

## **Direitos humanos, cidadania e violência no sistema penitenciário: a atenção à saúde na Penitenciária do Distrito Federal I**

Érica Quinaglia Silva

Professora da Universidade de Brasília, Doutora em Antropologia, Sociologia e Demografia (2011) e Pós-doutora em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva (2012)

– e-mail: [equinaglia@yahoo.com.br](mailto:equinaglia@yahoo.com.br)

Deborah Maria de Miranda

Graduada em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília – e-mail:

[deborah\\_mmf@hotmail.com](mailto:deborah_mmf@hotmail.com)

### **Resumo**

De acordo com Max Weber (1919), o Estado caracteriza-se por deter o monopólio do uso legítimo da violência dentro de um determinado território. Não obstante, em algumas circunstâncias, essa legitimidade reverte-se em negligência estatal, como na (des)atenção à saúde da população carcerária. Segundo a Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, em seu artigo 196, e a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a saúde é um dever do Estado e um direito de todos os cidadãos, dentre os quais as pessoas que cumprem pena privativa de liberdade. Poder-se-ia denunciar uma violência, não por parte dos sentenciados, mas por parte do próprio Estado nesse caso? Este artigo analisa se o acesso universal e equânime à saúde, constitucional e legalmente previsto, é assegurado no sistema penitenciário do Distrito Federal. O objetivo é refletir sobre as condições salutaras e os direitos humanos em um contexto que propõe não somente a punição, como também o restabelecimento individual para a reinserção social. Para tanto, são apresentados um panorama da saúde no sistema penitenciário brasileiro e brasiliense, mediante revisão bibliográfica e, em seguida, os resultados de uma pesquisa de campo, por meio de observação participante e entrevistas com sentenciados, realizada na Penitenciária do Distrito Federal I. A crítica às falhas existentes na atenção à saúde do preso no sistema penitenciário enseja contribuir para uma efetiva implementação de planos de saúde e políticas públicas que atentem para essa população usualmente invisibilizada.

**Palavras-chave:** Direitos Humanos; Cidadania; Violência; Sistema Penitenciário; Sistema Único de Saúde.

## **Introdução**

Segundo a Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, em seu artigo 196, e a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a saúde é um dever do Estado e um direito de todos os cidadãos, dentre os quais as pessoas que cumprem pena privativa de liberdade. Nas prisões, o direito à saúde deve conviver com as regras e os deveres de um sistema que preconiza a segurança. Ora, uma das dificuldades advindas dessa relação, por vezes conflituosa, entre direito à saúde e dever de segurança, está em acessar a população carcerária. Como os profissionais de saúde chegam a essa população e realizam, assim, a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, tal como constitucional e legalmente previsto? Ademais, como o Estado cumpre seu dever de assegurar, por meio da assistência, de planos de saúde e de políticas públicas, a saúde de uma população que é socialmente invisibilizada?

De acordo com Max Weber (1919), o Estado caracteriza-se por deter o monopólio do uso legítimo da violência dentro de um determinado território. Não obstante, em algumas circunstâncias, essa legitimidade reverte-se em negligência estatal, como na (des)atenção à saúde da população carcerária. Poder-se-ia denunciar uma violência, não por parte dos sentenciados, mas por parte do próprio Estado nesse caso? Este artigo analisa se o acesso universal e equânime à saúde, constitucional e legalmente previsto, é assegurado no sistema penitenciário do Distrito Federal. O objetivo é refletir sobre as condições salutaras e os direitos humanos em um contexto que propõe não somente a punição, como também o restabelecimento individual para a reinserção social.

## **Metodologia**

Entre 2011 e 2015, uma das autoras deste artigo conviveu com os entraves de entrada e visitas na Penitenciária do Distrito Federal I, por ter um parente que cumpria pena de reclusão nesse estabelecimento. Em setembro de 2014, ambas as autoras fizeram uma pesquisa de campo na PDF I, por meio de observação participante e realização de entrevistas com três internos. O diretor e o vice-diretor à época, bem como uma servidora da saúde da PDF I também foram ouvidos. Servidora, diretor e vice-diretor forneceram contribuições valiosas mediante conversas informais realizadas

quando das visitas à PDF I. Os resultados dessa experiência foram permeados, ainda e finalmente, por um panorama da saúde no sistema penitenciário brasileiro e brasiliense, feito mediante revisão bibliográfica.

Na PDF I, permanecem os internos que cumprem sentença em regime fechado, ou seja, em reclusão em estabelecimento de segurança máxima ou média para o cumprimento da pena. Essa penitenciária possui quatro blocos de confinamento e seus presos pertencem a grupos assim delimitados: internos autorizados a trabalhar fora dos blocos, dentro do presídio; internos autorizados a trabalhar dentro dos blocos, dentro do presídio; estudantes, que frequentam os ensinos fundamental, médio e profissionalizante; e presos segurados, que são os internos que não podem se misturar com a massa carcerária devido aos crimes cometidos, como estupro e crimes contra a mulher, ou porque possuem rixa com outros internos, e que realizam trabalho dentro de seus blocos.

Esta pesquisa teve como objetivo conhecer a vivência dentro da PDF I, a partir de relatos dos internos autorizados a trabalhar fora dos blocos, dentro do presídio. Trata-se do primeiro grupo citado. Por usarem um macacão verde, semelhante a uniformes usados por mecânicos, o grupo a que os internos entrevistados pertencem é chamado de *verdinhos*.

A escolha do grupo para compor a pesquisa, bem como a indicação dos internos a serem entrevistados foram feitas pela direção da PDF I. Como essa penitenciária é um sistema de segurança máxima ou média, acredita-se que tal decisão tenha sido assim tomada porque os *verdinhos* são internos que já cumpriram parte da pena e têm um comportamento considerado desejável.

As perguntas realizadas à servidora, ao diretor e ao vice-diretor da PDF I concerniam ao funcionamento do estabelecimento. Já aquelas destinadas aos internos permeavam questões como motivo e tempo da pena, atividades realizadas na PDF I, ocorrência de situações de violência, avaliação da qualidade de vida no sistema penitenciário, percepções sobre saúde e doença e atenção à saúde na penitenciária.

Quando autorizado, as conversas e entrevistas foram gravadas em áudio. Para preservar os direitos dos sujeitos de pesquisa e das pesquisadoras, todos os cuidados éticos previstos pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que trata de pesquisas realizadas com seres humanos, foram observados e respeitados. A pesquisa foi avaliada e aprovada pelo

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas (CEP/IH) da Universidade de Brasília (número CAAE: 35815214.3.0000.5540).

### **O sistema penitenciário brasileiro e do Distrito Federal: breve histórico, legislação e diagnóstico da realidade atual**

De acordo com Carvalho Filho (2002), os primeiros locais de cárcere no Brasil foram chamados de “Casas de Correção”. A primeira prisão foi construída no Rio de Janeiro (RJ). Já o sistema penitenciário surgiu em Salvador (BA), onde se encontrava a sede geral do governo brasileiro, em 1551.

Segundo Engruch e Di Santis (2012), o Brasil começou a reformar seu sistema punitivo com a nova Constituição, em 1824, quando foi determinado que as penas cruéis deviam ser abolidas e as cadeias deviam ser limpas e seguras, com “(...) casas para separação dos Réos [*sic*], conforme suas circunstâncias [*sic*], e natureza dos seus crimes” (Brasil, 1824).

Contudo, as penitenciárias sofriam de vários problemas. Em 1828, a Lei Imperial de 1º de outubro criou as Câmaras Municipais, que possuíam comissões que visitavam as prisões e produziam relatórios, trazendo a triste realidade dos estabelecimentos prisionais (Engbruch e Di Santis, 2012). Segundo Engruch e Di Santis (2012), os relatórios apresentavam a precariedade das condições nesses locais: o ambiente era sujo, havia falta de assistência médica, havia escassez de água e a alimentação, além de ser insuficiente para todos, era de má qualidade.

A pena de prisão foi introduzida no Brasil, em 1830, com o Código Criminal do Império. Eram duas as formas de pena de prisão: a prisão simples, sem trabalho, e a prisão com trabalho, que podia ser perpétua (Engbruch e Di Santis, 2012). Nesse momento, ainda existia a pena de morte. Segundo Batistela e Amaral (2008), o Código Criminal do Império estabeleceu três tipos de crimes: os públicos, que eram crimes contra a ordem política instituída, o Império e o imperador; os particulares, que eram crimes contra a liberdade e a segurança individual; e, por último, os policiais, que eram crimes contra a civilidade e os bons costumes.

Em substituição ao código de 1830, foi promulgado, em 1890, o novo Código Penal, que aboliu as penas de morte e as penas perpétuas (Engbruch e Di Santis, 2012). Esse código previa quatro tipos de prisão: a prisão celular, que era cumprida em

estabelecimento especial; a reclusão em “(...) fortalezas, praças de guerra, ou estabelecimentos militares” (Brasil, 1890), destinada aos crimes políticos contra a recém-proclamada República; a prisão com trabalho, que era cumprida em penitenciárias agrícolas ou em presídios militares; e a prisão disciplinar, que era cumprida em estabelecimentos industriais especiais e era destinada aos menores de 21 anos de idade (Brasil, 1890). Uma inovação do novo Código Penal foi o estabelecimento do limite de 30 anos para o cumprimento de suas penas (Engbruch e Di Santis, 2012).

Persistiam, no entanto, graves problemas nas prisões. Além daqueles antepostos, um dos problemas que merece destaque era a falta de vagas para comportar o contingente populacional carcerário (Engbruch e Di Santis, 2012).

Em 1940, foi promulgado o terceiro Código Penal brasileiro, que passou a vigorar em janeiro de 1942 até os dias atuais. Esse código foi dividido em duas partes, a geral e a especial. Em sua parte geral, como a própria expressão já enuncia, o Código Penal traz regras gerais sobre os crimes e as penas, entre outras. Em sua parte especial, ele especifica os crimes em espécie. Em 1984, a parte geral do Código Penal foi substancialmente modificada pela Lei nº 7.209.

Com a separação dos regimes de cumprimento de pena, prevista no Código Penal e na Lei Federal supracitados, as penitenciárias adequaram-se a essa proposta, sendo os presos designados às unidades prisionais, de acordo com o regime. O regime fechado é cumprido em estabelecimento de segurança máxima ou média; o regime semiaberto é cumprido em colônia agrícola, industrial ou estabelecimento similar; e o regime aberto conta com a responsabilidade e a disciplina do condenado, a quem cabe trabalhar, frequentar curso ou exercer outra atividade autorizada, permanecendo recolhido em casa de albergado ou estabelecimento adequado durante o período noturno e nos dias de folga (Brasil, 1940; Brasil, 1984a). Os presos provisórios, ou seja, aqueles que estão custodiados no curso do processo (antes do trânsito em julgado de uma eventual condenação) devem permanecer em cadeias públicas (Brasil, 1940; Brasil, 1984a). Existem, ainda, pessoas que cumprem medidas de segurança. Essas medidas são aplicadas a inimputáveis e/ou semi-imputáveis, pessoas com transtornos mentais, que podem ser internadas em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico ou alas de tratamento psiquiátrico ou realizar tratamento ambulatorial (Brasil, 1940; Brasil, 1984a).

Em 2014, de acordo com o Departamento de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Execução de Medidas Socioeducativas (DMF) do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), o número total de pessoas presas no sistema prisional do Brasil era de 563.526. A capacidade do sistema prisional era de 357.219 vagas. Ou seja, o déficit de vagas era de 206.307. O Brasil ocupava o quarto lugar no ranking dos dez países com maior população prisional do mundo, atrás dos Estados Unidos, da China e da Rússia.

No Distrito Federal, nesse mesmo ano, a população carcerária era de 13.200 pessoas. A capacidade de vagas era de 6.629. Ou seja, o déficit de vagas era de 6.571.

Segundo o Mutirão Carcerário realizado pelo Conselho Nacional de Justiça e pelo Conselho Nacional do Ministério Público no Distrito Federal em 2010, o regime fechado é cumprido na Penitenciária do Distrito Federal I (PDF I) e na Penitenciária do Distrito Federal II (PDF II) pela população masculina e na Penitenciária Feminina do Distrito Federal (PFDF) pela população feminina. Como não há colônia agrícola ou industrial no Distrito Federal, o regime semiaberto é cumprido em três estabelecimentos distintos, de acordo com o perfil do apenado: o Centro de Internamento e Reeducação (CIR), o Centro de Progressão Penitenciária (CPP) e a PDF II, onde há blocos separados, destinados aos presos que iniciam o cumprimento do regime semiaberto. As presas em regime semiaberto ficam em bloco próprio e separado na PFDF. Por fim, como não há casa de albergado no Distrito Federal, o regime aberto é cumprido em regime de prisão domiciliar.

A Subsecretaria do Sistema Penitenciário (SESIPE), subordinada à Secretaria de Estado da Segurança Pública, é a unidade gestora e coordenadora do sistema prisional do Distrito Federal. Tem, como unidades prisionais subordinadas, o Centro de Detenção Provisória (CDP), o Centro de Internamento e Reeducação (CIR), a Penitenciária do Distrito Federal I (PDF I), a Penitenciária do Distrito Federal II (PDF II), a Penitenciária Feminina do Distrito Federal (PFDF), a Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP) e o Centro de Progressão Penitenciária (CPP) (Brasil, 2010).

O CDP é uma unidade que integra o chamado “Complexo da Papuda”, para onde são encaminhados os presos provisórios. É a construção mais antiga de todo o sistema prisional. Tinha mais de 40 anos à época da realização do Mutirão. Possui salas de aula, biblioteca, assessoria jurídica e uma unidade de atendimento aos internos, com médico, enfermeiros, odontólogo e psicólogo (Brasil, 2010).

O CIR é o estabelecimento que deu origem ao “Complexo da Papuda”. Sua construção data da mesma época da construção do CDP. É dotado de várias oficinas de trabalho, como confecção, marcenaria, restauro e montagem de carteiras escolares, oficina mecânica e panificadora, além de salas de aula, biblioteca, assessoria jurídica e um núcleo de saúde, com consultórios médico, odontológico e de psicologia. Abriga os presos em regime semiaberto (Brasil, 2010).

A PDF I é uma construção mais moderna, inaugurada em 2001, destinada aos presos em regime fechado. Possui biblioteca, oficinas de trabalho (serigrafia, costura, entre outras), salas de aula e um núcleo de saúde, com consultórios médico, odontológico e de psicologia (Brasil, 2010).

A PDF II é a construção mais nova de todo o sistema prisional, inaugurada havia cerca de cinco anos à época da realização do Mutirão. Possui biblioteca, oficinas de trabalho, salas de aula e um núcleo de saúde, com consultórios médico, odontológico e de psicologia. Abriga os presos em regime fechado e, excepcionalmente, em regime semiaberto (Brasil, 2010). Os quatro presídios antepostos, CDP, CIR, PDF I e PDF II, ficam no chamado Complexo Penitenciário da Papuda, localizado em São Sebastião (DF).

A PFDF é uma construção antiga, de mais de 20 anos (à época da realização do Mutirão), localizada no Gama (DF), destinada a internas em prisão provisória e regimes semiaberto e fechado. Tem oficinas (corte e costura, salão de beleza, sabão, entre outras), salas de aula e biblioteca. Possui ala para gestantes e para lactantes. Oferece, ainda, assistência médica, odontológica e psicológica (Brasil, 2010).

A ATP é localizada no mesmo terreno da PFDF. É destinada ao recolhimento dos internos que cumprem medida de segurança na modalidade de internação. Possui enfermaria, farmácia e consultório médico. Conta com psiquiatra, psicólogos e terapeutas ocupacionais. Desenvolve atividades, como o cultivo da horta e a oficina de reciclagem de papel (Brasil, 2010).

Finalmente, o CPP é um estabelecimento de segurança mínima, destinado ao regime semiaberto. Abriga os presos que saem pela manhã, para o cumprimento da jornada de trabalho, e que retornam para o pernoite, no fim da tarde. Possui consultórios médico, odontológico e de psicologia, além de assessoria jurídica, biblioteca e salas de aula (Brasil, 2010).

Segundo o Relatório de Inspeção em Estabelecimentos Penais do Distrito Federal, realizado pelo Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária

(CNPCP) e pela Ouvidoria do Sistema Penitenciário/DEPEN do Ministério da Justiça nos dias 30 e 31 de outubro de 2012, existem irregularidades nas unidades prisionais do Distrito Federal, como ocupação total superior à capacidade das unidades, ausência ou número insuficiente de camas individuais, condições precárias de higiene e limpeza das celas, falta de assistência jurídica regular aos presos carentes, inexistência de educação de ensino fundamental e profissional, falta de oferecimento de atividades físicas e/ou recreação, falta de concessão de banho de sol regular aos presos e indícios de ocorrência de atos tipificados como tortura.

Dada a magnitude da população carcerária no Brasil, a realidade das penitenciárias existentes no Distrito Federal e a saúde como eixo norteador deste trabalho, é de extrema importância pensar nas condições salutaras existentes no sistema prisional e analisar a atenção aos direitos humanos em um contexto que propõe, como anteposto, não somente a punição, como também o restabelecimento individual para a reinserção social.

### **A atenção aos direitos humanos e as condições salutaras na Penitenciária do Distrito Federal I: as percepções e as vivências dos internos**

Adentrar um complexo penitenciário, como a Papuda, com seus muros e grades, remete à descrição, tornada realidade, das instituições totais, feita Erving Goffman (2010). Essas instituições caracterizam-se pelo fechamento em relação à sociedade. Tal segregação entre instituições totais e mundo externo traz, por conseguinte, uma série de implicações para o funcionamento desses estabelecimentos e a formação pessoal dos internos.

Uma primeira implicação da barreira interposta entre o mundo dos internos e a sociedade, quando da entrada na PDF I, foi a impossibilidade de realizar uma pesquisa de campo por longo período e com contato direto entre pesquisadoras e sujeitos de pesquisa. É claro que há uma justificativa importante e inegociável para isso: a proteção das entrevistadoras e a manutenção da segurança social. Por outro lado, isso impôs algumas limitações para a coleta de dados e a realização da pesquisa: as entrevistas tiveram tempo determinado e reduzido e foram realizadas sob escolta. O controle e a vigilância permanentes, feitos pela “equipe dirigente”, tal como descrito por Goffman (2010), é outra característica das instituições totais, que têm, portanto, um caráter



binário. De um lado, estão diretor, vice-diretor, secretaria, agentes penitenciários, policiais e profissionais da saúde, que estão integrados ao mundo externo. De outro, estão os presos, que têm contato restrito com o mundo existente fora de seus muros e grades.

Essa separação entre “equipe dirigente” e “mundo dos internados” (Goffman, 2010) tem, ainda, uma consequência relevante na PDF I. O direito à saúde convive com as regras de um sistema que preconiza a segurança. O próprio contato dos profissionais da saúde com os internos é restrito, o que implica em uma questão importante: há carência de assistência à saúde nesse estabelecimento.

Para a realização desta pesquisa, por exemplo, foram obtidas autorizações da Juíza de Direito da Vara de Execuções Penais (VEP) do Distrito Federal e da Direção da Penitenciária do Distrito Federal I (PDF I). As entrevistas com os internos foram permitidas sob monitoramento, como anteposto. No entanto, para conversar com a equipe de saúde, era preciso ter permissão da Gerência de Saúde do Sistema Prisional (GESSP). A pesquisa foi blindada pela GESSP, que, a despeito da insistência, nunca respondeu ao pedido de acesso ao serviço de saúde prestado na penitenciária.

Se, por um lado, essa recusa trouxe uma nova limitação para a obtenção de informações sobre a atenção à saúde no sistema prisional, ela mostrou algo sobre o universo abordado. Ora, as resistências obtidas em campo constituem também dados de pesquisa. Entende-se que há receio de questionamento das práticas e conseguinte realização de denúncias. Ademais, o próprio tempo disponibilizado para a concessão de entrevistas reduziria aquele dispensado para a prestação de atendimentos. Assim, o conhecimento e uma possível avaliação do serviço prestado poderiam acarretar problemas para o próprio andamento do serviço. Por outro lado, um dos questionamentos suscitados por esse boicote concerne às escolhas internas para a “exibição institucional” (Goffman, 2010): pode-se ouvir relatos de internos que têm comportamento considerado desejável pela instituição, sob escolta, mas não se revela o funcionamento de uma assistência e suas possíveis lacunas.

Em conversa informal com uma profissional da saúde, foi relatado que há uma negociação constante entre serviço de atenção à saúde e sistema de segurança. Há, segundo a profissional, uma dificuldade não somente de acesso aos presos, como também de comunicação com o sistema responsável pela vigilância dos presos e segurança social.

Como exemplo de solução para essa falha de acesso, em relação aos presos, foi criado o *sistema catatal*, expressão êmica usada para designar o seguinte procedimento: foi colocada uma caixa de madeira presa à parede nos pátios de cada bloco; nessa caixinha, os presos depositam bilhetinhos – que por eles são chamados de *catatal* –, descrevendo o(s) problema(s) que têm; uma vez por semana, os *catatais* são recolhidos e lidos por três pessoas da equipe de saúde, que fazem a triagem dos bilhetes; a triagem designa qual profissional deve atender ao pedido do *catatal*; depois de lidos, há encaminhamentos para o médico, psicólogo, dentista e/ou assistente social, que tentam, então, resolver o(s) problema(s). Esse sistema foi criado para estreitar a fluida relação entre a equipe de saúde e os internos. Antes da criação desse sistema, ainda segundo a profissional da saúde, os internos relatavam o(s) problema(s) ao policial chefe do seu pátio e esse policial levava o(s) problema(s) até a equipe. No entanto, se o policial julgasse que o(s) problema(s) era(m) irrelevante(s), não o(s) levava ao conhecimento da equipe. Esse sistema não funciona para os verdinhos, como será adiante exposto.

Outra implicação, relacionada às barreiras física e simbólica entre “equipe dirigente” e “mundo dos internados” (Goffman, 2010), que é mais drástica para a vida dos internos, é a “mortificação do eu”, expressão cunhada por Goffman (2010) para descrever as indignidades sofridas quando da entrada e da permanência em uma instituição total, como é o caso das prisões.

A (de)formação pessoal dos internos inclui uma série de rebaixamentos e degradações quando da admissão em uma instituição total: tirar fotografia, pesar, tirar impressões digitais, atribuir números, despir, dar banho, cortar os cabelos e uniformizar são alguns dos processos que levam à mutilação do eu (Goffman, 2010).

Além disso, a perda de papéis sociais, relacionada à formação educacional, realização de trabalho e construção de família, compõe essa mortificação. A educação, bem como o trabalho são desvalorizados em instituições totais. Quando não há pouco trabalho, há excesso, uma polarização que implica em desmoralização, seja por aborrecimento em decorrência de falta de atividades, seja por exploração em um regime de quase-escravidão para os internos (Goffman, 2010). Além disso, quanto às relações familiares, muitos internos perdem total contato com seus parentes. Há destruição de lares reais ou potenciais (Goffman, 2010). Mesmo as visitas são restritas a dias, horários e revistas.

Como anteriormente mencionado, a PDF I possui quatro blocos de confinamento. Cada bloco tem quatro alas de celas e dois pátios. Cada cela é lotada a

partir de 10 presos. Os pátios são locais onde os presos tomam banho de sol e recebem visitas. As visitas nos pátios iniciam-se às 9 horas e terminam às 15 horas. As pessoas ficam em uma fila, pegam uma senha numérica de papel na cor rosa, de acordo com sua chegada, ou seja, o primeiro a chegar pega a senha número 1. Essa senha numérica é chamada em um painel, que designa o guichê onde será realizado o cadastro da senha. O cadastro serve para saber qual interno a pessoa irá visitar, se ela está levando dinheiro para ele e qual é o valor, e se o visitante está levando sacola de mantimento e/ou material de higiene. Após o cadastro, o visitante é chamado pelo documento de identificação para passar pela revista da sacola e, posteriormente, pela revista pessoal. As revistas são realizadas manualmente e/ou com o uso de equipamentos “body scanner”. Após todas essas etapas, o visitante segue, enfim, para o pátio onde irá encontrar o interno que visita.

As pessoas que visitam os internos *verdinhos* pegam senha numérica de papel na cor verde. Como o grupo dos *verdinhos* é menor, os visitantes não precisam chegar tão cedo à penitenciária. Após pegarem a senha, aguardam o cadastro às 10 horas. Há um guichê separado para atender apenas os visitantes dos *verdinhos*, por isso o cadastro é rápido. Após o cadastro, os visitantes seguem a mesma rotina dos outros, passam pela revista da sacola e pela revista pessoal, mas não precisam ficar na fila das revistas. Os policiais responsáveis por esses visitantes encaminham-nos e ajudam na revista da sacola para agilizar o andamento. A visita dos *verdinhos* inicia-se às 11 horas e termina aproximadamente às 14 horas e 20 minutos. Todos os visitantes dos *verdinhos* entram juntos na penitenciária e são levados aos internos acompanhados por policiais. Os *verdinhos* ficam em um bloco composto por 12 celas. Cada cela é lotada por dois internos, uma realidade bem diferente da dos outros presos, cujas celas, como anteposto, são lotadas a partir de 10 pessoas. A visita dos *verdinhos* acontece nas celas deles, e não nos pátios, como acontece no caso das visitas dos demais internos. Como são dois *verdinhos* por cela, a prioridade de ficar na cela com a família é do interno mais antigo. O mais novo sai da cela e um policial o encaminha com a família para outra cela que esteja vazia no bloco.

Embora a realidade seja mais palatável para os *verdinhos*, há, ainda entre eles, perda de contato com os familiares. Um dos internos relatou, por exemplo, ter sido proibido de receber visitas da enteada, filha de sua esposa. Segundo ele, como a menina, que tem nove anos, não é sua filha biológica, é necessária uma autorização judicial para a entrada dela na unidade prisional. De acordo com o interno, essa autorização foi

negada. Por isso, ele lamentou o tempo de um ano e dois meses que não via a enteada. Além disso, como a esposa só pode visitá-lo quando alguém cuida da filha, também há restrição quanto à ida dela à PDF I. A esposa e o filho que têm juntos vão, quando muito, uma vez por mês à penitenciária.

Interno III:

É, às vezes, passa de um mês sem vir. Por quê? Porque nessa interpretação, que eu acho que é mesquinha, porque a criança não tem culpa de eu estar preso, e ela gosta de mim, então, está afastando a justiça, está punindo a minha enteada... E me colocando como culpado.

Ademais, nesse processo de perda e mortificação, há, ainda, as vivências de situações de violência. As indignidades físicas, além das simbólicas, que incluem pancadas e maus-tratos, compõem a “mortificação do eu” nas instituições totais (Goffman, 2010).

Apenas um dos internos afirmou não ter presenciado nenhuma situação de violência. Os outros dois afirmaram ter presenciado várias situações, porém elas foram vistas e, por um dos internos, vividas durante a permanência nos pátios, quando ainda não faziam parte dos *verdinhos*. Como anteriormente descrito, antes de se tornarem *verdinhos*, os internos frequentam os pátios. As situações descritas envolviam apenas os presos. Não foram relatadas situações de violência entre agentes penitenciários e/ou policiais e presos. Não se sabe, contudo, se essa ponderação compõe um conjunto de respostas esperadas e desejadas para aquele grupo. Afinal, além de as escolhas dos internos para a participação na pesquisa terem sido feitas pela direção da PDF I e as entrevistas terem sido monitoradas, os termos de consentimento livre e esclarecido, assinados pelas pesquisadoras e pelos sujeitos de pesquisa, ficaram de posse da direção, por ordem da própria direção. Prática e simbolicamente, havia um controle sobre os discursos, cujas consequências não é possível mensurar.

Ao retratar as táticas de adaptação às instituições totais, Goffman (2010) cita a “colonização”, que ocorre quando os internos aceitam as regras do estabelecimento em troca de alguns benefícios, que os permitem restabelecer, paulatinamente, relações com o mundo perdido e com eles mesmos. Outra tática é a “conversão”, que ocorre quando, não somente há aceitação da nova situação e da interpretação dada pela “equipe dirigente”, como também elas são vistas como as mais apropriadas e desejáveis

(Goffman, 2010). É possível que, para se tornar *verdinho*, seja necessário adotar uma das referidas táticas.

Segundo os internos, a superlotação e a obrigatoriedade de conviver com companheiros amiúde indesejáveis, o que gera o que Goffman (2010) denominou de “exposição contaminadora”, contribuem para as situações de violência:

Interno II:

(...) Num lugar desse, você vê uma cela com 20 pessoas. Em uma cela, 17, 18, 15, seja lá a quantidade, de 10, menos de 10 não é, de 10 até 20 ou até mais. Então, fica difícil o convívio assim, não fica? Você vai para um pátio ali com 200 pessoas. Muitas vezes, você tem que procurar fazer as coisas o mais corretamente possível para evitar, não é verdade?

Interno III:

Lá no pátio, é muita gente, muitas, muitas pessoas juntas. E aí, alguns não se combinam. E aí, a ignorância é maior que a inteligência. Daí, partem para as vias de fato, né?

A violência dentro de uma penitenciária tem várias faces. Uma delas é a retratada pelos internos, decorrente de brigas entre presos. Outra é aquela denunciada pelo Relatório de Inspeção em Estabelecimentos Penais do Distrito Federal (2012), silenciada pelos *verdinhos*, que diz respeito aos indícios de ocorrência de atos tipificados como tortura, situações frequentemente provocadas pela própria “equipe dirigente”. Há, ainda, uma outra situação de violência, que é, talvez, a mais grave: a negligência do Estado quanto à atenção aos direitos humanos da população carcerária.

A ideia de respeitar os direitos de acusados de cometerem crimes enfrenta em muitos países, sobretudo naqueles cujo sistema democrático seja recente ou frágil, resistências de diversos setores da sociedade (Cano, 2010). De acordo com Cano (2010), estabelece-se, assim, uma equação perversa, segundo a qual se acredita que o desrespeito dos direitos de alguns, dos criminosos, é indispensável para a preservação dos direitos da maioria.

Em 2008, a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR) realizou uma pesquisa de opinião pública, intitulada “Percepções sobre os direitos humanos no Brasil”, com 2.011 pessoas, sobre o que significa direitos humanos para o cidadão brasileiro, cujos resultados foram publicados em uma coletânea de artigos em 2010. Ao avaliar a percepção da população brasileira a respeito dos direitos humanos vinculados à criminalidade e à segurança pública, Cano (2010) constatou, como dado alarmante, que 34% dos brasileiros entrevistados concordaram com a

seguinte afirmação: “direitos humanos deveriam ser só para pessoas direitas”. Ademais, 43% da população entrevistada acordaram com a frase: “bandido bom é bandido morto”. Como Cano (2010) bem destacou, a primeira formulação admite a ideia de que os direitos humanos não são universais, mas restritos às pessoas que os merecem. Já a segunda é uma defesa aberta do extermínio dos criminosos. Esses dados convivem com outro, igualmente relevante: 98% dos entrevistados apoiaram a noção de que todo mundo merece respeito. Diante desse quadro, Cano (2010) concluiu que, na visão dos brasileiros entrevistados, os criminosos não fazem parte do universo de pessoas (“todo mundo”). Ou seja, os criminosos não só não teriam seus direitos humanos resguardados, como também perderiam o próprio estatuto de pessoas. A pesquisa demonstrou, ainda, que 73% dos cidadãos inquiridos declararam ser favoráveis ao “endurecimento da condições [carcerárias em desfavor] dos presidiários”. Segundo Magalhães e Moura (2010), tais respostas demonstram a crença equivocada de que o aumento de penas ou do rigor na execução penal combateria a criminalidade. Por fim, apenas 30% declararam-se favoráveis ao pleno respeito aos direitos de “presos e bandidos”.

Esses dados repercutem na realidade do sistema penitenciário. Em relação à atenção à saúde na PDF I, por exemplo, várias foram as queixas dos internos. Um deles culpabilizou o governador, à época o Agnelo dos Santos Queiroz Filho, filiado ao Partido dos Trabalhadores (PT), como sendo o responsável pela má atenção à saúde. Os *verdinhos* possuem televisão nas celas e, por meio de notícias veiculadas pela mídia, esse interno reiterou a falta de médicos, materiais, aparelhos, entre outros problemas, nos hospitais do lado de fora da PDF I. Para ele, a desatenção à saúde do governo reflete-se na negligência verificada nas unidades prisionais. Esse interno afirmou, ainda, que, independentemente do que os presos sentem, o único remédio prescrito é o ibuprofeno, um anti-inflamatório, analgésico e antipirético, utilizado para o alívio de dor. A insinuação do interno é de que a atenção à saúde no sistema prisional está mesmo aquém daquela dispensada nos hospitais, cuja assistência já é precária.

Interno III:

Eu acho que é falta de governo, governo que não distribui os remédios, porque, se não tem remédio nem no hospital, vai ter na cadeia? Acho que ele escolhe logo o mais barato e manda para nós.

Para esse interno, além de a concepção de saúde envolver a liberdade, a autonomia, a possibilidade de construção e manutenção de relações interpessoais, entre

os presos e a família, ela também abarca uma questão política. A atenção à saúde (ou a falta dela) diz respeito a interesses de quem está no poder. Há uma relação de poder que segrega quem pode ou não acessar os serviços de saúde, quem deve ou não morrer ou viver, em última análise.

Esse questionamento remete aos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS): a equidade, que propõe o reconhecimento de necessidades diferentes para a defesa de interesses iguais; a integralidade, que preconiza a integração de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde nos níveis de prevenção primária, secundária e terciária; e, por fim, a universalidade, que garante a saúde a todo e qualquer cidadão (Paim e Silva, 2010).

As lacunas na atenção à saúde na PDF I transcendem a falta de remédios. Além da queixa de serem os remédios mais baratos aqueles disponibilizados nesse estabelecimento, há reclamações concernentes à falta de serviços de emergência, de profissionais, de realização de exames, como o exame de sangue, e de equipamentos para a realização de procedimentos simples, como limpeza e obturação no consultório odontológico. Tudo isso fere as diretrizes do SUS, antepostas, que também devem ser respeitadas dentro da unidade prisional.

De acordo com outro interno entrevistado, além dos problemas já enunciados, há “superficialidade” nos serviços prestados. Tanto as consultas médicas quanto os atendimentos odontológicos deveriam ser aperfeiçoados, segundo ele.

Interno II:

Aqui? O órgão para mim... Um atendimento assim, por exemplo, uma consulta com mais rigor... Muitas vezes, só chega lá e fala o que está sentindo. O médico nem te verifica direito, sabe? Passa uns remedinhos aí, uma pomada... Melhorar nessa parte aí, eu acredito que fica bom. Mas é muito bom também aqui, né? Pelo menos, tem um atendimento que a gente necessita, faz aí. A gente é atendido. Pior se não tivesse, pior seria se não tivesse.

Embora o acesso à assistência à saúde seja mais fácil para os *verdinhos*, que não recorrem ao *sistema catatal*, porque, quando eles precisam de atendimento ou têm algum problema de saúde, dirigem-se diretamente ao policial responsável e, assim, são logo encaminhados para o atendimento ou recebem um medicamento, há muitas falhas por eles identificadas.

Os médicos trabalham na unidade prisional de segunda a sexta-feira. Os servidores que compõem essa equipe são concursados da Secretaria de Estado de Saúde

do Distrito Federal. A unidade de saúde existente na PDF I foi inaugurada em 1 de abril de 2014 e tem estrutura semelhante a de um centro de saúde. O serviço funciona como um programa de Atenção Primária à Saúde (APS), ou Saúde da Família, das 7 horas às 18 horas. Segundo relatos da profissional de saúde, em conversa informal já mencionada, a equipe de saúde que atua na unidade prisional é composta por: 1 médico de família; 2 psicólogos; 1 assistente social; 1 terapeuta ocupacional; 2 enfermeiros; 3 dentistas e 2 auxiliares; 1 dentista itinerante – que vai à unidade de 15 em 15 dias; 1 psiquiatra itinerante – que vai à unidade uma vez por semana; e 1 infectologista itinerante – que vai à unidade de 15 em 15 dias.

Segundo um dos internos, deveria haver médico plantonista no sábado e no domingo, pois, quando alguém necessita de atendimento nesses dias, tem que ser levado para hospitais fora da unidade, se há escolta, ou aguarda até a segunda-feira seguinte, se não há. “Pior seria se não tivesse [atendimento].” Contentar-se tão-somente com um atendimento “superficial”, com poucos profissionais e remédios básicos pode ser entendido como aceitar merecer o mínimo que o Estado se presta a oferecer. Afinal, “direitos humanos deveriam ser só para pessoas direitas”.

Ainda em relação à saúde na PDF I, nem mesmo a contrapartida, de realização de voluntariado por parte dos internos, por exemplo, é benquista. Um dos internos relatou que sempre foi doador de sangue e que, após ser preso, não pode mais fazer a doação. Sugeriu que o governo providenciasse um “caminhão” para ir ao presídio com um mutirão de profissionais e, em um dia, colher sangue dos presos que quisessem ser doadores. Para ele, isso seria uma forma de ajudar muitas pessoas. No entanto, existe um estigma associado à pessoa presa. O medo de contágio e a impureza associados aos internos impede que uma ação como essa seja implementada.

A despeito dessa estigmatização, dentro das instituições totais, há um esquema de reorganização pessoal denominado “sistema de privilégios” (Goffman, 2010). Esse sistema é composto por três elementos: as “regras da casa”, um conjunto de prescrições e proibições para a conduta dos internos; os prêmios ou privilégios, benefícios obtidos em troca de obediência às regras, como escolher como tomar o café e decidir se acende ou não um cigarro, que têm um efeito reintegrador, pois permitem restabelecer relações com o mundo; e os castigos, recusas temporárias ou permanentes de privilégios, como consequência de desobediência às regras (Goffman, 2010).

Como parte da possibilidade de “reorganização do eu” (Goffman, 2010), existem na PDF I vários tipos de atividades, divididas em núcleos. Lavagem de viaturas,



serviços de construção em geral, serviços de elétrica, lanternagem e pintura de viaturas, cultivo de hortas e manutenção patrimonial são alguns dos serviços prestados pelos *verdinhos*.

Dois dos entrevistados trabalhavam no Núcleo de Transporte e Manutenção - NUTRAM - Mecânica, lanternagem e pintura. O outro, no Núcleo de Controle Patrimonial - NUCOP. Os dois internos que trabalhavam no NUTRAM já eram mecânicos profissionais antes de serem presos. Os carros por eles arrumados são as viaturas oficialmente identificadas com timbre e carros populares usados como viaturas disfarçadas. Já o interno do NUCOP trabalhava no almoxarifado.

Todos os internos afirmaram que as atividades por eles realizadas eram fundamentais para a reabilitação e a ressocialização.

Interno I:

A partir do momento em que você ocupa a mente, o que acontece, a tendência, é você praticar algo melhor e também rever as coisas ruins que cometeu e tentar não praticá-las novamente.

Interno II:

A mente da gente se torna outra, melhor do que lá no meio do convívio, no meio da massa lá. É outra coisa. É muito importante para a gente.

Interno III:

Como se diz: a mente vazia é oficina do satanás. A gente está trabalhando, está com a mente ocupada. Então, com certeza ajuda [a realização de atividades no presídio].

A remição dos dias de pena em troca do trabalho também foi citada como benefício. De acordo com a Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984, que institui a Lei de Execução Penal, um dia de pena diminui a cada três dias de trabalho. Aliás, o trabalho foi um dos principais fatores associados à manutenção da qualidade de vida na PDF I.

## **Considerações finais**

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 10 de dezembro de 1948, adotada e proclamada pelas Organização das Nações Unidas, resguarda, entre outros direitos, a dignidade humana. Nesse sentido, em âmbito nacional, a Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, traça direitos fundamentais que devem ser garantidos a todos os cidadãos brasileiros. Especificamente em seu artigo 196, aparece a saúde como um dever do Estado e um direito de todos os cidadãos, dentre os quais as pessoas que cumprem pena privativa de liberdade. A garantia desse direito deve ser feita mediante políticas sociais e econômicas que visem ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988). A Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, foi, ainda e finalmente, regulamentada pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que reitera ser a saúde um direito fundamental do ser humano e o Estado o responsável pela garantia das condições ao seu pleno exercício (Brasil, 1990).

No sistema prisional, a atenção à saúde foi garantida pela Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984, a Lei de Execução Penal, que, em seu artigo 14, traz a seguinte afirmação: “A assistência à saúde do preso e do internado de caráter preventivo e curativo compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico” (Brasil, 1984b).

Porém, apenas no dia 9 de setembro de 2003, 19 anos depois da Lei de Execução Penal e 13 anos depois da Lei Orgânica da Saúde, é que foi aprovado o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, por meio da Portaria Interministerial nº 1.777. O Plano vem com a finalidade de promover a saúde da população penitenciária brasileira, confinada em unidades masculinas, femininas e psiquiátricas, e de desenvolver ações e serviços consoantes com os princípios e diretrizes do SUS. Para tanto, foi criado o Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário, cujo financiamento cabe ao Ministério da Saúde (70%) e ao Ministério da Justiça (30%) (Brasil, 2003). Ademais, para o desenvolvimento da atenção básica de saúde, a Portaria estabelece, em seu artigo 8º, uma equipe mínima, responsável por até 500 presos, integrada por médico, enfermeiro, odontólogo, assistente social, psicólogo, auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório dentário (Brasil, 2003). Há, ainda, no artigo 9º, a previsão de que, em presídios, penitenciárias ou colônias penais, os próprios presos poderão ser selecionados para trabalhar como agentes promotores de saúde (Brasil, 2003).

No Distrito Federal, um avanço foi a celebração do Termo de Compromisso nº 001/2012, firmado entre o Conselho Nacional de Justiça, o Governo do Distrito Federal,

o Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios e o Ministério Público do Distrito Federal e Territórios, que visa à implementação de medidas administrativas e judiciais para combater a superlotação e melhorar as atuais condições dos internos dos estabelecimentos prisionais que compõem o sistema carcerário do DF. Dentre as diversas ações previstas, na cláusula trinta, o termo firma o compromisso de aumentar o número de vagas em salas de aula para atender no mínimo 20% dos internos de cada unidade prisional (Brasil, 2012c).

Recentemente, em 2 de janeiro de 2014, foi instituída, ainda, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Portaria Interministerial nº 1. A política tem como objetivo geral, em seu artigo 5º, “(...) garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no SUS” (Brasil, 2014). A PNAISP visa à cooperação entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios para sua implementação, considerando as questões prioritárias e as especificidades regionais, de forma contínua e articulada com o Plano Nacional de Saúde e instrumentos de planejamento e pactuação do SUS.

Percebe-se, assim, uma série de iniciativas voltadas para a atenção aos direitos humanos da população carcerária. No entanto, há um fosso entre as leis, as portarias e os termos firmados e a realidade das prisões. Os relatos dos internos entrevistados mostram que os serviços previstos não chegam às unidades prisionais. Há falta de profissionais de saúde, de materiais e equipamentos, além de diversos problemas relativos à superlotação, às condições precárias de higiene e limpeza das celas, à inexistência de educação e à violência, entre elas a violência institucional.

Para diminuir esse fosso, o sistema de segurança e o serviço de atenção à saúde deveriam estar em constante e contínuo diálogo. Essa é uma das soluções para uma devida prestação de serviços tanto à sociedade, no que se refere à garantia de defesa social, quanto aos presos, no que concerne à atenção aos direitos humanos, especificamente à saúde.

Os relatos dos internos sugerem que a atenção à saúde dos presos parece ser considerada como um favor do Estado, e não como uma obrigação. As reivindicações e as sugestões por eles apontadas concernem, em última análise, à efetivação daquilo que se encontra desenhado e previsto. Como uma instituição total, as prisões acabam por priorizar a eficiência, em detrimento dos padrões humanitários (Goffman, 2010). Assim, as leis, as portarias, os termos e a própria Constituição tornam-se, amiúde, inócuas, uma

mera folha de papel (Lassalle, 1933). Para que esse contexto não preconize apenas e tão-somente a punição, mas também o restabelecimento individual para a reinserção social, é necessário haver uma contrapartida real. É preciso atentar para as verdadeiras demandas das (e nas) prisões. A crítica às falhas existentes na atenção à saúde do preso no sistema penitenciário enseja contribuir para uma efetiva implementação de planos de saúde e políticas públicas que atentem para essa população usualmente invisibilizada.

### **Referências bibliográficas**

BATISTELA, Jamila Eliza e AMARAL, Marilda Ruiz Andrade. “Breve histórico do sistema prisional”. IV Encontro de Iniciação Científica e III Encontro de Extensão Universitária, Presidente Prudente, vol. 4, nº 4, 2008. Disponível em: <http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/article/view/1662/1584>. Acesso em: 19 e 20 de maio de 2015.

BRASIL. Código Criminal do Império (Lei de 16 de dezembro de 1830). Manda executar o Código Criminal. 1830; 16 dez.

BRASIL. Código Penal (Decreto-Lei nº 2.848 de 7 de dezembro de 1940). Diário Oficial da União 1940; 7 dez.

BRASIL. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCCP) e Ouvidoria do Sistema Penitenciário/DEPEN do Ministério da Justiça. Relatório de Inspeção em Estabelecimentos Penais do Distrito Federal. Brasília; 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça (CNJ) e Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP). Mutirão Carcerário - DF. Brasília; 2010.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial da União 1988.

BRASIL. Constituição Política do Império do Brasil (Carta de Lei de 25 de março de 1824). Manda observar a Constituição Política do Império, oferecida e jurada por Sua Majestade, o Imperador. 1824; 25 mar.

BRASIL. Decreto nº 847 de 11 de outubro de 1890. Promulga o Código Penal. 1890; 11 out.

BRASIL. Departamento de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Execução de Medidas Socioeducativas (DMF) do Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Novo diagnóstico de pessoas presas no Brasil. Brasília; 2014.

BRASIL. Lei nº 7.209 de 11 de julho de 1984. Altera dispositivos do Decreto-Lei nº 2.848 de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e dá outras providências. Diário Oficial da União 1984; 11 jul.

BRASIL. Lei nº 7.210 de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. Diário Oficial da União 1984; 11 jul.

BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; 19 set.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 1.777 de 9 de setembro de 2003. Diário Oficial da União 2003; 9 set.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 1 de 2 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2014; 2 jan.

BRASIL. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. Diário Oficial da União 2012; 12 dez.

BRASIL. Termo de Compromisso nº 001/2012. Diário Oficial da União 2012.

CANO, Ignacio. “Direitos humanos, criminalidade e segurança pública”. In: BRASIL. Presidência da República. Direitos humanos: percepções da opinião pública - Análises de pesquisa nacional. Organização: Gustavo Venturi. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos; 2010.

CARVALHO FILHO, Luís Francisco. *A prisão*. São Paulo: Publifolha; 2002.

ENGBRUCH, Werner e DI SANTIS, Bruno Moraes. “A evolução histórica do sistema prisional e a Penitenciária do Estado de São Paulo”. Revista *Liberdades*, São Paulo, nº 11, setembro/dezembro 2012. Disponível em: [http://www.ibccrim.org.br/revista\\_liberdades\\_artigo/145-HISTRIA](http://www.ibccrim.org.br/revista_liberdades_artigo/145-HISTRIA). Acesso em: 19 e 20 de maio de 2015.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. 8. ed. São Paulo: Perspectiva; 2010.

LASSALLE, Ferdinand. *Que é uma Constituição?* São Paulo: Edições e Publicações Brasil; 1933.

MAGALHÃES, Carlos Antônio de e MOURA, Evânio. “Direitos humanos, pena de morte e sistema prisional”. In: BRASIL. Presidência da República. Direitos humanos:

percepções da opinião pública - Análises de pesquisa nacional. Organização: Gustavo Venturi. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos; 2010.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Declaração Universal dos Direitos Humanos de 10 de dezembro de 1948. 1948; 10 dez.

PAIM, Jairnilson Silva e SILVA, Lígia Maria Vieira da. “Universalidade, integralidade, equidade e SUS”. In: Boletim do Instituto de Saúde, São Paulo, vol. 12, nº 2, ago. 2010.

WEBER, Max (1919). “A política como vocação”. In: GERTH e WRIGHT MILLS (orgs.). *Ensaio de Sociologia*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos; 1967.