



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS
CURSO DE BACHARELADO EM DIREITO

ELISEU OLIVEIRA MARIALVA

**A ATUAÇÃO DO MINISTÉRIOS PÚBLICO DO ESTADO DO PARÁ FRENTE À
GARANTIA DAS CONDIÇÕES MÍNIMAS DE SAÚDE PARA O JUSTO
CUMPRIMENTO DE PENA NO CÁRCERE**

Belém-PA
2019

ELISEU OLIVEIRA MARIALVA

**A ATUAÇÃO DO MINISTÉRIOS PÚBLICO DO ESTADO DO PARÁ FRENTE À
GARANTIA DAS CONDIÇÕES MÍNIMAS DE SAÚDE PARA O JUSTO
CUMPRIMENTO DE PENA NO CÁRCERE**

Trabalho apresentado como avaliação
da Disciplina de Monografia II do Curso
de Direito da Universidade Federal do
Pará, Turma 030/2015.

Orientador: Prof. Dr. Raimundo Wilson
Gama Raiol.

Belém-PA

2019

ELISEU OLIVEIRA MARIALVA

**A ATUAÇÃO DO MINISTÉRIOS PÚBLICO DO ESTADO DO PARÁ FRENTE À
GARANTIA DAS CONDIÇÕES MÍNIMAS DE SAÚDE PARA O JUSTO
CUMPRIMENTO DE PENA NO CÁRCERE**

Trabalho apresentado como avaliação
da Disciplina de Monografia II do Curso
de Direito da Universidade Federal do
Pará, Turma 030/2015.

Data de provação: ___/___/_____

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Raimundo Wilson Gama Raiol
Universidade Federal do Pará

Ana Paula Lima Monteiro (Mestranda - PPGD)
Universidade Federal do Pará

Prof. Me. Paulo Juaci de Almeida Brito (doutorando – PPGD)
Universidade Federal do Pará

Dedico este trabalho a Deus, meu
amparo e sustento, e a minha família.

AGRADECIMENTOS

A vida nos permite passar por diversas situações que podem influenciar em nossa trajetória, sobretudo quando se tem pessoas enviadas por Deus para auxiliarem nessa caminhada. Diante disso, os meus sinceros agradecimentos:

À Deus, que representa o meu sustento e a minha força em todos os momentos da minha vida.

Aos meus pais Antônio Marialva Júnior e Maria Vanuza Oliveira Marialva, que compreenderam a minha ausência durante a elaboração dessa pesquisa e sempre estiveram ao meu lado, proporcionando todos os meios necessários (até mesmo o que eles nunca tiveram) para contribuir com a minha formação acadêmica.

Ao meu irmão John Lennon Oliveira Marialva, que me acolheu em sua residência nos momentos em que estive sozinho, dando apoio para a elaboração desse trabalho.

À minha futura companheira de vida Juliana Santos de Albuquerque, que sempre acreditou no meu potencial e incentiva a cada dia a lutar pelos meus sonhos, sendo uma daquelas pessoas em que Deus coloca em nossa trajetória para nos lapidar e fazer brilhar ainda mais.

Ao meu orientador Raimundo Wilson Gama Raiol, que aceitou o desafio de orientar na construção dessa pesquisa e que incentivou a acreditar e defender os direitos dos grupos vulneráveis, sobretudo o respeito à dignidade da pessoa humana do encarcerado.

Aos meus amigos da turma 030/2015 que contribuíram para a minha construção intelectual e formação acadêmica.

Aos doutos Promotores de Justiça do Ministério Público de Ananindeua-PA que somaram importantes considerações sobre a pesquisa, tendo destaque para a Dra. Lizete de Lima Nascimento que abrilhantou a minha formação acadêmica com o compartilhamento do seu vasto conhecimento jurídico e prático, ensinando os valores éticos e morais das condutas sociais, bem como vivenciando o seu respeito as funções institucionais e constitucionais desse Órgão Ministerial, cumprindo com a verdadeira função do verbete “Justiça” expresso na figura do Promotor de Justiça.

*“O que segue a justiça e a bondade
achará a vida, a justiça e a honra.”*

(Provérbios 21:21)

RESUMO

A presente pesquisa trata da atuação do Ministério Público do Estado do Pará frente ao direito à saúde daqueles que estão privados de sua liberdade. Embora a saúde seja amparada constitucionalmente como um direito social, tendo o Estado o dever de garantir os meios necessários para a aplicação do direito à saúde daqueles que estão encarcerados, vivendo nessa condição de vulnerabilidade. No entanto, esse direito não está sendo garantido, em virtude da omissão do Estado em proporcionar as mínimas condições de saúde para o justo cumprimento da pena. Diante dessa omissão é que se analisa a atuação desse Órgão Ministerial que deve honrar com as suas funções institucionais e constitucionais, utilizando-se das medidas judiciais para garantir as melhores condições no cárcere com a garantia do direito à saúde dos encarcerados.

Palavras-chave: Direito à saúde. Ministério Público. Dignidade da Pessoa Humana.

ABSTRACT

This research deals with the performance of the Public Prosecution Service of the State of Pará regarding the right to health of those who are deprived of their freedom. Although health is constitutionally protected as a social right, and the State has the duty to guarantee the necessary means for the application of this right, the right to health of those who are incarcerated, living in this condition of vulnerability, mainly because they cannot move to a certain health care unit, is not being guaranteed due to the State's failure to provide the minimum health conditions for the fair execution of the sentence. Given this omission, it is analyzed the action of this Ministerial Body that honors its institutional and constitutional functions, using the judicial measures to ensure the best conditions in prison with the guarantee of the right to health of the prisoners.

Keywords: Right to health. Public ministry. Dignity of human person.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	9
1. A SAÚDE PÚBLICA E O CÁRCERE.....	10
1.1 O conceito de saúde	11
1.2 As Doenças Mais Comuns No Cárcere.....	14
1.3 A política de saúde e sua aplicação no cárcere	16
1.4 Uma análise das condições de saúde nos cárceres do Estado do Pará	19
2. O DIREITO À SAÚDE COMO DIREITO CONSTITUCIONAL E FUNDAMENTAL 20	
2.1 As dimensões do direito e o direito à saúde.....	21
2.2 O princípio da dignidade da pessoa humana e o direito à saúde dos encarcerados	25
2.3 A aplicação do princípio da igualdade material ao direito à saúde dos encarcerados	27
2.4 A vulnerabilidade dos encarcerados	29
2.5 O mínimo de ação do estado no tratamento dos encarcerados	31
3. A ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO NA BUSCA PELA GARANTIA DO DIREITO A SAÚDE DO PRESO	36
3.1 A Ação Civil Pública e a legitimidade do Ministério Público na defesa dos direitos fundamentais	36
3.2 Análise da Ação Civil Pública movida Pelo Ministério Público do Estado do Pará (Promotoria de Ananindeua) em face do Estado do Pará e a Superintendência do Sistema Penitenciário Do Estado Do Pará - SUSIPE	39
3.3 Análise da Ação Civil Pública movida Pelo Ministério Público do Estado do Pará (Promotoria de Cametá) em face do Estado do Pará e a Superintendência do Sistema Penitenciário Do Estado Do Pará - SUSIPE	43
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
REFERÊNCIAS	49

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como propósito a análise do direito à saúde daqueles que estão privados de liberdade, a partir de uma abordagem histórica de evolução e conquistas dos direitos do preso, bem como a atuação do Ministério Público do Estado do Pará na fiscalização dos cárceres.

Os presos foram considerados, por muito tempo, como aqueles que deveriam pagar pelas suas condutas sem possuir nenhum direito, sendo posto fora da sociedade sem as condições mínimas, submetidos apenas ao poder arbitrário daqueles que controlam o cárcere.

Entretanto, esse pensamento fora superado, desde a Idade Moderna, a começar do momento em que se vivenciava inúmeras injustiças contra os menos favorecidos socialmente, surgia, embora imaturo, um pensamento humano sobre a pena, o que, tempos depois, emergiram os direitos fundamentais da pessoa encarcerada, principalmente com a preocupação trazida pelos tratados e acordos internacionais e o advento da Constituição Cidadã de 1988, a qual consagrou, dentre outros direitos, o direito fundamental à saúde a todos, incluindo os privados de liberdade, além de outras normas infraconstitucionais desenvolvidas sobre o mesmo propósito.

No entanto, apesar dessa mudança de paradigma, os apenados ainda sofrem com a falta de garantia dos seus direitos fundamentais, principalmente o da saúde, em virtude de um sistema prisional que ainda trata os presos como aqueles que são estranhos a sociedade, tendo como consequência o cumprimento da pena maior do que o arbitrado em sentença.

É cediço que os direitos das pessoas que estão encarceradas tornaram-se palco de inúmeros estudos e discussões ao longo da história, principalmente com o advento dos direitos humanos e a preocupação com a dignidade da pessoa humana. No entanto, apesar dessas preocupações, não se observa, sobretudo na realidade brasileira, uma significativa melhoria nas condições de “sobrevivência” do preso e, em especial, suas condições de saúde.

O aumento disparado dessa realidade no contexto brasileiro não só ofende direitos individuais, como também direitos transindividuais, uma vez que atinge as estruturas do próprio Estado Democrático de Direito.

Importa ressaltar que, o direito à saúde digna, por ser resguardado por legislações constitucionais e específicas, deve ser cumprido de forma integral, para que ofereça aos encarcerados garantias para o justo cumprimento da pena.

Diante disso, apesar de existir uma tutela jurisdicional constitucional e infraconstitucional, como se observa na Lei de Execução Penal, por exemplo, nos seus artigos 12 e 14, em que o preso ou internado terá a assistência à saúde, incluindo instalações higiênicas, acesso a atendimento médico, farmacêutico e odontológico, as condições reais de saúde dos apenados no Brasil são precárias e deficientes.

Isso mostra que há uma tutela legislativa ao direito à saúde por parte do Estado, porém não se observa na prática com a criação de políticas eficazes, sobretudo na melhora da qualidade de vida no interior dos estabelecimentos prisionais. Deve-se destacar que a qualidade de vida daqueles que estão no cárcere não significa luxo, mas tão somente o cumprimento das mínimas condições de saúde que todos devem possuir, principalmente em um estado garantidor de direitos.

A problemática deste estudo consiste em analisar a contribuição do Ministério Público do Estado do Pará na aplicação do ordenamento jurídico pátrio, visando impedir que a inércia do Estado ofenda a integridade física dos encarcerados, para que a pena privativa de liberdade não passe a ser tão cruel ao ponto de tirar a vida dos que estão cumprindo pena.

1. A SAÚDE PÚBLICA E O CÁRCERE

As questões introdutórias sobre o conceito de saúde são relevantes, inicialmente, para esclarecer os questionamentos sobre o direito a saúde dos encarcerados, destacando-se o desenvolvimento dos significados do verbete saúde ao longo da história e das sociedades.

Além disso, a análise das principais doenças no cárcere irá direcionar os estudos sobre as condições de saúde daqueles que estão privados de sua liberdade

a fim de que se possa verificar se existe afronta aos princípios constitucionais e o direito à saúde.

1.1 O conceito de saúde

A dificuldade em encontrar um conceito que se enquadrasse na palavra saúde, do ponto de vista epistemológico, é reconhecido desde a Grécia Antiga, sendo que a carência de estudos sobre o conceito propriamente definido tem como consequência a sua definição condicionada a ideia de ausência de doença (CANGUILHEM, 1990 *apud* COELHO, M. T. A. D. e ALMEIDA FILHO, N, 2002). Entretanto, buscou-se estabelecer novos conhecimentos a fim de ampliar as modernas especialidades médicas, propiciando teorias que fundamentassem o conceito de saúde (COELHO, M. T. A. D. e ALMEIDA FILHO, N, 2002).

A natureza da saúde e da medicina representa um reflexo de muitos teóricos médicos, entre eles pode-se citar Galeno, que estabeleceu a teoria das latitudes de saúde, que se divide em saúde, estado neutro e má-saúde. Estas dimensões podem ocorrer isoladamente ou em combinação de umas com as outras. Assim, nove combinações são possíveis. Este esquema foi utilizado por mais de mil anos na medicina ocidental (BACKERS et all, 2008, p. 112).

Ainda no mesmo período, acreditava-se que as doenças eram causadas por elementos naturais ou sobrenaturais, sendo que tal crença tinha como fundamento a filosofia religiosa, a qual era difundida nessa época.

Em outras culturas, a doença é resultante do desequilíbrio do organismo humano (causas naturalizadas) relacionadas a diversos fatores, tais como o ambiente físico, os astros, o clima, os insetos e os animais, em virtude da observação direta da natureza.

Para os gregos, a saúde era determinada a partir de uma relação com o corpo do indivíduo e as forças vitais, sendo que a existência da saúde era representada pela harmonia perfeita do corpo humano (BEZERRA; SORPRESO, 2015).

No Oriente, a concepção de saúde e de doença seguia, e segue, um rumo diferente, mas de certa forma análogo ao da concepção hipocrática. Fala-se de forças vitais que existem no corpo: quando funcionam de forma harmoniosa, há saúde; caso contrário, sobrevém a doença. As medidas terapêuticas (acupuntura, ioga) têm por

objetivo restaurar o normal fluxo de energia (“chi”, na China; “prana”, na Índia) no corpo (SCLIAR, 2007, p. 33).

Desse modo, da Grécia Antiga até o fim do século XVIII a saúde foi, gradativamente, reformulada, acompanhando mudanças sociais, políticas e econômicas que, direta e indiretamente, influenciavam na formulação desse conceito. A concepção de saúde originou-se de forma mais coerente na ciência moderna, buscando explicar os fenômenos da vida, compreendendo, que a saúde consistia no funcionamento do corpo humano e das alterações anatômicas e biológicas sofridas durante a doença (BEZERRA e SORPRESO, 2015).

Levando em consideração a população ribeirinha, Harris (2000) afirma que esse grupo constrói um modo de vida integrado pela agricultura e extrativismo vegetal ou animal, vivendo em função da floresta e dos rios. O modo de vida desses grupos está condicionado ao ciclo da natureza, ao qual o fenômeno da enchente e da vazante regula em grande parte o cotidiano ribeirinho, de tal modo que o mundo do trabalho obedece ao ciclo sazonal no desenvolver de suas atividades de extrativismo vegetal, agricultura, pesca e caça (MONTEIRO R, 2014).

Teixeira (2001), em um estudo em três comunidades ribeirinhas do Pará, desvelou que as conexões com a natureza produzem, na maioria das vezes, benefícios para os ribeirinhos, pela utilização dos recursos da natureza para os cuidados com a saúde (MONTEIRO R, 2014, p. 18).

Para a população indígena, a saúde está intimamente ligada com a terra e o equilíbrio da natureza, desde os tempos da colonização estes utilizavam sistemas tradicionais de saúde, dando ênfase a cuidados pautados a partir do uso de plantas medicinais, rituais de cura e práticas de promoção da saúde articuladas em itinerários terapêuticos de responsabilidade dos pajés, curadores e parteiras. Dessa forma, a saúde desse grupo está intimamente relacionada à garantia plena de sua cidadania, com autonomia, posse territorial, fazendo uso do ecossistema em que os mesmos habitam (BRASIL, 2013).

No âmbito internacional, a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 7 de abril de 1948, divulga o conceito de saúde, considerando ser o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e, não apenas a ausência de enfermidade.

Esse conceito gerou múltiplas críticas pela amplitude, caráter subjetivo e idealização de perfeito bem-estar, aproximando-se de uma concepção utópica. Em

1978, na Conferência Internacional de Assistência Primária à Saúde (Alma-Ata), promovida pela OMS, foi aprovado um conceito em que ampliou e buscou enfatizar as desigualdades de saúde entre países “desenvolvidos” e “subdesenvolvidos”, a responsabilidade governamental na provisão da saúde e a importância da participação de pessoas e comunidades no planejamento e na implementação dos cuidados à saúde como fatores que complementam tal conceito (BEZERRA e SORPRESO, 2015).

A partir de então o conceito de saúde veio se transformando ao longo dos anos, caracterizando-se como um processo que envolve aspecto social, político e econômico, estando sob influência de mudanças significativas a depender do contexto inserido. Sendo uma esfera da vida de homens e mulheres, percebe-se que a saúde, em sua diversidade e singularidade, não ficou fora do desenrolar das mudanças da sociedade nos últimos séculos. O processo de transformação da sociedade é também o processo de transformação da saúde e dos problemas sanitários (BEZERRA e SORPRESO, 2016, p. 04).

Destaca-se a importância da Conferência Internacional de Promoção da Saúde, ocorrida em Ottawa, no ano de 1986, pois a saúde passou a ser conceituada como qualidade de vida mediada por fatores, tais como: paz, abrigo, alimentação, renda, educação, recursos econômicos, ecossistema estável, recursos sustentáveis, equidade e justiça social.

Desse modo, integrando ao conceito já existente, o evento considera a saúde como um conceito positivo, para o qual se fazem necessários a existência de recursos pessoais, sociais e capacidade física, a qual não está pautada somente na responsabilidade dos serviços de saúde, todavia, observa-se que há a obrigação de atender as diferentes necessidades de cada população (BACKES MTS et all, 2009).

Por conseguinte, tal concepção deve refletir na conjuntura social, econômica, política e cultural, ou seja, a saúde não representa a mesma ideia para todas as pessoas, já que ela depende da época, do lugar, da classe social, dos valores individuais e das concepções científicas, religiosas e filosóficas.

Diante das questões supracitadas, é importante ressaltar que a saúde da população negra no Brasil envolve a contribuição para a promoção da equidade, tendo em vista que a sociedade encontra um desafio representado pela implementação de uma política de promoção à saúde voltada para as diferenças e diversidades étnico raciais. Pensar em saúde é pensar em equidade, acesso aos

serviços e, principalmente, a diminuição das desigualdades (FREITAS DA et all, 2011).

Diante dessa dificuldade em conceituar saúde em virtude da existência de diversos fatores que a determinam, observa-se que ao longo da história a saúde deixou de ser aquela relacionada somente ao aspecto curativo, passando a se desenvolver sob os aspectos socioeconômicos que influenciam diretamente a vida do indivíduo.

A própria Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) considera a interação entre os aspectos biológicos, individuais e sociais para tratar das condições de saúde, devendo existir serviços, sistemas e políticas de saúde que priorizem o bem estar dos indivíduos.

Essa concepção sobre saúde foi implementada na Lei 8.080/90, a qual trata sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, destacando-se o seu artigo 3º:

Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990).

É a partir desses preceitos iniciais é que se pode desenvolver os estudos sobre o direito à saúde dos encarcerados, já que o meio social em que o indivíduo está inserido e o ambiente em que vive podem determinar o seu nível de saúde, sendo importante, portanto, que as condições de encarceramento favoreçam a qualidade na saúde do indivíduo, a fim de que o indivíduo possa cumprir a sua pena privativa de liberdade com plena dignidade e respeito aos princípios constitucionais.

1.2 As doenças mais comuns no cárcere

Antes de se analisar o direito à saúde dos encarcerados, é de suma importância destacar as doenças que são predominantes no sistema prisional brasileiro.

Essa identificação ocorreu por meio de uma pesquisa denominada “Análise epidemiológica da situação de saúde na população privada de liberdade no

Brasil: dados de bases de informação”, a qual fora realizada pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) e financiada pelo Ministério da Saúde, a qual apresentou a ordem das doenças de maior incidência nas unidades prisionais entre os anos de 2007 à 2014:

(...) apontam em primeiro lugar a tuberculose, seguida da dengue, HIV/Aids, hepatites virais, sífilis adquirida, atendimento antirrábico humano, hanseníase, síndrome do corrimento uretral masculino, doença de chagas aguda, violências, leptospirose, entre outras (SOARES FILHO, 2016, p. 2007).

Essa ordem mostra que a tuberculose está entre as doenças com maiores índices de contaminação no cárcere. Observa-se que o seu predomínio em primeiro lugar parece natural quando se analisa as condições das unidades prisionais brasileiras, haja vista que essa é uma doença transmitida por uma bactéria pelas vias aéreas, ou seja, pela respiração, fazendo com que o ambiente pequeno e úmido com várias pessoas reunidas em um único local, torna-se uma área ideal para a sua propagação.

A proliferação de doenças ainda é agravada pela própria infraestrutura dos cárceres brasileiros, sobretudo no que diz respeito a prestação de serviços de saúde nos presídios, como a falta de unidades básicas de saúde, bem como a falta de profissionais ao alcance dos presos, fazendo com que se agrave à integridade física dos detentos, pois não há um devido acompanhamento desses profissionais em relação a sua saúde.

Um exemplo dessa falta de infraestrutura adequada para a garantia do direito à saúde dos presos e no auxílio no desenvolvimento de doenças é o próprio surgimento da leptospirose, visto que essa é uma doença caracterizada por uma carência no amparo sanitário dos cárceres, destacando-se a infraestrutura precária desses ambientes.

Somada a essas doenças mais comuns, deve-se dar atenção a saúde mental no cárcere, haja vista que as péssimas condições de encarceramento, a superlotação e a vida no cárcere são fatores que podem desenvolver uma doença psicológica, a qual deve ser acompanhada por profissionais competentes.

É importante ressaltar que essas doenças encontradas no interior do cárcere podem ser desenvolvidas antes do encarceramento, sendo agravadas durante o cumprimento da pena, sobretudo em virtude da vulnerabilidade social dos

que estão privados de suas liberdades que, na maioria dos casos, são pessoas que viviam com baixo acompanhamento médico em razão das suas condições sociais e econômicas anteriores ao encarceramento.

1.3A política de saúde e sua aplicação no cárcere

Ao longo da história brasileira surgiram várias políticas sociais voltadas a saúde pública que culminaram com o surgimento do Sistema Único de Saúde. No entanto, foi somente em 2003, por meio Ministério da Justiça e Ministério da Saúde que houve a publicação da Portaria Interministerial 1.777, onde a população carcerária foi incluída como beneficiária do Sistema Único de Saúde, momento em que surge na sociedade uma maior preocupação com aqueles que estavam sendo privados de suas liberdades, bem como o reconhecimento pelo próprio Estado da problemática que existe no interior do cárcere referente ao direito à saúde:

É fato conhecido que os problemas de saúde decorrentes das condições de confinamento não têm sido objeto de ações de saúde que possibilitem o acesso das pessoas presas à saúde de forma integral e efetiva. A necessidade de implementação de uma política pública de inclusão social que atente para a promoção dos direitos humanos das pessoas privadas de liberdade aponta para a importância da reorientação do modelo assistencial, a fim de atender às carências manifestas por esta população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, p. 09, 2004).

Após mais de 10 anos da promulgação da Constituição Federal de 1988, essa foi a primeira vez que a população carcerária foi beneficiada com uma política de saúde específica com a participação no Sistema Único de Saúde, já que a Portaria Interministerial 1.777 aprovou o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP).

Esse Plano Nacional é destinado a atender a população que se encontram efetivamente no cárcere, desconsiderando aqueles que se encontram em regime aberto, com o objetivo de tratar das questões de atenção Básica e de Média Complexidade, como o tratamento de tuberculose, tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, saúde bucal, entre outras.

Ao analisar essa Portaria, observa-se que logo no primeiro artigo, no seu parágrafo segundo, fica delimitado as prioridades específicas para que se possa

atingir a finalidade e o alcance do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário:

- I. a reforma e a equipagem das unidades prisionais visando à estruturação de serviços ambulatoriais que atendam às necessidades de atenção no nível básico, mínimo da assistência no nível da média complexidade (conforme Noas/MS em seu Anexo III – Grupo 7) e componentes das urgências e emergências em saúde, em consonância com as especificidades do Sistema Penitenciário Nacional;
- II. a organização do sistema de informação de saúde da população penitenciária;
- III. a implantação de ações de promoção da saúde, em especial no âmbito da alimentação, atividades físicas, condições salubres de confinamento e acesso a atividades laborais;
- IV. a implementação de medidas de proteção específica, como a vacinação contra hepatites, influenza, tétano;
- V. a implantação de ações para a prevenção de tuberculose, hanseníase, diabetes, hipertensão, hepatites, DST/aids e dos agravos psicossociais decorrentes do confinamento, bem como a distribuição de preservativos e insumos para a redução de danos associados ao uso de drogas;
- VI. a garantia do acesso da população penitenciária aos demais níveis de atenção à saúde, através das referências, que deverão estar incluídas na Programação Pactuada Integrada (PPI) estadual, mediante negociação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) (BRASIL, 2003).

Percebe-se que as supracitadas prioridades do Plano são importantes para a garantia do direito à saúde dos encarcerados, uma vez que proporciona, como consequência, melhores condições de vida no cárcere para que o indivíduo cumpra a sua pena privativa de liberdade sem a ofensa de outros direitos.

Dentre todas as prioridades mencionadas, merece destaque aquela expressa no inciso primeiro que trata de uma reforma estrutural a fim de que se tenha uma nova estruturação de serviços ambulatoriais com melhoras no ambiente das unidades prisionais e da aquisição de novos equipamentos. Por esse motivo é que a reforma estrutural foi tratada logo no primeiro inciso, já que se trata da principal prioridade a ser adotada pelo gestor.

O inciso cinco desenvolve uma prioridade de prevenção das principais doenças encontradas no cárcere, a fim de que se possa diminuir a incidência dessas enfermidades e diminuir a quantidade de tratamentos. Devendo-se destacar que esse trabalho de prevenção se desenvolve em conjunto com o que dispõe o inciso quarto em relação a implementação de medidas de proteção específica, como a vacinação contra hepatites, influenza e tétano.

Já o artigo 8¹ da Portaria estabelece a estrutura do corpo profissional de agentes de saúde que irão compor as unidades prisionais, estabelecendo que a equipe será composta por médico, enfermeiro, odontólogo, assistente social, psicólogo, auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório dentário, os quais deverão cumprir uma carga horária de 20 horas semanais.

Deve-se destacar que o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) determina, até mesmo, a participação de presos no trabalho para a realização dos serviços de saúde, os quais poderão ser selecionadas para trabalhar como agentes promotores de saúde, conforme dispõe o artigo 9².

Apesar desse grande avanço, o Plano Nacional se apresentou de forma restrita, já que não houve previsão da totalidade da população carcerária, como: delegacias e distritos policiais, cadeias públicas, colônias agrícolas ou industriais e, tampouco, penitenciárias federais. Assim sendo, foi criada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), por meio da Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014, a qual trata sobre os objetivos, as diretrizes, bem como as responsabilidades do Ministério da Saúde, do Ministério da Justiça, dos estados e do Distrito Federal.

Um dos objetivos dessa Política é a relação entre os serviços de saúde no sistema prisional e a Rede de Atenção à Saúde (RAS) do Sistema Único de Saúde (SUS), integrando as ações e serviços de saúde, ou seja, a PNAISP prevê a inclusão da população carcerária no SUS, garantindo o direito à saúde e à cidadania sob a perspectiva dos direitos humanos.

Além dessas criações governamentais, em 2016, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) criou o Programa de Ações Intersetoriais de Assistência à Saúde e de Assistência Social para o Sistema Prisional (PAISA) como uma das formas de atuar nos eixos Sistema Carcerário, Execução Penal e Medidas Socioeducativas, destacando-se a ação na saúde prisional que tem como um dos seus principais objetivos garantir o mínimo sanitário e de assistência social no interior do cárcere.

¹ Art. 8.º Estabelecer que a atenção básica de saúde, a ser desenvolvida no âmbito das unidades penitenciárias, será realizada por equipe mínima, integrada por médico, enfermeiro, odontólogo, assistente social, psicólogo, auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório dentário, cujos profissionais terão uma carga horária de 20 horas semanais, tendo em conta as características deste atendimento.

² Art. 9.º Definir que, nos estabelecimentos de saúde em unidades prisionais classificadas como presídios, penitenciárias ou colônias penais, as pessoas presas poderão ser selecionadas para trabalhar como agentes promotores de saúde.

Esse programa representa uma união do judiciário e do executivo em prol da saúde dos encarcerados:

O Programa de Ações Intersetoriais de Assistência à Saúde e de Assistência Social para o Sistema Prisional (PAISA) é um conjunto de ações e iniciativas que visam reverter o quadro endêmico e adverso de violações existente no sistema carcerário brasileiro. Trata-se de parceria entre o judiciário, o executivo e sociedade civil que pretende assegurar o acesso universal às ações de atenção básica à saúde como ordenadora do SUS e a garantia da integralidade da atenção por meio da Rede de Atenção à Saúde e da Rede do Sistema Único da Assistência Social, garantindo um padrão sanitário e de assistência mínimos. (BRASIL, 2019)

Apesar dessa atenção específica à saúde, o sistema carcerário ainda possui vários desafios que precisam ser superados para garantir a efetividade desses direitos, já que a superlotação aliada as péssimas condições de infraestrutura de várias casas penais impedem a sua efetividade.

1.4 Uma análise das condições de saúde nos cárceres do Estado do Pará

É cediço que a realidade das unidades prisionais brasileiras, seja de Centros de Triagem ou de Presídios de segurança máxima, possuem, em sua maioria, precárias condições de vida para aqueles que se encontram encarcerados, sofrendo com a superlotação e as condições de insalubridade.

Diante dessa superlotação nas penitenciárias brasileiras, observa-se que o cenário paraense não foge desse padrão alarmante. Segundo dados apresentados pelo Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP), o sistema prisional do Estado do Pará possui uma capacidade de 10.557 presos, por outro lado, a ocupação é de 18.642 presos, tendo como uma taxa de ocupação de 176,58%, ou seja, quase o dobro da sua capacidade natural (BRASIL, 2019).

Com base nessa mesma base de dados, observa-se que existe assistência médica em 81,25% dos estabelecimentos penais do Estado do Pará.

Em relação as mulheres encarceradas, o último relatório realizado pelo Infopen (Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias) registrou que 84% das mulheres privadas de liberdade, em Junho de 2016, encontrava-se custodiada em unidades que contam com estrutura prevista no módulo de saúde, sendo que no Estado do Pará o índice sobe para 99%, acima de outros Estados da federação que

ainda não alcançaram 50%, como é o caso dos Estados do Acre (22%), Paraná (43%), Tocantins (46%) e o Rio de Janeiro que possui o aterrorizante percentual de 1% (BRASIL, 2018).

Aparentemente, a porcentagem de assistência médica parece alta, no entanto, a alta taxa de encarceramento somada com a superlotação e as péssimas condições do cárcere fazem com que a taxa de assistência médica seja, praticamente, desconsiderada para fins de análise do direito à saúde dos encarcerados, já que o indivíduo privado de sua liberdade terá uma assistência médica, porém continuará adquirindo inúmeras doenças provenientes desses supracitados fatores que agravam a sua condição de saúde no interior do cárcere (BRASIL, 2019).

1.4.1 Da Central de Triagem Metropolitana – CTM II - Ananindeua

Com base nos dados apresentados pelo Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP), fora analisado a capacidade e ocupação do Centro de Triagem Metropolitana II. Esses dados mostram que o CTM II possui a capacidade de 144 presos, por outro lado, a ocupação é de 489 presos, tendo como uma taxa de ocupação de 339,58%, ou seja, representa uma unidade prisional altamente superlotada com o triplo de presos permitidos na unidade.

Na mesma relação construída anteriormente, pode-se observar que o Centro de Triagem Metropolitana II conta com atendimento médico, no entanto, como se percebe, a superlotação e as péssimas condições do cárcere impedem a concretização do direito à saúde daqueles que ali se encontram presos.

Essa situação ainda era pior antes da intervenção do Ministério Público com o ajuizamento de uma Ação Civil Pública para a reforma do estabelecimento penal que contava com celas do tipo “contêineres”, totalmente desumanas.

2. O DIREITO À SAÚDE COMO DIREITO CONSTITUCIONAL E FUNDAMENTAL

Antes de tratar propriamente do direito à saúde como um direito constitucional e fundamental, far-se-á necessário analisar o desenvolvimento e surgimento do direito referente ao seu período de criação.

O direito à saúde não se desenvolveu de forma simples e rápida, pois o seu surgimento como um direito propriamente dito foi construído ao longo de várias gerações e de muitas lutas, amparado, também, pela construção do próprio Estado.

2.1 As dimensões do direito e o direito à saúde

O estudo sobre os direitos humanos passa pela análise de três dimensões de direitos as quais os classificam de acordo com as suas características e pelo momento em que surgiram.

No entanto, é importante ressaltar que inicialmente a ideia trazida pela evolução dos direitos humanos e fundamentais era transmitida pela terminologia “gerações” de direitos, porém essa expressão utilizada recebeu várias críticas, uma vez que passava a ideia de que os direitos criados em novas dimensões substituiriam os direitos criados anteriormente:

Num primeiro momento, é de se ressaltar as fundadas críticas que vêm sendo dirigidas contra o próprio termo “gerações”, já que o reconhecimento progressivo de novos direitos fundamentais tem o caráter de um processo cumulativo, de complementaridade, 859 e não de alternância, de tal sorte que o uso da expressão “gerações” pode ensejar a falsa impressão da substituição gradativa de uma geração por outra, razão pela qual há quem prefira o termo “dimensões” dos direitos fundamentais, posição esta que aqui optamos por perfilhar, na esteira da mais moderna doutrina (SARLET, 2018, p. 330).

Após a análise terminológica, observa-se que a primeira dimensão abarca os direitos fundamentais e individuais, tal como a liberdade que se desenvolveu no contexto da estrutura do Estado liberal, a partir do desenvolvimento do pensamento liberal da burguesia do século XVIII. Esses direitos que surgiram nesse período histórico podem ser considerados como direitos de aspecto “negativo” no sentido de que dependem de uma abstenção do Estado perante o indivíduo, tendo como exemplo o direito à liberdade, à propriedade e à igualdade.

A segunda dimensão se refere aos direitos sociais, os quais se desenvolveram a partir dos grandes impactos trazidos pelo processo de industrialização que reuniu problemas de ordem econômica e social. Esses direitos que surgiram nesse período histórico podem ser considerados como direitos de aspecto “positivo”, haja vista que dependem de uma atuação positiva do Estado na realização da justiça social, tendo como um dos principais destaques para a sua

formação as lutas sociais de movimentos reivindicatórios, consagrando um período conhecido como “bem-estar social”.

Os direitos assegurados nessa dimensão asseguram aos indivíduos prestações sociais a serem desenvolvidas pelo Estado tal como saúde, assistência social, educação, trabalho e a materialização do direito à igualdade, deixando de ser somente formal, tendo aplicação prática na vida social.

A terceira dimensão é representada pelos direitos difusos e coletivos, tais como o direito à paz, à autodeterminação dos povos, ao desenvolvimento, ao meio ambiente e à qualidade de vida, bem como o direito à conservação e à utilização do patrimônio histórico e cultural e o direito de comunicação, sendo considerados como direitos de titularidade transindividual que precisam de proteção coletiva em escala maior:

Compreende-se, portanto, porque os direitos da terceira dimensão são denominados usualmente como direitos de solidariedade ou fraternidade, de modo especial em face de sua implicação transindividual ou mesmo universal (transnacional), e por exigirem esforços e responsabilidades em escala até mesmo mundial para sua efetivação (SARLET, 2018, p. 334).

Apesar da existência dessas dimensões e das características do direito à saúde se desenvolver a partir dos direitos sociais de segunda dimensão, esse direito translada todas as dimensões (BOBBIO, 1992, p. 217), haja vista que a saúde pode ser enquadrada como protetora dos direitos individuais, bem como atuando na proteção da coletividade:

Como direito de primeira dimensão, a saúde protege a vida e preserva a autonomia da vontade individual; como direito de segunda dimensão, trata-se de um direito eminentemente social. Na terceira dimensão, o direito à saúde constitui direito que pode ser tutelado coletivamente, devido a seu caráter difuso. Na quarta e quinta dimensões, o direito à saúde remete aos direitos de bioética, biotecnologia e bioengenharia e à revolução cibernética e internet. (BONATO, 2017, p. 67)

O Estado Social de Direito surgiu após a formação do Estado de Direito Liberal referente ao momento posterior a Revolução Francesa de 1789, no fim do século XVIII, pois a igualdade formal a qual representava um pilar da estrutura do Estado Liberal já não mais fazia sentido em face das questões sociais.

Diante dessa distância existente entre a garantia de um direito e a realidade social, surgiu o Estado Social de Direito que tinha como principal

característica a intervenção estatal na economia, bem como a aplicação do princípio da igualdade material a fim de atingir a justiça social, sobretudo com a garantia de direitos de segunda dimensão, tais como: saúde, educação, alimentação, habitação, renda e previdência social, os quais demanda uma ação positiva do Estado.

É nessa perspectiva de ação do Estado que o direito à saúde surgiu no direito brasileiro, sendo elevado à categoria de direito subjetivo público pela Constituição Federal de 1988, tendo destaque pela forma de considerar o indivíduo como detentor do direito e o Estado como o garantidor.

Apesar dessa relação entre sujeito de direitos e Estado garantidor, deve-se evidenciar que essa não é uma relação plenamente antagônica, pois o indivíduo, também, deve cumprir com obrigações relacionadas a cuidar da sua própria saúde e da coletividade. Essa ideia fica mais evidente quando se analisa, por exemplo, os tipos penais da Lei de drogas (Lei nº 11.343/2006), já que o legislador caracterizou tais condutas que atentam contra à saúde pública.

Com o surgimento da Constituição Federal de 1988, a saúde foi reconhecida como um direito social em virtude de ser um direito surgido ao longo da história com características próprias dessa dimensão de direitos, conforme supracitado, sendo, portanto, disposta no rol dos direitos sociais.

Esse reconhecimento constitucional foi uma grande vitória social, tendo em vista que a análise da história brasileira demonstra que o indivíduo não tinha esse direito garantido, tendo um maior tratamento na Constituição Social de 1934, onde durante o governo de Getúlio Vargas houve maiores preocupações sanitárias quando determinou no seu artigo 10, inciso II³, que a competência em relação à saúde e assistência pública era da União e dos Estados e em seu artigo 121, §1º, letra h⁴, onde destacou uma preocupação com a saúde do trabalhador e da gestante. Porém foi na Constituição Federal de 1988 que o direito à saúde foi elevado a cláusula pétrea.

³Art 10 - Compete concorrentemente à União e aos Estados: II - cuidar da saúde e assistência públicas;

⁴ Art 121 - A lei promoverá o amparo da produção e estabelecerá as condições do trabalho, na cidade e nos campos, tendo em vista a proteção social do trabalhador e os interesses econômicos do País. § 1º - A legislação do trabalho observará os seguintes preceitos, além de outros que colimem melhorar as condições do trabalhador: h) assistência médica e sanitária ao trabalhador e à gestante, assegurando a esta descanso antes e depois do parto, sem prejuízo do salário e do emprego, e instituição de previdência, mediante contribuição igual da União, do empregador e do empregado, a favor da velhice, da invalidez, da maternidade e nos casos de acidentes de trabalho ou de morte;

Ademais, houve uma íntima relação com a seguridade social no artigo 194 da Carta Magna⁵, representando um dos três eixos da seguridade social (saúde, assistência social e previdência social), possuindo um caráter de universalidade na cobertura e no atendimento e sem prestação, fazendo com que todos aqueles que precisem desse direito sejam beneficiados.

Já o artigo 196 da Constituição Federal de 1988 trouxe aquela relação, já mencionada, de sujeito de direito e Estado garantidor quando expõe que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, devendo ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que tenham o objetivo de reduzir o risco de doença, garantindo-se o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

A ideia evidenciada no referido dispositivo constitucional representa a ação ativa do Poder Público na prevenção de doenças, bem como na aplicação dos princípios da universalidade e de acesso às ações e serviços promovidos pelo Estado:

As ações e serviços de saúde são de relevância pública, por isso ficam inteiramente sujeitos à *regulamentação, fiscalização e controle do Poder Público*, nos termos da lei, a que cabe executá-los diretamente ou por terceiros, pessoas físicas ou jurídicas de direito privado. Se a Constituição atribuiu ao Poder Público o *controle* das ações e serviços de saúde, significa que sobre tais ações e serviços tem ele integral poder de dominação, que é o sentido do termo *controle*, mormente quando aparece ao lado da palavra *fiscalização* (SILVA, 2016, p. 846).

O poder de dominação que a Constituição Federal proporcionou ao Poder Público, conforme referido pelo supracitado autor, denota a ideia de Estado garantidor desse direito social com ações e serviços a serem realizados por todos os entes da federação (União, Estado, Distrito Federal e Municípios).

Dessa forma, diante da natureza do direito à saúde, a qual leva ao Estado o ônus de garantidor, pode-se concluir que é dever do Estado garantir o direito à saúde dos encarcerados a fim de que se possa cumprir com as disposições legais.

⁵ Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

2.20 princípio da dignidade da pessoa humana e o direito à saúde dos encarcerados

A dignidade da pessoa humana está elencada como um dos princípios norteadores do Estado Democrático de Direito, consagrado em nossa Carta Magna, o qual busca colocar o Estado com a tarefa de garantir a eficácia e vigência de direitos fundamentais da pessoa humana.

Inicialmente, deve-se destacar que o princípio da dignidade da pessoa humana sempre esteve como um dos princípios fundamentais do Estado, sendo que antes do surgimento desse ente, o homem vivia em um estado de natureza, tendo que abdicar de sua autonomia e dar ao poder estatal o domínio sobre os seus interesses individuais e coletivos para que fossem assegurados, assim, o Estado possuía o poder, mas ao mesmo tempo tinha que ser limitado, sobretudo com a preocupação com a dignidade da pessoa humana:

É justamente neste sentido que assume particular relevância a constatação de que a dignidade da pessoa humana é simultaneamente limite e tarefa dos poderes estatais e, no nosso sentir, da comunidade em geral, de todos e de cada um, condição dúplice esta que também aponta para uma paralela e conexa dimensão defensiva e prestacional da dignidade (SARLET, 2002. p. 47).

Como podemos notar esse princípio está estritamente vinculado a concepção do Estado Democrático de direito, que preza justamente por uma racionalização e humanização da realidade política.

No processo de construção da Carta Magna brasileira, observou-se que o legislador, desde o Preâmbulo até o último artigo, dá uma atenção especial para o princípio da dignidade da pessoa humana, expresso, como norma e, implicitamente, como valor nos demais dispositivos, sendo entendido como:

A qualidade intrínseca e distintiva reconhecida em cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que assegurem a pessoa tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável, além de propiciar e promover sua participação ativa e co-responsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os demais seres humanos. (SARLET, 2002. p. 67).

Evidentemente, deve-se ter o cuidado de não tratar esse memorável princípio apenas como uma simples norma geral e abstrata por está expresso na Constituição. No entanto, observa-se que o Estado existe em função da pessoa humana, e não o contrário, ou seja, todas as relações jurídicas desempenhadas pelo Estado, como a própria criação da Constituição, não estão relacionadas somente a motivos de interesse estatal, já que existe, antes de tudo, como afirma Miguel Reale, um fato social:

O direito é, antes de mais nada, fato social, realidade psicossocial em perene transformação, e as normas não subsistem, nem são possíveis, sem a realidade de que resultam como conclusões necessárias que se impõem a todos, tanto aos governantes como aos governados (MIGUEL REALE, 2000, p. 05).

Isso evidencia que antes do Estado realizar as suas funções deve obedecer ao amparo da sociedade, representado pela dignidade da pessoa humana que se expressa na vida social.

É a partir dessas concepções de dignidade da pessoa humana que se pode destacar o direito à saúde dos encarcerados, haja vista que se o Estado não conceder o espaço adequado para aqueles que estão cumprindo pena privativa de liberdade, estará infringindo esse princípio basilar.

Independentemente do tipo de crime que o indivíduo cometeu, o princípio da dignidade da pessoa humana deve amparar a sua vivência no interior do cárcere, pois nem mesmo “no pior dos assassinos, uma coisa pelo menos deve ser respeitada quando punimos: sua ‘humanidade’” (FOUCAULT, 1987, p. 95).

Vale ressaltar que já existem várias normas constitucionais e infraconstitucionais que garantem as condições mínimas de saúde para aqueles que estão privados de sua liberdade, como se observa na Constituição Federal de 1988, no seu artigo 5º, inciso XLIX: “é assegurado aos presos o respeito à integridade física e moral”.

O no artigo 1º da Lei de Execução Penal – LEP: “a execução penal tem por objetivo efetivar as disposições de sentença ou decisão criminal e proporcionar condições para a harmônica integração social do condenado e do internado”.

Já o seu artigo 3º evidencia que: “ao condenado e ao internado serão assegurados todos os direitos não atingidos pela sentença ou pela lei”.

Em se tratando de saúde, efetivamente, o artigo 14 da referida lei destaca que: “a assistência à saúde do preso e do internado de caráter preventivo e curativo, compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico”.

Apesar dessas garantias ao condenado e ao internado, a própria legislação ainda dispõe em seu artigo 10 que “a assistência ao preso e ao internado é dever do Estado, objetivando prevenir o crime e orientar o retorno à convivência em sociedade”, destacando a importância do Estado em garantir o direito à saúde dos encarcerados e desenvolver diversos mecanismos que possam assegurar o seu bem-estar.

É notório que as legislações constitucionais e infraconstitucionais, bem como as normas internacionais destacam a importância dada ao princípio da dignidade da pessoa humana, no entanto, observa-se que os cárceres brasileiros, em especial, no Estado do Pará, encontram-se em precárias condições, sobretudo pela falta de infraestrutura, de investimentos e de atendimento técnico.

2.3A aplicação do princípio da igualdade material ao direito à saúde dos encarcerados

Antes de tratar sobre o princípio da igualdade material aplicada ao direito à saúde dos encarcerados, faz-se necessário adentrar na discussão sobre o conceito de princípios para que se possa entender a sua importância no ordenamento jurídico e na aplicação dos casos práticos.

Os verbete “princípio” denota uma série de expressões e significados, tais como: o início de tudo, origem, opinião, convicções, entre outros. Ademais, deve-se destacar o seu significado a partir de uma regra mandamental ou conhecimentos fundamentais e mais gerais.

Essa concepção de princípios como regras faz surgir uma nova distinção: a diferença entre regras e princípios, tal como representada por Ronald Dworkin:

As regras são aplicáveis à maneira do tudo-ou-nada. Dados os fatos que uma regra estipula, então ou a regra é válida, e neste caso a resposta que ela fornece deve ser aceita, ou não é válida, e neste caso em nada contribui para a decisão [...] . Os princípios possuem uma dimensão que as regras não têm - a dimensão do peso ou importância. Quando os princípios se inter cruzam [...], aquele que vai resolver o conflito tem de levar em conta a força relativa de cada um (DWORKIN, 2007, p. 35-46).

Dessa forma, nota-se que os princípios são gerais e se aplicam a uma multiplicidade de situações. Por outro lado, as regras são específicas e se aplicam a determinadas situações. Eles possuem duas funções principais: fundamentadora e orientadora da interpretação. A primeira corresponde a uma fundamentação da ordem jurídica, ou seja, todas as relações jurídicas devem procurar um valor para tal na Constituição, pois é lá que está contido os princípios. Ele também tem a função de orientar a interprete do direito para a decisão mais justa e de acordo com Estado Democrático de Direito, como no caso brasileiro (LIMA, 2002, p. 01).

Além dessa distinção, deve-se demonstrar que o direito à saúde dos encarcerados não decorre somente da pura aplicação formal e geral da lei, haja vista que os encarcerados se encontram em um grupo de indivíduos em situação de vulnerabilidade em relação ao direito a saúde, devendo ser extraído desse direito o sentido material do princípio da igualdade, aplicando outras normas constitucionais:

A compreensão do dispositivo vigente, nos termos do art. 5º, *caput*, não deve ser assim tão estreita. O intérprete há que aferi-lo com outras normas constitucionais, conforme apontamos supra e, especialmente, com as exigências da justiça social, objetivo da ordem econômica e social (SILVA, 2016, p. 217).

Apesar da Constituição Federal de 1988, em seu art. 5º, *caput*, dispor que todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, deve-se realizar uma interpretação sistemática da Carta Magna.

Essa interpretação sistemática faz com que cheguemos a conclusão de que o direito garantido não é apenas uma igualdade perante a lei (igualdade formal), mas uma igualdade substancial entre os indivíduos (igualdade material).

Ao longo da evolução histórica da humanidade e do surgimento do Estado, ficou comprovado que a igualdade formal não é suficiente para garantir o direito a todos os indivíduos, pois despreza as particularidades dos indivíduos e dos grupos sociais menos favorecidos, fazendo com que não seja garantindo a estes as mesmas oportunidades em relação aos demais.

É a partir dessa dificuldade criada pela igualdade formal é que surge a igualdade material como uma forma de igualar os indivíduos, que são desiguais, levando em consideração as suas particularidades.

Dessa forma, observou-se que determinadas pessoas que estão submetidas ao império de uma mesma lei teriam proteção diferente, podendo, até

mesmo, aumentar essa desigualdade. É por esse motivo que o legislador deve adequar o direito às peculiaridades dos indivíduos.

Diante disso, o legislador deve criar normas de contrapeso aquelas de igualdade com a finalidade tornar igual aquele que é menos favorecido, conforme ensina Robert Alexy:

A assimetria entre a norma de tratamento igual e a norma de tratamento desigual tem como consequência a possibilidade de compreender o enunciado geral de igualdade como um princípio da igualdade, que *prima facie* exige um tratamento igual e que permite um tratamento desigual apenas se isso for justificado por princípios contrapostos (ALEXY, 2011. p. 411).

Assim, a importância do princípio atrelado a sua concepção de igualdade material faz com que o direito a saúde daqueles que estão privados de suas liberdades chame atenção do Poder Público para o desenvolvimento de uma política que possa agregar a atenção primária a saúde da população que está em liberdade, bem como a população encarcerada, garantindo o direito constitucionalmente protegido, para que o indivíduo que se encontra preso possa ter as mesmas condições de saúde daqueles que estão para além dos muros do cárcere.

2.4 A vulnerabilidade dos encarcerados

Antes de aprofundarmos o estudo da vulnerabilidade dos encarcerados, é importante destacar o conceito de grupo vulnerável para que se possa entender o motivo pelo qual esse grupo de pessoas que estão privadas de suas liberdades se enquadram dentre aqueles pertencentes ao grupo dos vulneráveis.

Inicialmente, destaca-se que a expressão “grupo vulnerável” se diferencia do termo “minorias”, pois o primeiro representa aqueles indivíduos que podem a qualquer momento sofrerem algum tipo de ataque e que por esse motivo se encontram em uma situação de desigualdade em relação aos demais indivíduos, diferentemente do segundo grupo que possuem um laço entre si, fazendo com que se identifiquem em grupos determinados:

Grupos vulneráveis: não há uma identidade, um traço em comum entre os indivíduos como fator que os atraiem; são grupos compostos pela sociedade de uma maneira geral. A exemplo, consumidores, litigantes, sindicatos, deficientes, o acusado penal. Compreende-se que são indivíduos suscetíveis de ser feridos, ofendidos ou atacados.

Minorias: traço cultural comum presente em todos os indivíduos, originando grupos específicos, são sujeitos ligados entre si, daí a denominação “minorias” [como especificação]. Entretanto, nem sempre diz respeito a um grupo que possui o menor número de pessoas, pelo contrário, por vezes são numerosos. A exemplo, indígenas, homossexuais, negros, crianças, idosos (CASTRO e SIQUEIRA, p. 06, 2017).

Diante desses conceitos iniciais, pode-se identificar os encarcerados como aqueles indivíduos pertencentes ao grupo dos vulneráveis, haja vista que eles não possuem uma identidade, porém possuem um fator que os atraem, o qual está representado pela prisão.

A vulnerabilidade do encarcerado se desenvolve a partir de uma análise social em que o indivíduo recebe um estereótipo de criminoso a partir de elementos sociais de comportamento, sendo que essa vulnerabilidade social é transferida para o interior do cárcere, a qual faz com que o indivíduo se torne um objeto do sistema penal com apenas uma função, qual seja: permanecer em um mundo paralelo criado para isolá-lo dos indivíduos considerados normais.

Os órgãos do sistema penal selecionam de acordo com estereótipos, atribuindo-lhes e exigindo-lhes esses comportamentos, tratando-os como se comportassem dessa maneira olhando-os, e instigando todos a olhá-los do mesmo modo, até que se obtém, finalmente, a resposta adequada ao papel assinalado. (ZAFFARONI, 1991, p. 133).

Os estereótipos criados a partir de uma análise do sistema penal se desenvolvem com base nas relações sociais advindas de fora do cárcere. Essas relações sociais são aquelas em que determinados grupos define determinados indivíduos como sendo diferentes, haja vista a situação em que vivem em sociedade, seja pela sua condição econômica-social ou pelas suas condutas consideradas desviantes por aquela sociedade, tornando essa pessoa uma verdadeira “Outsiders”, definindo-a como sendo aquelas pessoas que infringe uma regra imposta pela sociedade.

Todos os grupos sociais fazem regras e tentam, em certos momentos e em algumas circunstâncias, impô-las. Regras sociais definem situações e tipos de comportamento a elas apropriados, especificando algumas ações como “certas” e proibindo outras como “erradas”. Quando uma regra é imposta, a pessoa que presumivelmente a infringiu pode ser vista como um tipo especial, alguém de quem não se espera viver de acordo com as regras estipuladas pelo grupo. Essa pessoa é encarada como um outsider (BECKER, 2012, p. 14).

Essas pessoas que se destacam, no sentido negativo, do corpo social recebem um selo de criminosas, sendo esse o momento em que começa a surgir a vulnerabilidade, pois a partir do momento em que o selo é colocado naquele indivíduo, não nenhum elemento social, econômico ou jurídico que possa lhe retirar daquele estado de criminoso, mas apenas com uma mudança social, econômica, política e jurídica.

As noções de criminalização de determinadas condutas com a consequente criação de um estado de vulnerabilidade do indivíduo são representadas pelo Teoria do Etiquetamento em que explica a condição em que o indivíduo recebe aquele selo ou etiqueta da sociedade, passando a ser considerado como delinquente.

No entanto, apesar dessas relevantes considerações sobre a origem social da vulnerabilidade do indivíduo considerado como delinquente, o objetivo dessa discussão é saber se essa condição de criminoso, rotulada pela sociedade, impede a criação de políticas públicas destinadas a prevenção, tratamento e reabilitação da saúde daqueles que estão encarcerados.

Evidentemente, conforme citado anteriormente, o indivíduo condenado a uma pena privativa de liberdade deve cumprir a sua pena em determinada casa penal, porém lhe é assegurado diversos direitos a fim de que seja assegurada as condições mínimas existências para o devido cumprimento da pena.

Dessa forma, a partir do momento em que se observa o apenado como vulnerável, deve-se aprimorar todas as políticas públicas vinculadas a saúde e sanitárias a fim de garantir o direito constitucional à saúde no interior do cárcere, pois o indivíduo privado de sua liberdade se enquadra em dois tipos de vulnerabilidade social, em relação ao selo de criminoso imposto pela sociedade e pelo simples fato de estar preso e não poder se deslocar a uma unidade de saúde para o devido tratamento ou prevenção de doenças.

2.5.0 mínimo de ação do estado no tratamento dos encarcerados

A sociedade passou por diversas transformações ao longo da história, com o desenvolvimento das instituições e o crescimento da preocupação com o ser humano na sua condição de vida.

Essa preocupação se desenvolve a partir do entendimento de mínimo existência que o indivíduo deve ter para possuir uma vida digna que se vincula, em especial, com a aplicabilidade do princípio da dignidade da pessoa humana.

Não só em relação a referido princípio, porém esse conceito implica na garantia de outros direitos que surgem a partir da relação entre o mínimo existencial do ser humano e a mínima ação do Estado sobre determinada área da sociedade, como a própria garantia do direito à vida que se relaciona com o direito à saúde, por exemplo.

Dessa forma, não se pode negar que essa concepção de mínimo existencial surgiu com o próprio desenvolvimento do Estado, principalmente quando surgiu o Estado Social de Direito o qual possuía como um dos seus principais fundamentos a efetividade de uma justiça social, o que garantiria ao indivíduo um mínimo de qualidade de vida para viver com dignidade no meio social, conforme citado por Ana Paula de Barcellos:

[...] o mínimo existencial corresponde ao conjunto de situações materiais indispensáveis à existência humana digna; existência aí considerada não apenas como existência física – a sobrevivência e a manutenção do corpo – mas também espiritual e intelectual, aspectos fundamentais em um Estado que se pretende, de um lado, democrático, demandando a participação dos indivíduos nas deliberações públicas, e, de outro, liberal, deixando a cargo de cada um seu próprio desenvolvimento (BARCELLOS, 2002, p. 252).

Isso evidencia que o Poder Público na sua condição de Estado Democrático deve buscar a proteção a esse mínimo existencial a partir de ações estatais que coloquem o indivíduo ativamente nas manifestações públicas e nas suas prioridades de proteção a fim de que se possa garantir esse conjunto de situações materiais mínimas e indispensáveis à existência humana.

Apesar do entendimento desenvolvido referente a mínima ação do Estado na garantia do mínimo existencial do indivíduo, deve-se observar que o Estado não deve cumprir apenas com essa função de garantidor formal, ou seja, aquele que apenas apresenta o direito, mas deve ser o que possibilita meios para tais direitos mínimos sejam efetivados no meio social, saindo do campo teórico e das linhas do texto constitucional.

Diante dessas considerações iniciais sobre o mínimo existencial é que se pode analisar o direito à saúde como uma das formas mais essenciais desse mínimo existencial, pois a saúde vai muito além da simples concepção de tratamento

ambulatorial, haja vista que se relaciona a um conjunto de medidas que visam o bem-estar social, tais como: alimentação adequada, saneamento básico, prevenção de doenças e, até mesmo, o lazer.

É com base nesse direito básico que o Congresso Nacional deve desenvolver as suas leis que possam garantir uma aplicação mais efetiva na vida social, principalmente quando tratamos das condições daqueles que estão privados de sua liberdade, haja vista que estão em uma situação de vulnerabilidade por não poderem se deslocar até um hospital para o tratamento ou prevenção de determinada doença.

Não só o Poder Legislativo, pois o ordenamento jurídico brasileiro possui um arcabouço legislativo que garante esses direitos, porém o destaque vai para o Poder Executivo para que coloque em prática o teor desses regramentos.

A análise do mínimo existencial voltada para o interior do cárcere merece uma preocupação maior, pois a realidade do sistema prisional brasileiro, destacando-se a realidade paraense, a qual já se analisou acima, que possui uma taxa de ocupação de 176,58%, ou seja, quase o dobro da sua capacidade natural (BRASIL, 2019), mostra péssimas condições de vida, afetando diretamente o indivíduo por afastar esse direito à saúde juntamente com a sua liberdade.

Além disso, existe uma relação entre direitos fundamentais e o mínimo existencial, sendo que o fato desse direito à saúde ser considerado um direito fundamental faz com que surja a obrigação de garanti-los:

Nesse conjunto estão presentes direitos relativos a questões sociais, culturais e econômicas previstas não apenas na Magna Carta, como também na Declaração Universal dos Direitos Humanos, e Pacto de San José da Costa Rica, dos quais o Brasil é signatário, assegurando a todo ser humano o direito a uma qualidade de vida, de forma que lhes sejam garantidos o acesso à saúde, alimentação, habitação, educação, lazer, dentre outras (SANTOS, 2018, p. 34).

Essa norma internacional representa a criação da concepção do direito à saúde como mínimo existencial a partir de uma formação histórica e internacional de preocupação com o ser humano, seja qual for a sua condição atual, até mesmo no interior do cárcere.

O mínimo existencial referente ao direito à saúde dos encarcerados foi a preocupação da comunidade internacional no ano de 1955 quando ocorreu o 1º Congresso das Nações Unidas sobre Prevenção do Crime e Tratamento de

Delinquentes, realizado em Genebra, onde se discutiu a cerca das mínimas condições dos presos, o que gerou a aprovação posterior pelo Conselho Econômico e Social da ONU (Organização das Nações Unidas) dos treze procedimentos para a aplicação efetiva das Regras Mínimas, em 25 de maio de 1984, por meio da resolução 1984/47⁶.

Esse documento representa a preocupação de um importante órgão internacional, a Organização das Nações Unidas (ONU), com o indivíduo que está com a sua liberdade sendo privada pelo cometimento de determinado crime, mas que precisa das minhas condições de sobrevivência, para o justo cumprimento da pena.

É verdade que a ONU não pretende criar um modelo de sistema prisional, mas garantir as mínimas condições de vida ao encarcerado:

O objetivo das presentes regras não é o estabelecimento de um modelo adequado de prisão, mas propor regras de uma boa organização penitenciária e da prática relativa ao tratamento de prisioneiros. A primeira parte das regras internacionais de tratamento do recluso trata das matérias relativas à administração geral dos estabelecimentos penitenciários. Essas normas são aplicáveis a todas as categorias de prisioneiros, criminais ou civis, em regime de prisão preventiva ou já condenados, inclusive aqueles que tenham sido objeto de medida de reeducação ordenada por um juiz (FILHO, 2011, p. 69).

Cada estabelecimento prisional possui a sua forma de organização, no entanto, o que deve prevalecer é o respeito à dignidade da pessoa humana, sendo que o direito à saúde deve estar dentre esses direitos a serem respeitados, sendo importante a preocupação com a higiene pessoal, alimentação, exercícios físicos, serviços médicos e saúde mental.

Em 11 de novembro de 1994, o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCCP), desenvolveu as Regras Mínimas para o tratamento dos apenados por meio da resolução nº 14. Essas regras são semelhantes aquelas organizadas pela ONU.

No entanto, apesar do surgimento dessas normas, observa-se que a realidade do Sistema Carcerário Brasileiro não se adequou a elas:

O importante papel a ser desempenhado pelas recomendações dos órgãos internacionais e pelo CNPCCP não foi capaz de elidir a crise do

⁶ ONU. **Regras Mínimas para o tratamento de prisioneiros**. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/fpena/lex52.htm>> Acesso em 12 de setembro de 2019.

Sistema Prisional. Ou se apresentam soluções efetivas à dignidade do preso, ou as prisões brasileiras continuarão muito assemelhadas a calabouços (FILHO, 2011, p. 71).

Esse raciocínio deixa claro que o ordenamento jurídico brasileiro não carece de normas que possa garantir esse mínimo existencial, no entanto há uma falta de preocupação do Poder Público em colocar em prática essas normas.

O mínimo de ação do Estado no tratamento dos encarcerados deve ser analisado também a partir das características da reserva do possível, haja vista que a falta de recursos orçamentários não poderá ser utilizada como argumento impeditivo da efetividade do direito às condições mínimas da existência humana, haja vista que a sua aceitação acarreta em uma ofensa ao princípio da dignidade da pessoa humana.

É cediço que o direito à saúde dos encarcerados está entre um daqueles direitos sociais que são considerados como direitos prestacionais, os quais dependem da disponibilidade financeira do Estado, sendo que a cláusula da reserva do possível é aplicada a partir dessa ideia a fim de limitar os gastos orçamentários do Estado provocando uma dificuldade na aplicação dos direitos sociais.

No entanto, o Estado não pode fazer uso dessa cláusula para impedir a concretização dos direitos fundamentais e humanos. Esse é o entendimento do Supremo Tribunal Federal firmado no julgamento da ADPF nº 45 MC/DF em que o Ministro Celso de Mello destacou que o Poder Judiciário pode interferir na formulação das políticas públicas para assegurar a garantia do mínimo existencial:

Cumprindo advertir, desse modo, que a cláusula da "reserva do possível" - ressalvada a ocorrência de justo motivo objetivamente aferível - não pode ser invocada, pelo Estado, com a finalidade de exonerar-se do cumprimento de suas obrigações constitucionais, notadamente quando, dessa conduta governamental negativa, puder resultar nulificação ou, até mesmo, aniquilação de direitos constitucionais impregnados de um sentido de essencial fundamentalidade (STF, ADPF 45, DJU 04.05.2004, Relator Min. Relator Celso de Mello, julgada em 29.04.2004).

Não se pode radicalizar o discurso da reserva do possível, porém deve-se demonstrar que existem direitos prestacionais que se encontram em uma situação de prioridade em relação aos demais, fazendo com que o Estado deva concentrar o seu orçamento inicial em busca da garantia do mínimo existencial:

Ao apurar os elementos fundamentais dessa dignidade (o mínimo existencial), estar-se-ão estabelecendo exatamente os alvos prioritários dos gastos públicos. Apenas depois de atingi-los é que se poderá discutir, relativamente aos recursos remanescentes, em que outros projetos se deverão investir. O mínimo existencial, como se vê, associado ao estabelecimento de prioridades orçamentárias, é capaz de conviver produtivamente com a reserva do possível (BARCELLOS, 2002).

Isso evidencia que a reserva do possível pode até existir na argumentação do Poder Público, entretanto, o Estado deve garantir o mínimo existencial dos indivíduos. E quando se trata do direito à saúde dos encarcerados, independente do orçamento do Poder Público, é de conhecimento geral as precárias condições de saúde no interior do cárcere.

Assim, o Estado deve garantir as mínimas condições de saúde daqueles que estão privados de liberdade, haja vista que eles estão em uma condição de vulnerabilidade e necessitam de uma prestação prioritária.

3. A ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO NA BUSCA PELA GARANTIA DO DIREITO A SAÚDE DO PRESO

O Ministério Público conta com diversas funções atribuídas constitucionalmente, sendo caracterizado pela sua independência que representa a função de órgão fiscalizador do poder, tirando a sua subordinação a qualquer um dos três poderes do Estado, sendo reconhecido pela defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis.

Diante dessas características desse Órgão Ministerial é que será analisado a sua atuação frente ao direito constitucional a saúde daqueles que estão privados de liberdade e quais os resultados desse trabalho institucional.

3.1 A Ação Civil Pública e a legitimidade do Ministério Público na defesa dos direitos fundamentais

O artigo 127 da Constituição Federal de 1988 trata das funções do Ministério Público referente a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis. Esses três eixos estão presentes no direito à saúde dos encarcerados. Da mesma forma, o artigo 1º da Lei Orgânica do

Ministério Público (lei nº 8.625, de 12 de fevereiro de 1993)⁷ destaca essa importância do Órgão Ministerial.

O artigo 67 da Lei de Execuções Penais diz que cabe ao Ministério Público a fiscalização da execução da pena. A execução da pena não se restringe a questão de regime de cumprimento de pena, da liberdade condicional e outros institutos, mas se refere a todos os direitos e deveres que fazem parte da execução penal.

Em relação aos mecanismos que o Ministério Público possui para realizar a tutela desses direitos, observa-se que a Lei da Ação Civil Pública trouxe basicamente 4 instrumentos, quais sejam: Inquérito Civil, Termo de Ajustamento de Conduta, Recomendação e Ação Civil Pública.

O Inquérito Civil é o instrumento pelo qual o Ministério Público irá colher as provas, sendo instaurado quando o Representante do Ministério Público encontra indícios suficientes os quais evidenciam que um direito coletivo, um direito social ou individual indisponível, tal como meio ambiente, saúde e patrimônio público, foi lesado ou sofre risco de lesão, podendo ser utilizado como base para o futuro ajuizamento de uma Ação Civil Pública.

O Termo de Ajustamento de Conduta (TAC), previsto no § 6º do art. 5º da Lei 7347/85⁸ e no art. 14 da Recomendação do Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP) nº 16/10⁹, é um acordo que o Ministério Público realiza com o gestor quando há uma determinada irregularidade ou com o violador de determinado direito coletivo, sendo determinado um prazo específico para o seu devido cumprimento.

A Recomendação surge em forma de alerta para regularizar determinadas situações a partir de uma atuação extrajudicial, agindo de forma preventiva para determinadas condutas que ofendem direitos.

A Ação Civil Pública é uma medida judicial que o Ministério Público propõe perante o Poder Judiciário requerendo uma medida em caráter coletivo, sendo que uma das funções institucionais do Ministério Público é de promover o

⁷ Art. 1º O Ministério Público é instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis.

⁸ § 6º Os órgãos públicos legitimados poderão tomar dos interessados compromisso de ajustamento de sua conduta às exigências legais, mediante cominações, que terá eficácia de título executivo extrajudicial.

⁹ Art. 14. O Ministério Público poderá firmar compromisso de ajustamento de conduta, nos casos previstos em lei, com o responsável pela ameaça ou lesão aos interesses ou direitos mencionados no artigo 1º desta Resolução, visando à reparação do dano, à adequação da conduta às exigências legais ou normativas e, ainda, à compensação e/ou à indenização pelos danos que não possam ser recuperados.

Inquérito Civil e a Ação Civil Pública, para a proteção do patrimônio público e social, do meio ambiente e de outros interesses difusos e coletivos, conforme dispõe o artigo 129, inciso III, da Constituição Federal de 1988.

Esta medida judicial está disciplinada na Lei nº 7.347, de 24 de julho de 1985 e tem como objetivo a responsabilização por danos causados ao meio-ambiente, ao consumidor, a bens e direitos de valor artístico, estético, histórico, turístico e paisagístico, a infração da ordem econômica, à ordem urbanística, à honra, à dignidade de grupos raciais, étnicos ou religiosos, ao patrimônio público e social, bem como a qualquer outro interesse difuso ou coletivo, conforme está disposto no seu artigo 1º.

Da mesma forma que o texto constitucional, a Lei Orgânica Nacional do Ministério Público estabelece no seu artigo 25, inciso IV, “a”¹⁰, que cabe ao *Parquet* a promoção do inquérito civil e a ação civil pública destinada a mesma finalidade proteção evidenciada no artigo 127 do texto constitucional.

Apesar das expressões e comandos legislativos do ordenamento jurídico pátrio, observa-se que existe uma discussão doutrinária acerca da legitimidade do Ministério Público na tutela dos direitos difusos e coletivos e na tutela dos direitos individuais homogêneos.

De forma geral, não a problemática surge quando se discute a legitimidade do Ministério Público frente a tutela dos direitos individuais homogêneos, tendo aqueles que defendam essa ideia, desde que surja o requisito da relevância social:

Enfim, ao Ministério Público deve ser reconhecida a legitimidade para o trato dos direitos individuais homogêneos, desde que se faça presente o requisito da relevância social, não bastando para desqualificar a pertinência da sua iniciativa a circunstância de serem tais direitos individuais disponíveis, bem como no caso de tratar-se de direito indisponível na acepção de que se entenda como tal aquele interesse qualificado pela lei como de ordem pública e de interesse social (OLIVEIRA, 2002, p. 28).

No entanto, o interesse do presente estudo se refere a ideia natural de tutela dos direitos difusos e coletivos, o que representa o direito à saúde dos

¹⁰ Art. 25. Além das funções previstas nas Constituições Federal e Estadual, na Lei Orgânica e em outras leis, incumbe, ainda, ao Ministério Público: IV - promover o inquérito civil e a ação civil pública, na forma da lei: a) para a proteção, prevenção e reparação dos danos causados ao meio ambiente, ao consumidor, aos bens e direitos de valor artístico, estético, histórico, turístico e paisagístico, e a outros interesses difusos, coletivos e individuais indisponíveis e homogêneos;

encarcerados, sobretudo com a propositura da ação civil pública a fim de garantir esse direito.

Diante disso, não há dúvidas de que o Ministério Público poderá utilizar as suas garantias institucionais para atuar na defesa dos direitos fundamentais dos indivíduos, sobretudo diante das violações de direitos daqueles grupos em que se encontra em uma situação de vulnerabilidade, conforme se observa com os encarcerados que vivem em péssimas condições de saúde, mesmo diante da garantia legislativa e constitucional desse direito.

3.2 Análise da Ação Civil Pública movida pelo Ministério Público do Estado do Pará (Promotoria de Ananindeua) em face do Estado do Pará e a Superintendência do Sistema Penitenciário do Estado do Pará - SUSIPE

No dia 10 de março de 2018 o Ministério Público do Estado do Pará, por meio da 1ª Promotoria de Direitos Humanos, Controle Externo da Atividade Policial e Tribunal do Júri de Ananindeua, sendo a Dra. Lizete de Lima Nascimento a titular da referida promotoria, ajuizou a Ação Civil Pública com obrigação de fazer e com pedido de liminar em face do Estado do Pará e da Superintendência do Sistema Penitenciário do Estado do Pará (SUSIPE).

O objetivo da presente Ação Civil Pública foi a tutela coletiva dos direitos fundamentais dos indivíduos custodiados no Centro de Triagem Metropolitano II, localizado na Rodovia BR 316, km 03, Estrada do Caixapará, s/n, Bairro Levilândia, no município de Ananindeua, em decorrência da omissão do Poder Público Estadual na garantia desses direitos.

Ocorre que no ano de 2015, após a Visita Carcerária realizada na citada casa penal, foi instaurada a Notícia de Fato nº 000028-200/2015 em virtude da utilização de celas do tipo “contêiner”.

A simples análise desse Cárcere em relação ao tipo de celas utilizadas seria o suficiente para perceber que o direito à saúde dos encarcerados, pois essas condições de confinamento influenciam na proliferação de doenças respiratórias, por exemplo.

Em decorrência dessa notícia de fato, o Ministério Público tentou realizar um Termo de Ajustamento de Conduta - TAC, junto ao Governo do Estado do Pará e da Superintendência do Sistema Penitenciário Estado do Pará, porém as tentativas

foram infrutíferas, já que os dois entes apenas informaram que já estava ocorrendo a construção/ampliação de novas unidades prisionais.

Enquanto ocorria esse questionamento do Ministério Público diante da inércia do Poder Público Estadual, os indivíduos que ali se encontravam custodiados, permaneciam com a violação dos seus direitos básicos de sobrevivência, frente a omissão estatal.

Além disso, o próprio Órgão Ministerial ressaltou em sua petição que a substituição das celas do tipo “contêiner” não iria requer altos custos ao Governo:

Ademais, tem-se que a substituição do modelo adotado nos anexos II e III não requer investimentos de alta monta, mas determinação e vontade do Administrador do sistema em dotar o estabelecimento carcerário de condições para a custódia de pessoas pelo Estado, respeitando, minimamente a sua condição de seres humanos (BRASIL, 2018).

A Ação Civil Pública teve como base argumentativa um dos fundamentos da República Federativa do Brasil, qual seja, a dignidade da pessoa humana que está expressa no artigo 1º, inciso III, da Constituição Federal, bem como na Convenção Americana de Direitos Humanos (Pacto de San José da Costa Rica), o qual o Brasil é signatário que trata no seu artigo 5º sob o direito à integridade pessoal, inclusive da pessoa privada de liberdade que deve ser tratada com o respeito devido à dignidade inerente ao ser humano.

As péssimas condições das celas do CTM II representam um tipo custódia que possui características que destoam da condição humana e que violam os princípios e garantias constitucionais, sendo o motivo para a propositura da referida Ação Civil Pública.

Além da Ação Civil Pública ajuizada pelo Ministério Público do Estado do Pará no dia 10 de março de 2018, conforme já mencionado, o Órgão Ministerial requereu a concessão de liminar para que seja determinada a imediata interdição das celas “contêineres” do Centro de Triagem Metropolitano II, com a transferência dos presos para as demais casas penais da Região Metropolitana da Capital, em virtude das condições precárias das celas do CTM II.

Diante do pedido antecipatório, A Autarquia Estadual e o Estado do Pará se manifestaram no mesmo sentido de que seria impossível a concessão de tal medida liminar, acrescentando que não se opõem em prestar melhorias no atendimento aos presos do CTM II, sobretudo com o projeto de criação de 4.000

(quatro mil) novas vagas com a construção e ampliação de casas penais. Por fim, evidenciaram que as demais casas penais do Estado não teriam condições de receber os presos do CTM II, conforme requerido pela liminar.

Essas manifestações do Governo mostram que há uma previsão de que seriam construídas novas casas penais e reformadas as que estavam em péssimas condições, no entanto o projeto não entra em execução e o cidadão brasileiro que se encontra custodiado continua com o seu direito à saúde sendo violado, demonstrando a omissão do Estado frente a garantia desse direito.

Apesar dos esforços do *Parquet*, o pedido de tutela de urgência de natureza cautelar incidental de interdição das celas do Centro de Triagem Metropolitana II foi indeferido, tendo como fundamento o artigo 300, §3º, do Código de Processo Civil¹¹, o qual expõe um possível perigo irreversível que acarretará com a concessão do pedido liminar.

Diante do referido indeferimento exarado pela decisão interlocutória proferida pelo Juiz de Direito da Vara da Fazenda Pública da Comarca de Ananindeua, deve-se analisar os seus fundamentos, uma vez que trazem importantes fatores para a análise da atuação do Ministério Público e o direito à saúde dos encarcerados.

Nessa decisão é importante destacar e analisar dois argumentos utilizados na defesa do Estado do Pará e da Autarquia Estadual e como o Poder Judiciário analisou e julgou tais argumentos.

Esses argumentos são: a ofensa ao princípio da separação dos poderes a partir da intervenção do Poder Judiciário na competência do Poder Executivo e a arguição de falta de orçamento público para a construção de novo presídio.

O primeiro argumento utilizado pela defesa de que a interferência do Poder Judiciário no caso concreto ofende o princípio da separação de poderes não foi acolhido pelo magistrado, pois o Poder Judiciário pode impor obrigação de fazer no sentido de determinar a reforma de presídio.

Esse questionamento já foi levado ao Supremo Tribunal Federal no julgamento do Recurso Extraordinário nº 592.581 proveniente do Estado do Rio Grande do Sul, sendo que na ocasião o Tribunal Constitucional entendeu que o

¹¹ Art. 300.

§ 3º A tutela de urgência de natureza antecipada não será concedida quando houver perigo de irreversibilidade dos efeitos da decisão.

Poder Judiciário pode impor obrigação de reforma de presídio a fim de dar efetividade ao princípio da dignidade da pessoa humana, não sendo possível a aplicação do argumento da reserva do possível nem do princípio da separação dos poderes.

Em relação ao segundo argumento de falta de orçamento público para a construção de um novo presídio foi decidido pelo magistrado com base no mesmo julgamento do Supremo Tribunal Federal supracitado, uma vez que não se pode fazer uso do argumento da reserva do possível para o presente caso.

Ao analisar os princípios da probabilidade do direito e do perigo da demora o magistrado destacou que o caso em comento possui esses dois requisitos, já que o preso tem o direito de cumprir sua pena com dignidade e em um ambiente que seja capaz de proporcionar a ressocialização, considerando como sendo uma das finalidades do Sistema Penal Brasileiro.

Quanto ao perigo da demora, o juízo de primeiro grau destacou que os presos do CTM II estão custodiados em situação desumana, denominando as celas em forma de “contêineres” de verdadeiras “caixas de ferro”.

Por fim, essa decisão interlocutória, apesar de ter sido indeferido a medida liminar requerida pelo Ministério Público do Estado do Pará, trouxe uma importante consequência para a vida daqueles que estão privados de sua liberdade, pois o juiz encerrou a decisão determinando que o Estado do Pará e a SUSIPE apresentassem planos para a construção de novos presídios ou ampliação dos já existentes para que ocorra o remanejamento da população carcerária do CTM II a fim de que se possa acabar, de uma vez por todas, na utilização de “contêineres” para a custódia de presos no Município de Ananindeua.

Atualmente, apesar do processo referente a Ação Civil Pública em análise ainda se encontrar em andamento, observa-se que a supracitada medida determinada pelo juízo em sede de liminar fora cumprida com a retirada das celas do tipo “contêineres”.

Diante disso, pode-se observar que foi por intermédio da intervenção do Ministério Público do Estado do Pará com o ajuizamento da supracitada Ação Civil Pública que se garantiu, mesmo que minimamente, melhores condições de vida no interior do cárcere, o que reflete diretamente no direito à saúde dos encarcerados, já que a reforma estrutural que ocorreu no CTM II com a retirada das celas do tipo

“contêiner” diminuirá o contágio e a proliferação de doenças que se aproveitavam de um ambiente quente e insalubre das prisões desse tipo.

Isso mostra que a importante função do Ministério Público do Estado do Pará na garantia do direito à saúde dos encarcerados, uma vez que tratar das condições do cárcere representa uma preocupação com o direito à saúde que será determinante para o justo cumprimento da pena.

3.3 Análise da Ação Civil Pública movida Pelo Ministério Público do Estado do Pará (Promotoria de Cametá) em face do Estado do Pará e a Superintendência do Sistema Penitenciário Do Estado Do Pará - SUSIPE

Diante das péssimas condições de conservação da Cadeia Pública de Cametá, o Ministério Público do Estado do Pará vem fiscalizando a constante ofensa aos direitos dos encarcerados.

A Promotoria de Justiça de Cametá, por meio da promotora Gruchenhka Oliveira Baptista Freire, tentou encontrar uma solução extrajudicial, agindo junto à Secretaria de Estado de Segurança Pública e Defesa social (SEGUP) e à Superintendência do Sistema Penal (SUSIPE), a fim de encontrar uma solução para as problemáticas da Cadeia Pública de Cametá. No entanto, o Órgão Ministerial não obteve sucesso.

Dessa forma, no início do mês de setembro, a referida promotoria de justiça ajuizou Ação Civil Pública em face do Estado do Pará e da Superintendência do Sistema Penitenciário do Estado do Pará (SUSIPE), a fim de que se possa tomar as devidas providências em relação as péssimas condições daquele cárcere.

Antes do ajuizamento dessa ação, esses fatos foram apurados pelo *Parquet* com a instauração da notícia de fato nº 001867-042/2019 para averiguar as irregularidades existentes.

Durante as investigações foram elaborados relatórios decorrentes das visitas realizadas pelo Ministério Público, OAB e Bombeiros, onde relataram a situação degradante em que se encontra os custodiados, com constantes violações de seus direitos humanos.

Os grandes problemas desse estabelecimento penal estão relacionados a superlotação, falta de assistência judiciária, ausência de banho de sol em duração e frequência razoável, ausência de atendimento médico e odontológico adequado,

precárias condições de salubridade, iluminação, falta de higiene e aeração do ambiente, falta de cela adequada a comunidade LGBT.

É importante ressaltar que o atual presídio funciona na antiga Delegacia de polícia, o que de imediato se percebe que o local não suporta a quantidade de presos, prejudicando as condições de encarceramento. Ademais, em virtude do cárcere está localizado em uma região urbana, há uma grande insegurança em relação a população vizinha.

Em relação a assistência à saúde, a casa penal conta com a prestação de serviços da rede municipal ou estadual, porém com várias limitações, evidenciando a necessidade de uma equipe de assistência de saúde própria da SUSIPE.

Um dos pontos que também influenciam na integridade física dos presos foi o relatório elaborado pelo Corpo de Bombeiros, o qual constatou a inexistência total de sistema preventivo de combate a incêndio e emergências.

Além disso, o relatório produzido pela Vigilância Sanitária concluiu que as celas possuem pouca iluminação, bem como péssimas condições de higiene, sendo que não há celas específicas para os presos portadores de doenças infectocontagiosas.

Diante de todas essas condições que os indivíduos privados de liberdade estão inseridos na Cadeia Pública de Cametá, bem como diante da inércia da Administração Pública em determinar a reforma estrutural e operacional, o Ministério Público do Estado do Pará, da Comarca de Cametá, ajuizou a presente Ação Civil Pública para que seja respeitado as garantias constitucionais dos encarcerados.

Na Ação Civil Pública, o Ministério Público requereu, em sede de liminar, a) o levantamento e cálculo atualizado das penas; b) a transferência dos detentos definitivos ou não, oriundos de outras unidades prisionais; c) elaborar e executar projeto por pessoal especializado para reforma e adequação as normas legais da Cadeia Pública local; d) lotação de profissionais da saúde; e) lotação de agentes penitenciários; f) separação dos presos provisórios dos condenados em obediência aos ditames da Lei de Execução Penal; g) construção de dois presídios no município de Cametá/PA, sendo um destinado a relocação dos detentos do sexo masculino oriundos do Sistema Penal; e o outro presídio destinado ao encarceramento feminino, devendo este conter Unidade Materno Infantil – UMI, em observância aos ditames do art. 83, §2º da Lei 7.210/84. h) a construção de novos presídios, seções

agrícolas ou similar, visando o adequado funcionamento do regime semiaberto na Unidade Penitenciária de Cametá-PA.

Diante do curto prazo da presente Ação Civil Pública, nota-se que ainda não houve a finalização do processo, no entanto, o juízo da 2ª Vara Cível da Comarca de Cametá já proferiu a primeira decisão, a qual, apesar de ter considerado relevante os argumentos apresentados pelo representante ministerial, somente apreciará as medidas antecipatórias após a resposta dos demandados, o que não ocorreu até o presente momento.

Embora ainda não tenha ocorrido um provimento judicial, observa-se que o Órgão Ministerial cumpriu com as suas funções institucionais e constitucionais, movendo o Poder Judiciário a fim de que seja garantido o direito à saúde dos encarcerados, preocupando-se com as condições do cárcere e o respeito ao princípio da dignidade da pessoa humana.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

À luz dos questionamentos desenvolvidos ao longo do presente estudo, observou-se, inicialmente, a existência de uma dificuldade em conceituar saúde, haja vista que existem vários fatores que a determinam, já que ao longo da história a saúde deixou de ser aquela relacionada somente ao aspecto curativo, passando a se desenvolver a partir dos aspectos socioeconômicos, ou seja, influenciando diretamente na vida do indivíduo, o qual terá sua condição de saúde verificada por meio de níveis determinantes, como: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, lazer, etc.

A conclusão de que a saúde representa esse aspecto socioeconômico influencia diretamente o estudo sobre o direito à saúde dos encarcerados, pois as condições de encarceramento que o indivíduo privado de liberdade se encontram devem favorecer a qualidade na sua saúde, para que o encarcerado possa cumprir a sua pena privativa de liberdade com pleno respeito a sua dignidade humana com a garantia do direito constitucional à saúde.

Esse direito à saúde dos encarcerados foi garantido tanto no âmbito internacional quanto no âmbito nacional, sendo expresso em vários tratados internacionais e consagrado na Constituição federal de 1998, bem como nas legislações infraconstitucionais.

Diante dessa realidade legislativa, houve, inclusive, a criação de uma política de saúde a ser aplicada no cárcere, vindo à tona a inclusão da população carcerária nos benefícios do Sistema Único de Saúde com o surgimento do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, surgindo, posteriormente, o Programa de Ações Intersetoriais de Assistência à Saúde e de Assistência Social para o Sistema Prisional (PAISA), criado pelo Conselho Nacional de Justiça, o qual atua nos eixos Sistema Carcerário, Execução Penal e Medidas Socioeducativas.

Apesar dessa atenção específica à saúde, o sistema carcerário ainda possui vários desafios que precisam ser superados para garantir a efetividade desses direitos, já que a superlotação aliada a infraestrutura de várias casas penais impede a sua efetividade, sendo essa a realidade do sistema carcerário paraense.

Essa atenção à saúde no Estado do Pará fica evidente até mesmo em números, tendo uma alta taxa de assistência médica, porém essa realidade do

cárcere faz com que a assistência médica seja, praticamente, desconsiderada para fins de análise da saúde no cárcere.

Não há dúvidas de que o direito à saúde representa um direito fundamental, garantido constitucionalmente, relacionando-se com o princípio da dignidade da pessoa humana, sendo que esse direito vinculado ao cárcere deve ser reconhecido da mesma forma em que é representado fora dele, porém considerando as suas particularidades de acordo com o princípio da igualdade material, tendo em vista que os encarcerados são considerados como vulneráveis.

A condição de vulnerabilidade faz com que o Estado tenha a obrigação de garantir as mínimas condições de saúde daqueles que estão privados de liberdade, fazendo com que se aplique um conjunto de medidas que visam o bem-estar social do preso, tais como: alimentação adequada, saneamento básico, prevenção de doenças e, até mesmo, o lazer, para que ocorra o justo cumprimento da pena.

Apesar desse dever do Estado em garantir o direito à saúde dos encarcerados, tendo como base as conquistas sociais construídas ao longo da história com o desenvolvimento de legislações que protegem tal direito, sobretudo na realidade brasileira com a criação de diversos planos na área da saúde voltada a execução penal, observa-se que o cenário atual se destaca pela inobservância da garantia desse direito, tendo como um dos principais fatores a omissão do Estado em cumprir essas políticas de acesso à saúde, as quais possui previsão no ordenamento jurídico pátrio.

É diante desse cenário vivenciado pela população carcerária paraense que o Ministério Público do Estado do Pará vem atuando, utilizando-se das suas atribuições constitucionais, bem como de ações coletivas, como a Ação Civil Pública, com a finalidade de acionar o Poder Judiciário para que a Administração Pública saia da inércia em relação a esse direito e garanta as mínimas condições de encarceramento, já que a preocupação com o direito à saúde daqueles que estão privados de sua liberdade não representa luxo, mas o respeito aos princípios constitucionais, principalmente, da dignidade da pessoa humana.

Essa atuação ministerial, como foi observado com a ajuizamento da Ação Civil Pública em prol da população carcerária do CTM II, teve resultados positivos para aquele estabelecimento prisional com reformas estruturais que deram efetividade a garantia do direito à saúde dos encarcerados.

Portanto, apesar da omissão do Estado na garantia desse direito, o Ministério Público estadual cumpre com as suas funções institucionais para exigir da Administração Pública a reforma estrutural das casas penais e a aplicação de programas de políticas públicas adequadas e eficazes para que ocorra melhoras nas condições de encarceramento, a fim de que seja assegurado o direito à saúde, resguardando o bem-estar físico e mental dos encarcerados.

REFERÊNCIAS

ALEXY, Robert. **Teoria dos direitos fundamentais**. 2ª ed. São Paulo: Malheiros, 2011.

BACKES MTS, ROSA LM, FERNANDES GCM, BECKER SG, MEIRELLES BHS, SANTOS SMA. **Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico**. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2009 jan/ma

BEZERRA I, SOPRESO I. **Conceitos de saúde e movimentos de promoção da saúde em busca da reorientação de práticas**. Manuscript submitted: Nov 22 2015, accepted for publication Dec 19, 2015. J Hum Growth Dev. 2016; 26(1): 11-16

BECKER, Howard S. 2012 [1963]. **Outsiders. Estudos de sociologia do desvio**. Rio de Janeiro: Zahar. 232pp.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **SUS: a saúde do Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos**. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil (1988)**. Brasília, Senado Federal. 2011.

BRASIL. **Constituição Da República Dos Estados Unidos Do Brasil (de 16 de julho de 1934)**. Brasília, Senado Federal. 1935.

BRASIL. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. **Lei de Execução Penal**, Brasília, DF, julho de 1984.

BRASIL. **Conselho Nacional de Justiça**. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/sistema-carcerario/saude-prisional/>. Data de acesso: 02 de novembro de 2019.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado do Pará (Vara da Fazenda Pública de Ananindeua). **AÇÃO CIVIL PÚBLICA (65) - 0802223-78.2018.8.14.0006**. 01/03/2018. Ananindeua, 2018.

BARCELLOS, Ana Paula de. **A eficácia jurídica dos princípios constitucionais: o princípio da dignidade da pessoa humana**. Rio de Janeiro: Renovar, 2002.

BOBBIO, Norberto. **A Era dos Direitos**. Rio de Janeiro: Editora Campos, 9ª Ed., 1992.

BONATO, Patrícia de Paula Queiroz. **Mecanismos de compensação em saúde prisional: do excesso e do desvio de execução**. 2017. Tese – Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em direito da Faculdade de Direito de Riberão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências. Riberão Preto, 2017.

CASTRO, Lorena Roberta Barbosa; SIQUEIRA, Dirceu Pereira. **Minorias E Grupos Vulneráveis: A Questão Terminológica Como Fator Preponderante Para Uma Real Inclusão Social.** Disponível em: www.unifafibe.com.br/revista/index.php/direitos-sociais-politicas-pub/index Data de acesso: 24 de outubro 2019.

COELHO, M. T. A. D. e ALMEIDA FILHO, N. de: **Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica.** História, Ciências, Saúde Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9(2):315-33, maio-ago. 2002.

DWORKIN, Ronald. **Levando os direitos a sério.** São Paulo: Martins Fontes, 2007, p. 35-46.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão;** tradução de Raquel Ramallete. Petrópolis, Vozes, 1987. 288p.

FREITAS DA, CABALLERO AD, MARQUES AS, HERNÁNDE CIV, ANTUNE SLNO. **Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura.** Rev. CEFAC, São Paulo 2011.

JAPPUR, Cynthia Feyh Jappur. **O Ministério Público como garantidor do princípio da dignidade da pessoa humana na execução penal.** 2011. Disponível em: https://www.amprs.com.br/public/arquivos/revista_artigo/arquivo_1325164777.pdf Data de acesso: 29 de abril de 2019.

LIMA, George Marmelstein. **As funções dos princípios constitucionais.** Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/2624/as-funcoes-dos-principios-constitucionais> Data de acesso: 09 de junho 2019.

MENEZES, Bruno Seligman de; MENEZES, Cristiane Penning Pauli de. **O acesso à saúde no sistema penitenciário: a (in)observância da lei de execuções penais.** Direitos Humanos. Disponível em: http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=14554&revista_caderno=29 Data de acesso: 19 de abril de 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário.** 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_pnssp.pdf Data de acesso: 13 de Setembro de 2019.

MONTEIRO, RAYNER AUGUSTO LIBÓRIO DOS SANTOS. **Representações Sociais de ribeirinhos sobre o acesso aos serviços de saúde, Comunidade Rural de Vila Urucurituba, Autazes, Amazonas.** / Rayner Augusto Libório dos Santos Monteiro. - Manaus: UFAM/FIOCRUZ/UFPA, 2014.

ONU. **Regras Mínimas para o tratamento de prisioneiros**. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/fpena/lex52.htm> Data de acesso: 12 de setembro de 2019.

OLIVEIRA, Marcelo da Silva. **A Ação Civil Pública E A Tutela Dos Direitos Individuais Homogêneos Pelo Ministério Público**. Rev. Fund. Esc. Super. Minist. Público Dist. Fed. Territ., Brasília, Ano 10, Volume 20, p. 113-141, jul./dez. 2002.

PUPPIM, Érika Bastos Targino Puppim. **A atuação do Ministério Público no campo da saúde nas prisões**. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2016.v21n7/2161-2170/pt/> Data de acesso: 29 de abril de 2019.

REALE, Miguel. **A concepção culturalista do Estado e o problema metodológico. Teoria do Direito e do Estado**. São Paulo, Saraiva, 2000. p. 05 - 08.

SANTOS, Gabriela Siqueira dos. **Reserva do possível e judicialização da saúde: ponderações sobre a omissão legislativa e o ativismo judicial**. 2018. Tese (Monografia em Bacharelado em Direito) – Centro Universitário “antônio eufrásio de toledo” de Presidente Prudente. São Paulo, 2018.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2002.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Curso de direito constitucional** / Ingo Wolfgang Sarlet, Luiz Guilherme Marinoni e Daniel Mitidiero. – 7. ed. – São Paulo : Saraiva Educação, 2018.

SCLIAR M. **História do Conceito de Saúde**. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007

SILVA, Tatiane Aguiar Guimarães. **O Preso e o Direito Fundamental à Saúde**. Conteúdo Jurídico, Brasília-DF: 25 jan. 2011. Disponível em: <http://conteudojuridico.com.br/artigo,o-presos-e-o-direito-fundamental-a-saude,31019.html>. Data de acesso: 17 de abril de 2019.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 39. ed. São Paulo: Malheiros, 2016.

SIQUEIRA, Ozael Félix de; OLIVEIRA, Deyvson Karlos da Silva. **Acesso a saúde pelo preso como efetivação da dignidade da pessoa humana**. 2017. Disponível em: <https://ozaelfelix.jusbrasil.com.br/artigos/478082734/acesso-a-saude-pelo-presos-como-efetivacao-da-dignidade-da-pessoa-humana> Data de acesso: 26 de abril de 2019.

SOARES FILHO, Marden Marques; BUENO, Paula Michele Martins Gomes. **Demografia, vulnerabilidade e direito à saúde da população prisional brasileira**. *Revista Ciência e saúde coletiva*, v. 21, n. 7, p. 1999-2010, julho 2016. Rio de

Janeiro. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n7/1413-8123-csc-21-07-1999.pdf> Data de acesso: 16 de setembro de 2019.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl. **Em busca das Penas Perdidas**. Rio de Janeiro: Revan, 1991.