

Acesso à saúde sem assistência jurídica? Sobre a inclusão das carceragens públicas na política de saúde prisional

Access to healthcare without legal assistance? The inclusion of jails in prison health policy

¿Acceso a la atención médica sin asistencia legal? Sobre la inclusión de las cárceles en la política de salud penitenciaria

Martinho Braga Batista e Silva¹

Resumo

Um grupo de trabalho do governo federal foi instituído no ano de 2007 com a finalidade de examinar a viabilidade de incluir pessoas detidas em carceragens públicas e delegacias no Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, bem como os chamados presos provisórios. O material escrito produzido pelos seus integrantes foi considerado como um documento relevante para problematizar a atual Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional. Embora o objetivo desse conjunto de ações governamentais seja aumentar o acesso das pessoas privadas de liberdade às ações e serviços de saúde, o grupo de trabalho questiona o alcance em termos de garantia de direitos que essa medida instalaria sem que as pessoas tenham também acesso à assistência jurídica prevista na Lei de Execução Penal. As categorias e classificações operadas pelos integrantes dessa espécie de comissão estatal dividem os beneficiários da política pública em *preso provisório* e *detido em delegacia*, sendo que ambos podem ser considerados também prisioneiros da passagem de uma perspectiva foucaultiana. Todos os envolvidos no campo da saúde penitenciária são convocados a aumentar o grau de intersectorialidade da política pública, não mais apenas entre saúde e justiça, como também com o setor de segurança pública.

Palavras-chave

Prisões. Acesso aos serviços de saúde. Política pública.

Abstract

A working group of the federal government was established in 2007 with the purpose of examining the feasibility of including people detained in public jails and police stations in the National Health Plan in the Penitentiary System, as well as the so-called provisional prisoners. The material written by their members has been taken as a relevant document to discuss the current National Policy for Comprehensive Health Care for Persons Deprived of Liberty in the Prison System. Although the objective of this set of government actions is to increase the access of people deprived of liberty to health actions and services, the working group questions the scope in terms of guaranteeing rights that this measure would install without them also having access to legal assistance provided for in the Criminal Execution Law. The categories and classifications operated by the members of this kind of state commission divide the beneficiaries of public policy into *provisional prisoner* and *detainee in a police station*, both of which can also be considered prisoners of the passage of a Foucaultian perspective. Everyone involved in the field of prison health is called upon to

¹ Doutor em Antropologia, Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil; Professor Associado, Departamento de Políticas e Instituições de Saúde, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-3577-958X>. E-mail: martinho02003@yahoo.com.br

increase the degree of intersectorality in public policy, not only between health and justice, but also with the public security sector.

Keywords

Prisons. Health services accessibility. Public policy.

Resumen

En 2007 se estableció un grupo de trabajo del gobierno federal con el propósito de examinar la viabilidad de incluir en el Plan Nacional de Salud en el Sistema Penitenciario a las personas detenidas en cárceles públicas y comisarías, así como a los llamados presos provisionales. El material redactado por sus miembros ha sido tomado como documento relevante para discutir la actual Política Nacional de Atención Integral de Salud para Personas Privadas de Libertad en el Sistema Penitenciario. Si bien el objetivo de este conjunto de acciones gubernamentales es incrementar el acceso de las personas privadas de libertad a las acciones y servicios de salud, el grupo de trabajo cuestiona los alcances en términos de garantía de derechos que instauraría esta medida sin que ellos también tengan acceso a la asistencia legal. previsto en la Ley de Ejecución Penal. Las categorías y clasificaciones operadas por los miembros de este tipo de comisiones estatales dividen a los beneficiarios de la política pública en *preso provisional* y *detenido en una comisaría*, ambos también presos del paso de una perspectiva foucaultiana. Todos los involucrados en el campo de la salud penitenciaria están llamados a incrementar el grado de intersectorialidad en las políticas públicas, no solo entre salud y justicia, sino también con el sector de seguridad pública.

Palabras clave

Prisiones. Accesibilidad a los servicios de salud. Política pública.

Introdução

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) é uma iniciativa governamental amplamente inclusiva se comparada ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), já que prevê acesso à saúde para mais pessoas e oferta de atenção integral à saúde em mais estabelecimentos. Segundo a cartilha do PNSSP, ele

[...] contempla, essencialmente, a população recolhida em penitenciárias, presídios, colônias agrícolas e/ou agroindustriais e hospitais de custódia e tratamento, não incluindo presos do regime aberto e presos provisórios, recolhidos em cadeias públicas e distritos policiais [...] (1, p. 12),

enquanto os beneficiários da PNAISP “são as pessoas que se encontram sob custódia do Estado inseridas no sistema prisional ou em cumprimento de medida de segurança”. Além disso, “[o]s trabalhadores em serviços penais, os familiares e demais pessoas que se relacionam com as pessoas privadas de liberdade serão envolvidos em ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos.” (2, p. 19), de maneira que até mesmo outras pessoas além das privadas de liberdade – os custodiadores e visitantes do sistema prisional – são contemplados na PNAISP, atingindo mais pessoas privadas de

liberdade – não só os apenados – e mais estabelecimentos penais – não apenas os quatro tipos cobertos pelo PNSSP. Com o objetivo de compreender essa inclusão gradativa de pessoas e estabelecimentos ao longo do processo de elaboração de políticas de saúde voltadas para a população carcerária, investigarei uma tentativa – fracassada, por sinal – de tornar as cadeias um dos tipos de estabelecimentos penais contemplados pelo PNSSP, confrontando-a com a incorporação do conjunto das unidades prisionais na PNAISP.

Uma das análises da PNAISP destaca tanto a possibilidade de municipalização da saúde penitenciária quanto o desafio de tomar as pessoas privadas de liberdade e a comunidade carcerária respectivamente como interlocutores e parceiros (3). As demais análises sublinham justamente essa ampliação do acesso à saúde por meio da inclusão de outras pessoas além das privadas de liberdade nas ações de prevenção de agravos e promoção da saúde e de mais estabelecimentos penais entre aqueles nos quais haveria previsão de oferta destas e de outras ações. Na PNAISP, “busca-se ampliar e qualificar o acesso à saúde das pessoas privadas de liberdade”, já que ela

[...] contempla a totalidade da população prisional, incluindo os que estão em regime fechado, aberto, prisão provisória e os detidos em delegacias. Ademais, incluem-se nas ações de promoção e prevenção em saúde os trabalhadores em serviços penais, os familiares e demais pessoas privadas de liberdade.” (4, p. 939).

O PNSSP “[...] previa atenção à saúde somente da população apenada, detida em penitenciárias, presídios, colônias agrícolas e hospitais de custódia. Já a PNAISP... amplia o acesso à saúde às pessoas recolhidas em qualquer estabelecimento prisional, e àquelas que circulam em espaços prisionais (familiares e trabalhadores).” (5, p. 919). O governo federal reservava o direito à saúde primeiramente aos adultos *que cumprem pena* no PNSSP e posteriormente aos *privados de liberdade no sistema prisional* na PNAISP (6).

Com base em algumas contribuições teóricas e metodológicas de Pierre Bourdieu para o estudo do Estado (7), essa última análise da PNAISP sublinha a importância dos comitês, comissões e grupos de trabalho instituídos por meio de portarias do governo federal no processo de elaboração das políticas de saúde voltadas para a população carcerária, pois, ao formularem propostas e recomendações, cristalizam categorias – pessoa privada de liberdade – e classificações – sistema penitenciário como distinto de sistema prisional – que podem limitar e não expandir o acesso à saúde. Em continuidade com esse empreendimento científico no campo das ciências sociais e humanas em saúde, dirigido para a investigação de políticas intersetoriais e populações em situação de confinamento, pretende-se descrever e analisar documentos oriundos de um grupo de

trabalho sobre as carceragens públicas, instituído por meio de uma portaria interministerial no ano de 2007 com a finalidade de apresentar propostas de atendimento voltadas para pessoas reclusas nas cadeias.

As iniciativas governamentais brasileiras para garantir o direito à saúde das pessoas privadas de liberdade tornaram-se gradativamente mais incluídas na passagem entre os séculos 20 e 21, muito embora o número de pessoas reclusas em unidades prisionais tenha crescido em muito, tanto no país como no mundo, inclusive de pessoas que ainda não foram sequer julgadas, os ditos *presos provisórios*, muitos deles justamente nas cadeias. A população prisional no Brasil totalizava 607.731 mil pessoas em junho de 2014, 579.423 delas reclusas no sistema penitenciário; 27.950 nas secretarias de segurança/carceragens de delegacias; e 358, no sistema penitenciário federal. Com 147.937 em prisão domiciliar, apontaria para um total de 775.668 pessoas privadas de liberdade (8, p. 11). Além disso, “constata-se que cerca de 41% das pessoas privadas de liberdade são presos sem condenação, a mesma proporção de pessoas em regime fechado” (8, p. 20), o que significar dizer que “quatro a cada dez presos estão encarcerados sem terem sido julgados e condenados” (8, p. 21). Deve-se ressaltar também que 51% (725) dos 1.420 estabelecimentos são destinados ao recolhimento de presos provisórios e apenas 18% (260) deles para o cumprimento de pena em regime fechado (8, p. 26-27). Desse modo, como não contempla os presos provisórios nem os recolhidos em cadeias públicas e delegacias, ainda que o PNSSP fosse totalmente eficaz, não atingiria nem sequer metade das pessoas privadas de liberdade no país em 2014, diferentemente da PNAISP. Em outras palavras, o PNSSP alcançou aproximadamente 30% de cobertura populacional com a instalação das equipes de saúde no sistema penitenciário, em torno de 200 equipes no território nacional até o ano de 2008 (9, p. 13), e 304 em 2012 (10, p. 35), mas, mesmo que tivesse alcançado 100% de cobertura, não teria ofertado ações e serviços de saúde para todas as pessoas reclusas no sistema prisional.

Quando o PNSSP foi criado essa situação era um pouco diferente, já que a população carcerária correspondia a 210.150 pessoas em agosto de 2003 e 75% delas se encontravam recolhidas em “presídios e penitenciárias, unidades destinadas a presos condenados à pena de reclusão em regime fechado” (1, p. 12). Levando-se em conta essas fontes de informação do governo federal, os presos provisórios e os recolhidos em cadeias públicas e delegacias correspondiam a menos de um quarto do total da população carcerária quando o PNSSP foi criado, não a quase metade da população prisional como quando da criação da PNAISP. Alguns anos depois da instalação do PNSSP, um grupo de

trabalho é instaurado pelo governo federal para abordar o acesso à saúde dessa parcela da população carcerária não contemplada, tendo em vista os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) que esse Plano pretendia fazer valer: a equidade, a intersetorialidade e, no que tange especialmente ao tema das cadeias públicas, a universalidade. Dessa perspectiva, o SUS é para todos, inclusive as populações mais vulneráveis a certos agravos em saúde, sendo que deve operar em conjunto com outros setores, como a justiça.

População carcerária, população penitenciária e presos provisórios

Considerando a necessidade de definição do melhor desenho de acesso das pessoas recolhidas em carceragens públicas (entenda-se: cadeias públicas, distritos policiais e delegacias) às ações e serviços de saúde do SUS, foi publicada a Portaria n° 1.543 de 27 de junho de 2007 (11). Foi uma determinação do ministro da Saúde, no sentido de constituir um grupo de trabalho (GT) com a finalidade de elaborar proposta de acesso à atenção integral à saúde das pessoas presas – homens e mulheres – recolhidas em carceragens públicas de todo o País. Além disso, essa portaria determina, em seu artigo 2°, que deverão constar ações e recomendações capazes de subsidiar as decisões do Ministério da Saúde e do Ministério da Justiça nessa proposta, nas diversas etapas relacionadas à incorporação da população privada de liberdade e recolhida em carceragens públicas, nas ações e serviços do SUS.

O GT foi efetivamente constituído, tendo se reunido por três vezes entre os anos de 2007 e 2008. Ele foi uma oportunidade de fechar uma lacuna da Portaria n° 1777, de setembro de 2003, relativa ao PNSSP: a questão dos ditos *presos provisórios*. Segundo os dados desse GT², a população penitenciária em novembro de 2007 era de aproximadamente 238 mil presos, 94% deles homens (68,5% em regime fechado, 20% em regime semiaberto, quase 9% em regime aberto e 1,5% em medida de segurança) e 6% mulheres (61% em regime fechado, 19% em semiaberto, 14% em aberto e 5,5% em medida de segurança). Além destes, são mais de 122 mil presos provisórios, 96% deles homens e 4% mulheres. Para efeito de classificação, a população penitenciária está recolhida em presídios, penitenciárias, colônias agrícolas, casas de albergado e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTP), tendo sido julgada e condenada, enquanto os presos provisórios não passaram ainda por julgamento, tendo sido recolhidos em

² Agradeço especialmente Ana Cristina Alencar, à época consultora técnica no DEPEN/MJ, pela colaboração na aquisição dos relatórios, notas técnicas e demais documentos relativos ao GT Cadeias Públicas.

cadeias públicas e similares. Entretanto, essa separação não corresponde ao que efetivamente acontece nos estados e municípios, já que os ditos *presos provisórios* também são alocados em penitenciárias e algumas pessoas privadas de liberdade, mesmo depois de julgadas e condenadas, acabam permanecendo nas cadeias públicas. Isso sem falar do conjunto de pessoas cumprindo penas alternativas, que ultrapassava na época o número de pessoas presas, chegando a quase 500 mil. Pode-se dizer que, dos mais de 190 milhões de habitantes no Brasil em 2007, quase 1 milhão estão estreitamente ligados ao sistema prisional e ao chamado *Estado Penal* (12), ou seja, sob vigilância constante, tendo em vista crimes que cometeram em muitos casos, e acusações que receberam em alguns.

Ainda segundo os dados desse GT, eram 427 penitenciárias no Brasil, 54 colônias agrícolas ou agroindustriais, 48 casas de albergado, 24 HCTP e 1.279 cadeias públicas (ou casas de custódia ou ainda centros de detenção pública) em novembro de 2007. Nessa época, dos 27 estados da federação, 2 estados não tinham cadeias (como DF e RS) e outros 10 não enviavam dados sobre seus presos provisórios (AC, AL, AP, BA, ES, MS, PI, PR, SC e SE). O Infopen, sistema de informação do Departamento Penitenciário Nacional do Ministério da Justiça (Depen/MJ), tinha dados acerca de 454 dessas 1.279 cadeias públicas, constando nome e endereço da unidade, número de pessoas presas e destinação (masculina, feminina ou ambas). Como veremos mais adiante, essa dificuldade de obtenção e consolidação de dados sobre a população carcerária é efeito da organização da própria gestão estadual e municipal, nas quais as secretarias de segurança pública não têm obrigação de enviar informações sobre pessoas presas em delegacias e cadeias públicas. Esse é um dos empecilhos à inclusão dessa parcela da população carcerária reclusa em cadeias públicas no SUS: sem informações disponíveis, como realizar algum grau de planejamento em saúde no âmbito da gestão federal? O último relatório do Infopen, do ano de 2014, mostra como esses problemas se mantêm, já que “[a] pesar de todos os esforços do Depen, com prorrogação de prazos, solicitações reiteradas e adequação do formato de entrega dos dados, o estado de São Paulo não respondeu ao presente levantamento” (8, p. 9), sendo que o estado de São Paulo é aquele no qual se concentra a maior parte da população prisional do país.

As informações consideradas relevantes sobre os presos provisórios, em relação à população penitenciária, são as seguintes: a LEP, de 1984, também se aplica a eles; a oferta de trabalho não é obrigatória e só pode ser realizado dentro da UP; devem ser recolhidos nas cadeias públicas. Vale dizer, desde já, que a condição dos ditos presos

provisórios parece em muito se aproximar daquela dos *prisioneiros da passagem* (13), condição dos ditos *loucos* durante a Idade Média. Depositados em caravelas que atravessavam os mares europeus da época sem permanecer em nenhum ponto fixo ou – como os presos provisórios – localizados em celas superlotadas e possivelmente insalubres por todo o país, os prisioneiros da passagem ressaltam uma condição espacial e política específica. Como esses viajantes da Nau dos Loucos, encontram-se presos a uma condição, mais do que a um local: a condição de provisoriedade, já que aguardam julgamento, não são soltos nem condenados, sendo que enquanto aguardam não chega a eles nenhuma de nossas políticas públicas de saúde, educação e/ou trabalho. Caberá ao PNSSP preencher essa lacuna no processo de inclusão social desses *prisioneiros da passagem* contemporâneos?

Como vimos anteriormente, existe uma distinção entre local e condição, entre a carceragem pública e o preso provisório: nem todos os presos provisórios se encontram em carceragens públicas, embora lugar de confinamento e condição perante o sistema penal devessem coincidir. Embora a própria portaria relativa ao GT Cadeias Públicas venha a designar como alvo de suas propostas aqueles que se encontram nas cadeias, apontando um *locus* para a sua ação, a situação de provisoriedade daqueles que, em sua maioria, se encontram nas cadeias remete a outras esferas de ação.

Se viéssemos a realizar uma caracterização legal do preso provisório, talvez nos aproximássemos de forma mais cuidadosa dessa questão. Segundo o Código de Processo Penal, os presos provisórios seriam aqueles autuados em flagrante delito, os presos preventivamente, os condenados por sentença penal recorrível e o preso pronunciado para julgamento diante do Tribunal do Júri Popular. Ou seja, os presos provisórios, em geral, são pessoas acusadas de um crime, sendo que estão aguardando a situação que pode ou não os condenar à prisão: o julgamento. Não estão propriamente condenados a permanecer presos, embora estejam presos (em alguns casos, preventivamente); estão presos a um local – cadeia – e a uma condição – espera de julgamento – embora não tenham passado pelo processo legal devido e, portanto, não estejam propriamente cumprindo uma pena.

A suspeita e a acusação contra o indivíduo, assim como seus antecedentes criminais, serão definitivas para justificar uma prisão temporária, do mesmo modo que serão elementos relevantes durante seu julgamento e, provavelmente, durante o processo de saída da prisão. Entretanto, diferente daqueles que já foram condenados, aqueles que se

encontram na condição de presos provisórios geralmente ainda têm sobre si exclusivamente o peso da acusação.

Propostas de acesso à atenção integral à saúde das pessoas presas em carceragens públicas

O GT Cadeias Públicas, grupo de trabalho instituído com a finalidade de elaborar proposta de acesso à atenção integral à saúde das pessoas presas em carceragens públicas, fez três reuniões, elaborou notas técnicas e definiu propostas. A primeira reunião do GT Cadeias Públicas aconteceu em novembro de 2007, com representantes do Ministério da Justiça (MJ); do Departamento Penitenciário Nacional (Depen/MJ); da Coordenação Geral de Reintegração Social e Ensino (CGRSE/Depen/MJ); da Área Técnica de Saúde no Sistema Penitenciário (Sispe/Dapes/SAS/MS); do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass); do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems); da Secretaria Nacional de Segurança Pública (Senasp); da Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH); e do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP). A pauta incluía a *Historicidade da demanda dos Estados e Movimentos Sociais sobre a discussão do acesso das pessoas recolhidas em carceragens aos serviços e ações de saúde do SUS, a Apresentação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário e a Apresentação do Ministério da Justiça (DEPEN e SENASP) referente aos estabelecimentos carcerários (número de estabelecimentos, população, estrutura).*

Em outubro de 2006, a Coordenação Nacional da Pastoral Carcerária enviou um documento ao Ministério da Saúde (MS) solicitando a constituição de um grupo de trabalho com a participação da sociedade civil, para discutir o acesso das pessoas reclusas nas carceragens aos serviços e ações de saúde: eis a origem do GT. Entretanto, só a partir da segunda reunião a Coordenação compareceu ao GT.

De início, foi informado que a população reclusa nas carceragens seria cadastrada como população residente no município/sede da unidade prisional e estariam incluídas nos repasses de recursos federais dos municípios. Ressaltou-se ainda que muitas pessoas que se encontram em privação de liberdade nas cadeias públicas estão lá de forma *ilegal* (o prazo máximo de permanência permitido já se expirou ou já foram sentenciadas e continuam no local, ou nem mesmo houve o registro de entrada daquela pessoa no estabelecimento), por isso não há interesse dos gestores locais na divulgação desses

dados por meio do Infopen. A política mais urgente no caso das cadeias é a garantia da Defensoria Pública para agilizar os processos e a saída dessas pessoas.

Apresentou-se um contexto histórico da elaboração e implementação do PNSSP, ressaltando que a população vivendo em privação de liberdade em cadeias públicas não foi contemplada nesse Plano, por esse tipo de unidade prisional ser de natureza transitória, onde o(a) suspeito(a) deve (ou deveria) permanecer no local aguardando julgamento por um período pequeno de tempo. A restrição de espaço físico, observada nas cadeias públicas, distritos policiais e delegacias em todo o país, que impede a instalação de uma unidade de saúde no local, também contribuíram para que essas unidades ficassem fora da abrangência do PNSSP. Alguns dos empecilhos à extensão do direito à saúde para essa parcela da população carcerária em reclusão em cadeias públicas são: falta de assessoria jurídica adequada e espaço físico exíguo.

Apresentou-se dados referentes às cadeias públicas obtidos por meio do Infopen. Salientou-se as dificuldades de atualização desses dados, pelo fato da gestão do Infopen ser de responsabilidade das Secretarias Estaduais de Justiça e, em algumas unidades da federação, as cadeias públicas estarem sob a responsabilidade das respectivas Secretarias Estaduais de Segurança Pública. É importante salientar que não existe uma homogeneidade quanto aos órgãos gestores dos estabelecimentos prisionais nas unidades da federação, estando alguns vinculados às Secretarias de Justiça ou Administração Penitenciária e outros vinculados às Secretarias de Segurança Pública. Esses são mais alguns dos desafios à inclusão de pessoas reclusas em cadeias públicas no PNSSP: sistemas de informação precários e necessidade de maior grau de intersetorialidade entre justiça e segurança pública.

Diz-se ainda que a *cultura* da segurança pública é resistente à qualquer interferência ou ação de outros setores governamentais ou da sociedade civil. Discorreu-se ainda que qualquer política deve ser pactuada, principalmente com os atores ligados à segurança, já que os mesmos estão inseridos num paradigma já instalado por muitos anos, onde as *regras* já estão determinadas. Ressaltou que estão sendo realizados cursos para todos os agentes de segurança pública (onde os agentes penitenciários serão contemplados futuramente) aos níveis de pós-graduação e mestrado, visando que essa *cultura atualmente existente* passe a ser operada com base nos *paradigmas dos direitos humanos*. Essas talvez sejam as maiores contribuições do debate nesse GT Cadeias Públicas: a convocação à parceria com a área de segurança pública, seja em âmbito federal, estadual ou municipal; o chamado à composição entre a lógica da saúde

(proteção/cuidado) e aquela da segurança (vigília controle) na formação dos agentes penitenciários.

A primeira proposta de acesso à saúde para aqueles presos em cadeias públicas é um estudo de viabilidade para que as ações de saúde sejam realizadas por meio de unidades móveis. Ou seja, dado o espaço exíguo desses estabelecimentos de reclusão, para garantir o acesso à saúde nem sempre se conta com a possibilidade de inserir equipes de saúde no sistema penitenciário dentro das UPs. Outra proposta foi realizar diagnóstico situacional dos avanços e dificuldades obtidas no processo de adesão dos 11 estados qualificados no Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, assim como um diagnóstico sobre os procedimentos de saúde nas cadeias públicas, por meio das experiências observadas pela Pastoral Carcerária e por egressos de unidades desta natureza.

Na segunda reunião do GT, em 27 de novembro de 2007, apresenta-se um diagnóstico das carceragens no país, enfatizando a precariedade das UPs e a dificuldade de acesso dos presos às ações e serviços de saúde, ressaltando os seguintes aspectos: falta regular de água e luz; pouca ventilação; banheiros entupidos; falta de material de higiene e limpeza; paredes úmidas, mofadas, e infectadas com sanguessugas, com piolhos e pulgas; grande consumo de medicamentos sem controle médico; não há controle de medicamentos levados pelos familiares, que passam a ser moeda de troca; chuveiros somente com a água fria, inclusive no inverno; latrinas entupidas (às vezes entram ratos pelas rachaduras nos canos de esgoto); superlotação, fazendo que alguns presos(as) sejam obrigados(as) a dormir em áreas molhadas das celas em colchões herdados pelo(a) usuário(a) anterior, sem nenhuma assepsia, gerando alta incidência de doenças dermatológicas; pacientes submetidos à cirurgia retornam muito rápidos à unidade prisional (como por exemplo no pós-parto), correndo sérios riscos de infecção pelas condições insalubres das cadeias; o estado não fornece medicamentos para as cadeias públicas; morosidade no processo de julgamento faz com que fiquem longos períodos de tempo nessas unidades (a demora ocasiona problemas de saúde mental e doenças psicossomáticas, como gastrite e úlceras. Além disso, na maioria das cadeias pública não há equipes/profissionais de saúde, sendo que as consultas que deveriam ocorrer nas unidades do SUS de referência não são realizadas por falta de transporte e escolta. Sublinham-se as diferenças entre as carceragens/cadeias públicas e os presídios e penitenciárias. Embora a maioria destas se encontram em situações precárias, as condições das delegacias e distritos policiais são ainda mais graves.

No debate, destacam-se os seguintes pontos: de nada adiantaria a introdução de equipes de saúde nessas unidades, enquanto a questão da insalubridade não for, minimamente, resolvida; por ocasião da elaboração do PNSSP, questionou-se a exclusão das cadeias públicas. Essas unidades não fizeram parte do Plano pelo seu caráter transitório, já que a lei reza que o máximo de tempo que uma pessoa pode ficar em unidades dessa natureza aguardando julgamento é 81 dias. Porém, sabe-se que tal limite não é respeitado e que cerca de 60% dos presos em presídios e penitenciárias brasileiras são presos(as) provisórios(as); relata que a *culpa* é do Poder Judiciário, pela morosidade dos julgamentos, e do Executivo, por tolerar passivamente essa situação.

Foi encontrada grande dificuldade em consolidar os dados de todas as unidades da federação, haja vista o preenchimento do Infopen ser de responsabilidade das Secretarias Estaduais responsáveis pela Administração Penitenciária, o que não necessariamente inclui os estabelecimentos para presos provisórios. Em várias unidades da federação os presos provisórios são custodiados pelas respectivas Secretarias de Segurança Pública (Polícia Civil) que não têm a responsabilidade de preenchimento de tais dados junto ao Infopen. No debate, ainda foi ressaltada a importância de reforçar as ações intersetoriais dentro do MJ (Depen e Senasp) para as questões ligadas às cadeias públicas, inclusive com a constituição de uma comissão. Esse é um dos vetores para os quais convergem as propostas de acesso à saúde para reclusos em cadeias públicas: a intensificação da intersetorialidade.

Na terceira e última reunião do GT Cadeias Públicas, foi apresentado um questionário para realizar um diagnóstico das ações e serviços de saúde em curso nessas UPs. O documento foi enviado aos estados da federação e solicitava resposta sobre: município (local da unidade); nome do estabelecimento; número de pessoas presas (discriminados entre homens e mulheres); infraestrutura disponível no estabelecimento para as ações de saúde (especificação sobre recursos humanos, espaço físico, equipamentos disponíveis); órgão responsável pela administração desses estabelecimentos penais no âmbito da UF. Havia ainda duas perguntas abertas que questionavam: como se dá atualmente os atendimentos em saúde nos estabelecimentos penais destinados à custódia dos presos provisórios (atendimento na rede municipal e/ou estadual de saúde, no próprio estabelecimento, outros); relacionar as principais dificuldades e/ou facilidades encontradas para realização dos atendimentos em saúde nos estabelecimentos prisionais destinados à custódia dos presos provisórios.

Embora o documento tenha sido enviado para os 27 estados (Secretarias de Justiça e de Segurança Pública), apenas 10 estados responderam. Segundo as informações obtidas por meio desse questionário, a população carcerária tem atendimento em saúde na rede municipal e/ou estadual de saúde; há oferta de algumas ações de atenção básica, como imunização e busca ativa de casos nas cadeias; os estados encontram como dificuldades a carência de espaço físico na unidade para implantação de unidades de saúde ou mesmo de algumas ações e carência de recursos humanos para o deslocamento dos presos para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar.

Considerações finais

Segundo os dados fornecidos pelo Ministério da Justiça sobre o sistema prisional brasileiro (8), os ditos *presos* são separados com base na natureza da prisão e tipo de regime, sendo que haveria três tipos de regime: fechado, semiaberto e aberto. Todas as pessoas privadas de liberdade cumprindo esses regimes encontram-se sentenciadas, representando quase 60% da população carcerária: 3% no regime aberto, 15% deles no semiaberto e 41% no fechado. Há também outros 41% não foram sentenciados ainda – chamados no referido levantamento de *sem condenação* – o que significa dizer que quatro em cada 10 pessoas privadas de liberdade estavam presas sem ainda terem sido julgadas. Representando menos de 1% da população carcerária, as pessoas privadas de liberdade em medida de segurança são divididas em *internação* e *tratamento ambulatorial*, o primeiro com quase 7 vezes mais PPL que o segundo (2.497 para 360). Os tipos de estabelecimentos são carceragens de delegacias; recolhimento de presos provisórios; cumprimento de pena em regime fechado; semiaberto e aberto; cumprimento de medida de segurança; e são classificados com base na sua destinação originária, ou seja, a destinação prevista para o estabelecimento no momento da sua construção, independente das alas e anexos porventura criados posteriormente destinados a outros regimes (8, p. 26). Em síntese, se há mais de 607.731 mil pessoas privadas de liberdade, há 1.424 unidades prisionais com 376.669 vagas para custodiá-las segundo os dados do Ministério da Justiça, e

[...] no ano de 2000, 25% da população privada de liberdade encontrava-se custodiada em carceragens de delegacia ou estabelecimentos similares, administrados pelos órgãos de Segurança Pública. Em 2014, esse percentual caiu para 5%. Essa redução é de significativa importância, pois esses estabelecimentos não se mostram adequados para o cumprimento de pena [...] (8, p.16).

Ou seja, se população-alvo da Portaria nº 1.543, criada em 2007, diz respeito às pessoas em carceragens públicas e não aos presos provisórios, trata-se de um conjunto cada vez menor de internos no sistema prisional. A prisão provisória é considerada inadequada no levantamento: haveria uma “tendência crescente no uso dessa medida” no mundo e ela “além de contribuir para a superlotação dos estabelecimentos prisionais e de elevar os custos do sistema, expõe um grande número de indivíduos às consequências do aprisionamento.” (8, p.13). Entretanto, encontrar-se em prisão provisória é diferente ficar em uma delegacia, muito embora “[...] presos sem condenação inclui tanto pessoas custodiadas nas unidades das Secretarias de Segurança Pública quanto os presos provisórios em estabelecimentos do sistema prisional.” (8, p.20). Ou seja, enquanto nas páginas 12 e 13 do levantamento temos uma equivalência entre presos sem condenação de pessoas presas provisoriamente, na página 20 do mesmo levantamento a nota 17 esclarece que são coisas diferentes.

A literatura recente da área de saúde penitenciária é ambígua no que tange à relevância do tipo de estabelecimento penal na análise do cuidado e custódia das pessoas privadas de liberdade. Se por um lado uma autora utiliza justamente o termo *cadeia* para intitular um livro que apresenta relatos de mulheres em situação de privação de liberdade no Distrito Federal, mostrando o quando é importante para alguns profissionais da equipe de saúde considerarem-se parte da *saúde prisional* mais do que do *presídio* (14, p. 202), para as que investigaram as condições de saúde dos ditos *presos* no estado do Rio de Janeiro foi mais importante separá-los em 3 universos, “da Capital, do Interior do estado e da Baixada Fluminense” (15, p. 45), mais do que por tipo de estabelecimento penal no qual cumpriam pena.

Depreende-se, da análise do grupo de trabalho sobre carceragens públicas, que há empecilhos para estender a essa parcela da população carcerária o direito à saúde, os participantes tendo apontado especialmente o espaço exíguo desses estabelecimentos, bem como o provável efeito de reforço da permanência da condição de preso provisório – não julgado – que a oferta de atenção em saúde pode ocasionar. Também são fortes os argumentos em favor da inclusão dos ditos presos provisórios entre a população beneficiada pelo PNSSP, pois, segundo os integrantes do grupo, as cadeias públicas costumam ser mais insalubres e superlotadas que os presídios, tornando essa população mais vulnerável ainda às doenças infectocontagiosas. Esses empecilhos foram enfrentados quando da elaboração da PNAISP? Estaríamos mais articulados com a defensoria pública, a vigilância sanitária e a segurança pública em 2014 do que em 2007?

O PNSSP previa atendimento para aqueles presos que já foram julgados e dependia da organização e funcionamento da defensoria pública local para alcançar aqueles que se encontram na condição de presos provisórios. Condiçãoava o planejamento de ações junto à população confinada nas cadeias públicas ao envio de informações por parte de órgãos da gestão municipal e estadual – as secretarias de segurança pública (diferente daquelas de justiça e defesa social, por exemplo) –, que não têm como obrigação legal enviá-los. Teria esse envio de informações se tornado mais eficaz no contexto da PNAISP?

Os limites e possibilidades de atenção integral em saúde à população reclusa em cadeias públicas apontam para uma intensificação de um dos pilares das políticas de saúde voltadas para a população carcerária – a intersectorialidade –, não mais apenas entre saúde e justiça, mas também entre justiça e segurança pública.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde no Sistema Penitenciário. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Coordenação de Saúde no Sistema Prisional. Legislação em saúde no sistema prisional. Campo Grande/Brasília: Fiocruz Pantanal/Ministério da Saúde; 2014a.
3. Castro V *et al.* Para uma abordagem comunitária da saúde penitenciária. Cadernos de Saúde Coletiva. 2014;22 (2):111-112.
4. Santos H, Nardi H. Masculinidades entre matar e morrer: o que a saúde tem a ver com isso? Physis. 2014;24(3):931-949.
5. Lermen H *et al.* Saúde no cárcere: análises das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira. Physis. ;25(3):905-924.
6. Silva M. Emergência de uma política, extinção de uma coordenação: sobre a gestão da saúde penitenciária no Brasil. Ciência e Saúde Coletiva. 2016;21(7):2021-2030.
7. Bourdieu P. Sobre o Estado. Rio de Janeiro: Companhia das Letras; 2014.
8. Brasil. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias INFOPEN - junho de 2014. Brasília: Ministério da Justiça; 2014b.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde no Sistema Penitenciário. Legislação em Saúde no Sistema Penitenciário. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

10. Silva M. Saúde Penitenciária no Brasil: Plano e Política. Brasília: Verbena; 2015.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 1.543 de 27 de junho de 2007. [citado em 11 maio 2016]. Disponível em:
<http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/legislacao/2007/julho/informe-eletronico-de-legislacao-em-saude-n-122-02.07.07/legislacaofederal/portariams-gmn1.543de27.06.07.pdf>
12. Wacquant L. As Prisões da Miséria. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 2001.
13. Foucault M. A História da Loucura. São Paulo: Perspectiva; 1978.
14. Diniz D. Cadeia: relatos sobre mulheres. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2015.
15. Minayo M, Constantino, P. (orgs.) Deserdados sociais: condições de vida e saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2015.

Submetido em: 04/10/2021

Aprovado em: 05/10/2021

Como citar este artigo

Silva MBB. Acesso à saúde sem assistência jurídica? Sobre a inclusão das carceragens públicas na política de saúde prisional. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário. 2021 dez.;10(Suplemento):86-100

<https://doi.org/10.17566/ciads.v10iSuplemento.842>