

Saúde atrás das grades: o Plano Nacional de Saúde no sistema penitenciário nos estados de Minas Gerais e Piauí

Health behind bars: the National Health Plan in the prison system in the states of Minas Gerais and Piauí

Vinícius Alexandre da Silva Oliveira¹, Simone de Jesus Guimarães²

¹ Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí (UFPI) – Teresina (PI), Brasil.
viniciusalex@yahoo.com.br

² Professora do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da UFPI – Teresina (PI), Brasil.
simone.guimaraes@uol.com.br

RESUMO O presente artigo problematiza a efetivação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. A reflexão teórica articula o universo prisional com autores das Ciências Sociais e apresenta aspectos empíricos dos Estados do Piauí e de Minas Gerais. Relaciona, ainda, a saúde no Sistema Penitenciário e no Sistema Único de Saúde (SUS). Concluiu-se que o acesso equitativo aos serviços de saúde – incluindo-se aí o acesso das populações privadas de liberdade – configura-se na manifestação real da justiça distributiva e da solidariedade, cabendo, também, à comunidade acadêmica acompanhar a qualidade desses processos.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde; Sistema Penitenciário; Populações Privadas de Liberdade.

ABSTRACT This article discusses the effectiveness of the National Health Plan in the Prison System. The theoretical discussion articulates the prison world with the authors of Social Sciences, presenting empirical aspects of the states of Piauí and Minas Gerais. Also, it lists the health system in the penitentiary and in the Unified Health System (SUS). It was concluded that equal access to health services, including here, the access of populations deprived of liberty, is configured in the actual manifestation of distributive justice and solidarity. The academic community also must to monitor the quality of these processes.

KEYWORDS: Health; Prison System; Populations Deprived of Liberty.

Introdução

A população prisional nacional, segundo análise de (BRASIL, 2010), no período de 1995 a 2005, teve um crescimento que oscilou entre 10% e 12% ao ano. Os dados demonstram que, apesar de uma ligeira redução da taxa anual de encarceramento, ainda nos encontramos em quarto lugar dentre os países que mais encarceram, atrás dos Estados Unidos, da Rússia e da China. Para tornar ainda mais complexo esse quadro, destacamos que o Brasil possui um considerável déficit de aproximadamente 200.000 vagas.

Quando os dados apresentados são associados às precárias condições do cárcere, surgem, então, preocupações outras que deveriam alertar para o risco de um grave problema de saúde pública, no interior dos milhares de estabelecimentos penais do País. Risco confirmado pela existência de altas taxas de prevalência de doenças transmissíveis, destacando-se, entre essas, as sexuais e as respiratórias. Essa preocupação se estende também à elevada incidência de doenças crônicas no interior do cárcere, que tem confirmado a modificação no perfil de saúde da população ocorrida nos últimos anos – onde a maior ocorrência de doenças infectocontagiosas dá lugar a maior número de doenças cronicodegenerativas. Essas últimas, no interior do cárcere, sendo ocasionadas, principalmente, pelas péssimas condições materiais e higiênicas, de nutrição, e ainda, pela pouca disponibilidade de serviços de saúde ofertada aos internos.

Um pequeno retrato dessa situação mostra que, no Rio de Janeiro, dados oficiais notificados de tuberculose apontam para 5% de casos entre os presos. Porém, segundo informações da Rede Brasileira de Tuberculose, dados obtidos através de pesquisa recente do mesmo instituto, revelam que 34,9% dos presos declararam estar com tosse crônica por um período maior que três semanas, sintoma, esse, característico da doença e que indica a necessidade de investigação¹.

De fato, não existem estudos relevantes a respeito dos números que possam retratar o déficit da atenção à saúde no sistema penal do País; o que há são levantamentos administrativos, que pouco contribuem para a organização racional e efetiva dos serviços intramuros.

Por esses motivos aflora a necessidade de compreender, por intermédio de estudos e pesquisas, aspectos das eventuais mudanças organizacionais, ocorridas no sistema penal brasileiro no que diz respeito ao direito à saúde das pessoas encarceradas; tendo como base as diretrizes da reestruturação da rede pública de saúde no ambiente carcerário, via Portaria Interministerial nº 1777 (BRASIL, 2003).

Dado o exposto, torna-se imperioso promover a discussão do processo de implementação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP). Este artigo – originado da fase preliminar de uma pesquisa que vem se desenvolvendo desde o ano de 2010, através do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí – parte da análise comparativa entre duas realidades distintas: a de um Estado habilitado a essa estratégia política, no caso Minas Gerais, que por parte do Ministério da Saúde possui um reconhecido desempenho no que diz respeito à capacidade de habilitação da totalidade de equipes de saúde do sistema penal estadual; a de outro Estado, o Piauí, que ainda está em processo de habilitação ao referido plano.

Sistema Penitenciário: um pouco da realidade do Piauí e de Minas Gerais

Nos últimos anos, o termo ‘crise no sistema penitenciário’ tornou-se uma expressão disseminada e largamente utilizada no vocabulário, tanto dos estudiosos, quanto da população em geral. De fato, a definição de uma forma racional e digna de punir e aplicar penas aos indivíduos que delinquem sempre foi um desafio à humanidade. Contudo, especialmente, nos dias atuais, os operadores dos sistemas prisionais de todo o mundo têm se deparado com questões, objetivas e subjetivas, que variam desde a falta de recursos para investimento na estrutura física, aquisição de materiais e insumos e contratação de pessoal, até os aspectos dificultadores, associados ao estigma e à aversão social, inerentes à condição de suas clientelas: os indivíduos condenados.

Como no resto do mundo, a realidade do sistema penal brasileiro é marcada por um acumulado de carências, de natureza estrutural e processual, que terminam por afetar diretamente os resultados produzidos.

¹ Dados do site da Rede TB, Disponível em <http://redetb.org/noticias/108-noticias-ago2010/1131-pesquisas-revelam-principais-problemas-de-saude-nas-prisoas>, Acesso em 28/02/2011.

Observa-se claramente que o ócio, a falta de profissionais – em qualidade e quantidade – e a arquitetura precária dos presídios, além de alimentar um poderoso estigma, funcionam como importantes potencializadores das mais diversas iniquidades, espetacularmente exploradas por determinados segmentos midiáticos, que insistem em se multiplicar, tornando-se fóruns equivocados para o debate dessa temática.

Trata-se, aproximadamente, de meio milhão de indivíduos presos no País, mantidos nas penitenciárias a um custo mensal médio de três e meio salários mínimos, os quais, da mesma forma que o restante da população nacional, se tiverem o tratamento de seus problemas de saúde postergados ou não tratados, podem ter suas patologias evoluídas para necessidades de tratamentos mais complexos e, conseqüentemente, mais caros, originando gastos públicos ainda mais elevados, e, ainda, possíveis e irreparáveis danos à saúde.

Sobre a carência de profissionais, trata-se de apenas 64.697 agentes penitenciários destinados aos cuidados de todo o contingente prisional nacional; ou seja, é como se cada agente tivesse que assumir a responsabilidade pelo acompanhamento de oito internos (BRASIL, 2010), número que não se mostra razoável, em virtude das escalas de trabalho, inerentes a esse profissional, que desempenha suas ações em turnos de 12 h de trabalho, por 36 h de descanso, fato que faz despencar a proporção nº de agentes *versus* nº de presos apresentada anteriormente, para uma terça parte. Então, em média, cada agente de segurança penitenciária seria responsável pelo acompanhamento de 24 presos. Assinale-se que os agentes penitenciários acumulam também funções administrativas, e têm o direito a gozar férias e licenças, como qualquer outra categoria profissional, comprometendo, ainda mais, a proporção apresentada.

Ademais, em alguns Estados, o cuidado direto do preso é feito por indivíduos que sequer são concursados ou passaram por cursos de formação para tal, a exemplo do que ocorre em Rondônia e Alagoas, segundo notícias da imprensa.² Os prejuízos gerados por essas

práticas são imensuráveis. Afinal, como cobrar postura profissional, ética e responsável de um indivíduo que ganha um salário mínimo, diante do assédio de um preso comandante do crime organizado? Ou então, como esperar destes sujeitos habilidades necessárias ao correto acompanhamento de projetos com ênfase na humanização e na reintegração social? A ausência de servidores sem o devido conhecimento da realidade carcerária e sem compromisso com a melhoria desse cenário gera atitudes de abandono e negligência, evidenciadas na permanente reprodução de atos de dominação, exploração e violência sexual dentro das prisões.

Para os presos recém-chegados, o afastamento dos entes familiares, a privação da liberdade e a subjugação a rígidas regras de convivência, insere esses indivíduos em um perigoso processo, chamado por alguns estudiosos de prisionização.³ Esse representa, empiricamente, o conjunto das adaptações cognitivas e comportamentais ocorridas no processo de vivência no interior do cárcere; constitui-se de um acumulado de mudanças que atingem a moral, a ética, o comportamento e a linguagem de todos aqueles que fazem parte de um dado sistema prisional, atingindo, no entanto, diferentemente, cada indivíduo, a depender de especificidades como, por exemplo, tempo de permanência na prisão, características da unidade prisional e dos grupos de indivíduos que as compõem.

Ressalte-se que são, ainda, objetos desse processo de adaptação, chamado de prisionização, a gerência e todos os indivíduos que prestam serviços em unidades penais, com ênfase para os agentes penitenciários. Esse destaque se torna importante, pois os reflexos desse processo pode se materializar por meio do estresse e de outras condições psicológicas, afetando, assim, diretamente a qualidade da relação com os presos, exatamente por causar prejuízos emocionais nos indivíduos responsáveis pelo seu acompanhamento.

Portanto, estão sujeitos aos danos do processo de prisionização e a toda a carga psicológica que esse acarreta, todos os indivíduos que fazem parte da instituição e não apenas os presos.

² Informações obtidas por meio do site da Assembleia Legislativa do Estado de Rondônia, matéria intitulada "ALE aprova projeto que mantém serviço dos agentes penitenciários 'emergenciais'". Disponível em: <<http://www.ale.ro.gov.br/noticias/ale-aprova-projeto-que-mantem-servico-dos-agentes-penitenciarios-201cemergenciais201d>>. Acesso em: 19 abr. 2001. E Disponível em: <<http://policiapenaldealagoas.blogspot.com/2011/02/agente-prestador-de-servico-e-presos-por.html>>. Blog fonte de informação sobre agentes penitenciários em todo o País mostra matéria que afirma: "[...] um dos grandes problemas do sistema prisional de Alagoas, prestadores de serviço contratados para exercer função de agente penitenciário, sem nenhum critério, a não ser o da 'amizade' e 'politicagem' [...]".

³ Prisionização é um processo de aculturação. É a "adoção, em maior ou menor grau, dos usos, costumes, hábitos e cultura geral da prisão" (DONALD; CLEMMER apud THOMPSON, 1980, p. 23).

A saúde mental, nas últimas décadas, tem se confirmado como importante tema a ser discutido com internos, familiares e profissionais que atuam nas prisões – gerentes, agentes penitenciários, trabalhadores administrativos e da saúde nas prisões, atitude, infelizmente, negligenciada pelas autoridades públicas e que tem gerado prejuízos das mais diversas ordens, facilmente comprovados, através da divulgação constante do elevado número de suicídios nas prisões, no Brasil e no mundo.

Feito o destaque às mudanças psicológicas e relacionais que podem ocorrer no interior das prisões, torna-se necessário relacioná-las com outras questões características dos espaços físicos do cárcere, geralmente, insalubres, super-habitados e que tendem a repercutir negativamente na qualidade da vivência nas prisões.

De acordo com Goffman (1961, p. 196):

Quase sempre, muitas instituições totais parecem funcionar apenas como depósitos de internados, mas, usualmente se apresentam ao público como organizações racionais, conscientemente planejadas como máquinas eficientes para atingir determinadas finalidades socialmente confessadas e aprovadas.

A Lei n. 7.210, de 11 de julho de 1984 – Lei de Execuções Penais (BRASIL, 1984) – dita, em seu artigo 88, as condições mínimas para encarceramento do condenado. No entanto, observa-se uma realidade bastante distante da idealizada pelo legislador, e mais próxima de uma instituição total no dizer de Goffman (1961).

As condições de vida, psicológicas e materiais dos presos nos ambientes prisionais são precárias, o que afeta, principalmente, a saúde dessas pessoas. Leis e normas têm sido criadas para dar melhores condições de vida aos apenados, mas, muito ainda precisa ser feito. Entre os dispositivos existentes ressalta-se a Resolução n. 14, de 11 de novembro de 1994, do Ministério da Justiça, que dispõe sobre as Regras Mínimas do Preso no Brasil. Destacando-se alguns artigos dessa Resolução, tem-se a dizer que o Artigo 1º afirma que essas normas obedecem a princípios constantes da Declaração Universal dos Direitos do

Homem e daqueles inseridos nos Tratados, Convenções e regras internacionais de que o Brasil é signatário, devendo ser aplicadas sem distinção de natureza racial, social, religiosa, sexual, política, idiomática ou de qualquer outra ordem.

Conforme dito anteriormente, entre a intenção legal e a realidade cotidiana dos presos há grande distância. Trata-se de um modo de vida em que predomina a rotina da falta. Podem ser citados, como exemplo, itens de higiene, coletiva e individual, que privam os indivíduos desde escovas de cabelo, sabonetes, sabões e xampus a escovas e cremes dentais, além de papel higiênico e toalhas. Tal situação explica o porquê, por exemplo, de tantas demandas por cuidados odontológicos e por medicamentos para problemas dermatológicos.

No que respeita o direito à saúde, a LEP, no seu artigo 14, trata da assistência à saúde do preso e do internado, dentro de uma perspectiva preventiva e curativa, compreendendo desde o atendimento médico e farmacêutico ao odontológico. No § 3º desse artigo, assegura o acompanhamento médico à mulher, principalmente no pré-natal e no pós-parto, extensivo ao recém-nascido (incluído pela Lei n. 11.942, de 2009).

No entanto, a realidade mostra que, em muitos casos, a referência a um cuidado médico, fora dos limites da unidade penal, dá-se por relações de camaradagem entre os profissionais de saúde. É o caso, por exemplo, de certas situações vivenciadas nas unidades penais do Estado do Piauí que, por não ter ainda aderido ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, resolve os problemas de consultas especializadas e cirurgias de emergência ou eletivas, na base da relação interinstitucional informal. Desse modo, se, de um lado, é dado cumprimento às demandas mais urgentes, na base dessas relações informais, de outro ficam pendentes definições de pactuações formais interinstitucionais, para referência e contrarreferência⁴ dos detentos que necessitam de cuidados de saúde via adesão ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário.

Lembrando o Decreto Federal 678/92, que promulga a Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica), em seu artigo 5º, ao tratar do direito à integridade da pessoa humana:

⁴ Sistema estruturado e pactuado de encaminhamento (e retorno) de pacientes aos diversos níveis de atenção.

Toda pessoa tem direito a que se respeite sua integridade física, psíquica e moral; e que ninguém deve ser submetido a torturas, nem a penas ou tratos cruéis, desumanos, ou degradantes.

Mesmo tolhida a liberdade, ao estar confinada no sistema prisional, a pessoa presa tem os seus direitos confirmados por essa convenção e por diversos tratados nacionais e internacionais.

Convém enfatizar que, caso continuem as práticas de desrespeito aos direitos humanos dos presos, as penitenciárias serão, cada vez mais, ambientes que não irão contribuir para mudar a realidade das pessoas que cometeram crimes ou atos ilícitos; configurando-se, sim, como cenários de reprodução da violência, intra e extramuro; como *locus* de reincidência criminal; como espaços lotados de um número, cada vez maior, de presos dentre outras situações.

De fato, uma rápida análise empírica acerca das ações de combate à violência e das medidas punitivas destinadas aos indivíduos que delinquem possibilita visualizar que a redução de indivíduos condenados, vivendo em prisões, não vem ocorrendo ao redor do mundo. O Conselho Nacional de Justiça (CNJ, 2009), resolveu conhecer a fundo a questão penitenciária no Brasil, e, após a realização de mutirões carcerários em todos os Estados, esse Conselho pautou as seguintes necessidades da área: a) acompanhamento da execução penal e de maior rigor na fiscalização dos estabelecimentos penais; b) abertura de novas vagas no sistema carcerário; c) implantação de sistema de gestão penal eletrônica; d) integração das ações inter e intrainstitucionais; e) fortalecimento da assistência jurídica aos internos e egressos; f) aperfeiçoamento da legislação; g) prosseguimento dos seminários promovidos pelo CNJ; h) implementação de projetos de capacitação profissional e de reinserção social de interno e egresso.

Mais uma vez enfatizamos que o indivíduo encarcerado pode ser afetado de diferentes formas dentro do sistema penal, seja pela qualidade das ações efetivadas dentro do espaço penal, pelo nível da relação com os trabalhadores do sistema penitenciário, seja pela estrutura física e material das unidades penais. Enfim, a qualidade das políticas públicas direcionadas aos indivíduos encarcerados é determinante para o sucesso das práticas executadas intramuros.

Destacamos o direito criminal como importante elemento desse mecanismo de controle e parâmetro para a elaboração de políticas públicas de segurança; entretanto, quase sempre essas políticas são elaboradas com base em princípios repressivos, observando o rigor penal, em detrimento da ressocialização dos detentos. Corre-se o risco de, eventualmente, verificar a própria Lei, tornando ineficiente a garantia de princípios e direitos presentes na Constituição Federal de 1988.

Por isso, deve-se entender que a questão penitenciária deve ser discutida para além do discurso policial, jurídico ou político, que a coloca nos marcos da simples sanção, e avançar no sentido da garantia dos direitos humanos e da ressocialização dos presos. Por outro lado, é importante ressaltar que o Estado tem falhado, ao longo da sua história, na missão de garantir a igualdade de direitos à totalidade dos cidadãos, penalizando, especialmente, as minorias e os setores populares mais empobrecidos. No caso dos direitos relacionados às pessoas privadas de liberdade, como vem se mostrando, essa situação é grave. Assim, se desejamos que o País se lance para o mundo como nação desenvolvida, pleiteando reconhecimento e assento em importantes fóruns de discussão internacional, importa reconhecer a necessidade dos agentes políticos governamentais avançarem rumo às políticas públicas mais eficazes e amplas, que beneficiem os direitos humanos e sociais da população em geral e daqueles que vivem em unidades penais.

Nesse sentido, Sá (1996, p. 115) afirma que

a intenção de transformar ou modificar o infrator, excluindo-o do livre convívio e o confinando em estabelecimentos penais, como condenado ou internado, está manifesta em diversos momentos da legislação [...],

e apresenta os resultados esperados desse confinamento, através dos termos: ‘presumida adaptação social’, ‘tratamento penal’, ‘harmônica integração social do condenado e do internado’, ‘incorporação do autor à comunidade’, ‘convivência em sociedade’, entre outros. Não obstante, entende-se que todo o processo de discussão acerca da ‘recuperação’ deve se dar à luz dos direitos humanos, cientes do fato de que, mesmo que a pena restritiva de liberdade importe em uma pena

restritiva de direitos, isso não implica, necessariamente, a eliminação total desses.

Para Michel Foucault (1987), os indivíduos presos – ‘sequestrados’ – não possuem o tempo de suas vidas, tampouco possuem seus corpos; uma vez preso, o indivíduo tem seu corpo ‘confiscado’ pela sociedade. Contribuem para essa conjuntura, segundo o autor, escolas e quartéis ao moldar corpos de acordo com a função social que o sujeito ocupará no sistema de produção; enquanto hospitais e prisões, nessa mesma visão, funcionam como locais de imposição de disciplina ao corpo.

Entretanto, será que lhes negando adequada assistência – incluindo a saúde – não estaríamos, como aponta Foucault (1987), buscando mostrar como o direito e a prática de punir descarregam no corpo dos condenados a sua fúria e vingança social?

A superlotação nos presídios do Brasil é resultado de um déficit da ordem de 194.650 vagas (BRASIL, 2010b). Dados da Folha de São Paulo, no ano de 2008, confirmam que, a cada dia, entram duzentos presos a mais do que saem nas prisões brasileiras. Esse jornal aponta, ainda, que a realidade do Brasil não é exceção.

No mundo todo, incluindo os países desenvolvidos, a criminalidade dá sinais de recrudescimento, segundo estudo do Instituto Latino-Americano das Nações Unidas para Prevenção do Delito e Tratamento do Delinquente. (FOLHA DE SÃO PAULO, 2008).

A matéria finaliza dizendo que, entre 2002 e 2005, o número de presos cresceu 52% na Espanha, 66% na Irlanda e 102% na Holanda.

Nos Estados escolhidos como cenários da pesquisa que vem se desenvolvendo – Piauí e Minas Gerais – a realidade não é diferente. No caso do Piauí, o sistema penal estadual possui uma população prisional composta por 2.473 homens e 118 mulheres, dispostos em 2.105 vagas. Os dados apresentados mostram que a

população carcerária no Piauí cresceu 44,3% nos últimos seis anos, saltando de 1.336 presos em 2003 para 2.591 no ano de 2009. Mostram, ainda, que a Casa de Custódia de Teresina⁵, construída para receber pouco mais de trezentos detentos, naquele ano, já possuía mais de seiscentos internos recolhidos. Segundo o mesmo levantamento, o índice de presos provisórios no Estado equivale a quase 73% do total (BRASIL, 2009).

Com relação ao perfil dos internos penitenciários do Piauí, o levantamento do DEPEN (2009) mostra que eles são, em sua maioria, jovens entre 18 e 34 anos (60,4%), e homens (95%). Identifica que mais da metade é da cor parda; e, sobre a formação educacional, mais de 80% não concluíram o Ensino Fundamental, e somente 80 indivíduos concluíram o Ensino Médio. Havia apenas quatro presos no Piauí com ensino superior completo e nenhum com Pós-Graduação, naquele ano.

Trazendo o foco para a saúde no sistema penal do Piauí, pode-se apresentar um exemplo da média de consultas médicas realizadas no Hospital Penitenciário Dr. Valter Alencar⁶ – centro de atendimento não credenciado ao Sistema Único de Saúde (SUS), e que funciona como referência para as demais unidades penais. Localizado na Colônia Agrícola Major César Oliveira, no município de Altos, vizinho a Teresina, capital do Estado, as consultas ali realizadas, oscilam em torno do atendimento de 22 pacientes por médico, por aproximadas 3 h de trabalho por turno, denotando consultas com menos de 10 min de duração. Esses atendimentos compreendem casos que variam desde simples relatos de dor de cabeça e gripe, problemas dermatológicos e necessidades de agendamentos cirúrgicos, até o acompanhamento e tratamento de indivíduos portadores de vírus da imunodeficiência humana (HIV).

Em todo o Estado do Piauí, o atendimento médico não é diário e a realidade dos presídios mais distantes da capital reflete uma carência ainda maior de profissionais de saúde, bem como a falta de definição de uma rede de atenção à saúde⁷ que garanta acesso à rede pública do SUS.

⁵ Unidade penal provisória do Governo do Estado do Piauí, que abriga os internos com maior potencial de periculosidade do sistema penitenciário local, incluindo, entre esses, presos condenados.

⁶ As informações referentes às consultas médicas realizadas neste hospital foram obtidas em contato direto do pesquisador com os registros internos da instituição, não havendo ainda publicação desses dados.

⁷ Trata-se, segundo Mendes (2009), da organização horizontal de serviços de saúde, com o centro de comunicação, na atenção primária à saúde, que permite prestar uma assistência contínua a determinada população – no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa – e que se responsabiliza pelos resultados sanitários e econômicos relativos a essa população.

Em Minas Gerais, segundo o Sistema Integrado de Informações Penitenciárias (InfoPen), do Ministério da Justiça, no Relatório de Dados Consolidados referente ao período de 2003 e 2006, a população encarcerada cresceu em 50,4%, entre presos condenados e provisórios, elevando-se de 23.156, em 2003, para 34.833 em 2006. Nesse intervalo de tempo, a Secretaria de Defesa Social daquele Estado informou um déficit de 12,4% de vagas; porém, se fossem levados em consideração os presos mineiros custodiados em distritos policiais ou em outros estabelecimentos prisionais provisórios da Polícia Civil do Estado, essa proporção cresceria para 45%. Atualmente, a população prisional de Minas Gerais é de 43.496 homens e 2.951 mulheres, compondo um total de 46.447 indivíduos presos no Estado.

Dentro de todos os 18 Estados habilitados no PNSSP, Minas Gerais tem se destacado na implementação da Política de Saúde Penitenciária.

Além de cadastrar mais de 117% das equipes de saúde junto ao PNSSP, ainda se observa, no sistema penitenciário mineiro, uma série de ações de saúde bem-sucedidas e boas práticas administrativas, a exemplo da criação de uma ala especial para gays e travestis, privados de liberdade em presídio recém-inaugurado. Nesse espaço, criado há mais de um ano, para 37 pessoas, não mais existem ameaças à decisão pessoal de feminização do corpo, nem situação de risco, outrora verificado, quando havia o convívio com indivíduos intolerantes à livre manifestação da orientação sexual.

Outras ações desenvolvidas em Minas Gerais, nessa área, destinam-se à redução da incidência do tabagismo, nos presídios, entre os adolescentes, que cumprem medidas socioeducativas no Estado, e entre as gestantes; essa última ação se dá através do Programa Redução de Danos para Gestantes, que tem como objetivo minimizar os riscos para a mãe e para o bebê.

Informações preliminares obtidas junto a técnicos da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) dão conta de que a responsabilidade da gestão estadual do PNSSP ficou a cargo da Secretaria Estadual da Saúde, e a gerência das equipes de saúde a cargo da Secretaria Estadual de Defesa Social (SEDS-MG), que é a responsável pela administração do sistema penal estadual.

À SES-MG compete a execução dos recursos financeiros, a capacitação dos profissionais de saúde e o

acompanhamento dos municípios, em especial, no que diz respeito à organização da referência e contrarreferência para média e alta complexidade. A SEDS é, então, responsável pela contratação das equipes de saúde e acompanhamento do seu trabalho.

Na prática, apesar do número significativo de equipes habilitadas, os cadastros de boa parte dessas encontram-se desatualizados, e algumas não possuem a composição mínima. Credita-se a dificuldade para a fixação dos profissionais de saúde nas equipes do sistema penal à falta de equiparação salarial, quando comparados os proventos estaduais, com o salário pago às equipes da Estratégia Saúde da Família do município de Belo Horizonte.

As informações obtidas revelam, ainda, que, mesmo tendo ultrapassado o número de equipes previsto pela Portaria nº 1777, o Estado não tem recebido qualquer recurso adicional por isso.

Não obstante as dificuldades inerentes à implantação de um plano dessa magnitude, torna-se imperioso depreender todos os esforços necessários para sua implementação, pois, historicamente, apesar da existência da oferta de cuidados em saúde aos presos no nosso País, a lógica utilizada nessas ações sempre preconizou o cuidado mínimo e pontual, em detrimento de ações educativas e preventivas, de caráter permanente.

Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário na perspectiva do SUS

Para promover o acesso das pessoas presas à saúde de forma integral e efetiva, dando cumprimento ao mandamento constitucional que afirma ser a “saúde um direito de todos e um dever do Estado” (BRASIL, 1988), a Portaria Interministerial nº 1777, de 9 de setembro de 2003, apresentou o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, fruto do trabalho conjunto de diversas áreas técnicas dos Ministérios da Saúde e da Justiça, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, conforme (BRASIL, 2010a).

Com base no mencionado plano, as ações e serviços da atenção básica em saúde deverão ser organizados nas unidades penais, por meio da formação de equipes interdisciplinares, responsáveis pela atenção primária

do preso, ficando o acesso aos demais níveis de atenção como item integrante dos planos operativos estaduais.

Portanto, os objetivos e princípios estabelecidos no PNSSP, do ponto de vista formal, são consoantes com a legislação internacional acerca dos direitos humanos, e, ainda, com os princípios e diretrizes do SUS, resultando no primeiro registro histórico de uma política de saúde específica à população confinada nas unidades prisionais nacionais.

A relação do PNSSP com o SUS está bem demarcada nas diretrizes estratégicas do plano, ao defender a assistência integral resolutiva, contínua e de boa qualidade; o controle e/ou redução dos agravos mais frequentes; definição e implementação de ações e serviços consoantes com os princípios e diretrizes do SUS; o estabelecimento de parcerias intersetoriais; a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde; o reconhecimento da saúde como um direito da cidadania; o efetivo exercício do controle social.

De modo geral, o plano propõe reforçar a premissa na qual as pessoas presas, independente dos delitos praticados, mantêm os seus direitos inerentes à pessoa humana, proclamados na Declaração dos Direitos Humanos (ONU, 1948, 1990) e na Constituição Federal, especialmente, o direito a plena saúde, não perdendo, portanto, o direito à cidadania.

O SUS representa a materialização da Política Nacional de Saúde, constituindo-se como um conjunto organizado de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, opondo-se ao modelo médico hegemônico, caracterizado pelo individualismo; pela visão do processo saúde/doença,⁸ sob uma ótica de mercado; pela ênfase no biologismo e pela medicalização dos problemas.

Ainda sobre o SUS, cabe destacar que ele consagra importantes conquistas sociais da população brasileira; essas apontam para a democratização das ações e serviços de saúde que passam a ser universais e descentralizados. Baseia-se em uma nova concepção centrada na saúde e não mais na doença, elegendo a prevenção e

a promoção da saúde como importantes estratégias de melhoria da qualidade de vida dessa população.

A VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), resultado das mobilizações e avanços – teóricos e práticos – dos diversos atores sociais e políticos, envolvidos no movimento da reforma sanitária,⁹ vem representar o marco definitivo da mudança do paradigma da saúde no País. E o Relatório Final da Conferência corrobora as afirmações:

Em primeiro lugar, ficou evidente que as modificações necessárias ao setor saúde transcendem aos limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação que diz respeito a promoção, prevenção e recuperação da saúde, constituindo-se no que se está convencionado chamar de reforma sanitária. (BRASIL, p. 2).

Do exposto, pode-se concluir que a sistematização do cuidado à saúde no País, de modo mais amplo e pleno, somente se dá com o advento do SUS. Esse representa uma nova concepção de saúde, com base em outros referenciais que não a simples ausência da doença; representa a união das ações preventivas, praticadas pelo Ministério da Saúde, com as ações curativas praticadas pelo Ministério da Previdência Social; e apresenta a descentralização dos serviços e dos recursos, sempre atrelados ao controle social e à participação popular.

É necessário enfatizar que a efetivação do SUS como sistema brasileiro universal de saúde é o coroamento da luta pela reforma sanitária, levada a efeito, conforme se pontuou anteriormente, em especial, por importantes estudiosos e sanitaristas, trabalhadores da saúde e pela sociedade civil organizada. Contudo, a necessidade de avanço é permanente.

De modo efetivo, o PNSSP representa a incorporação de equipes básicas de saúde, compostas por

⁸ Segundo Tancredi, Barrios e Ferreira (1998), trata-se de um processo social caracterizado pelas relações dos homens com a natureza (meio ambiente, espaço, território) e com outros homens (através do trabalho e das relações sociais, culturais e políticas), isso acontecendo num determinado espaço geográfico e num determinado tempo histórico.

⁹ De acordo com Paim (2008), tem-se a definição de Reforma Sanitária como uma reforma setorial com origem no interior da sociedade civil, a partir de movimentos sociais que combateram o autoritarismo desde os anos 1970, defendendo a democratização da saúde.

médico, enfermeiro, cirurgião dentista, assistente social e psicólogo, e, ainda, com o agente promotor de saúde, internos do sistema penal que recebem auxílio financeiro, e têm direito à remissão de suas penas, todos responsáveis pelos cuidados de 500 presos.

Cabe ao Ministério da Justiça o financiamento das construções e reformas estruturais dos módulos de saúde, e ainda a aquisição de materiais e equipamentos. Acrescente-se, também, que o Ministério da Saúde responsabiliza-se pelo fornecimento periódico de medicamentos e repasse de incentivos financeiros para a manutenção das equipes.

Aos cuidados dos Estados estão as seguintes atribuições: complementar os investimentos federais, contratar e controlar os serviços de referência sob sua gestão.

Atualmente, o desafio é incluir todos os segmentos e minorias sociais, aqueles que possuem representatividade ou não, na agenda da saúde contemporânea. Destaque-se aqui o caso da população carcerária.

Considerações finais

Diante da realidade carcerária nacional, conclui-se que o Estado não tem destinado a devida atenção para o assunto em questão. Dados dos Planos Diretores dos Estados apontam a morte de 1.919 presos no sistema penitenciário nacional, no período 2006-2007. Apesar da falta de dados confiáveis, credita-se a maior parte desses números à violência, mas certamente à falta de uma rede de cuidados de saúde estruturada junto às prisões conforme o preconizado pelo PNSSP.

Na realidade, a execução penal não tem ocorrido em ambiente adequado em momento algum da nossa história, nem priorizado o sentido recuperador da pena. O investimento realizado no setor, ao longo dos anos, não tem sido suficiente, e as ações de reintegração social não estão ao alcance da maioria dos presos no Brasil. Esse cenário de negação de direitos não tem contribuído para o caráter recuperador da pena, ao contrário, tem gerado revolta e falta de esperança nos indivíduos presos, que, em maioria, aguardam o cumprimento do tempo de suas condenações sem que nenhuma ação de reintegração social lhes seja dirigida. Portanto, urge promover a reflexão desse tema e evitar a continuidade dos

constrangimentos causados pela negação dos direitos humanos dos presos, como a negação de assistência material, à saúde, jurídica, educacional, social e religiosa.

É também urgente atuar no sentido de diminuir o número de indivíduos encarcerados, devendo-se, ao tempo em que se promove uma revisão das características mais perversas do cárcere, ampliar as ações, tendo em vista outras práticas penais. De acordo com o Pacto Internacional dos Direitos Políticos e Civis e a Declaração Universal dos Direitos do Homem, pode-se, por exemplo, fomentar a implantação, execução e fiscalização de medidas alternativas que se colocam para além da prevalência da pena privativa de liberdade.

Do exposto, pode-se afirmar que implementar o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário é efetivar, de fato, a consolidação do SUS como modelo de saúde universal, capaz de estabelecer a prática transdisciplinar e o trabalho em equipe, como elementos norteadores das rotinas organizacionais da assistência.

Enfim, a disponibilização da Atenção Primária à Saúde, como um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, que engloba a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação, significa a redução de internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial dos indivíduos encarcerados e à ampliação do acesso à saúde de populações em situação de desigualdade social.

De fato, o desenvolvimento das políticas de saúde nas últimas décadas no Brasil tem manifestado o entendimento da igualdade entre os indivíduos como base clássica do direito. A implementação do SUS e de políticas públicas capazes de agir, resguarda esses direitos; significa continuar trabalhando na direção da promoção de condições dignas de vida à população.

Por fim, o acesso equitativo aos serviços de saúde, incluindo-se o acesso das populações privadas de liberdade, configura a manifestação real da justiça distributiva e da solidariedade. Logo, como a existência de determinantes legais não vem garantindo a aplicação das leis, cabe, também, à comunidade acadêmica e à sociedade em geral contribuir, por meio de denúncias, com reflexões e reivindicações para a efetivação desses serviços na vida concreta dos indivíduos presidiários. ■

Referências

- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: 1988.
- _____. Lei 7.210 de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execuções Penais. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1984. Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1984/7210.htm>>.
- _____. Ministério da Justiça. *Departamento Penitenciário Nacional – DEPEN*. Brasília, 2009. Disponível em: <www.mj.gov.br/depen>. Acesso em: 12 set 2009.
- _____. Ministério da Justiça. *Departamento Penitenciário Nacional – DEPEN*. Brasília, 2010. Disponível em: <www.mj.gov.br/depen>. Acesso em: 27 fev 2010.
- _____. Ministério da Saúde. *Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário*. 2. ed Brasília, 2005. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_sistema_penitenciario_2ed.pdf>. Acesso em: 26 fev 2010.
- _____. Relatório anual - 2009. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/programas-de-a-a-z/gestao-socioambiental/342-rodape/publicacoes/relatorios-anuais-do-cnj/13031-relatorio-anual-do-cnj-2009>>. Acesso em: 27 fev 2011.
- _____. Relatório final da VIII conferência nacional de saúde. 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 27 fev 2011.
- FOLHA DE SÃO PAULO. A cada dia, entram 200 detentos a mais do que saem nas prisões do País. Disponível em: <http://www.correioforense.com.br/noticia/idnoticia/30362/titulo/A_cada_dia_entram_200_detentos_a_mais_do_que_saem_nas_prisoas_do_Pais.html>. Acesso em: 28 fev 2011.
- FOUCAULT, M. *Vigiar e punir: história da violência nas prisões*. Petrópolis: Vozes, 1977.
- GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1961.
- MENDES, E.V. *As Redes de Atenção à Saúde*. Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. 2009.
- ONU. Declaração Universal dos Direitos Humanos. [internet], 1948. Disponível em: <<http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=por>>.
- _____. Princípios Básicos para o Tratamento dos Reclusos. [internet]. 1990. Disponível em: <<http://www.lgdh.org/Principios%20basicos%20relativos%20ao%20tratamento%20de%20reclusos.htm>>.
- PAIM, J.S. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p.
- SÁ, G.R. de. *A prisão dos excluídos: origens e reflexões sobre a pena privativa de liberdade*. Rio de Janeiro: Diadorim, 1996.
- TANCREDI, F. B. *et al.* Planejamento em saúde. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde e Cidadania, v.2).
- THOMPSON, A. *A questão penitenciária*. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1980.

Recebido para publicação em Maio/2011
 Versão definitiva em Outubro/2011
 Suporte financeiro: Não houve
 Conflito de interesse: Inexistente