



16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

Tema: “40 anos da “Virada” do Serviço Social”

Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019

Eixo: Ética, Direitos Humanos e Serviço Social.

Sub-Eixo: Ênfase em Direitos Humanos.

POLÍTICAS DE SAÚDE VOLTADAS ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE PRIVAÇÃO DE LIBERDADE: UMA PERSPECTIVA CRÍTICA EM TEMPOS DE CONTRARREFORMAS

Pablo Galvão da Costa¹

Resumo: O trabalho tem como objetivo a discussão das Políticas de Saúde voltadas às pessoas em situação de privação de liberdade. Fez-se estudo sobre a Lei de Execução Penal, Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, compreendendo sempre a importância do período histórico no qual estão inseridas.

Palavras-chave: Políticas sociais. Saúde. Sistema prisional. Contrarreformas.

Abstract: The objective of this study is the discussion about health policies aimed at people in situations of deprivation of liberty. A study was carried out on the Penal Execution Law, the National Health Plan in the Penitentiary System and the National Policy on Integral Attention to the Health of Persons Deprived of Liberty in the Prison System, always understanding the importance of the historical period where they are happening in.

Keywords: Social Policies. Health. Prison system. Counter-reforms.

INTRODUÇÃO

As políticas sociais são conquistas que derivam de lutas da classe trabalhadora por melhores condições de vida, objetivadas pela extinção das desigualdades sociais. Contudo, essas mesmas políticas também possuem um caráter contraditório, ao passo que atendem ao mesmo tempo os anseios das classes dominantes – o controle da classe operária. Outra característica das políticas públicas é a desoneração do capital, à medida que a responsabilidade pela reprodução social dos trabalhadores passa a ser de competência primeiramente do Estado.

A partir do processo de redemocratização do país é possível constatar um avanço nas políticas sociais, sobretudo na área da saúde, que abarcam as pessoas em situação de privação de liberdade. Marco importante na luta pela efetivação dos direitos dessa população, a Lei de Execução Penal (LEP), datada de 1984, possui sensível relevância para a temática em questão.

Ainda na década de 1980, cabe citar outros avanços na legislação brasileira que visam garantir a expansão das políticas sociais. No ano de 1986 ocorreu a 8ª Conferência Nacional

¹ Estudante de Graduação. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: <mar.natal@hotmail.com>.

de Saúde (CNS), que propôs o entendimento de Saúde como um direito de todos os cidadãos e dever do Estado, o que foi corroborado pela Constituição Federal de 1988. Em 1990 tem-se a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), embasado pela 8ª CNS e respaldado pela Carta Magna de 1988, o qual se caracteriza principalmente pela universalidade, integralidade e equidade no acesso à política de Saúde.

O início dos anos de 1990 foram tempos difíceis, os quais afetaram diretamente as políticas sociais. As (contra) reformas que trouxeram cortes consideráveis em áreas estratégicas como saúde e assistência, elevaram as expressões da Questão Social a níveis alarmantes. A reestruturação produtiva do capital obedecendo aos mandos e desmandos das potências capitalistas, orientadas internamente por uma gestão de governo neoconservadora do então presidente Fernando Henrique Cardoso, puseram em xeque os avanços sociais da década anterior.

No início do século XXI, com a chegada do Partido dos Trabalhadores (PT) ao poder, a retomada dos investimentos nas áreas sociais obteve novo fôlego, todavia a subserviência ao Grande Capital teve sua continuidade. No ano de 2003, durante o primeiro mandato do Presidente Luís Inácio Lula da Silva, ocorreu a criação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), que representou avanços na política de saúde para as pessoas em situação de privação de liberdade, dentre os quais vale destacar o entendimento da pessoa em conflito com a lei como sujeito de direitos, a inserção de equipe multiprofissional no interior das instituições prisionais, dentre outros. O PNSSP, embora fosse de responsabilização conjunta das políticas de Saúde e Segurança, ainda não fora capaz de garantir efetivamente o direito à saúde nos parâmetros do SUS à população privada de liberdade.

Na década seguinte, precisamente no ano de 2014, já sobre a gestão da Presidenta Dilma Rousseff, é criada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). Esta última, ainda em vigor, compreende a saúde em sua forma mais ampliada e não apenas pela ausência de doenças. Além disso, fica evidente na PNAISP que a privação do direito à liberdade não pode significar a privação de outros direitos sociais. Tal política ainda estende esta concepção de saúde àqueles que convivem diretamente com as pessoas em situação de privação de liberdade (trabalhadores do sistema carcerário e familiares da população prisional). Dentre os principais avanços contemplados pela política em questão, cabe citar o tratamento dispensado aos usuários pautados na Política Nacional de Humanização (PNH), a integração dos serviços às Unidades Básicas de Saúde, o impulsionamento para a inclusão de outras minorias (pessoas com transtornos mentais e LGBTs), etc.

Na contramão das políticas sociais voltadas às pessoas em situação de privação de liberdade, inúmeras pesquisas têm comprovado um aumento sem precedentes no número da população carcerária. Outras pesquisas também trazem dados alarmantes sobre as condições estruturais dos presídios, onde impera a realidade insalubre e a superlotação, que trazem rebatimentos diretos aos usuários. Não menos importante é compreender quem são as pessoas que estão sendo encarceradas nesse combalido sistema prisional brasileiro.

Destarte, é de suma importância analisar as políticas sociais voltadas às pessoas em situação de privação de liberdade de forma indissociada das demais políticas públicas, bem como é imprescindível compreender o contexto histórico em que elas estão inseridas, pois, em tempos de gestão neoconservadora, contrarreformas podem acarretar um verdadeiro desserviço à classe trabalhadora. Assim, uma das questões de extrema relevância para a elaboração deste trabalho é compreender como a fragilidade na efetivação das políticas sociais voltadas ao trabalho, habitação, assistência, dentre outras, pode estar intrinsecamente ligada ao aumento da população carcerária e à saúde dos seus usuários. Este trabalho tem por objetivo contribuir para a efetivação das políticas sociais voltadas aos usuários do sistema prisional apresentando a indissociabilidade entre contexto histórico, político e econômico e suas reverberações na realidade da população carcerária.

EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS VOLTADAS ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE PRIVAÇÃO DE LIBERDADE

A reflexão acerca das políticas sociais em tempos de contrarreformas é de extrema importância para a classe trabalhadora e sobretudo para àqueles (as) que se encontram excluídos do mercado de trabalho. É através de tais políticas que grande parte da população brasileira consegue se reproduzir socialmente.

Importante compreender que o acesso às políticas sociais de caráter público tem como objetivo central mitigar as desigualdades sociais causadas pelo modo de produção capitalista, na qual a concentração de capital se restringe a uma pequena parte da população ao mesmo tempo em que é negado o acesso à riqueza socialmente produzida àqueles (as) que a produzem, a classe trabalhadora (CFESS, 2009).

Em tempos de políticas neoconservadoras, a reprodução do cenário supracitado fica cada vez mais evidente e as expressões da Questão Social como a pobreza, ausência de emprego, violência etc., recaem sobre grande parte da população. Vale salientar que no cerne desse público encontram-se as chamadas “minorias”: mulheres, população negra e LGBTQs, pessoas com deficiências ou transtornos mentais, imigrantes etc. Ressalta-se aqui que a expressão “minorias” faz alusão a maior parte da população brasileira, contudo é assim

compreendida pelo fato de estar econômica e socialmente mais vulnerável, em outras palavras, as “minorias” são, na realidade, a expressão real da população nacional.

Este trabalho tem o objetivo de explicitar a realidade de uma parcela integrante dessa “minorias” esquecida, ignorada, da sociedade brasileira – as pessoas em situação de privação de liberdade.

Ao compreendermos que o sistema prisional no Brasil tem se mostrado incapaz de efetuar a ressocialização daqueles que por ventura cometeram algum delito ou crime, o que se tem observado é que a punição através da privação da liberdade está atrelada à perda de outros direitos sociais (dentre os quais destaca-se o direito à saúde) que deveriam ser assegurados, a fim de instigar a extinção das desigualdades sociais.

A Política de Segurança Nacional tem se mostrado cada vez mais punitiva e o que se pode observar é que os usuários do sistema prisional, em sua maioria expressiva, são homens, jovens, negros, periféricos e que cometeram pequenos delitos (crimes considerados leves). Em contrapartida, as alternativas à privação de liberdade não têm sido eficazes nos dias atuais. Diante desse contexto, o que se tem notado é um aumento expressivo no número de pessoas encarceradas, condições sub-humanas nos espaços prisionais, superlotação e adoecimento dos seus usuários.

A Lei de Execução Penal – Lei 7210/84 foi instaurada durante um período histórico ímpar, o processo de redemocratização do país. Dentre os avanços contidos na LEP vale destacar o direito à assistência jurídica, social, religiosa e de saúde aos “presos” e “condenados”. Seu Art. 14 trata:

A assistência à saúde do preso e do internado de caráter preventivo e curativo, compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico.
§ 2º Quando o estabelecimento penal não estiver aparelhado para prover a assistência médica necessária, esta será prestada em outro local, mediante autorização da direção do estabelecimento.

Diante do exposto acima, compreende-se que a LEP ao usar termos como “preso” e “condenado” traz ainda uma visão reducionista do sujeito. A postura do Estado prioriza ações repressivas, não educativas, pouco integradoras para as pessoas em conflito com a lei. A população prisional é uma das parcelas da sociedade que fica à margem, não sendo priorizada pelas políticas sociais. Tal contexto ignora o fato de que o Código Penal (1940) preconiza 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). Ressalta-se ainda que o atendimento de Saúde para o público em questão à época ainda era de responsabilidade das políticas de segurança pública.

O avanço na ampliação dos direitos para a população privada de liberdade só foi possível em função do momento histórico em que a sociedade se encontrava – o avanço ou retrocesso das políticas sociais estão sempre relacionados ao cotidiano histórico.

Em 2003, com a chegada do governo do PT ao poder, representado pelo então presidente Luís Inácio Lula da Silva, foi criado o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP). Dentre os avanços do PNSSP, vale destacar principalmente o acesso à saúde no sistema penitenciário com base nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Ocorreu também uma mudança nas terminologias, na qual exclui-se o termo “condenado” e passa-se a usar “pessoas privadas de liberdade”. Há ainda o entendimento de que a privação do direito à liberdade não pode significar privação de outros direitos sociais. A responsabilidade pela saúde da população carcerária passa a ser dividida, a partir de então, entre as políticas de segurança e de saúde.

Ressalta-se ainda que, 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,2003), 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. De acordo com o PNSSP, cada equipe de saúde das unidades prisionais é responsável por até 500 pessoas privadas de liberdade e nas unidades prisionais com até 100 pessoas, o atendimento deve ser realizado pela Unidade Básica de Saúde territorial. A depender da quantidade de pessoas encarceradas na unidade prisional, esta deve conter uma equipe de saúde a fim de atender aos usuários do sistema. Assim, 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 em tais equipes, como os psicólogos e assistentes sociais, por exemplo, mostra uma visão mais ampliada de saúde, não mais médico-centrada, como previsto na LEP.

Ainda nesse mesmo ano, a criação da Política Nacional de Humanização (PNH) foi de suma importância para a efetiva melhora no atendimento à saúde das pessoas privadas de liberdade, de tal modo que se passaram a realizar 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. Os avanços nas

políticas voltadas às pessoas em situação de aprisionamento continuaram nos anos seguintes com a permanência da gestão petista.

Em 2014, durante o governo da presidenta Dilma Rousseff, foi criada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). No interior de tal política, ainda em vigor, o acesso à saúde de forma integral deve se estender a todas as pessoas do sistema prisional, incluindo os trabalhadores e familiares das pessoas privadas de liberdade nas ações de promoção e prevenção dos agravos à saúde.

A política preconiza ainda que os serviços de saúde devem estar integrados à Unidade Básica de Saúde (UBS) fora das instituições. A PNAISP prevê também 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 e 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).

Outro avanço da PNAISP foi o caráter inclusivo que impulsionou resoluções para abranger atendimento a outras minorias, são elas: a Resolução do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP) 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.

Em contrapartida aos avanços obtidos nas políticas de saúde voltadas às pessoas em situação de privação de liberdade, cabe ressaltar o aumento do número da população brasileira encarcerada nos últimos 30 anos.

REALIDADE DA POPULAÇÃO ENCARCERADA BRASILEIRA

A lógica capitalista se caracteriza por ser essencialmente excludente quando o modelo societário proposto não contempla a totalidade da população. Não existe emprego formal para todos, logo, não é possível a inserção de 100% das pessoas no mercado de trabalho. A

população prisional, por sua vez, é uma das parcelas da sociedade que fica à margem desse mercado e não é priorizada pelas políticas sociais, tendo em vista que há um questionamento quanto ao status de sujeitos de direitos dessa população. O código Penal prevê que as pessoas encarceradas devem ter respeitadas as suas condições de cidadãos, tendo seus outros direitos sociais preservados. Segundo o artigo 38 do mesmo Código, “o preso conserva os direitos não atingidos pela perda da liberdade, impondo-se a todas as autoridades o respeito à sua integridade física e moral” (BRASIL, 1940).

Segundo informações do Ministério da Justiça, o Brasil possui a terceira maior população carcerária mundial. Os dados do último Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (Infopen), publicizados no ano de 2016, são verdadeiramente alarmantes, pois o número de pessoas em privação de liberdade ultrapassa 700 mil.

Segundo o IBGE, o número de encarcerados na segunda década dos anos 2000 é oito vezes maior do que em 1990 – ano do primeiro levantamento feito pelo Ministério da Justiça. Em se tratando da população prisional, o aumento dessa população foi de 90 mil (1990) para mais de 726 mil (2016).

O aumento significativo da população carcerária traz consigo a superlotação do sistema penitenciário brasileiro e a fragilidade nas políticas públicas voltadas às pessoas em privação de liberdade, que em conjunto com as péssimas condições das instalações prisionais, acarretam o adoecimento da população carcerária. Outra falha apontada pelo Ministério da Justiça está no fato de que 40% dessas pessoas cumprem apenas mandados de prisão provisórios, ou seja, ainda não foram julgadas, o que evidencia a morosidade dos processos judiciais.

Outra questão que deve ser evidenciada é a de que a população de custodiados tem raça, classe social, faixa etária e gênero bem definidos. De acordo com o Infopen, a população é majoritariamente do sexo masculino, 72% da população em situação de aprisionamento é negra, metade não completou o ensino fundamental e mais de 50% têm entre 18 e 29 anos.

Ao se fazer uma análise crítica da situação carcerária entendendo-a como uma das diversas expressões da Questão Social, pode-se compreender que as políticas sociais têm papel importante na reprodução social das pessoas em situação de vulnerabilidade, pois

[...] para as classes subalternizadas, as políticas sociais se constituem um espaço que possibilita o acesso a benefícios e serviços que de outra forma lhes são negados. Espaços de lutas, confrontos e expansão de direitos. (SPOSATI, 2014).

No que se refere a saúde da população em situação de privação de liberdade, tal política é garantida, a priori, pela Constituição Federal em seu Artigo 196.

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. (BRASIL, 1988)

Destarte, significa dizer que o direito à saúde mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos torna-se dever do Estado, através da criação, gestão e incentivo às políticas que promovam condições aos usuários nos campos econômico e social, a ponto de reduzir as taxas de doenças, além do estabelecimento de condições que assegurem o acesso universal e igualitário às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

Mesmo as melhores condições de cárcere, que não são o caso brasileiro, são incapazes de garantir a reintegração social de uma população que nunca foi verdadeiramente integrada e que não tem possibilidades de o ser em uma sociedade excludente e capitalista (LIMA; PIRES, 2006, p. 29)

Assim, se faz necessário compreender que as limitações relacionadas aos espaços físicos, bem como as políticas, programas e projetos que buscam a ressocialização das pessoas em privação de liberdade não têm se mostrado eficazes a ponto de reinserir esta população na sociedade.

SAÚDE COMO POLÍTICA SOCIAL E IMPLICAÇÕES SOFRIDAS PELAS CONTRARREFORMAS

A partir do entendimento de que a saúde não se faz apenas de forma curativa e com o intermédio de paliativos, mas também é composta por fatores da vida social que perpassam aspectos como renda, alimentação, educação, transporte, lazer, saneamento, dentre outros, a declaração universal dos direitos humanos, de 1948, em seu artigo XXV ratifica:

Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle. (BRASIL, 1948)

Sabe-se ainda que a esfera da saúde, assim como em outras áreas sociais, também é um espaço de tensionamento político-econômico no qual o Estado liberal atende às demandas da classe dominante em detrimento da classe trabalhadora.

A análise dos determinantes da intervenção do Estado através das políticas sociais leva em consideração, inicialmente, duas ordens de fatores. Primeiro: que a política social é a resultante possível e necessária das relações que historicamente se estabeleceram do desenvolvimento das contradições entre capital e trabalho, e, ao mesmo tempo, é fator determinante no curso posterior da relação entre as forças

sociais fundamentais; segundo, que para o campo das políticas sociais confluem interesses de natureza diversa e mesmo contraditórios, advindos da presença dos atores na cena política, de sorte que a problemática da emergência da intervenção estatal sobre as questões sociais encontra-se quase sempre multideterminada. (TEIXEIRA, 2011, p. 21)

Por fim, balizados sempre na preocupação de se compreender as ameaças que as contrarreformas podem trazer para a consolidação das políticas sociais já conquistadas, sobretudo à luz da PNAISP e da PNH, é necessária uma análise crítica dos possíveis horizontes no interior de um governo neoconservador. Abarcado nesse contexto das políticas públicas; à luz da obra “Política Social – fundamentos e história”, na qual as autoras Elaine Behring e Ivanete Boschetti trazem uma compreensão acerca das políticas sociais brasileiras, das contrarreformas neoliberais, do financiamento das políticas públicas, da alocação dos recursos na contemporaneidade e suas consequências para a Saúde como Política Pública, podemos compreender que os cortes nas áreas sociais, sobretudo na política de saúde, vêm trazendo rebatimentos severos a toda população.

Dentre os principais retrocessos que atingem as políticas sociais está a aprovação da Emenda Constitucional 55, promulgada em 2016, que limita por 20 anos os gastos públicos. Soma-se a isso a Reforma Trabalhista sancionada no ano seguinte, pelo então presidente Michel Temer e as inúmeras tentativas de aprovação da Reforma da Previdência no governo atual. Pode-se perceber que as (contra) reformas dos últimos governos deixam claro um projeto societário que diverge daquele no qual se baseia a luta da classe trabalhadora, onde se insere o Serviço Social.

Para compreendermos o atual processo de sucateamento do SUS, bem como suas origens e interesses, se faz imprescindível evidenciar o tensionamento entre um projeto democrático (pautado na universalidade e integralidade) e um projeto privatista (guiado pelos interesses das classes dominantes através de privatizações e intervenção mínima do Estado).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Se os governantes não construírem escolas, em 20 anos faltará dinheiro para construir presídios”. Esta citação do antropólogo Darcy Ribeiro proferida no início da década de 1980 ilustra a indissociabilidade entre as políticas públicas e a realidade enfrentada atualmente.

Destarte, enaltece-se a importância de discutir a temática a respeito das políticas sociais voltadas às pessoas em situação de privação de liberdade por compreender que tal público se encontra atingido pelas mais variáveis expressões da Questão Social, além de apreendê-los como seres humanos detentores de direitos numa sociedade cada vez mais excludente.

Cabe evidenciar ainda a importância do Serviço Social como profissão na luta pela garantia e efetivação dos direitos do público em questão, entendendo que o sistema prisional é mais um dos espaços socio-ocupacionais onde estão inseridos os (as) assistentes sociais e compreendendo que mesmo com avanços nas políticas e legislações que abarquem temas sociais, as contrarreformas trazem rebatimentos que afetam sensivelmente tais avanços.

Por fim, há de se compreender que cada marco foi fundamental para que se pudesse avançar um pouco mais na ampliação dos direitos para a população em situação de privação de liberdade, todavia não garantem a efetivação desses direitos. Cabe a nós, profissionais e futuros profissionais, comprometidos com essa efetivação de direitos, continuarmos na luta, sobretudo em período de contrarreformas e retrocessos sociais.

REFERÊNCIAS

BEHRING, Elaine; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BRASIL. **Código de ética do/a assistente social**. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. 10º ed. Rev. E atual. [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social, [2012].

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Saúde e Serviço Social no Capitalismo: fundamentos sócio-históricos**. São Paulo: Cortez, 2013.

_____. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. 4.ed. São Paulo: Cortez, 2011.

_____. As Contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argum.**, Vitória, v. 10, n.1, p. 9-23, jan./abr. 2018.

CEFSS. **O que é preconceito**. Série Assistentes Sociais no combate ao preconceito. Caderno 1. 2016.

_____. **Lutar por Direitos, Romper com as Desigualdades**. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/cfess_manifesta_campanha.pdf. Acesso: 25 maio 2019.

COHN, Amélia et al. **A Saúde como Direito e como Serviço**. 7.ed. São Paulo: Cortez, 2015.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Estratégias em serviço social**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

FAULSTICH, Enilde L. de J. **Como ler, entender e redigir um texto**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

IAMAMOTO, Marilda; CARVALHO, Raul de. *Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica*. 40.ed. São Paulo: Cortez, 2014.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos da metodologia científica**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LIMA & PIRES. A individualização na trajetória das penas. **Revista Agora: Políticas Públicas e Serviço Social**, ano 3, nº 5, dezembro de 2006. Disponível em: www.assistentesocial.com.br.

MINAYO, Maria Cecília Souza. “et al”. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2016.

MIRANDA, Angélica Espinasa. “et al”. **Questões sobre a população prisional no Brasil: Saúde, Justiça e Direitos Humanos**. Espírito Santo: PROEX, 2016.

NETTO, José Paulo. **A construção do projeto ético-político do Serviço Social frente a crise contemporânea**. Crise contemporânea, questão social e Serviço Social. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Programa de capacitação continuada para Assistentes Sociais. Módulo 1. Brasília: CFESS/ ABEPSS/ CEAD-UnB, 1999.

_____. **Introdução ao estudo do método de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

POLÍTICA Nacional de Humanização. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf
Acesso: 15 maio 2019.

PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 1, DE 2 DE JANEIRO DE 2014: Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html. Acesso em: 15 maio 2019.

SANTOS, Josiane Soares. **“Questão Social”**: particularidades no Brasil. São Paulo: Cortez, 2012.

SANTOS, Milena. **Estado, Política Social e Controle do Capital**. Maceió: Coletivo Veredas, 2016.

SPOSATI, Aldaiza de Oliveira et al. **Assistência na Trajetória das Políticas Sociais Brasileiras: uma questão em análise**. 12.ed. São Paulo: Cortez, 2014.

TEIXEIRA, Sonia Fleury et al. **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. 4.ed. São Paulo: 2011.