**A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO SISTEMA PENITENCIÁRIO:** estudo de caso da saúde básica das apenadas do regime semiaberto na cidade de Manaus

Edlene Santiago Ferreira¹

Maria Francenilda Gualberto de Oliveira²

**RESUMO**

O presente artigo se propõe a analisar a prática do assistente social na Unidade Prisional Semiaberto Feminina de Manaus, compreendendo como as políticas públicas que garantem o acesso integral da apenada aos serviços do SUS são efetivadas. O estudo foi realizado por meio de pesquisa de campo, documental e bibliográfica sobre as condições de saúde de mulheres no último estágio de encarceramento.

Palavras-chave: Sistema prisional; Atenção básica à saúde; Serviço Social;

**ABSTRACT**

This article aims to analyze the practice of the social worker in Prison Unit Women’s semi-open in Manaus, understanding how public policies that guarantee full access to the inmates on SUS services are effective. The study was conducted through field research, documents and literature on women's health conditions in the last stage of incarceration.

Keywords: Prision system; Primary care health; Social Work;

**INTRODUÇÃO**

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

A realidade da saúde das pessoas que se encontram em situação de encarceramento é alvo, hoje, de debates em nível nacional, pois esta população perdeu o direito à liberdade, não os demais assegurados constitucionalmente.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) é uma iniciativa conjunta dos ministérios da Justiça e da Saúde para organizar o acesso da população carcerária às ações e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

O assistente social, profissional de caráter transformador, lida constantemente, no sistema penitenciário, com violações dos direitos humanos. É nesta perspectiva, que ele necessita estar compromissado com o projeto ético-político da profissão para que sua atuação não seja focalista e repressora.

As condições físicas e de higiene em muitos presídios brasileiros é degradante. Há então, uma discrepância na finalidade deste sistema. Como transformar um indivíduo, respeitando sua dignidade, em ambiente insalubre?

É neste contexto que a prática do assistente social, de acordo com Ferreira (2006), é imprescindível nesta área, pois, se em muitas ocasiões as pessoas em liberdade têm dificuldade em ter acesso à determinadas políticas públicas e direitos sociais básicos, as pessoas presas se tornam totalmente dependentes do governo.

Na Atenção Básica à Saúde no Sistema Penitenciário, o trabalho do assistente social, como profissional da área da saúde, vai desde atender situações individuais que necessitem de uma escuta qualificada à ações articuladas as redes intersetoriais de proteção social que buscam a produção da saúde do indivíduo.

Desde modo, o presente trabalho busca apresentar a importância do profissional de Serviço Social na defesa do direito à saúde para as mulheres que se encontram em último estágio de cárcere.

**TRAJETÓRIA DO SERVIÇO SOCIAL: DA NOÇÃO DE “AJUDA” AOS DIREITOS SOCIAIS**

O Serviço Social como o conhecemos, possui raízes com a noção de “ajudar o outro”. Desde a existência do homem pratica-se o ato da “ajuda”, sendo esta executada de diferentes formas e influenciada por diferentes contextos sociais, políticos e históricos.

Na antiguidade, a única forma de assistência aos pobres conhecida era oriunda de clãs e tribos, cada um protegia a sua própria família. Não existia nesse momento, a ajuda ao próximo, cada grupo era responsável por sua própria sobrevivência. Ser pobre era considerado castigo divino e atribuíam a Deus tudo o que de bom ou ruim acontecia. Os religiosos eram delegados de Deus e os templos religiosos, sua morada.

Na Idade Média, com o cenário de guerras, catástrofes e epidemias, milhares de pessoas ficavam na mais absoluta miséria, e com isso, desempregados organizavam grupos para praticar roubos ou aderir à mendicância. Nesse período, o cristianismo impõe que todos, sem distinção, são “irmãos”, ajudar deveria ser uma virtude, pois era um meio para a vida eterna (VIEIRA, 1989).

Durante todo este período, a igreja era responsável pela assistência aos pobres, promovendo caridade baseando-se no princípio de que a miséria advinha de Deus, era castigo. Somente no século XVIII e XIV surgiram as primeiras congregações religiosas voltadas para a assistência à enfermos e crianças órfãs.

O papel do governo até então era especialmente promover a manutenção da ordem e a defesa do território, eximindo-se da responsabilidade política para com o seguimento mais necessitado da sociedade e delegando à igreja todas as ações de cunho caritativo.

Com o final da Idade Média, a Idade Moderna abre espaço para o desenvolvimento tecnológico, as descobertas de novos continentes e com isso a possibilidade de ampliação do comércio e aperfeiçoamento dos artesãos. No mesmo período, a Reforma Protestante desvincula-se da visão de controle religioso da igreja e passa a ver a pobreza não mais como castigo de Deus, mas como consequência social.

Até o início do século XX, os senhores feudais e as damas de caridade discriminavam pessoas pobres. Determinavam quem era merecedor ou não de ajuda, órfãos, idosos e viúvas se enquadravam nos quesitos, entretanto, alcoólatras e prostitutas eram considerados criminosos que mereciam punição. A caridade era a garantia da reserva de um lugar no céu.

Unindo-se ao Estado, a classe burguesa abriu espaço para a institucionalização do Serviço Social e ao final dos anos de 1940 o Estado se consolidou como o maior empregador de assistentes sociais, onde poderia ampliar seu domínio sobre o controle e organização da categoria profissional.

A importância do Movimento de Reconceituação para o Serviço Social brasileiro é a renovação da prática profissional, que buscava uma formação qualificada, com técnicas precisas, fundamentação teórica e cientificidade para a profissão. Buscando a ruptura com o pensamento conservador de que Serviço Social é “ajuda” institucionalizada.

Sobre o processo de renovação que oServiço Social sofreu na década de 1990, o CFESS (2013, p. 29) afirma:

Nessas décadas, o Serviço Social experimentou no Brasil um profundo processo de renovação. Na intercorrência de mudanças ocorridas na sociedade brasileira com o próprio acúmulo profissional, o Serviço Social se desenvolveu teórica e praticamente, laicizou-se, diferenciou-se e, na entrada dos anos noventa, apresenta-se como profissão reconhecida academicamente e legitimada socialmente.

Em 13 de março de 1993, instituído pela lei 8662/93, o Código de Ética profissional dos Assistentes Sociais foi formulado para atribuir sustentação legal ao exercício profissional. “Respalda as ações profissionais na direção de um projeto em defesa dos interesses da classe trabalhadora e que se articula com outros sociais na construção de uma sociedade anticapitalista” (CFESS 2013, p. 26).Neste mesmo sentido, a lei de regulamentação da profissão de 07 de junho do mesmo ano reconhece e legitima a profissão no âmbito da divisão social e técnica do trabalho.

Nesta nova conjuntura histórica, regidos por um Código de Ética que tem como principais fundamentais, a emancipação plena e expansão dos indivíduos sociais, a ampliação e consolidação da cidadania e o direito intransigente dos direitos humanos, o assistente social rompe definitivamente com a ação baseada em dogmas religiosos e passa a trabalhar com direitos sociais, na perspectiva da universalidade dos serviços, utilizando como respaldo a Constituição Federal de 1988.

Logo em seu preâmbulo, encontra-se as características de uma Constituição baseada na igualdade, democracia e cidadania. Ainda que com cunho religioso, a Carta Magna Brasileira assegura a liberdade de expressão, o bem-estar e a justiça como valores supremos.

Legitimado como Estado democrático de direito pela Constituição Cidadã, em seu artigo 5º está preconizado que “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza...”, assim como os direitos sociais no artigo 6º “São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados...” (BRASIL,1988).

Ao que concerne a preservação da saúde, a Constituição Federal de 1988 respalda que não haverá penas cruéis, assim como o direito das mulheres presidiárias permanecerem com seus filhos durante o período de amamentação.

Respeitando o disposto no artigo 196 onde é definido que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

**SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO**

A noção de prisão como punição foi introduzida pela igreja como sansão para monges infratores que deveriam se recolher para pedir o perdão de Deus. Como afirma Mirabete (2010, p. 235):

A pena de prisão teve sua origem nos mosteiros da Idade Média, como punição aos monges ou clérigos faltosos, fazendo com que recolhessem às suas cales para se dedicarem, em silêncio, à meditação e se arrependerem da falta cometida, reconciliando-se assim com Deus.

No século XVII surgiram instituições denominadas Casas de Correção para aprisionar mulheres com conduta considerada imoral de acordo com os dogmas religiosos da época. Ao fim do século XVIII o crime era considerado uma afronta ao poder público, que usava como castigo a punição em praça pública como assim afirma Focault (1997, p.48) “O crime, além de sua vítima imediata, ataca o soberano; ataca-o pessoalmente, pois a lei vale como uma vontade do soberano; ataca-o fisicamente, pois a força da lei é a força do príncipe”.

Acionando a revolta popular devido aos suplícios, a prática da execução em público passa a ser questionada, o que acarreta na ocultação das execuções e construção de prédios destinados a infratores sem mínimas condições de higiene. A tortura era nesse momento feita em masmorras insalubres que atraíam as mais diversificadas espécies de insetos e ocasionavam doenças infecciosas nos prisioneiros que acabavam, com a alimentação desumana, falecendo.

Na Idade Moderna, o estado de pobreza generalizada se alastrou por diversos países da Europa, impulsionando o aumento da criminalidade (BITENCOUT, 2008). Mesmo diante de tal realidade, a pena de morte deixou de ser uma punição viável, já que não mais culminava na sociedade o senso de justiça e controle por parte do Estado. Devido à Revolução Industrial no século XVIII a substituição da execução dos condenados pelo recrutamento de mão de obra barata, além de promover o controle aos males sociais, foi de grande interesse para o Estado. A partir de então, que o Direito Penitenciário começou a formar-se, em prol da proteção da dignidade humana do condenado.

No século XX, reconhecendo a propensão de pessoas presas à sofrerem violações de direitos humanos, a Organização das Nações Unidas – ONU estabeleceu as Regras Mínimas para o Tratamento dos Presos em 1955, os Princípios para Proteção para todas as Pessoas Sujeitas a Qualquer Forma de Detenção ou Prisão em 1988, tais regras atribuíam caráter humanitário à prisão que, estabelecendo princípios que não ferissem a dignidade humana, sem distinção.

O Brasil, país de grande desigualdade social, convive com a prática da tortura desde os tempos de escravidão e mesmo com o advento da Constituição Federal de 1988 que em seu artigo 5°, XLIX estabelecendo que “é assegurado aos presos o respeito à integridade física e moral” e como a Lei de Execuções Penais em seu artigo 45º§1º(1984) explicitando que “As sanções não poderão colocar em perigo a integridade física e moral do condenado”, ainda assim casos de morte dentro de unidade prisionais é recorrente na realidade brasileira.

De acordo com o Departamento de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Execução de Medidas Socioeducativas - (DMF/CNJ) em pesquisa feita em 2014, a população carcerária brasileira chega ao número de 715.655 pessoas. Tento em vista os dados do Departamento Nacional Penitenciário (DEPEN) há então um déficit de 358.373 vagas, tornando evidente os problemas de superlotamento em diversas comarcas.

Observa-se atualmente o completo descaso dos entes do Poder Público e também da sociedade que fecha os olhos diante de uma realidade pertinente a todos, pois a violência urbana é uma das expressões da Questão Social cada vez mais evidentes devido a desigualdade social. O artigo 5°, XLIX, da Constituição Federal (1988), prevê que “é assegurado aos presos o respeito à integridade física e moral”, e como defender tal direito em ambiente insalubre? Superlotado?

Debater sobre a criminalidade feminina é lidar com o rompimento normativo que é designado à mulher como ser tradicionalmente incapaz de cometer delitos ou infringir leis. A fragilidade e docilidade característica feminina incapacita mulher de serem sujeitos capazes de articular ações que confrontem a lei.

As estatísticas atuais mostram a crescente participação ativa da mulher no universo criminal ao longo dos séculos.

Segundo Lemgruber (1999), citado por Ishiy (2014), as taxas de criminalidade feminina aumentam à medida que há maior igualdade entre os sexos e Guilhermano (2000, p.79), citado pela mesma autora, concorda ao dizer que “a maior liberdade aumentou a participação da mulher na esfera pública, trabalho, compras, bancos, etc., e isto poderia explicar algum dos aumentos na parcela feminina de crimes pequenos contra a propriedade, tais como furtos, roubo em lojas, fraudes, falsificação de cheques, etc”.

 As penitenciárias brasileiras desenvolvem práticas diferenciadas quanto à abordagem da mulher apenada. Há estabelecimentos penais onde é possível a permanência da criança apenas durante o período de amamentação, enquanto outros, não dispondo de uma estrutura de creche, admitem a convivência das crianças nas celas das reclusas. Observa-se neste momento, a particularidade de gênero, pois nestes casos não trata-se apenas da saúde da parturiente como do recém-nascido.

**A APENADA DO REGIME SEMIABERTO DE MANAUS: A ATENCÃO À SAÚDE NO ULTIMO ESTÁGIO DO CÁRCERE**

Em um processo social e histórico, as paredes de uma penitenciária sempre representaram exclusão social. Caracterizadas por se localizarem em locais isolados e por suportarem “delinquentes”, prédios destinados a este fim camuflavam a verdadeira realidade vivenciada por sujeitos de seguimentos sociais discriminados, onde supostamente, deveria representar o símbolo máximo de repressão e direito de punição exercido pelo Estado em prol de uma sociedade livre de atos considerados delituosos.

No Brasil são limitados os estudos que envolvem a criminalidade feminina, pois debater sobre tal assunto é lidar com o rompimento normativo que é designado à mulher como ser tradicionalmente incapaz de cometer delitos ou infringir leis. A fragilidade e docilidade característica feminina incapacita a mulher de ser sujeito capaz de articular ações que confrontem a lei.

Os primeiros relatos sobre crimes cometidos por mulheres são denúncias de incesto, adultério, envenenamento e infanticídios. Na Idade Média a associação da mulher à criminalidade se remetia à prática de bruxaria e prostituição por serem comportamentos contrários ao papel moral da mulher na época.

A banalização da violência, a falta de acesso à educação de qualidade, e a recursos básicos de sobrevivência, o desemprego e a desestruturação familiar estão entre as causas que levam à associação de mulheres ao universo do crime, bem com suas prisões (PRIORI, 2009).

De acordo com os dados do Departamento Nacional de – DEPEN divulgados em 2012, o Brasil possui cerca de 35.223 presidiárias, representando cerca de 6% da população carcerária nacional e estima-se que cerca de 60% dos delitos cometidos por mulheres envolvem o tráfico de drogas.

Segundo Ishiy (2013, p.102), o aumento do consumo de drogas em nível global, desencadeou uma imensa indústria de tráfico internacional de drogas e assim, resultando no aumento da dependência química e na possibilidade de obtenção de lucros exorbitantes na venda de drogas ilícitas, o que atraí pessoas independente da classe social, faixa etária ou gênero.

Portanto, na Unidade Prisional Semiaberto Feminino da cidade de Manaus não o quadro não é diferente. No momento da pesquisa de campo feita com as 44 mulheres encarceradas, 90% foram condenadas pelo crime de tráfico e associação ao tráfico de drogas, 7% por assalto a mão armada e 1% por homicídio. Mulheres com idade que variam entre 19 e 62 anos, sendo 80% mães solteiras e 95% declararam que possuem pelo menos um familiar que já tenha ou ainda está cumprido pena no sistema penitenciário. Destas 87% possuem ensino médio incompleto.

No momento da pesquisa, uma reeducanda – termo que a direção do estabelecido utiliza para referir-se às apenadas – parturiente encontrava-se alojada em dormitório separado juntamente com seu bebê, onde recebia assistência especializada devido à particularidade da situação.

É possível perceber que são mulheres que se encontram em situação de vulnerabilidade social pois eram nem mesmo antes do encarceramento incluídas socialmente através da educação, trabalho ou saúde.

Diante disso, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP) busca fortalecer a reintegração social de pessoas encarceradas através da saúde, no âmbito do sistema único de saúde. Tal política tem como objetivo qualificar e humanizar a atenção à saúde do sistema prisional por meio de ações conjuntas das áreas da saúde e justiça, oferecendo atenção preferencial para apenados dos regimes semiaberto e aberto.

De acordo com dados do Ministério da Saúde, o Estado do Amazonas está entre 18 Estados brasileiros que aderiram à PNAISP, desenvolvendo nas unidades prisionais ações de atenção básica. Entre as ações desenvolvidas estão o controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, controle da hipertensão, controle da diabetes mellitus, ações de saúde bucal, ações de saúde da mulher; acrescidas de ações de saúde mental, DST/AIDS, ações de redução de danos, repasse da farmácia básica e realização de exames laboratoriais.

Mesmo com o semiaberto feminino de Manaus conter uma equipe de saúde composta apenas por uma técnica de enfermagem e uma assistente social, o acesso das apenadas à saúde integral no âmbito do SUS é realizada constantemente através do setor de Serviço Social da unidade, que se propõe em articular-se aos demais setores para viabilizar transporte e assistência à apenada também nas Unidades Básicas de Saúde – UBS, garantindo um direito que lhe é assegurado constitucionalmente.

**A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO SEMIABERTO FEMININO: DESAFIOS E PERSPECTIVAS**

Mesmo após a reformulação teórica e metodológica da profissão na década de 60, o desafio contemporâneo para os assistentes sociais é romper com a visão focalista da profissão, que não considera o desenvolvimento das classes sociais tampouco as relações entre Estado e sociedade, tornando-se apenas um profissional executor de tarefas, que não faz análise de conjuntura, que não propõe intervenções criativas e propositivas (IAMAMOTO,2014)

Nota-se então, que o concorrido mercado de trabalho atual busca apenas manter no círculo no trabalho formal apenas profissionais que realmente são competentes e habilitados para desempenhar determinadas funções, justamente porque sempre haverá um exército reserva de trabalhadores para ocupar espaços os profissionais no lugar dos insatisfeitos e rebeldes. Essa é a lógica do sistema capitalista, pagar pouco e obter lucros.

Desta forma, tendo como seu maior empregador o Estado, o assistente social deve ser competente e habilitado para atuar na mediação das correlações de força impostas na realidade social. No semiaberto feminino da cidade de Manaus, percebe-se que a mediação dos interesses dá-se de forma complexa:

Estado → Assistente Social ← Apenadas

Apenadas → Assistente Social ← Apenadas

Em sua relação com o Estado, o assistente social defende e preserva os direitos sociais não interrompidos pela privação da liberdade das apenadas, ao mesmo tempo que em sua relação com as próprias apenas, o profissional lida com suas divergências de personalidades, dificuldades de relacionamento amistoso e a promoção da harmonia dentro do estabelecimento penal justamente para preservar o direito à saúde de todas.

Exercer a prática profissional no semiaberto feminino exige que o assistente social tenha bom domínio de seu instrumento de trabalho para lidar com a equipe multiprofissional, para que seja possível promover a troca de informações sobre as apenadas e assim, melhor defender seus direitos.

**CONSIDERAÇÃO**

A mulher quando comete um crime, automaticamente renega o papel feminino que lhe foi designado pela sociedade. Isso porque à mulher ainda cabe o papel de frágil e transgredir essa função social à coloca em status de “exceção à regra”. Como bem saliente Beauvoir (1947, p.13) “ninguém nasce mulher”, a sociedade tradicionalmente atribuiu à mulher um papel que nos tempos atuais ela já não mais segue à risca impreterivelmente.

A apenada do semiaberto feminino se encontra em seu último estágio de encarceramento. A nova liberdade trás para essas mulheres consequências severas após longos períodos de reclusão: desemprego, perda de vínculo familiar, cogitação ao retorno à criminalidade. É com essas possibilidades que o assistente social do semiaberto feminino de Manaus trabalha na proteção e defesa da saúde da apenada. Buscando mecanismos e articulações para que nesse estágio seja esgotadas todas as possibilidades de reintegração social de forma dignificada, suportando além da apenada, sua família.

A saúde dessas mulheres, cidadãs de direitos e deveres, não concerne apenas ao bem estar físico, como também psicológico e social. O ambiente em que se vive pode influenciar tanto positiva quando negativamente no bem estar.

Torna-se então, essencial a presença constante do profissional de Serviço Social em unidades prisionais. Para a defesa de direitos que são constantemente violados e esquecidos pelo Poder Público e sociedade, pois reclusão, não é exclusão.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

AMAZONAS, Leis, decretos. Estatuto Penitenciário do Amazonas. Lei nº 2.711, de 28 de Dezembro de 2001. Incluindo Lei de Execução Penal (Lei nº7.210, de 11 julho 1984. Manaus. Editora Valer, 2003.

BEAUVOIR. Simone. O segundo sexo. Volume 2 – Gallimard,1947.

BEHRING. Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. Política social: fundamentos e história. 9 ed. –São Paulo: Corte,2011.

BRASIL, Constituição federal brasileira**,** 1988.

BRASIL, Código penal brasileiro.Decreto Lei 2848 de 07 de dezembro de 1940.

BRASIL, Lei de execução penal. 17. ed.São Paulo Saraiva, 2011.

CFESS, Coletânea de Leis. Conselho Regional de Serviço Social 15º Região. 3º edição. Manaus: Editora Valer, 2013.

COHN, Amélia. Saúde como direito e como serviço. 2º edição – São Paulo: Cortez, 1999.

FERREIRA, Carlos Lélio Lauria. VALOIS, Luís Carlos. Sistema Penitenciário do Amazonas. Curitiba: Juruá, 2006.

FOCOULT, Michael. Vigiar e Punir. 4º edição – Rio de Janeiro:Vozes,1997.

IAMAMOTO, Marilda. CARVALHO, Raul. Relações Sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 40º ed – São Paulo:Cortez, 2014.

IAMAMOTO, Marilda V. O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 25º edição. São Paulo. Cortez, 2014.

ISHIY, Karla Tayumi. A desconstrução da criminalidade feminina. 2014. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Direito. Universidade de São Paulo, São Paulo,2014

MARTINELLI, Maria Lúcia. Serviço social: identidade e alienação. 16 edição – São Paulo:Cortez,2011.

VIEIRA, Balbina Ottoni. História do Serviço Social: Contribuição para a construção de sua teoria. 5º edição – Rio de Janeiro: Agir, 1989.

<http://www.cress-ce.org.br/institucional/assistente-social> acessado em 26 de fevereiro de 2016

<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/567-sas-raiz/dapes/saude-no-sistema-prisional/l4-saude-no-sistema-prisional/10548-estados-qualificados-pnssp> Acessado em 02 de março de 2016