

ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO PRISIONAL

Rita Marilza Bravin

O acesso à saúde está previsto como direito universal na Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada no ano de 1988. Nela, os artigos 94 e seguintes são dedicados à Seguridade Social, em cujo tripé saúde, previdência e assistência social materializa importante conquista social após mais de vinte anos de ditadura militar, em que a democracia e as formas de participação popular foram obstaculizadas.

Netto (1996) caracterizou o período da ditadura brasileira como modernização conservadora no qual, apesar das dificuldades políticas, houve importante crescimento na economia devido ao contexto internacional do modelo expansivo do pós-guerra, com o incremento de um parque industrial nacional suscitando o denominado “milagre econômico brasileiro”. Entretanto, já na passagem da década de 1960 para a seguinte era evidente o início do esgotamento desse padrão, levando a uma crise que, entre outros aspectos, provocou a vitória da oposição nas eleições e a mobilização rumo à (re) democratização do país. A década de 1980 foi de efervescência política e de disputas, com debates sobre a construção de um novo texto constitucional, em substituição ao de 1967, inconcebível em um ambiente democrático.

O debate sobre a saúde esteve presente no processo constituinte, com a apresentação de dois projetos antagônicos: o privatista, que advogava a focalização e o (des) financiamento público, com a ênfase na compra privada dos serviços; e o da Reforma Sanitária, que defendia a adoção de um modelo público e universal para o setor “pautado na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde” (BRAVO, 2018, p. 98). Perspectiva alinhada às mudanças estruturais pelas quais o país passava, cuja principal proposta era a criação de um sistema unificado que relacionava os processos de saúde e doença às condições de vida e de trabalho, considerando os condicionantes econômicos e sociais, cujas mazelas refletem as expressões da “questão social”.

Tal período de efervescência política culminou com a promulgação da Constituição de 1988, que agregou grande parte das reivindicações do movimento da Reforma Sanitária, e levou à criação, mais tarde, do Sistema Único de Saúde (SUS), que representou importantes avanços sociais. O SUS é constituído pelo conjunto de ações e serviços voltados ao atendimento da população em geral, sem distinção, ou seja, possui natureza universalizante que superou o modelo anterior, excludente e seletivo. É integrado em rede regionalizada e hierarquizada, que por sua vez é atravessada pelas seguintes diretrizes: descentralização nas esferas administrativas da união, dos estados e dos municípios; atendimento integral à saúde e participação da comunidade por meio do controle social. A Lei nº 8.080/90 – Lei Orgânica da Saúde – LOS dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e a Lei 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão dos serviços; além das normas operacionais básicas (NOBs) etc., legislação que veio regulamentar a matéria.

No entanto, apesar dos avanços em termos formais, a produção legislativa não foi acompanhada de ações para a efetivação dos direitos, uma vez que a sua materialização permaneceu condicionada à conjuntura econômica e política. Na década de 1990 houve a adoção do modelo neoliberal, que caracterizou uma contrarreforma do Estado e ajustes fiscais associados a cortes nos gastos sociais (BEHRING; BOSCHETTI, 2011). Tal processo impactou nas condições de vida dos trabalhadores que, em detrimento da garantia constitucional de acesso universal à saúde, passou a conviver com a sua precarização em função da falta de investimentos, levando à dualidade entre os que podem pagar pelos serviços privados – que Mota (1995) denominou “cidadão consumidor” – e aqueles usuários das políticas sociais focalizadas nos mais pobres.

Apesar do cenário desfavorável, as lutas pela preservação da concepção de saúde prevista no SUS persiste, diante de sua existência no plano formal que, embora não seja garantia de plena materialização, é importante instrumento de lutas para a sua defesa. Diante do caráter universalizante do SUS, a população carcerária não poderia ficar de fora. Nesse sentido, a igualdade de direitos é taxativamente prevista no artigo 5º da Constituição Federal, onde está expresso que: “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, XLIX – é assegurado aos presos o respeito à integridade física e moral.”

A Lei de Execução Penal (LEP) nº 7.210/1984, criada para regulamentar o cumprimento das penas, dispõe em várias passagens sobre a assistência à saúde, tanto no caráter preventivo quanto no curativo, concebendo-a como direito e impondo o dever de resguardá-lo. Nesse sentido, o Ministério da Saúde e o Ministério da Justiça e Segurança Pública editaram em conjunto a Portaria Interministerial nº 1.777/2003, que instituiu o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, cujo objetivo era definir e implementar ações e serviços consonantes ao SUS, isto é, voltados à atenção integral da população privada de liberdade. Após mais de dez anos de existência da política, houve a necessidade de sua revisão com a promulgação da Portaria Interministerial nº 1 de 02/01/2014 sob a parceria dos mesmos ministérios, instituindo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do SUS.

A PNAISP tem ações voltadas às pessoas com idade superior a 18 anos, sob a custódia do Estado. Tem por objetivo viabilizar o acesso à saúde nos locais em que as pessoas cumprem as penas, tendo em vista estarem suscetíveis a todos os riscos a que está sujeita a população em geral, somados à privação de liberdade com todos os agravos à saúde que tal situação envolve, incluindo a superlotação das prisões. O Brasil é a terceira maior população carcerária do mundo, com cerca de 660 mil pessoas presas, atrás apenas dos Estados Unidos e da China. Um cenário de grande crescimento que está associado ao contexto da crise estrutural pela qual passa o mundo capitalista, cujas formas de enfrentamento estão relacionadas à adoção de políticas neoliberais com vistas à retomada dos lucros. Tal quadro macroestrutural de penalização dos trabalhadores e de retrocesso de direitos, em que a criminalização da população pobre é uma das estratégias para lidar com as sequelas de um mundo sem trabalho, em que o desemprego se tornou estrutural (MÉSZÁROS, 2011, p. 67-68).

Diante de tal realidade, o Estado busca legitimação através do controle da classe trabalhadora por meio da força, através de instituições de controle social, como o sistema penitenciário, cuja função é conservar a ordem social (BARATTA, 2002, p. 150). Um processo de criminalização da pobreza que Wacquant (2008) associa ao desmonte do

“Estado-social” e ao avanço do que ele denomina “Estado Penal”. Uma estratégia de legitimação com medidas preponderantemente punitivas que acirram as expressões da “questão social”, identificadas como manifestação de desordem. Desse modo, o aumento da população carcerária é decorrente da utilização do sistema penitenciário como forma de administração da insegurança social provocada pela desconstrução de direitos, uma realidade em que os trabalhadores passam a constituir uma população sobrando que sofre com os processos de criminalização e passa a compor, em grande número, o contingente carcerário.

Na quase totalidade dos casos, as pessoas ao ingressarem no sistema penitenciário tendem a apresentar comprometimentos físicos e mentais, necessitando dos cuidados garantidos constitucionalmente via SUS. Desse modo, a PNAISP é uma grande conquista social para a população privada de liberdade. O Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN) – órgão executivo vinculado ao Ministério da Justiça e Segurança Pública, cujo papel é nortear as diretrizes da Política Penitenciária Nacional – atua na PNAISP fomentando as ações e aparelhando os espaços cedidos pelas administrações penitenciárias dos estados, visando a implantação dos serviços de saúde.

Para a habilitação das equipes no território é necessária a adesão através de compromisso firmado com a União, e a apresentação de um plano de trabalho. Os serviços são organizados através da Rede de Atenção à Saúde (RAS) com o referenciamento dos usuários nos moldes da dispensada para a população em geral, conforme previsto no Decreto nº 7.508/2011. Esse modelo, ao ser estendido às pessoas privadas de liberdade, se apresenta como importante baliza para o atendimento dessa população, que, ao ingressar no sistema penitenciário, passa a ser assistida pelas equipes de saúde na porta de entrada.

A Portaria GM/MS nº 2.298/2021 dispõe sobre as normas para a operacionalização da PNAISP e prevê, entre outras providências, a implementação dos serviços e equipes multiprofissionais de saúde, denominadas equipes de Atenção Primária Prisional – EAPP. Essas equipes são estruturadas conforme os parâmetros adotados nas estratégias de saúde da família, variando conforme o número de pessoas atendidas, opção de sua composição profissional e carga horária. Recebem denominação de I a V, e podem abarcar os profissionais de diversas áreas: médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, assistentes sociais, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais etc. O repasse dos recursos é realizado mensalmente pelo Ministério da Saúde, mediante o credenciamento e a inclusão no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – SCNES.

Diante do exposto, a título de ilustração, abordaremos o cenário dos serviços de saúde destinados à população privada de liberdade no estado do Rio de Janeiro. No estado do Rio, a Secretaria de Administração Penitenciária (SEAP) é o órgão público responsável pelo cumprimento da execução das penas. Em consonância ao que preconiza a LEP, a instituição mantém em seus quadros profissionais da área da saúde: assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros, médicos etc. com atribuições definidas e, conforme convencionado, ligadas à execução penal.

No entanto, ao longo dos anos, essa área tem deixado de receber os investimentos necessários para a qualidade e a continuidade das ações, a começar pela falta de reposição do quadro funcional. O último concurso público para o cargo efetivo, amparado juridicamente pelo Decreto nº 2.479/79, foi realizado no ano de 1998 e, a partir de então, contratos temporários com processos seletivos simplificados foram celebrados em substituição aos concursos públicos. Entretanto, esta estratégia também foi abandonada, tendo em vista o

último contrato ter vigorado entre os anos de 2013 e 2018. A inexistência de incentivos para esses servidores como a implantação de um plano de cargos, carreiras e salários, a ausência de reajustes salariais etc. vêm impactando na precarização da oferta dos serviços de saúde para a população carcerária. A contratação desses serviços, através de Organizações Sociais, para atendimento nos hospitais penais agravou o cenário.

A PNAISP teve início no Rio de Janeiro no ano de 2018, com a implantação de um projeto piloto em quatro unidades prisionais situadas no Complexo de Gericinó, na zona oeste da cidade, onde está localizado o maior número de unidades do estado. Foi constituído um grupo de trabalho com o planejamento de ações que enfatizavam a saúde preventiva e as estratégias de saúde da família; ações de busca ativa com estudos de prevalências do número de ocorrências de uma determinada doença em um local e período, como escabioses, pediculoses, cânceres de colo de útero, hepatites, HIV, sífilis, tuberculoses etc. No ano de 2022 as ações foram estendidas a todas as cinquenta unidades que compõem o sistema penitenciário fluminense. Na formação das equipes alguns profissionais têm assento garantido, o que não ocorre com os assistentes sociais, que concorrem com profissionais de outras áreas, cuja escolha é facultada aos gestores da política, conforme previsão legal.

É importante destacar que na implantação da PNAISP, o Serviço Social fazia parte da composição de todas as equipes. No entanto, essa realidade mudou e atualmente apenas alguns municípios contam com assistentes sociais na equipe fixa como são os casos de São Gonçalo, Niterói, Magé, Japeri, Itaperuna, Campos dos Goytacazes, Volta Redonda e Resende. No município do Rio de Janeiro, por exemplo, isso deixou de acontecer, inclusive no Complexo de Gericinó. Os profissionais mantidos, contratados na época da implantação da PNAISP, estão atuando de forma itinerante entre as unidades. Um cenário em que algumas reflexões se fazem necessárias, diante da relevância dos assistentes sociais e sua qualificação técnica para atuar nas expressões da “questão social”, tão presentes no meio prisional.

Os assistentes sociais que atuam no sistema penitenciário são diretamente ligados à instituição e trabalham com as atribuições relativas à execução penal, tais como a elaboração de relatórios sociais solicitados pela Vara de Execução Penal, a viabilização de documentação civil, o registro e o reconhecimento de prole etc. O ingresso de profissionais com a mesma formação, através da PNAISP, com salários superiores e condições de trabalho mais adequadas, trouxe para o meio institucional um conflito de competências e atribuições, sem que houvesse a devida delimitação de atuação em cada esfera. Um mal-estar agravado pelas solicitações de diretores e gestores do alto escalão da SEAP que, frente ao reduzido quadro de assistentes sociais, viram na PNAISP a solução de seus problemas, passando a requisitar que esses profissionais exercessem as atribuições pertinentes aos assistentes sociais da execução penal. Os profissionais da PNAISP, por sua vez, diante da suposta ausência de um plano de trabalho que desse especificidade às ações, não encontravam objeto próprio de trabalho em que pese terem sido contratados para atuar na atenção básica de saúde. Desse modo, tanto os assistentes sociais ligados diretamente à instituição, quanto os ligados à PNAISP, não tiveram o necessário diálogo diante da possibilidade de um trabalho conjunto no atendimento integral à saúde das pessoas privadas de liberdade, que abrange as condições de vida como um todo. O que possibilitaria encontrar alternativas em ambas as esferas de atuação, e que não foi favorecido tanto pelo suposto despreparo no ingresso das equipes da

PNAISP, quanto em relação aos assistentes sociais vinculadas à SEAP, que viram nos primeiros uma ameaça ao precário trabalho que vinha sendo desenvolvido.

O que assistimos atualmente é a opção dos gestores em não incluir o Serviço Social nas equipes da PNAISP em detrimento de outras áreas, sob a alegação de problemas e conflitos institucionais. Uma disputa em que perdem todos, profissionais e usuários, diante do grande avanço que representa a participação de assistentes sociais na política de saúde voltada para as pessoas privadas de liberdade nos moldes do SUS.

Tais impasses nos trazem reflexões quanto ao exercício profissional cotidiano em face do Projeto Ético-Político Crítico do Serviço Social. Um projeto profissional que pretendeu romper com o conservadorismo presente no meio profissional desde as suas origens, buscando atrelar os objetivos profissionais aos interesses da classe trabalhadora, usuária dos serviços “evidenciando, paulatinamente, um pluralismo no interior da profissão, o que não mais assegurou a unidimensionalidade do pensamento a-histórico, acríptico e moralizador” (FORTI, 2022, p. 28).

No entanto, diante da possibilidade de adoção dessa perspectiva profissional, não é possível uma visão endógena do Serviço Social, desconsiderando as expectativas das instituições quando contratam os profissionais. A busca de revisão crítica não significou mudanças quanto às tradicionais requisições, demandando não só construções alternativas de ações, como a delimitação de atribuições e competências junto aos gestores e demais profissionais. Esta afirmação não significa recair numa prática messiânica, que se traduz numa visão heroica e ingênua quanto às possibilidades do exercício profissional, que desconsidera tanto o cenário institucional, quanto o macrossocietário. Tampouco recai num exercício profissional em que prevalece o pensamento fatalista, que concebe o Serviço Social preso a um poder monolítico em que nada lhe resta fazer (IAMAMOTO, 2011). A autonomia relativa possibilita meios de rompimento com essas visões com vistas à criação de outros caminhos, sem desconsiderar as determinações macrossocietárias em que o trabalho profissional é gestado (RAICHELIS, 2018). A compreensão dos impasses e disputas dentro da instituição exige dos assistentes sociais, como no caso da SEAP e da PNAISP, trilhar caminhos críticos na direção do Projeto Ético-Político que permitam vislumbrar os embustes em que pode cair a classe trabalhadora, quando se antagoniza e se desarticula da luta por interesses comuns (MARCONSIN, 2009).

Diante do exposto, no caso em análise, essa disputa impactou, pelo menos por enquanto e em parte, na continuidade do trabalho dos assistentes sociais na PNAISP, obstaculizando a possibilidade de o Serviço Social contribuir para assegurar os direitos da população privada de liberdade quanto ao importante acesso à saúde no meio prisional, o que não quer dizer que isso não possa ser mudado, por ser uma história em construção, o que demandará articulações para tal fim.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARATTA, A. Criminologia crítica e crítica do direito penal: Introdução à sociologia do direito penal. Rio de Janeiro: Editora Revan: Instituto Carioca de Criminologia, 2002.
- BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E.; BRAVO, M. I. S.; UCHÔA, R.; NOGUEIRA, V. M. R.; MARSIGLIA, R.; GOMES, L.; TEIXEIRA, M. (Orgs.).

- Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, p. 88-110, 2018.
- BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. Política Social: Fundamentos e História. São Paulo: Cortez, 2011.
- FORTI, V.; VALLE, J.; MAURICIO, J. Projeto Ético-político do Serviço Social: Breves contribuições às polêmicas “interminadas” e/ou intermináveis. In: VASCONCELOS, A. M.; ALMEIDA, N. L. T.; VELOSO, R. (Orgs.). Serviço Social em tempos ultraneoliberais. Rio de Janeiro: Navegando, p. 25-43, 2022.
- IAMAMOTO, M. V. Renovação e conservadorismo no Serviço Social: Ensaio crítico. 11. ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- MARCONSIN, C. Cerco aos direitos trabalhistas e crise do movimento sindical no Brasil contemporâneo. 2009. 265 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.
- MÉSZÁROS, I. A crise estrutural do capital. São Paulo: Boitempo, 2011.
- MOTA, A. E. Cultura da crise e seguridade social. São Paulo: Cortez, 1995.
- NETTO, J. P. Ditadura e Serviço social: Uma análise do Serviço social no Brasil pós-64. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1996.
- RAICHELIS, R. Serviço Social: Trabalho e profissão na trama do capitalismo contemporâneo. In: RAICHELIS, R.; VICENTE, D.; ALBUQUERQUE, V. (Org.). A nova morfologia do trabalho no Serviço Social. São Paulo: Cortez, p. 25-65, 2018.
- WACQUANT, L. As duas faces do gueto. São Paulo: Boitempo, 2008.