade, contingência e principalmente pela paradoxalidade, proporciona oportunidades ao indivíduo, porém o limita também. Nunca, em uma sociedade hodierna, houve tantas possibilidades de inclusão, e, conseqüentemente, nunca se teve tanto “direito a ter direitos”. Todavia, o acesso permanente a estes mecanismos inclusivos, na maioria das vezes, acontece justamente pela exclusão, ou então, pelo não acesso (VIAL, 2005).

É a partir desta perspectiva que se pode pautar nosso estudo, o qual objetivou delinear o acesso ao Direito à Saúde conferido à população prisional, pontuando a importância do espaço global para a resolução de problemas locais. É, pois, de fundamental relevância que se comece a pensar nestas questões, mais especificamente em políticas públicas locais que sejam capazes de proporcionar alternativas e promover mecanismos que realmente, de fato e de direito, possibilitem o acesso ao direito à saúde.

Assim, ainda nos dias atuais, o status que o sistema prisional assume na sociedade é o de caráter exclusivamente punitivo, esquecendo que antes de tudo o sistema deve preparar para o “retorno a vida livre”, de forma que este indivíduo possa passar a integrar novamente a sociedade na qualidade de cidadão. Contudo, não busca-se aqui julgar os detentos e seus crimes, tão pouco a falência do sistema carcerário, mas sim conhecer os mecanismos que proporcionam o acesso ao Direito à Saúde, o qual está intimamente ligado à vida.

Neste sentido, é justamente no espaço local que a sociedade hodierna irá encontrar alternativas e possibilidades para a atuação em direção à busca de mecanismos de controle social que permitam a “compatibilidade da sociedade de



fluxos com a concretização do princípio da cidadania e da dignidade da pessoa humana” (HERMANY, 2007).

Nos dias de hoje, falar em “acesso ao direito à saúde” é sinônimo de um pensamento que nos remete à ideia de implementação e busca da consolidação dos direitos das pessoas enquanto seres humanos, dignos de exercerem seus direitos e também de cumprirem seus deveres. Nesta conjuntura está o detento, o qual é visto por grande parte da sociedade como “não sujeito de direito” e, portanto, sem direito ao acesso a determinados serviços, como a saúde.

Tem-se, assim, uma sociedade que inclui todos somente porque também é capaz, ao mesmo tempo, de excluir os ditos incluídos. Logo, a diferença entre inclusão e exclusão se refere ao modo pelo qual uma sociedade consente aos indivíduos serem pessoas humanas ou, de uma outra forma, de participarem do sistema universal de comunicação e conseqüentemente da sociedade, o que significa que o binômio inclusão/exclusão assumem formas diversas nas diferentes etapas evolutivas, (VIAL, CAON e MIETTO, 2004) alcançando também as articulações existentes no espaço local enquanto proposta de ampliação do espaço de controle da sociedade sobre as decisões públicas, ressaltando aqui a concretização dos princípios constitucionais.

Finalizando, pode-se dizer que o acesso ao Direito à Saúde, no que tange a população prisional, representa não só um desafio, mas também uma perspectiva no direito sanitário enquanto instrumento para políticas públicas de inclusão social no espaço local. Logo, pode-se dizer que as questões que envolvem esta população têm dimensões globais, uma vez que abarcam problemas que acometem inúmeros países. Entretanto, a busca de alternativas e mecanismos que solucionem não só a carência de articulações em direção ao acesso ao direito à saúde, mas também toda a problemática do sistema prisional na sociedade contemporânea, está justamente na esfera local, a qual é capaz de construir e desenvolver estratégias de acordo com sua realidade, ampliando a concretização dos direitos sociais, essencialmente do princípio da dignidade da pessoa humana.

## REFERÊNCIAS

ALEIXO, Pedro. Sistema penitenciário brasileiro. **Revista do Instituto dos Advogados de Minas Gerais**, Belo Horizonte, n. 9, p. 289-299, 2003.



ALMEIDA, L. M. de; KUBOTA, P. T. **A teoria sistêmica no sistema penitenciário contemporâneo: novas perspectivas de um projeto técnico-corretivo ressocializador.** Cadernos do Ministério Público do Paraná, Curitiba, n. 2, p. 41-47, abr./jun. 2003.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei de Execução Penal n. 7.210**, promulgada em 11 de julho de 1984.

BORJA, Jordi; CASTELLS, Manuel. **Local e global – a gestão das cidades na era da informação.** Madrid: Santillana, 1997.

CARVALHO, Guido Ivan de; SANTOS, Lenir. **Sistema único de saúde. Comentários à Lei Orgânica da Saúde 8.080 de 1990 e 8.142 de 1990.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1995.

COYLE, Andrew. **Administração penitenciária: uma abordagem de direitos humanos.** Brasília: Centro Internacional de Estudos Penitenciários, 2002.

DALLARI, Dalmo de Abreu. **Viver em sociedade.** São Paulo: Moderna Ltda, 1985.  
\_\_\_\_\_, Sueli Gandolfi. **A saúde do brasileiro.** São Paulo: Editora Moderna, 1987.

DOWBOR, Ladislau. **Da globalização ao poder local: a nova hierarquia dos espaços.** São Paulo: 1995.

DIAS, Helio Pereira. **A responsabilidade pela saúde: aspectos jurídicos.** Rio de Janeiro: Ed. Da FIOCRUZ, 1995.

DIAS, José Carlos. O sistema penitenciário brasileiro: panorama geral. **Revista do Centro de Estudos Judiciários – CEJ**, Brasília, n. 15, p. 8-11, set./dez. 2001.

HERMANY, Ricardo. **(Re)discutindo o espaço local.uma abordagem a partir do direito social de Gurvitch.** Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2007.

JÚNIOR, Sidio Rosa de Mesquita. **Manual de execução penal – teoria e prática.** 3. ed. São Paulo: Atlas S. A., 2003.

LEMGRUBER, Julita. O sistema penitenciário brasileiro. **Revista da Associação dos Magistrados Brasileiros**, Rio de Janeiro, n. 10, p. 170-179, 2001.

MELLO, Priscilla Macedo da Motta. A problemática do sistema penitenciário e os fins da ressocialização. **Revista da Escola da Magistratura do Distrito Federal**, Brasília, n. 7, p. 335-341, 2002.

MIOTTO, Armida Bergamini. Direito penitenciário, lei de execução penal e defensoria pública. **Revista dos Tribunais**, São Paulo, v. 794, p. 441-485, dez. 2001.



MIRABETE, Julio Fabbrini. **Execução penal**. 10. ed. São Paulo: Atlas S. A., 2002.

MORAES, Alexandre. **Direito constitucional**. 10. ed. São Paulo: Atlas S. A., 2001.

MORAIS, Jose Luis Bolzan de. **Do direito social aos interesses transindividuais – O Estado e o direito na ordem contemporânea**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1996.

NETO, Eleutério Rodriguez. **Saúde – Promessas e limites da Constituição**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

OLIVEIRA, Maria Aparecida Oliveira e. O sistema penitenciário no Brasil. **Revista Jurídica da Universidade de Franca**, Franca, n. 7, p. 136-138, 2001.

PODVAL, Maria Luciana de Oliveira. A tutela específica em face do poder público. Políticas públicas de saúde e o princípio constitucional da separação dos poderes. **Revista da Procuradoria Geral do Estado de São Paulo**, São Paulo, n. especial, p. 167-194, jan./dez. 2003.

RAMOS, João Saulo. Serviços de saúde prestados pela iniciativa privada e o contrato de seguro-saúde. **Revista dos Tribunais**, São Paulo, n. 12, p. 281-290, jul./set. 1995.

Relatório Azul – **Garantias e Violações dos Direitos Humanos**, 2002/2003/2004, da Comissão de Cidadania e Direitos Humanos da Assembléia Legislativa do Rio Grande do Sul.

RODRIGUES, Anabela Miranda. **Novo olhar sobre a questão penitenciária – estatuto jurídico do recluso e socialização, jurisdicionalização, consensualismo e prisão**. São Paulo: RT Ltda, 2000.

SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. 20. ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2002.

SOBRINHO, Liton Lanes Pilau. O direito sanitário: uma perspectiva democrática deliberativa. **Revista Justiça do Direito**, Passo Fundo, n. 1, p. 28-36, 2003.

TEIXEIRA, Antonio Leopoldo. O sistema penitenciário do Brasil. **Revista da União de Escolas de Ensino Superior de Capixaba – UNESC**, Colatina, n. 1, p. 33-42, jul. 1998.

VARGAS, Glaci de Oliveira Pinto. Direito e saúde: formas de controle social sobre serviços e ações de saúde. **Revista do Curso de Direito da Universidade Federal de Uberlândia**, Uberlândia, n. 1/2, p. 47-60, dez. 1997.