



Fundação Educacional do Município de Assis
Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis
Campus "José Santilli Sobrinho"

**LUCIANA RIBEIRO BAHIA
RAFAELA LACERDA PAIÃO DE OLIVEIRA**

**DIREITO À SAÚDE: AÇÕES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) PARA A
POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE**

**Assis/SP
2019**



**Fundação Educacional do Município de Assis
Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis
Campus "José Santilli Sobrinho"**

**LUCIANA RIBEIRO BAHIA
RAFAELA LACERDA PAIÃO DE OLIVEIRA**

**DIREITO À SAÚDE: AÇÕES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) PARA A
POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE**

Projeto apresentado à Comissão do PIC do Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis – IMESA e a Fundação Educacional do Município de Assis – FEMA, como requisito à entrada no Programa de Iniciação Científica.

Linha de pesquisa: Ciências Sociais e Aplicadas.

**Orientandas: LUCIANA RIBEIRO BAHIA
RAFAELA LACERDA**

**Orientadoras: Dra. Elizete Mello da Silva
Dra. Rosângela Gonçalves**

Assis/SP

1. Introdução/contextualização

Vivemos em um cenário de descasos com a falta de um olhar que promova a dignidade humana no tratamento de pessoas amontoadas em unidades prisionais insalubres e vulneráveis ao qualquer tipo de violência até mesmo à morte decorrente de infecções sexualmente transmissíveis e HIV, alta incidência de tuberculose entre outras doenças que demonstram a violação de direitos daqueles estão encarcerados, entre eles o direito à saúde.

Nesse contexto, em 2014, foi criada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (Pnaisp), por meio da Portaria Interministerial 1, de 2 de Janeiro de 2014, com o objetivo de ampliar as ações de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) para a população privada de liberdade. Cada unidade básica de saúde prisional passou a ser visualizada como ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Antes da Pnaisp, a saúde prisional era tratada de forma não integrada e sem comunicação com a rede de saúde pública.

A adesão à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional ocorre por meio de pactuação do estado e do Distrito Federal com a União.

A gestão das equipes de saúde prisional pode ser exercida tanto pelo estado quanto pelo município. Muitos municípios não aderiram à Pnaisp, demonstrando sintomaticamente a ausência de interesse na promoção e execução de políticas públicas que possam colaborar com a qualidade de vida da população encarcerada.

A referida política, além de ser importante na questão da ampliação e melhora do direito à saúde prisional, é fundamental para a conscientização de que a pessoa privada de liberdade também faz parte da sociedade e da rede de direitos básicos do cidadão comum.

É pertinente lembrar que a saúde no sistema prisional contou com um diferencial a partir da Lei de Execução Penal - LEP, nº 7.210, de 1984 e, em um contexto de democratização, a Constituição Federal de 1988 assumiu a saúde como dever do Estado e direito de todo cidadão, incluindo-se aquele em privação de liberdade. A proposição do SUS incluía a saúde da população do

sistema prisional pelo princípio da universalidade, mas ainda timidamente. Significativo impulso adveio de sua institucionalização, ao ser focalizada pelas publicações das Portarias Interministeriais (Saúde e Justiça) nº 668/2002 (revogada, conforme o autor explica) e nº 1.777/2003, que instituíram o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), vigente de 2002 a 2013 e, mais recentemente, pela presente e já mencionada Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), em 2014.

Obviamente, temos consciência de que, ainda que a população prisional brasileira tenha constitucionalmente garantido seus direitos, em especial no que se refere à saúde, a efetivação total destes ainda não é uma realidade. A criação de novas políticas e a mudança de nomenclaturas que fazem referência aos indivíduos privados de liberdade não bastam para a consolidação desses direitos.

No cenário atual das políticas penais, é possível encontrar discursos que favorecem o aumento da população carcerária e que colocam a necessidade da construção de novos estabelecimentos prisionais. Salienta-se, porém, que os altos índices de aprisionamento não foram acompanhados de melhorias, na magnitude em que eram necessárias, das condições físicas e estruturais das prisões no país, ferindo o princípio constitucional da dignidade humana (BRASIL, 1988).

Devemos pensar que a saúde deve ser garantida à população privada de liberdade o que representa uma ampliação do entendimento de quem tem direito e do acesso às políticas de promoção da qualidade de vida no cárcere.

2. Do direito constitucional à saúde

A constituição brasileira prevê logo em seu primeiro artigo, o princípio da dignidade humana como um dos fatores da formação deste majorado ordenamento jurídico.

Dessa forma, pensamos que este valioso princípio reflete à toda população brasileira, além de ser base para os demais direitos e deveres do cidadão.

Exemplo disso é a previsão dos direitos sociais, na qual garante o direito fundamental à saúde, nos termos do art. 6º.

Sua importância é frisada na Magna Carta ao ter disposto uma Seção especificamente para tratar suas diretrizes e normas, bem como prever os fundamentos do Sistema Único de Saúde para a população brasileira.

SEÇÃO II DA SAÚDE

Art. 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.

Contudo, será que podemos afirmar que toda a população brasileira tem o devido acesso à saúde, conforme suas diretrizes e princípios, inclusive a população carcerária?

Se considerarmos o tratamento a saúde a nível nacional da população privada de liberdade, sabemos que não é igual perante a todos, fato este que está em desacordo com a previsão legal constitucional.

O sistema penitenciário é um dos (se não o mais) vulnerável no que diz respeito ao descuido do tratamento à saúde aos encarcerados. Isto, pois, as chances de infecções, circulação de vírus e bactérias são enormes, levando em consideração inúmeros fatores: além da ausência do próprio estado no que diz respeito à atenção para com a saúde básica, a superlotação, falta de saneamento básico e condições mínimas de higiene auxiliam para a proliferação de diversas doenças.

“Um dia de chuva, entrou um ladrão no pavilhão Sete enrolado num cobertor, feito um beduíno do deserto, apenas os olhos de fora. Tinha os lábio rachados de febre, a conjuntiva amarelo-avermelhada e uma dor tão

forte nos músculos que gritou quando apertei a panturrilha.

Era leptospirose, doença transmitida pela urina do rato, comum naquela época do ano em que chovia toda tarde (...). Com tantos ratos e tantos esgotos entupidos, não era de se estranhar a ocorrência de um ou outro caso. Aquela manhã, entretanto, estava atípica: em duas horas de atendimento, era o quarto doente com os mesmos sintomas. Muita coincidência.” (VARELLA, 2002,p. 96).

Ainda, um fator que soma no quesito vulnerabilidade é a falta de informação dos encarcerados, no qual auxilia nos inúmeros casos de doenças altamente transmissíveis.

3. A legislação diante o cenário do sistema de saúde nas penitenciárias

Em 19 de setembro de 1990, foi estabelecida a Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8.080/90, e instituiu o Sistema Único de Saúde, na qual dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

No período da década de 90, a Aids bem como as demais doenças sexualmente transmissíveis se tornaram um grande problema no tocante à saúde pública. Nos presídios, a transmissão ocorria no uso de drogas injetáveis, como a cocaína, como em relações sexuais sem o uso de preservativo.

Diante do cenário exposto, o Ministério da Saúde criou a Portaria nº 485, em vigor desde 29 de março de 1995, na qual constitui comitês de assessoramento para as respectivas áreas de prostituição, homossexualidade e sistema penitenciário da Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids do Ministério da Saúde.

Mais tarde, com o objetivo de incluir a população penitenciária no SUS, foi criada a Portaria Interministerial nº 1.777, de 09 de setembro de 2003. A Portaria prevê a necessidade de uma política pública de inclusão social que atente para a promoção dos direitos humanos das pessoas privadas de liberdade, a fim de atender às carências manifestadas por essa população.

A proposição do SUS incluía a saúde da população do sistema prisional pelo princípio da universalidade, mas ainda timidamente. Significativo impulso adveio de sua institucionalização, ao ser focalizada pelas publicações das Portarias Interministeriais (Saúde e Justiça) nº 668/2002 (revogada) e nº 1.777/2003, que instituíram o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), vigente de 2002 a 2013 e, mais recentemente, pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), em 2014.

Com o objetivo de garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no SUS, a PNAISP (Portaria Interministerial nº 1, de 02 de janeiro de 2014) prevê que os serviços de saúde no sistema prisional passem a ser ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS, qualificando também a Atenção Primária no âmbito prisional como porta de entrada do sistema e ordenadora das ações e serviços de saúde pela rede.

Art. 6º São objetivos específicos da PNAISP:

I - promover o acesso das pessoas privadas de liberdade à Rede de Atenção à Saúde, visando ao cuidado integral;

II - garantir a autonomia dos profissionais de saúde para a realização do cuidado integral das pessoas privadas de liberdade;

III - qualificar e humanizar a atenção à saúde no sistema prisional por meio de ações conjuntas das áreas da saúde e da justiça;

IV - promover as relações intersetoriais com as políticas de direitos humanos, afirmativas e sociais básicas, bem como com as da Justiça Criminal; e

V - fomentar e fortalecer a participação e o controle social.

A Lei de Execução Penal (Lei 7.210/) prevê a assistência à saúde ao preso, tanto na forma interna quanto externa, compreendendo os demais tipos de atendimento:

Art. 14. A assistência à saúde do preso e do internado de caráter preventivo e curativo, compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico.

Ainda neste mesmo diploma legal, a saúde é prevista como direito do preso, visando o respeito à integridade física e moral dos condenados:

Art. 41 - Constituem direitos do preso:

VII - assistência material, à saúde, jurídica, educacional, social e religiosa;

No que tange ao atual cenário diante a pandemia do Covid-19, o Ministério da Saúde juntamente com o Ministério da Justiça e Segurança Pública disponibilizaram a Portaria Interministerial nº 7, de 18 de março de 2020, na qual garantem a saúde da população carcerária durante a pandemia. Isto, claro, dentro de suas possibilidades, haja vista que enfrentamos a crise de superlotação na maioria dos presídios brasileiros:

Art. 1º Esta Portaria dispõe sobre as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (covid-19), nos termos da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, no âmbito do Sistema Prisional.

Parágrafo único. As normas e orientações do Ministério da Saúde acerca das medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública decorrentes do covid-19 deverão ser seguidas no âmbito do sistema prisional.

Referida portaria acarretou na mudança de rotina nos presídios, sendo obrigados a adotarem diversas medidas de segurança e prevenção, não só para eles, mas também para suas famílias e funcionários da unidade:

Art. 8º A Administração Penitenciária, observadas as orientações do Ministério da Saúde e as contidas nesta Portaria, deverá avaliar a adoção de medidas para informar, conscientizar e orientar sobre a prevenção e o enfrentamento do covid-19 dentro do estabelecimento prisional, inclusive quanto:

I - às ações de profilaxia específicas para os custodiados, visitantes, servidores, profissionais de saúde e demais profissionais que atuem nos estabelecimentos prisionais;

e

II - às mudanças na rotina do estabelecimento prisional.

Parágrafo único. Poderão ser disponibilizados, na entrada dos estabelecimentos prisionais e em locais estratégicos dessas unidades, alertas visuais (cartazes, placas ou pôsteres) com informações sobre a prevenção e o enfrentamento do covid-19.

Neste sentido, houve julgados visando a proteção do condenado, fundamentando o magistrado que, caso o réu vier a sentir sintomas do COVID-19, a penitenciária lhe garante todo amparo hospitalar, não necessitando de ser submetido ao regime semiaberto ou prisão domiciliar, pois não é garantido que este tomará os devidos cuidados.

Contudo, não há informação de que o autuado faça parte do grupo de risco e nem notícia concreta de que no presídio onde ele está recolhido já houve algum caso confirmado de pessoa portadora de Coronavírus. Se o caso é de isolamento, está mais seguro preso e sem contato com pessoas do mundo externo, diante das notícias de que foram suspensas as visitas aos presos. Não é possível afirmar que se for colocado em liberdade o autuado permanecerá em isolamento social em sua

casa e nem que estará mais protegido do vírus que no presídio. Por fim, ainda que o autuado seja acometido pela depressão nada impede que continue a se submeter ao tratamento de que necessita na unidade prisional. (Decisão do Juízo da 3ª Vara Criminal da Comarca de Assis/SP em 05/06/2020).

Podemos observar que há todo amparo legal baseado nos princípios constitucionais, principalmente no que tange à Dignidade da Pessoa Humana quando se fala em sistema de saúde no sistema penitenciário. As normas são cumpridas (ou tentam ser) dentro das possibilidades de cada unidade prisional.

4. Do Sistema de saúde e Sistema Penitenciário:

Muitos presídios no Brasil são superlotados e oferecendo um grande risco de contaminação perante o momento atual de nosso país e do mundo, não oferecendo a pessoa privada de liberdade a segurança de um adequado distanciamento para se evitar a contaminação pela COVID-19. Conforme relatamos durante a pesquisa o sistema prisional e suas várias interfaces é muito falho, assim, sendo ainda mais em momentos de pandemia.

O surto da doença (COVID-19) causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) na China ganhou destaque global e foi declarada pandemia pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 11 de março de 2020. Como não existem tratamentos e vacinas específicas disponíveis para o controle da doença, a pandemia de COVID-19 representa uma grande ameaça para a saúde pública no mundo, exigindo ações de prevenção, tais como isolamento social e reforço de medidas de higiene. (CARVALHO *et al.*2020).

Portanto, já é sabido o potencial de transmissão e o alcance que o vírus tem dentro das aglomerações, com isso, é alta a possibilidade de que o coronavírus seja rapidamente transmitido no interior das instituições penais e que venha atrapalhar ainda mais a assistência de saúde prisional brasileira que já é

precária. Além de se tratar de um perigo grande para os encarcerados, as altas prevalências de infecções respiratórias virais em populações prisionais podem servir como causa potencial de contaminação para a população em geral. Isso porque os trabalhadores, agentes penitenciários, presos libertados e transferidos podem estar sendo vetores tanto dentro como foras das unidades prisionais por conta da precariedade de saúde no sistema.

8. Conclusão

No que tange a enfermagem o sistema prisional é muito falho, não trazendo o mínimo necessário para um atendimento humanizado e seguro para as pessoas privadas de liberdade na maioria das vezes, a estrutura física da unidade e seu funcionamento operacional estão em desacordo com o preconizado pelas resoluções dos órgãos competentes, além dos preconceitos dos próprios trabalhadores das unidades, não deixando o profissional enfermeiro aplicar seu cuidado de forma eficiente e integral. Também é muito discutida a falta de autonomia para as medidas sobre o cuidado em saúde no cárcere, a ausência de protocolos eficientes e diretrizes específicas que orientem as práticas profissionais nos cenários de privação de liberdade, mesmo tendo em vista a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, que garante esse desempenho.

Concluimos que falta de insumos, equipamentos adequados e liberdade de atendimento ao encarcerado constituem fatores geradores de altos níveis de estresse nos profissionais e reduzem execução de ações eficazes e de segurança no atendimento das pessoas privadas de liberdade.

9. Referências

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988;

BRASIL. **Lei de Execução Penal**. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984.

VARELLA, Dráuzio. **Estação Carandiru**. São Paulo, 1. Ed.: Companhia das Letras. 2014;

Portal da Secretaria de Atenção Primária a Saúde – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). <https://aps.saude.gov.br/> (último acesso em 09/10/2020);

Portal da Secretaria da Administração Penitenciária – Governo do Estado de São Paulo. <http://www.sap.sp.gov.br/> (último acesso em 09/10/2020);

CARVALHO, Sérgio Garófalo de; Santos, Andreia Beatriz Silva dos; Santos, Ivete Maria. **A pandemia no cárcere: intervenções no superisolamento**. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000903493&lang=pt> (último acesso em: 05/10/2020);

SOARES, Ana Amélia Melo *et al.* **Vivência da Equipe de Enfermagem no Cotidiano do Sistema Pena**. Disponível em:<http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-86502020000100303> (último acesso em: 07/10/2020).