

O Direito à Saúde no Sistema Prisional

The Right to Health in Prisons

El Derecho a la Salud en las Prisiones

Gabrielle Jacobi Kölling¹

Marinho Braga Batista e Silva²

Maria Célia Delduque Nogueira Pires de Sá³

RESUMO

O direito à saúde é objeto de constante análise e, a cada momento, visualiza-se a necessidade de enfrentar diferentes interfaces desse direito fundamental. A complexidade inerente ao sistema social, e, por conseguinte, ao da saúde também, demanda-nos romper com a classificação de cidadãos de primeira e de segunda classe; isso não é republicano, tampouco democrático. A lógica dos *desumanizados* e excluídos (esquecidos e negligenciados) deve ser cambiada pela lógica

1 Graduada em direito pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos, especialista em direito sanitário pela Universidade de Roma Tre, mestre em direito público Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

2 Graduado em Psicologia pela Universidade de Brasília, especialista em Saúde Mental na Fundação Oswaldo Cruz, mestre em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro e doutor em Antropologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro.

3 Possui graduação em Direito pelo Centro Universitário de Brasília (1997), mestrado em Planejamento e Gestão Ambiental pela Universidade Católica de Brasília (2005) e doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (2010). Atualmente é pesquisadora adjunta da Fundação Oswaldo Cruz Brasília e professora-substituta da Universidade de Brasília, membro do GT-Lei de Responsabilidade Sanitária do Ministério da Saúde. Tem experiência na área do Direito, com ênfase em Direito Sanitário, atuando principalmente nos seguintes temas: direito sanitário, judicialização das políticas de saúde e representações democráticas e saúde

da inclusão. A análise enfocará a saúde no sistema prisional. Para isso, é condição de possibilidade analisarmos os condicionantes de saúde e os seus efeitos no panorama prisional-sanitário brasileiro. Observaremos, ainda, as ações governamentais para efetivar o direito à saúde no sistema prisional, em especial a Política Pública de Saúde “Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário”, que se apresenta como uma tentativa concreta de romper com a negligência do Estado em relação aos integrantes do sistema prisional, aos esquecidos, aos sem voz.

Palavras-chave: direito à saúde; negligência; saúde no sistema prisional; políticas públicas.

ABSTRACT

The right to health is matter of constant analysis and, at each moment the need to challenge the different interfaces of this basic right is visible. The innate complexity of the social system and, by consequence to the health system as well, demands that we break with the concept of first and second class citizens; this is not republican or even democratic. The de-humanized and excluded logic (forgotten and neglected) must be traded for the inclusion logic. The analysis will focus the prison system's health. For this is condition

of possibility to analyze the health conditions and its effects in the Brazilian prison-sanitary scope. We will also observe the government's actions to make the right to health effective in the prison system, in special the Public Health Policy "Nacional Health Plan in the Prison System", which is presented as a real attempt to break with the state's negligence regarding the members of the prison system, the forgotten, the ones without voice.

Keywords: right to health; negligence; health in the prison system; public policy.

RESUMEN

El derecho a la salud es objeto de análisis constante y en cada momento podemos ver las diferentes interfaces de este derecho fundamental. La complejidad inherente al sistema social, y por lo tanto a la salud también. Esto nos exige romper con el paradigma de ciudadanos de primera y de segunda clase, no distingue entre republicano ni democrático. La lógica de los excluidos y deshumanizados (olvidados y descuidados) debe ser cambiada por la lógica de la inclusión. El análisis se centrará en la salud en las cárceles. Para eso, es condición analizar los condicionantes de la salud y sus efectos sobre la misma en el sistema carcelario brasileiro. Vamos a observar las acciones del gobierno para hacer cumplir el derecho a la salud en el sistema penitenciario, especialmente la Política Pública de Salud "Plan Nacional de Salud en el Sistema Penitenciario", que se presenta como un verdadero intento de romper con la negligencia del Estado en relación a los miembros del sistema penitenciario, los olvidados, los sin voz.

Palabras clave: derecho a la salud; descuidados; salud en las cárceles; política pública.

INTRODUÇÃO

Efetivar o direito à saúde é uma das características da democracia, direito este humano e social, dotado de complexidade. A sociedade brasileira é marcada por iniquidades sociais, as quais se tornam muito claras quando o assunto é saúde, especialmente no sistema prisional.

Dentro da lógica dos negligenciados (aqueles que são esquecidos pelo Estado), a partir da saúde no sistema prisional, pode-se dizer que um dos expoentes mais fortes de negligência diz respeito aos encarcerados: muitos deles não são sequer contabilizados no tocante ao investimento em saúde. E mais: os estabelecimentos prisionais são demasiadamente insalubres, e os serviços de saúde são infinitamente insuficientes e carentes; a prova disso é a consolidação de uma política pública específica para o Sistema Prisional. A lógica do isolamento ainda persiste no século XXI: nas sociedades mais "atrasadas", a resolução era isolar os acometidos de doença mental e os detentos. Atualmente, esse isolamento já não é mais possível no que tange à questão geográfica, mas criamos muros para isolar os presos, por exemplo, na medida em que essa parcela excluída fica à mercê dos direitos e garantias fundamentais; é como se perdessem a condição de humano quando adentram os estabelecimentos prisionais. É paradoxal, pois muitos já eram "isolados" fora desses muros: alguns só têm acesso a tratamento dentário, por exemplo, dentro da "prisão". É necessário rompermos com esses

muros para então criarmos pontes, as quais só serão efetivadas quando compreendermos que todos os cidadãos são iguais, presos ou não, e que não podemos ter cidadania de primeira ou de segunda classe.

Diante dessa situação de “esquecimento” (negligência) ou isolamento, temos de pensar na saúde como um bem da humanidade⁴, e isso demanda, também, resgatarmos um dos pilares (esquecido) da Revolução Francesa: a fraternidade. É possível pensarmos na humanidade sem pensarmos na fraternidade quando o assunto é saúde? Parece-nos que não. É necessário olharmos o outro como um igual, que merece a mesma saúde que desejamos para nós. Entretanto, há que se ter cuidado: essa mudança não significa que queremos um *Estado Paternalista*; queremos, sim, que a Constituição seja cumprida! Para isso, é indispensável uma mudança estrutural na política pública de saúde, bem como na social e na econômica. O Plano Nacional para a efetivação da saúde no Sistema Nacional vem com a finalidade de atender a essa demanda.

Será que quando erguemos os muros das prisões e apertamos a tecla do esquecimento estamos tratando os “presos” como seres humanos iguais, que têm a mesma condição de humano como nós? A circunstância ou o estado “preso” não faz com que ele perca a condição de humano e de cidadão que, necessariamente, precisa fruir e gozar de saúde, embora nas condições atuais do sistema prisional. No que concerne à saúde, será que podemos dizer que há “saúde” para essa parcela da sociedade que

⁴ Sobre esse ponto, é válido destacar a saúde como bem da comunidade, perspectiva trabalhada pela professora Sandra Vial em: O direito à saúde e os determinantes sociais VIAL, Sandra Regina Martini; DE OLIVERIA, Christiano Augusto Seckler. *Revista da Defensoria Pública*. 1:1, jul/dez. 2008, São Paulo.

cai no esquecimento e na negligência por parte do Estado?

Diante dessas inquietações, a pretensão do trabalho é analisar o contexto do direito à saúde no sistema prisional, bem como observar os fatores condicionantes de saúde, visto que eles mostram os graus de “negligência”, e quais são as ações governamentais voltadas à efetivação da saúde como um direito dentro do sistema prisional. Integra, ainda, o foco do trabalho, analisar criticamente as ações para verificar se a estrutura da ação governamental atende à demanda de saúde.

OS NEGLIGENCIADOS DO SISTEMA PRISIONAL

“Se quiseres conhecer a situação socioeconômica do país visite os porões de seus presídios” (Nelson Mandela).

A frase de Mandela é bastante oportuna, pois, se olharmos os “porões dos nossos presídios”, verificaremos que ainda há muito abandono e negligência. Estamos diante dos cidadãos negligenciados ou cidadãos de *segunda classe*. A realidade carcerária nada mais é do que a realidade da negligência estatal, isso fica ainda mais visível quando o assunto é saúde. Alguns condicionantes de saúde, tais como educação, saneamento básico, dentre outros, são determinantes para o precário quadro sanitário no sistema prisional brasileiro.

Falar em saúde demanda-nos levar em conta outros fatores, diversos daqueles apresentados pelo direito. Visto que as condições de vida da população interferem diretamente na concretização do direito à saúde, não se pode ficar preso ou adstrito tão somente aos

fatores jurídicos (regras); é preciso pensar e operacionalizar, também, com a lógica do sistema da saúde. É por isso que não se pode pensar tão somente na política de saúde de modo isolado. É preciso, também, pensarmos na questão estrutural no caso dos negligenciados, em especial dos apenados, pensarmos em novas estruturas prisionais, reformulação e construção de adequadas condições, pois sem isso será inviável colocarmos em prática uma política de saúde nesses lugares, e a questão da ressocialização fica mais distante ainda e, quiçá, utópica.

Quando falamos em condicionantes sociais de saúde, estamos com o foco na tentativa de chamar, novamente, a atenção para uma antiga, porém atual questão: a saúde de uma população é determinada muito mais pelas condições de vida das pessoas – educação, informação, renda, trabalho, nutrição e alimentação, habitação, ambiente saudável e outras – do que pela disponibilidade e qualidade dos serviços de saúde. Ou seja, a saúde da população está intimamente ligada ao “estilo de vida” das pessoas, e considerar isso para efetivar o direito à saúde, seja no sentido de propiciar serviços de saúde de cunho curativo, seja no sentido preventivo, deve ser levado em conta pelo Estado na formulação (e na execução) das políticas públicas de saúde efetivadoras desse direito.

Além disso, as iniquidades sociais, grande problema das sociedades contemporâneas, trazem profundas consequências para a saúde, mais ainda para a saúde dentro do sistema prisional. O ponto das “iniquidades” é crucial na discussão das faces do Estado Neoliberal, pois somos a sexta economia mundial e ainda preservamos muitas mazelas, ainda preferimos

os muros às pontes que distanciam a realidade do cárcere em relação à sociedade. Ao analisar o direito à saúde no sistema prisional com vistas à política pública de saúde (Plano Nacional de Saúde no Sistema Prisional), está-se criando pontes ao invés de muros, pois observar e reconhecer um problema é o primeiro passo para enfrentá-lo. Nesse contexto, o enfrentamento do problema da cegueira em relação à concretização do direito fundamental à saúde no sistema prisional dar-se-á mediante a consolidação da política pública de saúde.

Segundo Sola⁽¹⁾, o processo de formação de políticas públicas é fruto de uma dinâmica de fatores sociais, econômicos, políticos e ideológicos cuja característica é a complexidade. Nesse cenário demasiadamente complexo, tem-se o processo de desenvolvimento do Brasil, cujo fundamento são as decisões políticas. É válido lembrar que a escolha política relacionada à criação e implementação de uma política pública específica para o sistema prisional só foi objeto de “escolha”, por parte do poder público, mais de vinte anos após o reconhecimento da saúde como direito em uma carta política democrática e republicana, que não faz distinção em relação ao destinatário desse direito, pois, apenados ou não todos têm direito à saúde. Nesse ponto, temos os negligenciados, ou seja, aqueles que são “esquecidos” pelo Estado⁽²⁾.

Não há na literatura uma definição sobre negligência de modo preciso. Tem-se algumas aproximações teóricas acerca do tema. Para Volic e Baptista⁽³⁾, a negligência pode ser observada em diversos aspectos das relações entre os homens, especialmente quando há uma dependência de cuidados e de proteção de uns em relação a outros. Ou seja, quando

ocorre uma relação de dependência, na qual necessidades específicas de uns só podem ser supridas por seus cuidadores (aqui a figura do cuidador pode ser lida como Estado), não no sentido paternalista, mas no sentido Estado prestador/concretizador de direitos fundamentais. O sujeito da negligência é aquele a quem é atribuída a responsabilidade dos “cuidados”, no caso em tela, os apenados.

Nesse contexto, a atitude é considerada negligente quando não acidental e quando expressa uma ação negativa ou uma ausência voluntária de exercício desses cuidados pelos seus responsáveis, a qual tem repercussões graves na vida daquele que é cuidado. Ou seja, quando o poder público não observa o caos sanitário que está impregnado no sistema prisional e não toma atitudes para reverter o quadro, ele está sendo negligente. A ausência de cuidados, que configura a negligência, é também caracterizada pela dor ou pelo prejuízo que ela proporciona quando não supre necessidades fundamentais do outro⁽³⁾, tais como a saúde.

Esses cuidados estão relacionados às necessidades básicas fundamentais, que podem ser materiais, psicológicas ou sociais. A saúde é a necessidade mais vital dentre todas, pois sem condições mínimas de saúde, não há vida.

Ainda sobre as necessidades, é oportuno observar e reforçar a ideia de que nesse rol estão as necessidades de limites, de regras, de liberdade, de afeto, de felicidade, de ajuda, de comunicação, de proteção, dentre outras⁽⁴⁾. Não há como falar de sobrevivência dentro de um presídio sem condições mínimas de saúde, de salubridade, dentre outras.

A negligência no sistema prisional assume diversas formas, e uma delas é o saneamento básico, ou melhor, a falta dele. Saneamento básico é condição de possibilidade para o controle de determinadas moléstias, bem como para a prevenção em saúde. Resta saber: temos saneamento básico nas penitenciárias? Qual a finalidade de termos uma política pública focada na saúde prisional se tem-se uma enorme demanda estrutural no sistema prisional? As situações estão sendo pensadas de modo isolado, quiçá cartesiano. São situações correlatas e devem ser pensadas e processadas dentro de uma lógica comum: saúde. As questões de estrutura não são competência do Ministério da Saúde, mas estão intimamente ligadas à efetivação da política pública de saúde no sistema prisional.

Saneamento básico não existe em boa parte das penitenciárias do Brasil. Os dados do Relatório da visita do Conselho Estadual de Direitos Humanos da Paraíba mostra-nos o que na verdade já sabemos. Embora esse relatório apenas desvele a situação de modo formal, são dados importantes: as instalações são deficitárias, o sistema de esgoto é precário, quiçá funcione. O direito à saúde NÃO é “respeitado”, tampouco efetivado, visto que os presos ficam em local fétido, com péssimo estado físico, amontoados, sem colchões, em celas úmidas, sujas e com fezes. Oitenta presos estavam praticando greve de fome por melhores condições de tratamento no presídio.

Os homens estavam todos sem camisa, sem higiene alguma, estavam “sem direito a banho”, há meses até sem banho de sol e somente tinham acesso a uma única bacia higiênica na cela para 80 pessoas fazerem suas necessidades fisiológicas, a qual era trocada

de forma esporádica pela administração. Os detentos relatavam sede, via-se presos machucados e doentes: situação cruel, desumana e degradante⁽⁵⁾ (fotografias 1, 2 e 3).

Vejamos as imagens desse “estado da arte”, realidade.



Fonte: Relatório de Visita do Conselho Estadual de Direitos Humanos da Paraíba, realizada em 28/08/2012⁽⁵⁾.

Isso é tratamento (des)humano? Eis a condição desumana da sociedade. Como falar de direito à saúde nesse contexto?



Fonte: Relatório de Visita do Conselho Estadual de Direitos Humanos da Paraíba, realizada em 28/08/2012⁽⁵⁾.

O saneamento básico refere-se ao conjunto de medidas que visam a preservar ou a modificar as condições do meio ambiente com a finalidade de prevenir doenças infecciosas e promover a saúde. A falta de saneamento básico causa malefícios à saúde, e um deles resume-se ao conjunto de doenças infecciosas. Essas doenças são constituídas por agravos que têm em comum apenas o fato de serem ocasionados por parasitas, agentes etiológicos vivos, adquiridos em algum momento pelos hospedeiros a partir do meio ambiente externo. Esses critérios permitem incluir no mesmo grupo processos infecciosos agudos e de alta letalidade, como a raiva, e outros crônicos, capazes de subsistir durante a maior parte da vida do portador, aparentemente sem produzir maiores prejuízos, como certas helmintoses intestinais⁽⁶⁾.

Assim, pode-se dizer que o contato ou a ingestão de água sem condições adequadas de saneamento poderá proporcionar, dentre outras moléstias, doenças infecciosas, tais como cólera, diarreia (e intoxicações alimentares), doença de Chagas, encefalopatia espongiforme transmissível (“doença da vaca louca”), febre tifóide, hepatite A, Hepatite E, leptospirose, poliomielite, toxoplasmose, verminoses, esquistossomose e infecções por amebas de vida livre⁽⁶⁾.

Diante dessa realidade, além das retratadas com imagens retiradas do presídio da Paraíba, observa-se que a desumanização e os *muros* imperam no sistema prisional. Precisamos de pontes de *fraternidade* (*reconhecer o*

outro como um igual) e de humanização, de alteridade, para ver essas pessoas como um igual que, mesmo cumprindo pena, ainda é um humano. É preciso romper com a negligência!

Não se tem dúvidas quanto à interrelação da saúde com o saneamento básico, com a educação e com diversas outras áreas. A educação na saúde é crucial para determinar os aspectos de sanitários (ou a falta deles) dentro do sistema prisional.

O fracasso da ressocialização é notório ou as *desilusões com as prisões (que concretamente nunca foram capazes de realizar esse propósito de “recuperação”)*. Para enfrentar isso, é preciso admitir e querer a aproximação dos saberes da saúde com os saberes da sociologia⁽⁷⁾, com a educação, com a saúde pública em específico.

Não se pode esquecer da condição de humano e de cidadão do apenado. É preciso que a sociedade reveja os seus conceitos de ‘homem criminoso’ e seus padrões éticos e humanos de relacionamento com este, e, ao encarcerado, dê oportunidades de se redescobrir como cidadão, de ter uma visão construtiva de seus deveres, direitos e qualidades⁽⁷⁾. Rever esses conceitos é crucial para a implementação do Plano Nacional de Saúde (política pública para o sistema prisional). O plano será objeto de análise e discussão no próximo ponto do artigo.

Ainda dentro da lógica dos negligenciados (abandono), há que se pensar que a saúde tem outro polo que é fator decisivo, mas que é deixado de lado dentro do sistema prisional: a educação.

A educação é uma questão chave na saúde. Quando tem-se uma população com educação, a assimilação de hábitos saudáveis é maior, e a compreensão de que determinadas condutas e cuidados são vitais para a manutenção, promoção e/ou recuperação da saúde é, também, maior. A situação agrava-se ainda mais quando considera-se o contingente de analfabetos. Como “atingi-los” de modo eficiente para essas

questões? Veja-se o que Vial⁽⁸⁾ diz sobre: *Mesmo que o número de analfabetos esteja em declínio, ainda temos aproximadamente 14 milhões de analfabetos. O fato mais grave é que podemos fazer uma conexão direta entre pobreza, analfabetismo e algumas doenças.* Essas “conexões” foram visualizadas, também, nas imagens apresentadas anteriormente (as fotografias): elas denunciam a realidade do cárcere e a falta de conexão entre educação, saúde e hábitos. Falar do direito à saúde demanda rompermos com os paradigmas ultrapassados de que saúde é a mera ausência de doença, pois ela é mais do que isso. É, antes de tudo, um complexo estado que envolve bem mais do que ausência de doença. Se pensarmos nesse conceito “restritivo” de saúde, pode-se concluir que nem isso (mera ausência de doença) temos no sistema prisional.

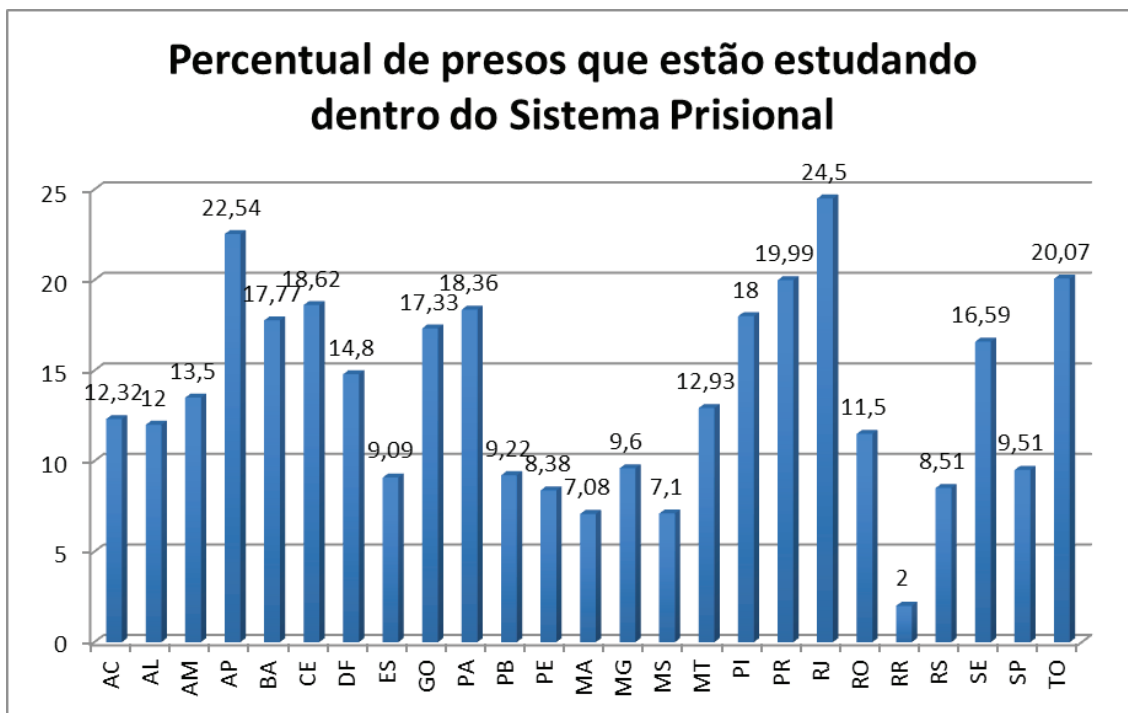
A legislação penal, especificamente na Lei de Execuções Penais, estabelece que a assistência educacional compreenderá a instrução escolar e a formação profissional do preso e do internado. Ainda dentro da legislação de execução penal, o art. 18 determina que o ensino de primeiro grau será obrigatório, integrando-se no sistema escolar da unidade federativa. É o atual ensino fundamental, cuja obrigatoriedade nos faz utilizá-lo como indicador, visto que os presos

sem escolaridade têm o direito, como qualquer pessoa, de recebê-la do Estado. A educação é crucial para a saúde, em especial em um cenário tão deteriorado como o do sistema prisional. Educação, prevenção e conscientização são palavras entrelaçadas quando o assunto é saúde. Freire⁽⁹⁾ apresenta o conceito de educação vinculado às combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações conducentes à saúde para a plena compreensão e aceitação dos objetivos educativos implícitos ou explícitos nas ações desenvolvidas e recomendadas.

Ainda dentro dessa perspectiva educacional, a ONU (Organização das Nações Unidas) apontou as Regras Mínimas, por meio da Resolução n.1 de 20 de março de 1995, que trata da Aplicação das Regras Mínimas para o Tratamento do Preso no Brasil, salientando a obrigatoriedade da instrução primária aos presos que não a possuem⁽¹⁰⁾. Além disso, os cursos de alfabetização serão obrigatórios para os analfabetos.

No gráfico 1, temos um dos reflexos da educação dentro do sistema penitenciário. A

Gráfico



Fonte: BRASIL. Congresso Nacional. Câmara dos Deputados. Comissão Parlamentar de Inquérito

situação é muito grave. A média nacional de presos estudando é de apenas 13,23 por cento. Sem educação, não há como se falar em saúde do Sistema Carcerário⁽¹¹⁾. Os Estados de SC e RN não aparecem porque não apresentaram dados.

Outro dado mais alarmante ainda é que, conforme os dados do DEPEN, 81,9% dos presos têm ensino fundamental incompleto. Essa informação demonstra que a falta de educação nessa parcela da população constitui mais uma barreira, diante de tantas, para a efetivação da saúde nos seus patamares mínimos. Todos nós queremos (almejamos) um banho quente, uma roupa limpa, a louça do nosso jantar em bom estado de limpeza, o banheiro limpo, uma pia para lavarmos as mãos, etc., pois sabemos que isso contribui e muito para a nossa saúde. A informação em saúde é crucial para isso, mas, também, a educação, pois de nada adianta o receptor receber a informação sem condições de processá-la internamente. O déficit cultural influencia sobremaneira a saúde.

Ainda sobre o condicionante de saúde “educação (falta de)”, é interessante observar que a baixa escolaridade ou até mesmo o analfabetismo influenciam diretamente as questões de saúde, já que o fato de ser analfabeto dificulta, sobremaneira, o entendimento desse montante da população acerca de questões básicas de cunho informativo e/ou preventivo, por exemplo. Isso reforça, ainda mais, a necessidade de dar-se ênfase às atividades de educação em saúde logo na porta de entrada das penitenciárias.

Giddens já referiu algumas observações acerca da linguagem, e essas ilustram o quadro do analfabetismo, especialmente no tocante às

barreiras da linguagem: elas configuram um verdadeiro *muro* na comunicação quando não transpostas de modo eficaz para essa parcela da população analfabeta ou para os analfabetos funcionais. Outro fator que o sociólogo destaca é que a ideia cultural sobre determinada doença, em alguns casos, é desconsiderada pelos próprios profissionais de saúde, e isso, em um contexto cultural deficitário, é decisivo, especialmente no contexto do sistema prisional e dos demais negligenciados⁽¹²⁾.

O contingente de pessoas analfabetas ou analfabetas culturais assola a população carcerária, e nesse viés podemos pensar no ponto da “informação” ou do “processamento da informação”. Dentro das penitenciárias, temos muitos negligenciados, inclusive negligenciados pela educação. Temos, também, muita violência sexual, doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), a realização de tatuagens nas piores condições de higiene possíveis, uso de agulhas para a confecção dos desenhos tatuados, o uso de seringas para o consumo de drogas, enfim, não temos exatidão quanto ao contingente dos casos de AIDS, HIV, hepatite, DSTs, tuberculose, etc., dentro das penitenciárias, mas sabemos que a falta de informação e esse “déficit cultural” torna esse quadro ainda pior. Investir em conscientização e educação na penitenciária também é tentar consolidar uma saúde minimamente razoável.

Além de fiscalizar e controlar os procedimentos e os produtos, participar da produção de medicamentos, equipamentos e demais insumos sanitários, cabe ao Estado participar da formulação de políticas e da execução das ações de saneamento básico, desenvolvimentos científico e tecnológico na área da saúde, fiscalizar e inspecionar alimentos

e bebidas, assim como as propagandas, tais como as de cigarro, o qual hoje é um grande potencializador das doenças crônicas não transmissíveis. Todo esse arcabouço pertence ao conceito jurídico de saúde⁵. Aqui, mais uma vez, verificamos a importância da intersectorialidade para a efetivação da saúde como um direito, pois todos esses itens elencados são determinantes e devem ser observados pelo Estado. Cumpre ao Estado a tarefa de dar concretude a essa previsão constitucional, visto que a concretização do direito à saúde é uma tarefa estatal⁽¹³⁾.

Diante disso, resta-nos a dúvida: será que o comércio paralelo que se solidificou dentro das penitenciárias também é fiscalizado na perspectiva sanitária? Será que a cozinha dos presídios é fiscalizada pela vigilância sanitária? Falar em saúde no sistema prisional não é só falar em implementar equipes e serviços médicos dentro dos estabelecimentos prisionais; é falar, também, em fiscalização, vigilância estatal, educação, revisão das estruturas, saneamento, ou seja, é alargar a compreensão de saúde e doença.

Salles Dias⁽¹⁴⁾ reflete sobre a necessidade do alargamento de compreensão do processo saúde/doença. Nesse “alargamento”, devemos inserir os determinantes sociais de saúde, pois, se ficarmos adstritos à compreensão de saúde como processo saúde/doença, não conseguiremos efetivá-la. É necessário e indispensável alargarmos essa compreensão para inserirmos os determinantes no processo de concretização do direito à saúde. Segundo a autora, devemos pensar no processo saúde/doença em toda a sua complexidade,

com seus nexos causais diversos e na sua determinação social, com indivíduos e populações apresentando riscos desiguais de adoecer e morrer, compreende-se também que a modificação do mesmo exige ações e intervenções do setor saúde e aliança com outros setores que elaboram e implementam políticas públicas. Esta visão rompe com o isolamento do setor saúde e o inclui num outro horizonte político, trabalhando institucionalmente a intersectorialidade e construindo, efetivamente, políticas públicas eficazes, resolutivas e que, de fato, atendam às necessidades da população.

Não basta termos uma normatização para enfrentar a tuberculose no sistema prisional (resolução [diretriz básica] CNPCP N. 11. de 07 de dezembro de 2006), para a detecção de casos de tuberculose entre ingressos no Sistema Penitenciário nas Unidades da Federação, se essa não considerar a gerência do risco, o seu aspecto epidemiológico (com maior profundidade) no tocante à transmissão da doença, seja de fora para dentro, seja de dentro para fora. E o pior: a “resolução” utiliza o verbo “recomendar”, ou seja, não vincula de modo direto e objetivo. É necessário, também, considerar os determinantes sociais de saúde daquele contingente de pessoas, tais como a educação (para saber os modos de transmissão da doença, contágio...), o estilo de vida (alimentação, circulação do sujeito), dentre outros fatores determinantes e condicionantes, quais sejam: fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. Ora, falar em direito à saúde implica considerar essas condições.

Os condicionantes de saúde no sistema

⁵ Conforme artigo 200 da Constituição Federal do Brasil de 1988.

prisional demonstram a existência de contextos alarmantes: situações de superpopulação, violência, iluminação e ventilação naturais insuficientes, falta de proteção contra condições climáticas extremas, serviços médicos deficientes, inadequações nos meios de higiene pessoal e de nutrição e as restrições ao acesso à água potável aumentam a vulnerabilidade da população privada de liberdade à infecção pelo HIV e outras doenças infecciosas, tais como tuberculose, hepatites virais, hanseníase, entre outras, aumentando também as taxas de morbidade e mortalidade nas prisões. E o pior: não temos informações científicas (perfil epidemiológico específico) acerca dessas situações; possivelmente estamos diante de uma epidemia de hepatite e tuberculose dentro dos presídios, mas não temos certeza. Sem isso, não temos eficiência nas ações de combate e tratamento a essas patologias.

As condições precárias dificultam ou até impedem/elidem respostas eficazes ao HIV, à AIDS, dentre outras doenças infecciosas e DSTs nas situações de encarceramento. Em diversos presídios, temos lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais e esses, por sua vez, sofrem todos os abusos possíveis, o que pode fazer com que venham a adoecer ou agravar a sua condição de saúde. Temos, também, os fatores adicionais de risco: o compartilhamento de material usado em tatuagens, piercings e lâminas de barbear, seringas para o uso de drogas injetáveis, além da esterilização inadequada ou reutilização de instrumentos médicos e/ou odontológicos.

AÇÕES GOVERNAMENTAIS PARA O ENFRENTAMENTO DO DESCASO E ABANDONO DA SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL

No contexto da real necessidade de enfrentamento das demandas de saúde, pode-se dizer que, considerando as situações concretas as quais nos propomos analisar, de nada adianta uma política pública de saúde prisional se a unidade prisional é insalubre, não é nada favorável à saúde mental, psíquica, física, ou seja, não se atinge a meta proposta: efetivar o direito à saúde nos estabelecimentos prisionais. Passamos por excrementos até chegar ao ambulatório do presídio, não temos saneamento, esgoto fica a céu aberto, condições de higiene são inexistentes, superlotação..., dentre outros vários fatores e condicionantes de saúde, há um verdadeiro ciclo de doenças de dentro para fora e de fora para dentro, essa *parcela doente da sociedade* fica ainda mais doente! Assim, observa-se que a sociedade doente não é só a carcerária, mas, também, o entorno desta, uma vez que olha para o sistema penitenciário como se esse fosse um leproso! Precisa-se mudar e romper esse paradigma!

Não temos dúvida quanto ao fato de que a questão estrutural não é incumbência do sistema da saúde, mas não adianta um “agir isolado”; é necessário que o sistema da saúde se acople estruturalmente com o sistema do direito e da política no que concerne à estrutura (estrutura do sentido sistêmico e não de engenharia) do Ministério da Justiça para efetivarmos uma ideia de presídios “salubres”. O cerne está, também, na questão estrutural dos presídios, pois é necessário um novo desenho da engenharia desses estabelecimentos prisionais. Não podemos ficar cegos diante dessa demanda iminente.

Em 2003, foi criado o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), com o objetivo de levar aos cárceres o que apenas

estava previsto na lei: as ações e serviços de saúde. Ainda que antes houvesse ações de saúde nos estabelecimentos penais, o plano nacional promoveu o acesso efetivo, por meio de incentivo financeiro para custeio, e kit de medicamentos de atenção básica (veja-se: só atenção básica! Então quem está apenado só tem acesso à atenção básica?), com recursos do Ministério da Saúde e do Ministério da Justiça. O Ministério da Justiça deveria arcar com a reforma e a adequação dos espaços físicos de estabelecimentos penais e equipamentos (veja-se: deveria. É a eterna “luta” do dever ser.). No rol dos apenados, temos homens e mulheres, mas então como ficam as políticas específicas, recortadas conforme o foco? Mulher, idoso, homem.... Não ficam, pois não chegam aos presídios.

Vale destacar que a dinâmica da atenção à saúde nas unidades prisionais tem sido essencialmente curativa e um pouco preventiva. Predominam, ainda, as consultas e imunizações. Ainda há muito investimento a ser feito para consolidar uma lógica de atenção básica para promoção e preservação da saúde, com orientações acerca de doenças infecto-contagiosas. Dentre as doenças, são recorrentes o HIV/AIDS, Tuberculose, HPV, Infecções do Trato Urinário, entre outros. Quanto à saúde das mulheres em situação de prisão, são frequentes também vulvovaginites e câncer de colo de útero e de mama. Ou seja, temos demandas pontuais que carecem de enfrentamento.

Se a saúde é um bem da comunidade e é para ela própria, então há que se pensar na saúde “pró-indivíduo” e não “pró-neoliberalismo”. As mazelas do neoliberalismo são muito visíveis nos países de dimensões continentais como o Brasil, e as negligências são ainda

maiores. Temos de mudar esse modelo de implementação e efetivação do direito à saúde pautado nas políticas neoliberais.

Na tentativa de enfrentamento desse problema, algumas ações de cunho estatal ganharam espaço no cenário sanitário, dentre as quais o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. O plano faz alusão às questões que até então a LEP (Lei de Execução Penal) jamais enfrentou. A formulação do plano considerou a relevância da caracterização da população penitenciária, traçou diretrizes e estratégias para a consolidação da política de saúde no sistema prisional, regulamentou as questões de financiamento, de recursos humanos, de informação em saúde, além das formas de gestão.

A portaria que institui o plano prevê mecanismos para a plena extensão dos serviços do SUS aos presídios, enfatizando a “atenção básica”, mediante o estabelecimento de ações a serem conduzidas pelos vários níveis de gestão, com a respectiva divisão de responsabilidades. A lógica adotada está pautada pela seguinte ideia: “presídios com mais de 100 presos devem ter permanentemente uma equipe de saúde vinculada ao SUS, trabalhando por 20 horas semanais e destinando-se ao atendimento de 500 presos. Logo, se um presídio tem lotação de 1000 presos, serão necessárias duas equipes naquele mesmo nível de dedicação”⁽⁷⁾.

Talvez ainda seja leviano afirmar que a política de saúde no sistema prisional esteja mais bem estruturada do que várias outras políticas sanitárias no tocante ao fator financeiro, tendo em vista que há a divisão de responsabilidade e financiamento de modo razoavelmente claro. Sabe-se que um dos problemas da saúde,

de modo geral, é o financiamento. É uma matéria que ainda carece de legislação clara e específica.

No que tange à estrutura operacional dos profissionais de saúde, o plano faz alusão à equipe mínima: médico, enfermeiro, odontólogo, assistente social, psicólogo, auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório dentário⁽¹⁵⁾. O conceito de saúde ultrapassou o paradigma “saúde como mera ausência de doença”. E essa superação é vislumbrada na formação de recursos humanos em saúde na política.

Conforme bem observa Sá e Silva⁽⁷⁾, nota-se, no plano, uma visão ampla de saúde. Pode-se visualizar o reflexo disso nos objetivos específicos da atuação: prevenção de tuberculose, hanseníase, diabetes, hipertensão, hepatites, DST/AIDS e de agravos psicossociais decorrentes do confinamento; distribuição de preservativos e insumos para a redução de danos associados ao uso de drogas; implementação de medidas de proteção específica, como vacinação contra hepatites, *influenza*, tétano; organização do sistema de informação de saúde da população penitenciária e cadastramento as pessoas presas no Cartão Nacional de Saúde; imunizações e coletas de exames laboratoriais.

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário/PNSSP, instituído pela Portaria Interministerial nº 1.777, de 9 de setembro de 2003, tem como objetivo garantir o acesso à saúde para as pessoas privadas de liberdade (masculinas, femininas e psiquiátricas), oferecendo ações e serviços de atenção básica *in loco*, ou seja, dentro das unidades prisionais. As ações envolvem, dentre outras, campanhas de vacinação; direito à visita íntima; distribuição

de kits de medicamentos da farmácia básica, incluindo a distribuição de preservativos masculinos e medicamentos específicos para gestantes; inclusão da população penitenciária na política de planejamento familiar, que são desenvolvidas por equipes multiprofissionais, compostas minimamente por médico, cirurgião dentista, psicólogo, assistente social, enfermeiro e auxiliar de enfermagem, com ações voltadas para a prevenção, promoção e tratamento de agravos em saúde, primando pela atenção integral em saúde bucal, saúde da mulher, doenças sexualmente transmissíveis, AIDS e hepatites virais, saúde mental, controle da tuberculose, hipertensão e diabetes, hanseníase, assistência farmacêutica básica, imunizações e coletas de exames laboratoriais⁽¹⁵⁾.

Dentro da lógica do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, pode-se destacar que o ponto de corte é a promoção da cidadania por meio da efetivação do direito à saúde. Trata-se, pois, de uma política pública intersetorial instituída pela Portaria Interministerial n. 1.777/2003, editada pelos Ministérios da Saúde e da Justiça, com vistas a “levar” cidadania para os que estão atrás do “muro”, ou seja, essa política mostra-se como uma ponte e não como mais um muro de isolamento.

Ainda no que tange às iniciativas governamentais, pode-se destacar a atuação do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – DAPES. O departamento dedica-se aos grupos mais vulneráveis, considerando os direitos humanos (dentre os quais o direito humano à saúde) e a situação singular de cada pessoa nas diferentes realidades e fases da vida. O DAPES atua na implementação de políticas públicas para garantir o acesso da população ao Sistema Único de Saúde (SUS), com

atenção integral e formulação de programas e instrumentos que reorientam as ações em saúde nos estados e municípios de forma humanizada e em rede.

Com apoio institucional e incentivo à formação de redes de cuidado em saúde, o departamento tem atuado em forma de rede. Algumas áreas de atuação têm tido mais destaque dentro do DAPES, quais sejam: a atenção integral à saúde da mulher e da criança, por meio da Rede Cegonha; o fortalecimento da saúde mental e enfrentamento do uso abusivo e a dependência de crack e outras drogas, com a Rede de Atenção Psicossocial; a Rede de Reabilitação, com atenção integral à Pessoa com Deficiência; e atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas. A saúde mental, a saúde da mulher e a dependência do crack também perpassam os problemas de saúde no âmbito do sistema prisional. E é no viés do enfrentamento desses problemas que o DAPES colabora com a saúde no sistema prisional, por meio de oficinas, seminários, etc. É válido destacar que a agenda da saúde da mulher recebeu um capítulo específico no Plano Nacional de Saúde no Sistema Prisional. Eis um avanço.

É válido destacar que as iniciativas governamentais mencionadas anteriormente, em especial o plano, são uma tentativa de enfrentar o problema da inefetividade do direito à saúde no sistema prisional. Ao enfrentar esse problema, estamos criando mecanismos para neutralizar ou quiçá elidir a negligência presente no sistema, pois aqueles que eram esquecidos pelo Estado passam a ser alvo de uma política pública específica, que considera as peculiaridades e necessidades desse segmento social. Não estamos falando de uma

política perfeita ou completa; estamos falando de uma política que é o primeiro passo para inserir a expectativa de ver o direito à saúde concretizado “do lado de dentro dos muros”.

Cambiar a situação hodierna de “aspectos críticos na prestação dos cuidados em saúde” para uma situação de ausência de negligência, ao menos na seara sanitária, demandará, necessariamente, observar que a política pública (o plano) enfrentará situações peculiares na sua implementação, desafios diários. Os profissionais de saúde enfrentarão problemas diferentes daqueles enfrentados pelos seus colegas que trabalham com a população geral⁽¹⁶⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Dez graçado, Dez humano, Dez truidor, Dez ligado, Dez figurado, Dez engonçado, Dez agregador, Dez temperado, Dez trambelhado, Dez informado” (Frase escrita a mão, vista pela CPI, em uma porta na Penitenciária Lemos de Brito, em Salvador).

Que o direito à saúde é um direito fundamental e social não temos mais dúvidas; todavia, o nosso maior desafio é efetivar esse direito, mas não efetivar por efetivar, é contretizá-lo de modo decente, razoável, pois, afinal de contas, dinheiro não nos falta, somos a sexta economia mundial. Se pensarmos numa perspectiva egoísta, solipsista, compartilharemos a ideia de um SUS para pretos e pobres, mas não é isso que queremos, ao menos não com esse trabalho. Não podemos olvidar que a tarefa de efetivar um “SUS legal” é árdua, desafiadora, e isso piora quando falamos de Brasil, país com dimensões continentais, com descentralização, com autonomia e, paradoxalmente, com

dependência, enfim, complexidade ao extremo, fora, ainda, as questões complexas que envolvem o direito à saúde, que não é só a relação “saúde-doença”, conforme os próprios condicionantes de saúde apontaram.

A sociedade tem um SUS sim; sucateado, mas tem. Fora esse esqueleto sucateado, ainda tem-se a parte da sociedade que é excluída, os negligenciados. Outro paradoxo: o direito à saúde pretende ser um direito inclusivo, mas acaba sendo um direito de exclusão. Não se pode utilizar a expressão “menefrego” (expressão popular na língua italiana que significa “não estou nem aí”) para eles (os negligenciados que estão “esquecidos” dentro do sistema prisional); precisamos utilizar a linguagem que constrói pontes de fraternidade, pontes que nos auxiliarão a vê-los como iguais. Os negligenciados, na perspectiva da “saúde no sistema prisional”, não podem ser esquecidos, não estão à margem da sociedade, não podemos criar mais muros do que já fizemos até então, há séculos (esses muros são visíveis na questão do isolamento, o que “é ruim para a sociedade deve ser isolado, apartado”, exemplo: doentes mentais, presídios, pobres, escravos, etc., todos sempre se mantiveram isolados, e isso é histórico).

Observa-se que o capital sempre interferiu de algum modo no rumo das questões de saúde. Voltando um pouco na história, de modo muito sutil e rápido, percebemos que o Estado Brasileiro foi e é fortemente influenciado pelo Neoliberalismo. Se pensarmos um pouco na questão histórica da secularização do poder do Estado e da Igreja, podemos dizer que essa dependência foi rompida, ao menos no que tange aos aspectos gerais, especialmente no solo brasileiro. O mesmo não se passa com a

economia. A economia vem reiteradamente influenciando e corrompendo o sistema da política e da saúde; o código da política já não é mais “governo-oposição”. O código da economia “lucro-não lucro” (na linguagem sistêmica) está influenciando e interferindo muito no sistema da política, em especial na saúde. Isso é notório a partir do esfacelamento do sistema de saúde, mais notório, ainda, quando falamos de sistema prisional, seja na perspectiva de efetivar a saúde, seja no viés das questões estruturais. A saúde no sistema prisional tem sido esquecida.

Os pontos críticos e tensos da implementação do Sistema Único de Saúde pautam-se na globalização e seus efeitos de ampliação da massa de excluídos (especialmente os encarcerados), nas restrições legais, nas estratégias de enfrentamento da minimização do papel do Estado, estimulando a privatização e a terceirização, na política macro-econômica que não prioriza as políticas públicas sociais e no desafio da redução destas desigualdades (observa-se o caso dos negligenciados: cada vez mais temos *mais e mais* negligenciados; a privatização dos presídios tornou-se um negócio altamente lucrativo).

Pode-se concluir, também, que a conjunção das “crises da saúde”, científica, econômica, social e política lança complexos desafios para a saúde coletiva, quanto ao que fazer para, efetivamente, articular-se com um dos paradigmas do século XXI: saúde não é a mera ausência de doença. Precisamos articular as ações sanitárias com a educação, com as questões estruturais, dentre outras, e isso é paupável no âmbito do sistema prisional. Precisamos dar respostas efetivas e eficazes à promoção e concretização desse direito

humano – saúde, especialmente no contexto dos muros que erguemos para distanciar ainda mais aqueles que o próprio sistema negligencia. Precisamos, ainda, HUMANIZAR o DESUMANIZADO! Não precisamos de mais direitos humanos, mas sim de humanos direitos.

Não podemos continuar com o processo de negação da cidadania daqueles que integram o sistema prisional; isso se reflete nos elementos de saúde que têm ocupado uma posição quase insignificante na agenda de investimentos sanitários.

Um fator que precisa ser revisto ou repensado é a questão da Vigilância Sanitária, em especial no que concerne à falta ou ausência das suas ações no âmbito dos estabelecimentos penitenciários. Integra o rol de funções da VISA avaliar, observar os riscos relacionados às condições físicas, higiênicas e sanitárias de estabelecimentos públicos, entre os quais os presídios estão inclusos. Talvez esse seja um mecanismo de “coerção” para “forçar” os gestores do sistema prisional a regularizarem os principais problemas de cunho estrutural que desencadeiam riscos à saúde.

A insalubridade é um sério problema que demanda estrutura de saneamento, dentre outras, mas que é fator decisivo para aumentar o grau de risco nos estabelecimentos prisionais. Há, ainda, também, a necessidade iminente de realizar mapeamentos epidemiológicos nos presídios, pois sem isso não há como traçarmos um panorama das principais patologias que afetam o sistema, não há como tratar e prevenir de modo eficiente. O plano não enfrentou as questões da VISA, do perfil epidemiológico e dos problemas de cunho estrutural de modo

direto e focado. Ainda há muito a fazer. Tratar da temática do direito ao direito à saúde nas prisões é uma questão, também, de justiça social.

REFERÊNCIAS

1. SOLA, Lourdes. Ideias econômicas, decisões políticas: desenvolvimento, estabilidade e populismo. São Paulo: EDUSP/FAPESP, 1998.
2. IANNI, Octavio. Estado e capitalismo. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1989.
3. VOLIC, Catarina e BAPTISTA, Myrian Veras. Aproximações ao conceito de negligência. São Paulo: PUC, abril de 2005. Disponível em: <http://www.pucsp.br/nca/producao/negligencia.pdf>. Acesso em: 24 de maio de 2012.
4. HELLER, Agner. *Una revision de la teoria de las necesidades*. Barcelona: Ediciones Paidós, 1996.
5. BRASIL, Estado da Paraíba. Relatório de Visita do Conselho Estadual de Direitos Humanos da Paraíba, realizada em 28/08/2012. Penitenciária de Segurança Máxima, 2012.
6. SABROZA, P. C.; KAWA, H.; CAMPOS, W. S. Q. Doenças Transmissíveis: ainda um desafio. In: MINAYO, M.C. Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80. Rio de Janeiro/São Paulo, HUCITEC/ABRASCO, 1995.
7. SÁ E SILVA, Fábio Costa Morais de. A cidadania encarcerada: problemas e desafios para a efetivação do direito à saúde nas prisões. O Direito achado na rua: Introdução crítica ao

direito à saúde. / Alexandre Bernardino Costa ... [et al.] (organizadores) – Brasília: CEAD/UnB, 2009. p.241-252.

8. VIAL, S. R. M. Saúde e determinantes sociais: uma situação paradoxal. *Revista Comparazione e diritto civile*, v. 1, p. 1-24, 2010.

9. FREIRE, Paulo. Educação e Mudança. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2006.

10. BRASIL. Ministério da Justiça. Conselho Nacional de Polícia Criminal e Penitenciária. Resolução n.01 de 20 de março de 1995. Disponível em: [http://www.susipe.pa.gov.br/sites/default/files/](http://www.susipe.pa.gov.br/sites/default/files/Resolucao_01-95_CNPCP.pdf)

[Resolucao_01-95_CNPCP.pdf](http://www.susipe.pa.gov.br/sites/default/files/Resolucao_01-95_CNPCP.pdf). Acesso em: 25 de maio de 2012.

11. BRASIL. Congresso Nacional. Câmara dos Deputados. Comissão Parlamentar de Inquérito do Sistema Carcerário. CPI sistema carcerário. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2009. 620 p.

12. GIDDENS, Anthony. Sociologia. Tradução: Sandra Regina Netz. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

13. AITH, Fernando. Curso de Direito Sanitário. São Paulo: Quartier Latin, 2007.

14. DIAS, Maria Angélica de Salles. Intersetorialidade: um olhar da saúde. *Saúde Digital*, n. 23, Novembro de 2003. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/saudedigital/novembro2003/intersetorialidade.html>. Acesso em: 28 de maio de 2011.

15. BRASIL. Ministério da Saúde. Plano

Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP). 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_pnssp.pdf. Acesso em: 08 de dezembro de 2012.

16. SLAMA, Slim; WOLFF, Hans; LOUTAN, Louis. *The Right to Health in Prisons: Implications in a Borderless World*, 2009, p. 185-211. Disponível em: <http://www.swisshumanrightsbook.com/>

[SHRB/shrb_03_files/11_453_Slam_Wolff_Loutan.pdf](http://www.swisshumanrightsbook.com/SHRB/shrb_03_files/11_453_Slam_Wolff_Loutan.pdf). Acesso em: 26 de novembro de 2012.

Artigo apresentado em: 25/02/2013

Artigo aprovado em: 17/03/2013

Artigo publicado no sistema em: 02/04/2013