POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE: UMA ANÁLISE DO ACESSO A POLÍTICA DA SAÚDE

PAREDES, Nathália Pereira [1]; CARDOSO, Millena dos Santos [2]; NASCIMENTO, Eryenne Lorrayne Sayanne Silva do [3]; LIMA, Rúbia Célis Pereira de [4]

RESUMO

RESUMO

O presente artigo tem o objetivo de analisar o acesso a Política de Saúde da população privada de liberdade, a fim de enfatizar quais os serviços e equipamentos direcionados para este seguimento, bem como, as assertivas e problemáticas. Nessa perspectiva buscar-se-á identificar de forma crítica e reflexiva, através da Lei de Execução Penal (nº 7.210 de 11 de julho de 1984) e do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), suas abrangências, diretrizes e estratégias para garantir o acesso a saúde dos apenados. Utiliza-se a metodologia bibliográfica e a pesquisa qualitativa pautada no modelo crítico-dialético e embasada em autores como Severino, Finkler, Krüger, Lermen e Oliveira. Desse modo, o estudo explana as estruturas legais direcionadas para os apenados no setor saúde, além de visar a relação com o Sistema Único de Saúde (SUS), apreendendo e explicitando seus princípios, como também, sobretudo, seu caráter de universalidade e as problemáticas atuais.

1 INTRODUÇÃO

Considerando os entraves do Sistema Único de Saúde (SUS) para viabilização do acesso a saúde enquanto um direito universal garantido constitucionalmente e, para além disso, o desafio de romper as barreias sociais, econômicas e políticas e viabilizar condições físicas e mentais saudáveis a população privada de liberdade, apresentar-se-á uma análise acerca das condições de saúde da população privada de liberdade, tendo em vista as problemáticas observadas nas unidades prisionais.

A aproximação com a temática deu-se através de debates realizados no universo acadêmico, instigando o aprofundamento teórico do grupo, no conhecimento da realidade vivenciada por esta população. Tivemos como finalidade a priori, explanar acerca dos antecedentes históricos ao Plano Nacional, demarcando objetivamente a Lei de Execução Penal (nº 7.210 de 11 de julho de 1984), que proporcionou de fato grandes conquistas e avanços na área da saúde para a população privada de liberdade. Em seguida, nos debruçamos acerca do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), sua abrangência, diretrizes e estratégias, sendo demarcado também as objetivações, as contribuições e a significância do mesmo.

Por fim, diante das várias problemáticas acerca da referida temática, apresentamos uma análise crítica sobre a implementação da Política de Saúde e do Plano Nacional de Saúde no Sistema Prisional, relacionando paralelamente com os princípios do SUS.

1.1 OBJETIVOS

Objetivamos tecer uma análise crítica acerca do acesso aos serviços de saúde pública pelas pessoas que se encontram privadas de liberdade, visando identificar e apontar acertos e problemáticas referentes as medidas tomadas para tratar da saúde desta parcela populacional. No mais, analisaremos o próprio Sistema Único de Saúde (SUS) e a conjuntura sociopolítica e econômica e como estes impactam diretamente na realidade pesquisada.

1.2 METODOLOGIA

Metodologicamente este trabalho caracteriza-se como de natureza qualitativa em concordância com Severino (2008), "[...] além de registrar e analisar os fenômenos estudados, busca identificar suas causas, seja através da aplicação do método experimental/matemático, seja através da interpretação possibilitada pelos métodos qualitativos" (SEVERINO, 2008, p. 123), tendo como público alvo de seus estudos a população privada de liberdade.

Desse modo, integra uma pesquisa de caráter bibliográfico, amparada em fontes secundárias, centrando-se na análise de texto, artigos acadêmicos e legislações que perpassam a

[1] Cursando Especialização em Gênero e Diversidade na Escola pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB; Graduada em Serviço Social pela UFPB., nathalia_brasil16@hotmail.com
[2] Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB., millenacardoso14@hotmail.com
[3] Mestranda em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB; Graduada em Serviço Social pela UFPB., eryennelorrayne@hotmail.com
[4] Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB., rubia.celis@hotmail.com

área da saúde e regem o sistema prisional brasileiro. Considerando o objetivo de aproxima-se do conhecimento da realidade de acesso dos apenados aos serviços de saúde, todos os dados foram construídos a luz da criticidade afim de observá-los em sua totalidade.

2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS AO PLANO NACIONAL DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO (PNSSP)

No que tange a assistência à saúde no sistema prisional no Brasil, observa-se que sempre houve uma grande negligência, antigamente não existia nenhuma legislação ou política voltada para esse âmbito. Na maioria das vezes as pessoas privadas de liberdade eram vistas como despossuídas de direitos, o que se constituía como um equívoco, pois o único direito lhe retirado foi o da liberdade.

É apenas na década de 1980 que esse quadro começa a passar por mudanças, com a implantação de políticas sociais de saúde no sistema prisional através da Lei de Execução Penal (LEP), nº 7.210 em 11 de Julho de1984. A LEP foi à pioneira na garantia de direitos à saúde no sistema prisional brasileiro, considerando "[...] a assistência à saúde de caráter preventivo e curativo, compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico" (BRASIL a, 1984, p.22). Além disso, a lei ainda deixa claro que, nos casos em que o estabelecimento prisional não estiver preparado para prestar os atendimentos, o mesmo deverá ser oferecido em outro local, ou seja, a assistência deve ser garantida de todas as formas.

É importante salientar o período histórico em que a LEP foi criada, no qual, o Brasil estava vivendo um momento de grande importância no âmbito político com a abertura da ditadura militar e a efervescência dos movimentos sociais na luta pela democracia e por garantia de diretos. Dessa forma, não se pode negar a importância de tais movimentos e da sua influência para a regulamentação dessa lei.

Seguidamente, após alguns anos houve a regulamentação da nova Constituição brasileira em 1988. Assim, reforçou a garantia de saúde a todos com o caráter de universalidade, tendo em vista a reforma sanitária defendida pelo movimento sanitarista, que lutava por um sistema único de saúde, descentralizado e universal, o SUS.

Contudo, logo após a todos esses acontecimentos, na década de 1990, inicia-se no Brasil a implementação da agenda neoliberal, que se configura em políticas que visam à retirada do Estado interventor e a redução das políticas sociais, entre outros desmontes de direitos da classe trabalhadora. Com isso, como bem explica Kruger 2014),

> O Processo de implementação do SUS no início dos anos de 1990 encontrou vários desafios. Os vetos à Lei 8.080 ilustram bem os parâmetros das ações do governo Collor. A partir da regulamentação do SUS (Lei 8.080 e 8.142/1990) e no enfrentamento destes desafios, houve um refluxo nas principais entidades que construíram o Movimento Sanitário nas duas décadas anteriores. Esse refluxo tem relação direta com as novas determinações da conjuntura internacional e nacional, a ênfase ideológica do neoliberalismo e a perspectiva de nossos governos que não pouparam esforços para desqualificar e neutralizar qualquer movimento contestatório. (KRUGER, 2014 p. 3).

Juntamente a essa nova conjuntura claramente desfavorável ao SUS e as demais políticas sociais, também foi constatado com o passar dos anos uma insuficiência da LEP de 1984. Isso se dá devido a diversos fatores, como por exemplo,

o descumprimento do que está previsto em legislação e a escassez de recursos para prestar os atendimentos aos apenados, tanto em condições físicas como também pela falta de profissionais da saúde.

Á vista disso, a LEP apresenta-se insuficiente, contendo um caráter reducionista devido à restrita concepção de direito. Assim sendo, em 2003 é regulamentado o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), com vistas a preencher as lacunas da LEP e trazer avanços na saúde prisional.

3 PLANO E POLÍTICA NACIONAL: DIRETRIZES E ESTRATÉGIAS.

O distanciamento do Estado das medidas socioeducativas, sua agressividade internalizada, ocasiona os condicionantes das situações em que se encontram as pessoas privadas de liberdade. Com o aumento do número da população penitenciária e a negligência na atenção à saúde, os problemas se intensificam, e as doenças transmissíveis e problemas físicos e mentais multiplicam-se.

Sendo assim, observando o direito à saúde e a necessidade de implementação de uma política social de saúde integral para essa parcela da população, foi instituído o segundo marco fundamental das políticas sociais da saúde na espera prisional, o Plano Nacional de Saúde no

[1] Cursando Especialização em Gênero e Diversidade na Escola pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB; Graduada em Serviço Social pela UFPB., nathalia_brasil16@hotmail.com
[2] Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB., millenacardoso14@hotmail.com
[3] Mestranda em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB; Graduada em Serviço Social pela UFPB., eryennelorrayne@hotmail.com
[4] Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB., rubia.celis@hotmail.com

Sistema Penitenciário (PNSSP), de 2003. O mesmo foi elaborado em um conjunto interministerial, composto pelo Ministério da Saúde e o Ministério da Justiça. De acordo com (BRASIL, 2003 apud LERMEN et al., 2015, p. 910):

> O PNSSP, instituído pela Portaria Interministerial nº 1.777/2003, veio legitimar a garantia do acesso à saúde para as pessoas encarceradas, de acordo com o princípio de universalidade do SUS, ampliando as diretrizes de saúde no sistema penitenciário descritas anteriormente na LEP. (BRASIL, 2003 apud LERMEN et al., 2015, p. 910).

Desse modo, o PNSSP constituiu um conjunto de ações de saúde direcionadas ao sistema penitenciário e, que pela primeira vez a população das unidades prisionais tem uma política de saúde específica que visa a atenção à saúde nas unidades prisionais de forma desenvolvida, através de equipe multiprofissional, com objetivo de promover a prevenção, promoção e assistência. Assim, Configura as diretrizes e estratégias adotadas pelos ministérios no Plano Nacional de Saúde no Sistema Prisional.

O PNSSP estabelece que cada equipe de saúde é responsável por até 500 pessoas por unidades prisionais, caso o número de pessoas sejam até 100, a responsabilidade pelo atendimento dos serviços de saúde concerne rede municipal em que está inserido o presídio. As equipes são compostas de profissionais da saúde, como médico, enfermeiro, odontólogo, psicólogo, assistente social, auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultoria dentária. Os profissionais devem ter uma jornada de trabalho de 20 horas/semanais.

Além de contribuir para a redução do agravamento das condições de saúde dos apenados, com base nos princípios de integralidade do SUS o plano visa, a inclusão social da população penitenciária. (LERMEN et al., 2015, p. 912).

Compreendendo o princípio de equidade do SUS, e concordando com Lermen et al, (2015), o PNSSP apresentou um marcante avanço, porém com lacunas. O plano não contemplava toda a população penitenciária, estando restrito aos apenados que se encontravam em condição de regime fechado, deixando assim descobertos da inclusão aqueles que se encontram em regime semi-aberto, recolhidos em cadeia de pequeno porte, provisórios.

Por conseguinte, os avanços em torno das políticas de saúde no âmbito do penitenciário emergiram na Política Nacional de Atenção Integral no Sistema Prisional (PNAISP) em 2014, que objetiva "[...] garantir o acesso integral ao SUS da população privada de liberdade, através da qualificação e da humanização da atenção saúde no sistema prisional, com ações conjuntas nas áreas da saúde e da justiça, nas esferas federais, estudais e municipais " (BRASIL, 2014c apud LERMEN et al., p. 915).

A partir da política, o acesso dos serviços de saúde possibilita contemplar os apenados em outras condições, que não estejam em regime de reclusão, assim como as suas famílias e os profissionais e trabalhadores inseridos no sistema penitenciário.

A forma de atendimento nas unidades prisionais organiza equipes de acordo com o número de apenados das unidades. A equipe tipo I são destinadas aos locais com até 100 pessoas, a tipo II de 101 a 500 pessoas, a tipo III de 501 à 1200 pessoas. As equipes são caracterizadas por uma relação multidisciplinar e vários profissionais da saúde.

A definição da criação das equipes de saúde nacional no sistema prisional, pela PNAISP, foi de fundamental importância para levar aos detentos atendimento básico a saúde. Ela tinha o objetivo de obter um controle e contenção da proliferação de doenças, tendo em vista que como foi descrito por OLIVEIRA (2015), ela estabeleceu a quantidade necessária de profissionais, tipos de serviços demandados por cada instituição carcerária, de acordo com suas características, necessidades particulares e a quantidade de detentos que abrigam.

> [...] cabe ao Estado a responsabilidade de proteger e garantir o direito à vida e integridade pessoal de todas as pessoas privadas de liberdade, bem como fornece as condições mínimas compatíveis com sua dignidade durante todo o período da tutela estatal. (OLIVEIRA, 2015 p. 33).

A problemática encontra-se no fato de que o Estado não executa fielmente tais aparatos jurídicos. Dessa forma, embora o objetivo do sistema prisional seja a recuperação moral de seus integrantes, tal objetivo majoritariamente não é concretizado. Anualmente a população carcerária aumenta consideravelmente, chegando segundo INFOPEN (Dez/2014) há um aumento de 167,32%, entre 2000 e 2014. Por conseguinte, a precarização cada vez mais se intensifica, essa população vive em ambientes em condições sub-humanas, muitas vezes com a falta do acesso a água, luz, mal alimentados, em ambientes de superlotação, sem higiene, e consequentemente mais vulneráveis a doenças. Sua recuperação moral, muito menos sua integridade física e saúde não são corretamente mantidas.

[1] Cursando Especialização em Gênero e Diversidade na Escola pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB; Graduada em Serviço Social pela UFPB., nathalia_brasil16@hotmail.com
[2] Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB., millenacardoso14@hotmail.com
[3] Mestranda em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB; Graduada em Serviço Social pela UFPB., eryennelorrayne@hotmail.com
[4] Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB., rubia.celis@hotmail.com

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS: UMA ANÁLISE CRÍTICA

Em observância as explicações anteriormente feitas, fica claro que todos os apenados, ou seja, todos aqueles que se encontram em situação de privação de liberdade em todo estado brasileiro, estão assegurados juridicamente por leis, decretos, planos e políticas, que têm a função de garantir seus direitos enquanto cidadãos.

Todavia, entende-se que desde a sua implantação, o SUS passou por vários desmontes e sucateamentos, não tendo seu projeto implementado da forma em que foi idealizado. Tal acontecimento se sucedeu devido a conjuntura neoliberal no Brasil, que se configurou em vários ataques e diversos retrocessos nos direitos conquistados pela classe trabalhadora.

Os pactos políticos que aconteceram pós Constituição, não sustentaram uma defesa do projeto do SUS, o que consequentemente ocasionou e influenciou na desqualificação da gestão dos estados e municípios. Por conseguinte, faltam recursos para o orçamento da saúde, que compreende a efetivação de planos, programas e projetos. Diante disso, se fez necessário a elaboração da Norma Operacional Básica (NOB-SUS), com vista a orientar o processo de descentralização da gestão.

> [...] o processo de descentralização e seu gerenciamento são negociados e deliberados por Comissões Intergestores e Conselhos de Saúde em cada esfera de governo. Todas as propostas para a implementação operacionalização do SUS passam por essas instâncias, nos níveis municipal, estadual (Comissão Intergestores Bipartite) e Nacional (Comissão Intergestores Tripartite) (BRASIL, 2016 apud FINKLER; RIBEIRO, 2014 p. 74).

Porém, apesar de todas essas normatizações existe um grande desvio de verbas por parte dos gestores e foi nesse contexto que se deu a elaboração do Plano Nacional de Saúde no Sistema Prisional (PNSSP) e da Política Nacional de atenção integral a saúde das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional. Entretanto vale destacar que os supracitados acima se configuraram como um avanço em meio a essa transição política no país, sim, porém, a sua concretização não foi atingida em sua amplitude, assim como os princípios do SUS da integralidade, universalidade e equidade, portanto não abarcando todas as necessidades e demandas advindas do sistema prisional.

O poder público, em partes, falha em suas responsabilidades e o que predomina é uma lógica de saúde universal não efetiva, falta de financiamento adequado e desqualificação de gestão.

REFERÊNCIAS

BRASIL a. **Lei de Execução Penal:** nº 7.210, 11 de julho de 1984. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2008.

BRASIL b. Ministério da justiça. Departamento Penitenciário Nacional – DEPEN. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciarias** – INFOPEN/ Ministério da saúde, DEPEN. Dezembro de 2014.Disponivel em: <http://www.justica.gov.br/noticias/mj-divuldara-novo-relatório-do-infopen-nest-terca-feira/relatorio-depen-versao-web.pdf>. Acesso em: 23 de abril/2017.

FINKLER, Renata Ulrich; RIBEIRO, Elaine Rossi. Controle Social da saúde no Brasil. In: **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 4, n. 3 2014.

KRÜGER, Tânia Regina. **Saúde pública no Brasil:** a radicalidade democrática ao novo desenvolvimentismo. 2014, p. 1-13.

LERMEN, Helena Salgueiro et al. Saúde no Cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira. In: **Revista de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, 25 [3]: 905-924, 2015.

OLIVEIRA, Luiz Eduardo. **Direito dos presos a saúde e as políticas públicas estabelecidas para o sistema penitenciário em Sergipe/Brasil.** 2015. 119 f. Dissertação de mestrado. (Mestrado em direitos humanos). Universidade Tiradentes, Aracaju: 2015. P. 21-64.

[1] Cursando Especialização em Gênero e Diversidade na Escola pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB; Graduada em Serviço Social pela UFPB., nathalia_brasil16@hotmail.com
[2] Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB., millenacardoso14@hotmail.com
[3] Mestranda em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB; Graduada em Serviço Social pela UFPB., eryennelorrayne@hotmail.com
[4] Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB., rubia.celis@hotmail.com

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico.** Editora: Cortez, 2008.

PALAVRAS-CHAVE: Privação de Liberdade; Política de Saúde; Sistema único de Saúde.

[1] Cursando Especialização em Gênero e Diversidade na Escola pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB; Graduada em Serviço Social pela UFPB., nathalia_brasil16@hotmail.com
[2] Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB., millenacardoso14@hotmail.com
[3] Mestranda em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB; Graduada em Serviço Social pela UFPB., eryennelorrayne@hotmail.com
[4] Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB., rubia.celis@hotmail.com