



Physis - Revista de Saúde Coletiva

ISSN: 0103-7331

publicacoes@ims.uerj.br

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Brasil

Salgueiro Lermen, Helena; Laudissi Gil, Bruna; Cúnico, Sabrina Daiana; Oliveira de Jesus, Luciana

Saúde no cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira

Physis - Revista de Saúde Coletiva, vol. 25, núm. 3, julio-septiembre, 2015, pp. 905-924

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=400842639012>

- ▶ [Como citar este artigo](#)
- ▶ [Número completo](#)
- ▶ [Mais artigos](#)
- ▶ [Home da revista no Redalyc](#)

 **redalyc.org**

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Saúde no cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira

|¹ Helena Salgueiro Lermen, ² Bruna Laudissi Gil,
³ Sabrina Daiana Cúnico, ⁴ Luciana Oliveira de Jesus |

Resumo: Este estudo se propõe a realizar uma análise das terminologias utilizadas em três marcos fundamentais das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional, a saber: a Lei de Execução Penal (LEP), o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). Realizamos uma reflexão teórica das terminologias utilizadas nessas legislações, bem como uma contextualização do momento sócio-histórico em que foram implementadas. A LEP, de 1984, surge no período de redemocratização brasileira e prevê pela primeira vez saúde aos “presos e condenados”. O PNSSP, de 2003, instituído no primeiro ano do governo Lula, preconiza o acesso à saúde à “população privada de liberdade” no sistema penitenciário. Já a PNAISP, de 2014, garante o acesso integral a toda população prisional, ou seja, todas as pessoas que se encontram sob custódia do Estado. A partir dessas análises, entendemos que os marcos aqui descritos foram fundamentais para o avanço na ampliação dos direitos para a população privada de liberdade, avanço este que só foi possível em função do momento histórico em que a sociedade se encontrava.

► **Palavras-chave:** políticas sociais; saúde; sistema prisional.

¹ Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro-RJ, Brasil. Endereço eletrônico: hslermen@gmail.com

² Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Porto Alegre-RS, Brasil. Endereço eletrônico: bru_gil@hotmail.com

³ Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Porto Alegre-RS, Brasil. Endereço eletrônico: sabrinacunico@yahoo.com.br

⁴ Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Florianópolis-SC, Brasil. Endereço eletrônico: lojesus_se@yahoo.com.br

Recebido em: 08/10/2014
 Aprovado em: 14/04/2015

Introdução

De acordo com os dados do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) de junho de 2014, entre 2004 e 2014 houve um crescimento de 111% da população prisional, que hoje atinge índice superior a 710.000 pessoas, incluindo aquelas em prisão domiciliar (BRASIL, 2014a). No cenário atual das políticas penais, é possível encontrar discursos que favorecem o aumento dessa população e que colocam a necessidade da construção de novos estabelecimentos prisionais. Salienta-se, porém, que os altos índices de aprisionamento não foram acompanhados de melhorias, na magnitude em que eram necessárias, das condições físicas e estruturais das prisões no país, ferindo o princípio constitucional da dignidade humana (BRASIL, 1988).

Ao olharmos os dados sócio-demográficos da população prisional no país, observamos que a maioria das pessoas é negra, jovem (entre 18 e 29 anos), com ensino fundamental incompleto e proveniente de camadas sociais populares (BRASIL, 2012a). Esse perfil indica que as ações de punição estatal são majoritariamente aplicadas a uma determinada parcela populacional, as pessoas pobres. Assim, salientamos que é justamente essa fatia populacional que costuma ter seus direitos sociais negligenciados.

O crescimento populacional no cárcere e as questões ligadas à desigualdade social vêm tensionando as instituições responsáveis para a elaboração de políticas sociais que visem melhorar as condições de vida no sistema carcerário. No que tange à saúde, nas últimas três décadas, o Estado desenvolveu políticas específicas para esse público, que serão analisadas no presente estudo.

Nosso estudo recairá sobre três marcos fundamentais das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional: a Lei de Execução Penal (LEP), de 1984, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), de 2003 e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), de 2014. Nossa objetivo é apresentar e discutir as nomenclaturas utilizadas nesses três marcos para se referir à população carcerária, considerando o momento sócio-histórico em que tais políticas foram lançadas.

A escolha por focarmos nas políticas de saúde se deu em função de, no ano de 2014, a LEP ter completado 30 anos de vigência no ordenamento jurídico brasileiro, bem como em razão da implementação da PNAISP nesse mesmo ano. É importante frisar que os documentos selecionados são considerados marcos no

processo de implementação de direitos sociais à população prisional no nosso país, apesar dos desafios e dificuldades enfrentados historicamente pelo sistema penitenciário brasileiro.

As políticas sociais e o sistema prisional

As políticas sociais podem ser definidas como ações que determinam o modelo de proteção social executado pelo Estado. Sua função é, em tese, auxiliar na redistribuição dos benefícios sociais, buscando diminuir as desigualdades produzidas pelo desenvolvimento socioeconômico (HÖFLING, 2001). As políticas sociais são conquistas, historicamente datadas, da classe trabalhadora desde o século XIX. Foi a partir delas que direitos sociais como a educação, a previdência social, a saúde, a assistência social e a habitação se materializaram. Segundo Pereira e Stein (2010), a partir da Segunda Guerra Mundial, as propostas de políticas sociais se associam a um conjunto de direitos e deveres sociais, havendo um estreitamento entre políticas públicas (o envolvimento do Estado com as demandas e necessidades sociais) e os direitos de cidadania, inclusive na América Latina, especialmente nos campos da saúde e da educação.

No Brasil, avaliam-se relevantes avanços na trajetória das políticas sociais na década de 1980. Enquanto o mundo estava passando por uma profunda recessão, com baixas taxas de crescimento econômico e altas taxas de inflação – o que favorecia o desenvolvimento do ideário neoliberal – o Brasil, mesmo com algumas limitações, delineava um sistema de proteção social aos moldes de um Estado de Bem Estar Social (EBES). Contudo, embora esboçando ser um Estado de Bem Estar, o que promoveu efetivamente a melhoria de alguns índices como expectativa de vida, escolarização e mortalidade infantil, a desigualdade social no Brasil era alarmante. Esse panorama favoreceu o desenvolvimento da agenda neoliberal, a qual previa, entre outros aspectos, o regressivo investimento no setor social. Nesse sentido, percebe-se o quanto a escolha do Brasil de ser um EBES esbarrou – e ainda esbarra – na lógica liberal (YAMAMOTO; OLIVEIRA, 2010).

Vale mencionar que a construção e a efetivação de políticas sociais não são processos unâimes ou homogêneos. Pelo contrário, são um campo de oposição e contradição de interesses. A disputa está sempre presente na esfera social, pois é esperado que haja conflito de interesses entre os indivíduos e os grupos da sociedade. O Estado, ao escolher determinadas ações políticas, deixa alternativas

de lado. Isso equivale a dizer que a tomada de decisão estatal beneficia determinados grupos em um determinado período histórico (COHN, 2012; YAMAMOTO; OLIVEIRA, 2010).

A respeito do contexto carcerário brasileiro, notamos que tais divergências podem ser encontradas nas próprias políticas estatais voltadas à população prisional. O que se observa é que, ao longo da história, ocorreu um distanciamento entre as propostas da política social e da política prisional, como se fossem incompatíveis. A postura do Estado foi a de priorizar ações repressivas, não educativas, pouco integradoras para as pessoas em conflito com a lei (CARDOSO, 2009).

A divergência observada entre as políticas sociais e as prisionais parece refletir o desacordo da sociedade acerca dos direitos sociais da população encarcerada. Segundo Cohn (2012), apesar de os direitos sociais estarem previstos na constituição, o pensamento meritocrático ainda rege a construção de políticas sociais no Brasil. Pode-se pensar que isso ocorre em função de as sociedades contemporâneas, como consequência do quadro da globalização neoliberal, imporem tanto a exclusão material – do mercado de trabalho, de consumo, do bem estar social – quanto a exclusão moral e a desconstrução de cidadania. Como efeito desse arranjo, tem-se o discurso dirigido contra os princípios dos direitos humanos, cuja função é a de reforçar a perda da condição de humanidade aos desviantes, inadaptados, criminosos e aos identificados como perigosos (MELLO, 2014).

A lógica capitalista é, em sua essência, uma lógica de exclusão, pois o modelo de sociedade que propõe não abarca a totalidade da população. Não existem empregos formais para todos; logo, não é possível a inserção de 100% das pessoas no mercado de trabalho formal. A população prisional, por sua vez, é uma das parcelas da sociedade que fica a margem desse mercado e não deve ser prioridade das políticas sociais, tendo em vista que há um questionamento quanto ao seu *status* de sujeitos de direitos. Isso porque, nessa linha de pensamento, o valor do homem é medido através do trabalho (MONTEIRO; COIMBRA; MENDONÇA FILHO, 2006). Contudo, essa visão moralista e punitiva de parte da sociedade ignora o fato de que, desde 1940, o Código Penal prevê que as pessoas encarceradas devem ter respeitadas as suas condições de cidadãos, pois continuam sendo sujeitos de direitos. Segundo o artigo 38 do código, “o preso conserva os direitos não atingidos pela perda de liberdade, impondo-se a todas as autoridades o respeito à sua integridade física e moral” (BRASIL, 1940).

O Código Penal prevê, portanto, a garantia da manutenção dos direitos sociais das pessoas após o encarceramento. No entanto, destacamos que as políticas sociais no âmbito prisional só foram criadas pelo Estado a partir da LEP em 1984. Essa lei visa regular os direitos e os deveres da população aprisionada para com o Estado e a sociedade, estabelecendo normas fundamentais a serem aplicadas durante o período de prisão. Ou seja, a LEP fundamenta os direitos, deveres, sanções da disciplina e avaliação dos presos, tendo como foco a reintegração social, que busca a prevenção do crime e a preparação da pessoa presa para o retorno ao convívio social (BRASIL, 1984). Dentre os direitos previstos à população prisional pela LEP estão a assistência jurídica, a educacional, a social, a religiosa e de saúde. É sobre esse último direito que discutiremos a seguir.

Políticas sociais de saúde no sistema prisional

As políticas sociais de saúde no sistema prisional do Brasil têm três marcos fundamentais. A LEP é o primeiro deles, pois foi a pioneira na garantia dos direitos à saúde nos estabelecimentos prisionais. Destacamos aqui que tal garantia se opera no plano jurídico e não necessariamente se efetiva dentro do cenário prisional. De todo modo, a LEP foi precursora no estabelecimento legal dos direitos da população prisional do Brasil, o que representou um avanço no campo das políticas sociais no cárcere. Sobre a saúde, a Lei, em seu artigo 14, preconiza que “a assistência à saúde do preso e do internado de caráter preventivo e curativo compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico” (BRASIL, 1984). Salientamos que a LEP prevê atendimento em saúde a toda a população prisional, seja ela provisória ou apenada. Quando o estabelecimento prisional não estiver preparado para prover a assistência necessária, esta deverá ser prestada em outro local, sendo necessária para isso a autorização da direção do estabelecimento.

É importante demarcarmos que é saindo de um período ditatorial e caminhando para a construção de uma democracia que o país regulamenta a LEP. Ainda que essa transição democrática tenha sido transacionada pelas camadas mais influentes da sociedade, é inegável a importância da mobilização popular, em especial por meio do movimento “Diretas Já”, nesse processo. O movimento popular que se organizava e estava na base do embate político desse período foi importante para que algumas conquistas no marco legal fossem efetivadas (YAMAMOTO; OLIVEIRA, 2010). Nesse sentido, identificamos

que o período de regulamentação da LEP coincidiu com um momento em que a sociedade lutava por direitos sociais e abertura política.

Outro ponto que merece destaque ao falarmos da LEP diz respeito às nomenclaturas que ela apresenta acerca da população prisional. Ao longo de toda sua extensão, para caracterizar as pessoas que se encontram nos estabelecimentos penais, são utilizados os termos “preso” e “condenado”. A utilização desses termos, embora não configure erro semântico, parece-nos conter uma definição reducionista do sujeito. Isso porque este fica restrito ao ato criminoso cometido, sendo-lhe negados os outros elementos identitários que o constituem.

Como exposto, desde o ano de 1984, está previsto em lei o atendimento de saúde das pessoas reclusas em estabelecimentos penais. No entanto, esse atendimento ainda era um assunto de interesse e de responsabilidade das políticas de segurança pública, e não de saúde. Foi somente através do segundo marco das políticas sociais de saúde no âmbito prisional – o PNSSP, de 2003 – que foi firmada a necessidade da organização de ações e serviços de saúde no sistema penitenciário com base nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), dentre eles o da universalidade (BRASIL, 2003a).

O PNSSP, instituído pela Portaria Interministerial nº 1.777/2003, veio legitimar a garantia do acesso à saúde para as pessoas encarceradas, de acordo com o princípio de universalidade do SUS, ampliando as diretrizes de saúde no sistema penitenciário descritas anteriormente na LEP (BRASIL, 2003b). Ao analisarmos o texto do Plano, identificamos que há uma mudança no que se refere aos termos empregados para identificar a população penitenciária: a inclusão das expressões “pessoas privadas de liberdade” e “população confinada nas unidades prisionais”, embora se tenha mantido o termo “preso”, tendo sido excluída somente a designação “condenado”.

Entendemos que essa alteração indica algo além de uma simples mudança de terminologia. A nosso ver, a expressão “pessoas privadas de liberdade” refere-se à compreensão de que as pessoas cumprindo pena no sistema penitenciário estão privadas apenas de sua liberdade, mas não dos direitos sociais inerentes à sua condição de sujeitos de direitos.

O PNSSP fomenta a responsabilização conjunta das políticas sociais de saúde e de segurança. Sua proposta é garantir ações integrais de saúde, enfatizando, além da assistência, a prevenção e a promoção de saúde às populações masculina,

feminina e psiquiátrica privadas de liberdade (BRASIL, 2003a). Assim, a saúde nas prisões passa a ser assunto também das políticas sociais de saúde. Entre as perspectivas de saúde lançadas pela LEP e pelo PNSSP consagra-se a máxima de que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”, direito instituído pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) e regulamentado pelas Leis nºs 8.080 e 8.142, ambas de 1990 (BRASIL, 1990a; 1990b).

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

Do ponto de vista histórico, a implantação do PNSSP ocorreu no primeiro ano do primeiro mandato do governo Lula, mesmo ano em que ocorreu a 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), onde o PNSSP foi, inclusive, discutido. O evento teve como tema central “Saúde: um direito de todos e dever do Estado, a Saúde que temos, o SUS que queremos” e foi visto por muitos como a oportunidade de desenvolvimento da Reforma Sanitária e do SUS, pois contou com uma série de fatores (políticos, sociais e históricos) na tentativa de impulsionar o governo a assumir propostas e compromissos mais ousados na área da saúde (PAIM, 2008).

A partir de 2003, foram lançadas outras políticas de saúde de grupos sociais “minoritários”, dentre elas a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2003c), a Política de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006), a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (BRASIL, 2007) e a Política Nacional de Saúde para Pessoas com Deficiência (BRASIL, 2008), garantido a ampliação dos serviços e adequação às diversas necessidades de saúde do contexto social do país, de acordo com o princípio de equidade do SUS. A construção de políticas específicas para as “minorias” mostra que o direito constitucional às ações de saúde não é suficiente para garantir o acesso a tais serviços. A respeito disso, Garlet, Guimarães e Bellini (2010) chamam a atenção para o paradoxo existente entre as expressões “maiorias” e “minorias”. Isso porque a população identificada como “minoria”, tais como negros, pobres

e pessoas em situação de vulnerabilidade social compõem, na realidade, a maior parte da população brasileira. Assim, o critério para definir as “minorias” não está relacionado ao parâmetro quantitativo e sim à dominação socioeconômica e política de um estrato da sociedade perante o outro.

Além de ser um marco legal, o PNSSP representa uma nova perspectiva de saúde no sistema penitenciário. A atenção a essa população se dá a partir da composição mínima de equipe multiprofissional de médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, assistente social, psicólogo, auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório dentário (BRASIL, 2003a). Assim, uma nova concepção de saúde é lançada para ser desenvolvida no âmbito das unidades penitenciárias, a qual agrega, além da atenção integral, composta por prevenção, assistência e promoção de saúde, o trabalho em equipes multiprofissionais.

De acordo com o PNSSP, cada equipe de saúde é responsável por até 500 pessoas privadas de liberdade. Nas unidades prisionais com até 100 pessoas, o atendimento deve ser realizado pela Unidade Básica de Saúde territorial, respeitando a composição de equipe citada anteriormente. Ou seja, nas instituições penais com menor população, não há necessidade de se ter uma Unidade de Saúde com equipe permanente, mas o acesso à saúde deve ser garantido pela rede de serviços de saúde do município onde se situa a prisão (BRASIL, 2003a). A inclusão de outros profissionais de saúde, como os psicólogos e assistentes sociais, por exemplo, mostra uma visão mais ampliada de saúde, não mais médico-centrada, como previsto na LEP.

A entrada das equipes de saúde fez com que o funcionamento e as fronteiras das prisões fossem colocados em questão, visto que trouxe a necessidade de conectar as unidades prisionais com a rede de serviços em saúde, redes intersetoriais e até mesmo com a família e a comunidade da pessoa privada de liberdade. Salienta-se que a inclusão da população penitenciária em outros serviços e políticas de saúde está alicerçada pelo princípio de integralidade do SUS e representa um passo relevante dado pelo Estado e pela sociedade na criação de laços de reciprocidade com o sistema carcerário (SÁ E SILVA, 2009).

O objetivo primordial do PNSSP é contribuir para o controle e/ou a redução dos agravos de saúde mais frequentes na população penitenciária do país, bem como trabalhar na lógica da prevenção e da promoção em saúde. Trata-se de uma estratégia para fazer chegar o acesso às políticas de saúde à população privada de

liberdade, contemplando diversas ações no âmbito da atenção básica contidas, por exemplo, nas políticas nacionais de saúde bucal, saúde da mulher, doenças sexualmente transmissíveis e HIV/Aids, saúde mental, hepatites, tuberculose, hipertensão, diabetes e hanseníase. O PNSSP também prevê a assistência farmacêutica básica, a prevenção através das imunizações e a coleta de exames laboratoriais (BRASIL, 2003a). Desse modo, no texto do PNSSP, estão previstas a prevenção e a promoção de saúde. Na prática, observamos que, em função dos péssimos indicadores de saúde da população prisional (COELHO et al., 2009; NOGUEIRA; ABRAHÃO, 2009; SÁNCHEZ et al., 2007), a maior parte das ações ainda recai sobre a assistência. Ainda assim, ações de prevenção e promoção de saúde, sobretudo dos agravos mais frequentes do cárcere (HIV/Aids e tuberculose), vêm sendo efetivadas nesses cenários, através, por exemplo, de programas de porta de entrada (BRASIL, 2011; BRASIL, 2013).

É relevante mencionarmos ainda que, apesar dos inúmeros avanços alcançados através da implementação do PNSSP, como já discutimos, ainda não é abrangida a totalidade das pessoas privadas de liberdade, pois as ações estão voltadas unicamente à população penitenciária, deixando descoberta a parte restante do sistema prisional. Isso quer dizer que somente as pessoas privadas de liberdade recolhidas em penitenciárias, presídios, colônias agrícolas e hospitais de custódia e tratamento estão asseguradas pela atenção à saúde. Esse fato não garante o mesmo direito às pessoas que cumprem pena em regimes abertos e provisórios, recolhidas em cadeias públicas e distritos policiais.

Enfocando o princípio da equidade do SUS, vemos que o documento do PNSSP não foi suficiente para garantir atenção integral às “minorias” que compõem o cenário penitenciário. Dentre elas estão as mulheres, que configuram aproximadamente 7% do total de pessoas privadas de liberdade no país, o que corresponde a cerca de 35 mil mulheres. Embora o aprisionamento feminino tenha crescido 42% entre 2007 e 2012 (BRASIL, 2012a), tal crescimento foi timidamente acompanhado por construções de políticas sociais voltadas especificamente para esse público. Salientamos que, embora o PNSSP tenha como uma de suas metas a atenção à saúde da mulher no pré-natal e puerpério, a efetivação de tais ações não era garantida. Ao analisarmos as legislações sobre a população prisional feminina, parece-nos que o Estado teve que recorrer a leis e resoluções específicas para dar visibilidade às mulheres encarceradas, na tentativa

de tornar concretas as ações e os serviços em saúde voltados a elas. Um exemplo é a Lei nº 11.942, de 2009, em que a LEP passa a assegurar à mulher gestante presa o direito ao acompanhamento médico tanto no pré-natal quanto no pós-parto, sendo esse direito extensivo ao recém-nascido (BRASIL, 2009).

Outra prova da histórica “invisibilidade” das mulheres no sistema penitenciário se evidencia ao analisarmos a Resolução nº 03, de 1º de junho de 2012, do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP), que recomenda a não utilização de algemas ou outros meios de contenção durante a condução ou permanência em unidades hospitalares, salvo quando houver a necessidade. Foi somente a partir dessa resolução, em seu artigo 3º, que a mulher garantiu o direito de não “utilizar algemas ou outros meios de contenção em presas parturientes, definitivas ou provisórias, no momento em que se encontrem em intervenção cirúrgica para realizar o parto ou em trabalho de parto natural, e no período de repouso subsequente ao parto” (BRASIL, 2012b).

Assim, percebemos que os serviços em saúde específicos para a população prisional feminina, até 2013, preveem preferencialmente ações voltadas à saúde materno-infantil. Ainda que o PNSSP possua como metas o controle dos cânceres cérvico-uterino e de mama, o Estado vinha priorizando leis e resoluções voltadas às necessidades da mãe gestante no cárcere. Ou seja, a mulher recebe maior atenção dentro do sistema quando vinculada a uma criança. Podemos pensar que a situação acima descrita é apenas um reflexo do modo com que a saúde da mulher foi – e por vezes ainda é – entendida pelas políticas de saúde de modo geral. Isso porque tais políticas frequentemente dão ênfase para os direitos reprodutivos da mulher, sutilmente agindo como um mecanismo de controle que captura e governa seus corpos, definindo o que as mulheres querem, se devem ou não ter filhos, quantos filhos ter e quando tê-los. Dessa maneira, a inclusão da mulher na saúde pública se dá, geralmente, via programas de pré-natal, área de cuidado mãe/bebê, mãe-canguru, dentre outros (MEDEIROS; GUARESCHI, 2010).

No entanto, no que tange ao sistema prisional, um importante avanço ocorreu em janeiro de 2014, com a instituição da Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional (PNAMPE). A PNAMPE amplia o olhar sobre a população prisional feminina, pois inclui, dentre outras ações, a prevenção de todos os tipos de violência contra essas mulheres. Abrange ainda o fomento à adoção de normas e procedimentos

adequados às especificidades das mulheres no que tange às questões de gênero, idade, etnia, cor ou raça, sexualidade, orientação sexual, nacionalidade, escolaridade, maternidade, religiosidade, deficiências física e mental e outros aspectos relevantes, bem como o incentivo à construção e adaptação de unidades prisionais para o público feminino (BRASIL, 2014b). É importante salientarmos que a PNAMPE foi instituída através da Portaria Interministerial nº 210, de 16 de janeiro de 2014, entre o Ministério da Justiça e a Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República. Chama-nos a atenção que o Ministério da Saúde não conste da redação desse texto, indicando uma fragilidade no âmbito intersetorial dessa política.

O lançamento da PNAMPE ocorreu exatos dez dias depois da publicação no Diário Oficial da União da PNAISP, nosso terceiro marco das políticas sociais de saúde no âmbito prisional. A PNAISP considera como pessoas privadas de liberdade no sistema prisional aquelas que cometem delito, que têm mais de 18 anos e que estão sob custódia do Estado provisoriamente, podendo estar sentenciadas ou em medida de segurança, conforme o Código Penal e a LEP. O objetivo dessa política é garantir o acesso integral ao SUS da população privada de liberdade, através da qualificação e da humanização da atenção à saúde no sistema prisional, com ações conjuntas nas áreas da saúde e da justiça, nas esferas federais, estaduais e municipais (BRASIL, 2014c).

A PNAISP é fruto de um Grupo de Trabalho (GT) criado pelos Ministérios da Saúde e da Justiça, o qual, em 2012 e 2013, uniu diferentes atores na construção dessa política. O GT “Do plano à política: garantindo o direito à saúde para todas as pessoas do sistema prisional” está ligado ao Programa de Direito Sanitário da Fiocruz-Brasília e é composto pela gestão, pela Academia e pelas organizações de proteção às pessoas privadas de liberdade (DOMINGUES, 2012). O envolvimento da Academia e dos movimentos sociais implica a sociedade civil como responsável pela garantia de saúde no sistema prisional.

Em abril de 2014, através da Portaria nº 482, é normatizada e operacionalizada a PNAISP. Ela prevê os serviços de saúde em três diferentes constituições, divididas e definidas pelo número de pessoas em cada complexo penitenciário e/ou unidades prisionais – até 100 pessoas (tipo I), de 101 a 500 pessoas (tipo II) e de 501 a 1200 pessoas (tipo III). As equipes de atenção básica prisional tipos

I, II e III contam com uma equipe multidisciplinar composta por cirurgião-dentista, enfermeiro, médico, técnico de enfermagem, técnico de higiene bucal, podendo ser acrescida, dependendo dos tipos anteriormente citados, de outros profissionais como médico psiquiatra, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, psicólogo, terapeuta ocupacional e nutricionista. Os serviços de saúde dentro dessas instituições devem estar integrados a uma Unidade Básica de Saúde fora das instituições (BRASIL, 2014d).

A PNAISP representa um expressivo avanço na atenção à saúde da população prisional, bem como amplia a noção de garantia de direitos sociais. Assim, ao estender o foco anteriormente dado pelo PNSSP, o público-alvo da política abrange a amplitude dessa população, ou seja, todas as pessoas que se encontram sob custódia do Estado, em regime fechado, semiaberto, aberto ou cumprindo medida de segurança na modalidade de tratamento ambulatorial. Outro avanço advindo da PNAISP é a inclusão de trabalhadores dos serviços prisionais e de familiares de pessoas privadas de liberdade nas ações de promoção e prevenção dos agravos à saúde (BRASIL, 2014c). A partir desse marco, a saúde passa a ser garantida não apenas à população privada de liberdade, mas a todos aqueles que circulam nos espaços prisionais, o que representa uma ampliação do entendimento de quem tem direito e do acesso às políticas de saúde no cárcere.

Destacamos, ainda, que o lançamento da PNAISP impulsou também a construção de duas resoluções do CNPCP que dão luz a outras “minorias” no sistema prisional, além das mulheres, anteriormente citadas. São elas: a Resolução nº 01, de 10 de fevereiro de 2014, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental; e a Resolução conjunta CNPCP e Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (CNCD/LGBT), de 15 de abril de 2014, a qual dispõe sobre o acolhimento da população LGBT em privação de liberdade no Brasil e prevê, dentre outros aspectos, a atenção integral à saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (BRASIL, 2014e; 2014f).

As terminologias utilizadas na PNAISP, tais como “pessoas privadas de liberdade”, “sob custódia do Estado temporariamente” e “beneficiários” são pontos fundamentais para que os estereótipos conferidos à população prisional sejam minimizados e a necessidade da garantia dos direitos sociais seja maximizada e

efetivada, muito embora se reconheça que a mudança de terminologia deva ser acompanhada de ações concretas para que as mudanças efetivamente ocorram.

A PNAISP transforma a concepção de sujeito e consolida a palavra “pessoas” em vez de “presos” (mencionada em todo o texto da política apenas uma vez). A palavra “presos” aparece no item sobre as “Competências dos Gestores na PNAISP”, mais especificamente no subitem IV, que discorre sobre essas competências dentro das “Secretarias Estaduais de Justiça, Administração Penitenciária/Prisional, Segurança Pública”, na frase “garantir o transporte sanitário e a escolta para que o acesso dos presos aos serviços de saúde internos e externos se realize em tempo oportuno, conforme a gravidade”. Com base nesse entendimento e em função do uso da terminologia “pessoas privadas de liberdade” em toda a política, parecemos que o aparecimento da palavra “presos” nesse contexto reflete uma noção de sujeito ainda muito enraizada nas Secretarias de Justiça e Segurança Pública, em que as pessoas encarceradas são reduzidas ao seu delito. Isso vai de encontro aos princípios formadores do SUS, os quais têm como base uma concepção integral de sujeito e de saúde.

Ao refletirmos sobre as características da sociedade no período em que a PNAISP surge – ou seja, atualmente –, deparamo-nos com uma configuração profundamente contraditória no âmbito dos direitos sociais. Ao mesmo tempo em que se tem conquistada uma política social de saúde com ampla garantia desse direito à população privada de liberdade, crescem os debates acerca da redução da maioridade penal. Desde 1993 existe a Proposta de Emenda à Constituição – PEC 171/1993, que busca alterar a redação do artigo 228 da Constituição Federal, acerca da imputabilidade penal do maior de dezesseis anos. Quase vinte anos depois, a discussão foi endossada pela PEC 223/2012 (BRASIL, 2015b), que propõe a redução da maioridade penal. Em 2015, a Comissão de Constituição e Justiça (CCJ) da Câmara dos Deputados aprovou a admissibilidade da PEC 171/1993. Ou seja, a CCJ analisou como constitucional e legal a técnica legislativa da PEC (BRASIL, 2015a), que agora será profundamente estudada e futuramente votada por todos os deputados federais, podendo, depois de todos os trâmites legais, vir a ser efetivada, reduzindo a maioridade penal no Brasil para dezesseis anos. As PEC citadas reafirmam a busca meramente punitiva para a resolução dos conflitos sociais. Assim, ao mesmo tempo em que algumas ações são desenvolvidas para que as pessoas privadas de liberdade passem a ser

entendidas para além do crime cometido, a sociedade permanece com uma postura punitiva similar à de trinta anos atrás, não acompanhando de modo igualitário tal entendimento.

O movimento acima citado não se restringe somente à questão prisional. Ele também é visto em outras políticas, como, por exemplo, nas políticas de inclusão, muito discutidas atualmente. Podemos perceber que a existência dessa visão meritocrática reproduzida pela sociedade é fortemente influenciada pela mídia. Já em 2005, Guareschi e Biz afirmavam que a informação é a moeda mais forte do milênio. Isso porque quem a possui detém o poder, já que não haveria nenhuma instância sequer em nossa sociedade que não tivesse a ver com a informação e a comunicação, ou seja, com a mídia. Nesse sentido, muitas das estratégias ideológicas utilizadas pela mídia têm a finalidade de criar e reproduzir ideias que privilegiam determinados grupos sociais e discriminam outros, frequentemente os mais populares.

No entanto, podemos perceber que, apesar das ressalvas aos marcos que discutimos neste trabalho, não podemos negar que muitos avanços importantes para a garantia dos direitos sociais no âmbito da saúde no sistema prisional foram conquistados ao longo dos anos que aqui buscamos percorrer. As mudanças nas nomenclaturas utilizadas nos documentos estudados obviamente não são suficientes para que os estereótipos conferidos à população prisional sejam anulados, nem para que seus direitos sociais sejam efetivamente garantidos, como já dissemos aqui. No entanto, consideramos que tais mudanças são substancialmente importantes e legitimam um outro (quiçá novo) olhar do Estado em relação à população prisional. É importante destacarmos, também, que cada conquista somente foi possível em função do momento histórico em que a sociedade se encontrava, e que cada marco foi fundamental para que se pudesse avançar um pouco mais na ampliação dos direitos para a população privada de liberdade.

Considerações finais

Este estudo teve como norte a questão do desenvolvimento de políticas sociais de saúde para a população prisional. Ao analisarmos os três marcos fundamentais das políticas sociais de saúde voltadas a essa população, notamos que importantes

mudanças ocorreram nas terminologias empregadas nessas legislações. Na LEP, os termos usados eram “presos” e “condenados”, reduzindo as pessoas aos delitos pelos quais tinham sido presas. Quase vinte anos depois, com a PNSSP, surge a expressão “privado de liberdade” demonstrando o entendimento de que os indivíduos vivenciam a privação apenas de liberdade, mas não de seus direitos sociais. A PNSSP, por sua vez, previa atenção à saúde somente da população apenada, detida em penitenciárias, presídios, colônias agrícolas e hospitais de custódia. Já a PNAISP, não apenas consolida o termo “pessoas privadas de liberdade”, como amplia o acesso à saúde às pessoas recolhidas em qualquer estabelecimento prisional, e também àquelas que circulam em espaços prisionais (familiares e trabalhadores).

Observamos que tais mudanças de terminologias estão diretamente vinculadas ao contexto sócio-histórico em que surgem, desde o período de redemocratização do Brasil, em 1984, até a busca por um Estado de Bem-Estar Social, com políticas que incluam populações “minoritárias”, no início dos anos 2000. Atualmente, a escolha do governo vigente de criar políticas para as pessoas privadas de liberdade esbarra nos movimentos de parte da sociedade, contrários à efetivação desse direito. O pensamento meritocrático, vinculado ao cidadão trabalhador e somado a um sistema prisional falido em sua função de ressocialização, faz com que muitas das ações que visam atingir a população prisional encontrem resistências para a sua real efetivação.

Apesar de tais resistências, o país vem, nos últimos trinta anos, a passos lentos e graduais, dando visibilidade à saúde no cenário prisional. Nessa trajetória, a recém-lançada PNAISP é um marco fundamental na garantia dos direitos sociais e humanos nas prisões. O texto da política reafirma que as pessoas privadas de liberdade são cidadãos de direitos e contraria a associação comumente feita em nossa sociedade entre transgressão e negação de direitos sociais.

Evidentemente, temos a clareza de que, ainda que a população prisional brasileira tenha constitucionalmente garantido seus direitos, em especial no que se refere à saúde, a efetivação total destes ainda não é uma realidade. A criação de novas políticas e a mudança de nomenclaturas que fazem referência aos indivíduos privados de liberdade não bastam para a consolidação desses direitos. No entanto, sinalizam mudanças que, ainda que em um primeiro momento possam parecer pequenas, trazem a população prisional para o foco das discussões estatais.

Vale mencionar, ainda, que a implantação da PNAISP ainda é muito recente, o que impede que avaliações mais profundas sobre a efetivação dessa legislação possam ser realizadas. Sugerimos que futuros estudos se debrucem sobre a análise da implantação e efetivação das ações previstas nessa política, bem como sobre o impacto desta na sociedade.¹

Referências

- BRASIL. *Código Penal Brasileiro*. Brasília, 1940. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm. Acesso em: 10 jun. 2014.
- _____. *Lei de Execução Penal*. Brasília, 1984. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm. Acesso em: 10 jun. 2014.
- _____. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 9 jun. 2014.
- _____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 30 mai. 2014.
- _____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 30 mai. 2014.
- _____. Ministério da Saúde. *Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário*. Brasília, 2003a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_sistema_penitenciario_2ed.pdf. Acesso em: 09 jun. 2014.
- _____. Ministério da Saúde e Ministério da Justiça. Portaria Interministerial nº 1.777/2003, de 09 de setembro de 2003. Brasília, 2003b. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=882. Acesso em: 25 mai. 2014.
- _____. Ministério da Saúde. *Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas*. Brasília, 2003c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf. Acesso em: 22 jun. 2014.
- _____. Ministério da Saúde. *Política de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa*. Brasília, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/politica_nacional_pessoa_idosa_2009.pdf. Acesso em: 22 jun. 2014.

- _____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra*. Brasília, 2007. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra.pdf. Acesso em: 22 jun. 2014.
- _____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde para Pessoas com Deficiência*. Brasília, 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_pessoa_com_deficiencia.pdf. Acesso em: 22 jun. 2014.
- _____. Lei nº 11.942, de 28 de maio de 2009. Dá nova redação aos arts. 14, 83 e 89 da Lei no 7.210, de 11 de julho de 1984 - Lei de Execução Penal, para assegurar às mães presas e aos recém-nascidos condições mínimas de assistência. Brasília, 2009. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/topicos/13490175/lei-n-11942-de-28-de-maio-de-2009>. Acesso em: 27 mai. 2014.
- _____. Secretaria da segurança pública do Rio Grande do Sul. *Política de atenção integral à saúde prisional*. Porto Alegre, 2011. Disponível em: http://www.susepe.rs.gov.br/upload/1315597369_SAUDE.pdf. Acesso em: 07 abr. 2015.
- _____. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. *Infopen Estatística*. Brasília, 2012a. Disponível em: <http://www.mj.gov.br/depen>. Acesso em: 17 jun. 2014.
- _____. Ministério da Justiça. Conselho Nacional de política criminal e penitenciária. Resolução nº 03, de 1º de junho de 2012. Brasília, 2012b. Disponível em: <file:///C:/Users/Qbex/Downloads/2012Resolu003.pdf>. Acesso em: 27 jun 2014.
- _____. Secretaria de administração penitenciária e ressocialização. *A Cadeia Pública de Salvador é a nova “Porta de Entrada” de presos*. Salvador, 2013. Disponível em: <http://www.seap.ba.gov.br/index.php/215-porta-de-entrada> Acesso em: 07 abr. 2015.
- _____. Conselho Nacional de Justiça. *Novo diagnóstico de pessoas presas no Brasil*. Brasília, 2014a. Disponível em: http://www.cnj.jus.br/images/imprensa/diagnostico_de_pessoas_presas_correcao.pdf. Acesso em: 20 jun. 2014.
- _____. Ministério da Justiça. *Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional*. Brasília, 2014b. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=75&data=17/01/2014>. Acesso em: 23 jun. 2014.
- _____. Ministério da Saúde e Ministério da Justiça. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional*. Brasília, 2014c. Disponível em: <http://www.conass.org.br/Notas%20t%C3%A9cnicas%202013/NT%2033-%202013%20Poli%C2%ACtica%20Sau%CC%81de%20Prisional.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2014.
- _____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 482*, de 1º de abril de 2014. Brasília, 2014d. Disponível em: <http://www.brasisus.com.br/legislacoes/gm/123163-482.html>. Acesso em: 19 jun. 2014.

- _____. Ministério da Justiça. *Resolução nº 01, de 10 de fevereiro de 2014*. Brasília, 2014e. Disponível em: [file:///C:/Users/Qbex/Downloads/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20n%C2%BA1%20de%202014%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Qbex/Downloads/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20n%C2%BA1%20de%202014%20(1).pdf). Acesso em: 15 jun. 2014.
- _____. Ministério da Justiça. *Resolução conjunta CNPCP-CNCD/LGBT*, de 15 de abril de 2014. Brasília, 2014f. Disponível em: <http://pautasagendasoccivil.blogspot.com.br/2014/04/resolucao-conjunta-cnpcp-cnclgbt.html?m=1>. Acesso em: 19 jun. 2014.
- _____. Câmara dos Deputados. PEC 171/1993. *Proposta de Emenda à Constituição*. Brasília, 2015a. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=14493>. Acesso em: 01 abr. 2015.
- _____. Câmara dos Deputados. PEC 223/2012. *Proposta de Emenda à Constituição*. Brasília, 2015b. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=560839>. Acesso em: 02 abr. 2015.
- CARDOSO, M. C. V. As assistências previstas na Lei de Execução Penal: uma tentativa de inclusão social do apenado. *Ser Social*. Brasília, v. 11, n. 23, p. 106-128, 2009.
- COELHO, H. C. et al. Soroprevalência da infecção pelo vírus da Hepatite B em uma prisão brasileira. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. São Paulo, v.12, n.2, p.124-131, 2009.
- COHN, A. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: CAMPOS, G. W. S et al. (Org.), *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 219-246.
- DOMINGUES, B. Uma política para garantir o direito à saúde no sistema prisional. *Revista Radis*, Rio de Janeiro, n. 118, p. 20-21, 2012.
- GARLET, M.; GUIMARÃES, G.; BELLINI, M. I. B. Cotas para estudantes indígenas: inclusão universitária ou exclusão escolar? *Educação*. Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 65-74, 2010.
- GUARESCHI, P.; BIZ, O. *Mídia e Democracia*. Porto Alegre: Evangraf, 2005. 128p.
- HÖFLING, E. M. Estado e Políticas (Públicas) Sociais. *Cadernos Cedes*. Campinas, v. 21, n. 55, p. 30-41, 2001.
- KÖLLING, G.; SILVA, M.; SÁ, M. Direito à Saúde no Sistema Prisional. *Tempus: Actas de Saúde Coletiva*, Brasília, n. 7, p. 281-297, 2013.
- MEDEIROS, P. F.; GUARESCHI, N. M. F. Saúde da mulher: efeitos de gênero para as políticas públicas. In: GUARESCHI, N. M. F. et al. (Org.), *Psicologia, Formação, Políticas e Produção em Saúde*. Porto Alegre: EdiPUCRS, 2010, p. 221-242.
- MELLO, D. C. de. *Prisão feminina: gravidez e maternidade – um estudo da realidade em Porto Alegre - RS/Brasil e Lisboa/Portugal*. 2014. 273 p. Tese (Doutorado em Ciências Criminais) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.
- MONTEIRO, A.; COIMBRA, C.; MENDONÇA FILHO, M. Estado democrático de direito e políticas públicas: Estatal é necessariamente público? *Psicologia & Sociedade*. Belo Horizonte, v. 18, n. 2, p. 7-12, 2006.

NOGUEIRA, P. A.; ABRAHAO, R. M. C. M. A infecção tuberculosa e o tempo de prisão da população carcerária dos Distritos Policiais da zona oeste da cidade de São Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 30-38, 2009.

PAIM, J. S. *Reforma Sanitária Brasileira*: contribuição para a compreensão e crítica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, 300p.

PEREIRA, P. A.; STEIN, R. H. Política social: universalidade *versus* focalização. Um olhar sobre a América Latina. In: BOSCHETTI, I. et al. (Orgs.). *Capitalismo em crise, política social e direitos*. São Paulo: Cortez, 2010, p. 106-130.

SÁ E SILVA, F. A cidadania encarcerada: problemas e desafios para a efetivação do direito à saúde nas prisões. In: COSTA, A. B. et. al (Org.). *O Direito achado na rua*: introdução crítica ao direito à saúde. Brasília: CEAD/ UnB, 2009, p. 241-525.

SANCHEZ, A. R. et al. A tuberculose nas prisões do Rio de Janeiro, Brasil: uma urgência de saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 3, p. 545-552, 2007.

YAMAMOTO, O. H.; OLIVEIRA, I. F. de. Política social e Psicologia: uma trajetória de 25 anos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Brasília, v. 26, n. especial, p. 9-24, 2010.

Nota

¹ H. S. Lermen participou da concepção, elaboração, redação e finalização do artigo e aprovou a versão final a ser publicada. B. L. Gil participou da elaboração, redação e finalização do artigo e aprovou a versão final a ser publicada. S. D. Cúnico participou da elaboração, redação e finalização do artigo e aprovou a versão final a ser publicada. L. O. Jesus participou da elaboração do artigo, da revisão crítica do conteúdo e aprovou a versão final a ser publicada

Abstract

Health in prison: analysis of health social policies targeting the Brazilian prison population

This study aims at conducting an analysis of the terminologies used in three fundamental milestones of health social policies targeting the prison population, namely: the Brazilian National Prison Law (*Lei de Execução Penal – LEP*), the National Plan for Health in the Prison System (*Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário – PNSSP*) and the National Policy of Comprehensive Health Care to People Deprived of Liberty in the Prison System (*Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional – PNAISP*). We carried out a theoretical reflection of the terminologies used in these pieces of legislation, as well as a contextualization of the socio-historical moment in which they were adopted. The *LEP*, from 1984, arises in the period of Brazil's redemocratization and for the first time provides for health care to "prisoners and convicted people". The *PNSSP*, of 2003, instituted in the first year of Lula da Silva's government, advocates access to health care for the "population deprived of liberty" in the penitentiary system. The *PNAISP* (2014), in turn, guarantees full health care access to the prison population, that is, to all people under the custody of the State. From these analyses, we understand that the aforementioned milestones were critical to the headway made in the expansion of rights to the population deprived of liberty. A progress that was only rendered possible in view of the suitable historical moment in which society stood.

► **Key words:** social policies; health; prison system.