

O DIREITO À SAÚDE MENTAL NA LEP E PNAISP: UM BREVE DEBATE

 <https://doi.org/10.56238/arev7n2-109>

Data de submissão: 11/01/2025

Data de publicação: 11/02/2025

Delza da Hora Souza

Doutoranda e Mestra em Sociologia e Ciência Política pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

E-mail: delzahora27@gmail.com

RESUMO

O direito à saúde mental da população em situação de cárcere está evidenciado e preconizado na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde Prisional (PNAISP), aprovada em 2014. Entretanto, desde 1984, a Lei de Execução Penal (LEP), apresenta pinceladas do debate à luz do contexto da época, onde saúde mental pouco era compreendida como uma garantia básica de direito às populações de forma geral, sobretudo a privada de liberdade. Este texto busca abordar as diversas nuances que corroboram para a construção histórica deste direito bem como enuncia algumas das urgências da pauta em questão e como esta vem sendo enfrentada em termos de políticas públicas no Brasil.

Palavras-chave: Saúde Mental. LEP. PNAISP. Políticas Públicas. Brasil.

1 INTRODUÇÃO

1.1 O DIREITO À SAÚDE MENTAL NA LEP E PNAISP: UM BREVE DEBATE

A Lei de Execução Penal - LEP (1984), é um documento normativo que indica orientações administrativas para o funcionamento de estabelecimentos penais brasileiros, bem como os deveres e garantias de direitos da pessoa privada de liberdade. O documento passou por diversas alterações em seus quase 40 anos de existência. Tal como uma colcha de retalhos, é possível observar trechos divergentes entre si, e modificações gigantescas desde a sua sanção até os dias atuais. Uma delas que nos interessa nesse debate é a garantia do atendimento à saúde, com recorte específico em saúde mental.

A Lei de Execução Penal (LEP) de 1984 assegura atendimento médico, farmacêutico e odontológico (Brasil, 1984) às pessoas presas. Entretanto, por um longo período, devido à falta de investimentos na saúde da população privada de liberdade, não se produziram os resultados esperados e o cuidado integral à saúde nos espaços prisionais. (Brasil, 2016). Durante cerca de 30 anos, a população carcerária não contava com políticas voltadas ao debate da saúde. A política é um projeto público e político que demonstra vontade política e compromisso de estado para com quaisquer que sejam os público-alvos de atendimento. É a garantia que se tem de que sejam pensados parâmetros, gestão, planejamento prioritário de atendimento. Sem política, a LEP era até então o marco legal que em apenas duas linhas fazia alguma alusão ao termo “saúde mental”:

Art. 183. Quando, no curso da execução da pena privativa de liberdade, sobrevier doença mental ou perturbação da saúde mental, o Juiz, de ofício, a requerimento do Ministério Público, da Defensoria Pública ou da autoridade administrativa, poderá determinar a substituição da pena por medida de segurança. (Redação dada pela Lei nº 12.313, de 2010).

O único comentário se refere ao que atualmente é conhecido como manicômio judiciário. Medidas de segurança são destinadas àqueles que praticam crimes e que, por terem algum transtorno mental, não podem ser considerados responsáveis pelos seus atos e, portanto, devem ser tratados e não punidos. (Borges, 2014, p.14). Vale mencionar que as únicas vezes que a palavra “mental” no documento se refere a doenças, transtornos mentais. A saúde aqui está circunscrita no plano funcionalista que define saúde como ausência de doenças. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social. Essa definição, até avançada para a época em que foi realizada, é, no momento, irreal, ultrapassada e unilateral. (Segre; Ferraz; 1997, p.3).

Segundo Nascimento et. al (2020, p.6), Soares Filho e Bueno (2016) descrevem que a historicidade das ações de saúde no sistema prisional datam seu início com as entidades religiosas.

Com o advento do HIV/AIDS no Brasil, na década de 1980, alguns profissionais de saúde, em especial médicos sensíveis ao sofrimento da população prisional, iniciaram ações de prevenção e tratamento desse agravio. A partir de então, a questão da saúde penitenciária se tornou foco de ações e regulamentações de órgãos nacionais e internacionais. No Brasil, a primeira regulamentação da saúde penitenciária foi feita pela LEP (Lei Nº 7.210), de 1984, que postula no título II, capítulo II, art. 11 que as PPL possuem direito à assistência material, saúde, assistência jurídica, educacional, social e religiosa.

No art. 14 da LEP, dispõe-se que a assistência à saúde das PPL compreende atendimento médico, farmacêutico e odontológico. Levando em consideração que foi somente em 2003, que o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário - PNNSP, pautou a oferta de atendimento psicológico. Neste documento, constam as diretrizes de funcionamento de oferta de atendimento em saúde bem como os critérios de adesão e monitoramento. Esta é uma Portaria Interministerial, o que significa dizer que será implementada com a parceria de dois ministérios: Ministério da Saúde e Ministério de Estado da Justiça.

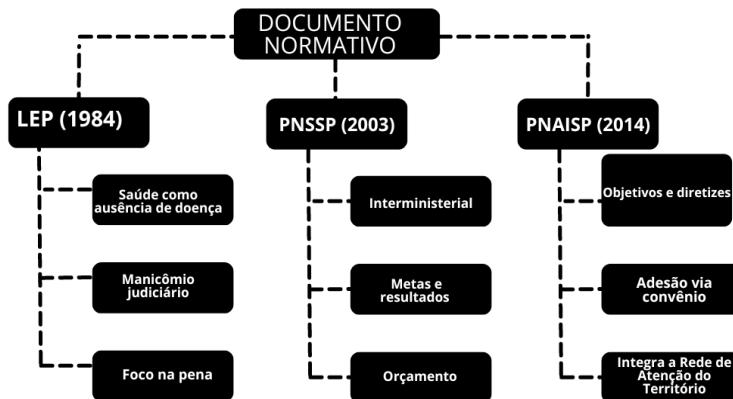
Na descrição de tipos de ações de atenção básica, consta o item b: *Atenção em saúde mental: ações de prevenção dos agravos psicossociais decorrentes do confinamento; atenção às situações de grave prejuízo à saúde decorrente do uso de álcool e drogas, na perspectiva da redução de danos.* O Plano previa a destinação de recursos no valor de cerca de 20 mil reais por ano, para Secretarias Municipais, em regiões que as unidades prisionais tivessem até 100 pessoas reclusas (Brasil, 2005, p.16).

Como principais metas, o PNNSP estipulava a implantação de Programas de Atendimento Psicossocial nas unidades prisionais capazes de contribuir para a prevenção e redução dos agravos psicossociais decorrentes da situação de confinamento em 40% das unidades prisionais no 1.º ano, 60% no 2.º ano, 80% no 3.º ano e 100% no 4.º ano; e o atendimento de situações de grave prejuízo à saúde decorrente do uso de álcool e drogas, na perspectiva de redução de danos em 40% das unidades prisionais no 1.º ano, 60% no 2.º ano, 80% no 3.º ano e 100% no 4.º ano. (Brasil, 2005, p.36).

O organograma a seguir demonstra as principais diferenciações entre os três documentos normativos que tratou da garantia de saúde de pessoas em privação de liberdade (compreende a maioridade, para menores infratores, a Política implementada é a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI)).

Figura 1: Elaboração própria da autora.

SAÚDE MENTAL PRISIONAL



Os direitos sociais, previstos na Constituição Federal 1988, não foram implementados de forma simultânea à população brasileira. O direito à saúde, direito de todos e um dever do Estado, assegurado pelo artigo 196 desta Constituição e pelas Leis 8.080/90, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), e 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, não foi garantido a pessoas privadas de liberdade (PPL). Com o objetivo de orientar a reintegração social do prisioneiro, somente nos últimos anos foram adotadas medidas governamentais para cumprir o dever do Estado na assistência a PPL por meio de educação, trabalho e saúde, conforme disposto na Lei 7.210/84, a Lei de Execução Penal (LEP). (Vallim; Daibem; Hossne; 2018, p.2). Somente mais tarde, os debates do campo da saúde pública e Direitos Humanos impulsionaram a regulamentação da Política Nacional de Atenção à Saúde Prisional - PNAISP, em 2014.

A PNAISP é fruto de um Grupo de Trabalho (GT) elaborado pelos Ministérios da Saúde e da Justiça, que uniu diferentes atores na construção dessa política entre 2011 e 2013. (Domingues, 2012). Em 2011, durante a avaliação do PNSSP, a população carcerária já chegava em 400 mil custodiados, sendo mais de $\frac{1}{3}$ custodiados em detenção provisória. Ao menos 40% da população segue em detenção provisória, questão que explica minimamente a superlotação de presídios.¹ A morosidade do sistema penal também é um problema real e que reflete nesse aprisionamento. Se pensarmos que em uma década, estima-se o aumento exponencial de cerca de 150%, chegando a marca de 1 milhão de pessoas no cárcere, no mínimo deveríamos estarmos preocupados enquanto sociedade na resolução desse problema social que é o cárcere.

¹ Disponível em: Infopen - Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias - Conjuntos de dados - Ministério da Justiça e Segurança Pública (mj.gov.br).> Acesso em: 02 de junho de 2022.

Um dos principais fatores do esgotamento do PNSSP foi o aumento significativo do encarceramento no país. De 2003 a 2013, houve uma crescente de 120%. Passando cerca de 240 mil custodiados para 600 mil. E isso nos faz pensar sobre *direitos*. O que explica esse aumento alarmante? Quais os outros direitos já negligenciados a essas pessoas antes mesmo de perderem a liberdade? Certamente as desigualdades sociais aparecem nas análises criminológicas como elemento fundante do encarceramento brasileiro.

Tal cenário apontou para a criação de uma Política de saúde que abarcasse todo o itinerário carcerário que tivesse potência para dialogar com esse inédito quadro de superlotação.

A PNAISP nasceu da avaliação dos doze anos da aplicação do PNSSP, quando se constatou o esgotamento desse modelo e a necessidade urgente de promover a inclusão efetiva das pessoas privadas de liberdades no Sistema Único de Saúde, cumprindo os princípios de universalidade e equidade. E foi construída de forma participativa e democrática, com a presença de gestores, trabalhadores de serviços penais, da academia e da sociedade civil organizada. Tendo sido pactuada na Comissão integrada tripartite (CIT) e deliberada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS). O grande salto consiste porque com essa política, pessoas privadas de liberdade passam a fazer parte de grupos populacionais atendidos pelo SUS. A partir de então, a PNAISP seria integrada a RAS- Rede de Atenção à Saúde cumprindo os princípios basilares do SUS. (Brasil, 2014).

Mas afinal, quais as ações promovidas pela PNAISP?

Quadro 1 - PRINCIPAIS AÇÕES DA PNAISP

| |
|---|
| 1) Garantir o acesso à Rede de Atenção à Saúde no território com mais agilidade, equidade e qualidade. |
| 2) Promover ações para promoção de doenças e prevenção de doenças transmissíveis, doenças não transmissíveis e dos agravos decorrentes do confinamento. |
| 3) Melhorar as ações de vigilância sanitária na alimentação e nas condições de higiene dentro das unidades prisionais e para garantir a salubridade ambiental. |
| 4) Operar estendendo e aprofundando as ações de todos os programas do Ministério da Saúde |
| 5) Atuar na prevenção do uso de álcool e de drogas e na reabilitação de usuários. |
| 6) Garantir medidas de proteção, como a vacinação para hepatites, influenza e outras do calendário de adultos. |
| 7) Garantir ações de promoção de saúde bucal (ex.: palestras, escovação e avaliação bucal) e tratamento. |
| 8) Garantir o acesso aos programas de saúde mental, gerais e específicos. |
| 9) Garantir aquisição e repasse de medicamentos da farmácia básica às equipes de Saúde e distribuição de insumos (preservativos, absorventes, entre outros) para as pessoas presas. |
| 10) Multiplicar as unidades básicas de saúde prisional e promover o seu funcionamento na lógica do SUS. |

Fonte: Ministério da Saúde, 2013.

Santa Catarina ainda não aderiu de forma integral à Política. E os municípios que assinaram o Convênio têm feito adesão voltada a tratamentos medicamentosos, de forma mais expressiva. As tabelas 01 e 02 a seguir, foram extraídas de documentos oficiais do estado a respeito de compras de insumos farmacêuticos. Não é de fácil localização relatórios que apontem a destinação de recursos na garantia de atendimento psicoterapêutico, por exemplo.

Tabela 01 - Municípios de Santa Catarina que aderiram à PNAISP até março de 2022

| Macrorregião da Saúde | Município - Unidade Prisional |
|--------------------------------|---|
| Grande Florianópolis | Biguaçu - Presídio São Pedro de Alcântara - Penitenciária Tijucas - Presídio Palhoça - SSP - CAPH Colônia Agrícola |
| Sul Catarinense | Araranguá - Presídio Criciúma - Penitenciária e Presídio Imbituba - Unidade Prisional Avançada (UPA) Laguna - Unidade Prisional Avançada (UPA) |
| Norte e Nordeste Catarinense | Canoinhas - Unidade Prisional Avançada (UPA) Barra Velha - Unidade Prisional Avançada (UPA) Jaraguá do Sul - Presídio Joinville - Penitenciária e Presídio Mafra - Presídio Porto União - Unidade Prisional Avançada (UPA) |
| Vale do Itajaí | Blumenau - Penitenciária e Presídio Brusque - Unidade Prisional Avançada (UPA) Rio do Sul - Presídio |
| Vale do Itajaí | Itajaí - Penitenciária e Presídio Itapema - Unidade Prisional Avançada (UPA) |
| Meio Oeste e Serra Catarinense | Rio do Sul - Presídio Caçador - Presídio Campos Novos - Unidade Prisional Avançada (UPA) Concórdia - Presídio Lages - Presídio Joaçaba - Presídio Regional São Cristóvão do Sul - Penitenciária São Joaquim - Unidade Prisional Avançada (UPA) Videira - Unidade Prisional Avançada (UPA) |
| Grande Oeste | Chapecó - Penitenciária e Presídio Maravilha - Unidade Prisional Avançada (UPA) São José do Cedro - Unidade Prisional Avançada (UPA) São Miguel do Oeste - Unidade Prisional Avançada (UPA) Xanxerê - Presídio |

Fonte: Governo de Santa Catarina/ Secretaria de Estado da Saúde.

Encontrar uma unidade prisional com oferta de psicoterapia, como ocorre no presídio feminino de Itajaí, ainda não é uma realidade nos estabelecimentos penais do estado. O hiato presente

na comunicação oficial da Secretaria do Estado da Saúde com relação às ações promovidas pela PNAISP é outro ponto que merece atenção e articulação intersetorial e na esfera da sociedade civil. É fundamental que o atendimento em saúde mental seja assegurado às pessoas reclusas.

Tabela 02 - Municípios de Santa Catarina que não aderiram à PNAISP até fevereiro de 2022 estão pactuando recebimento do recurso de forma descentralizada

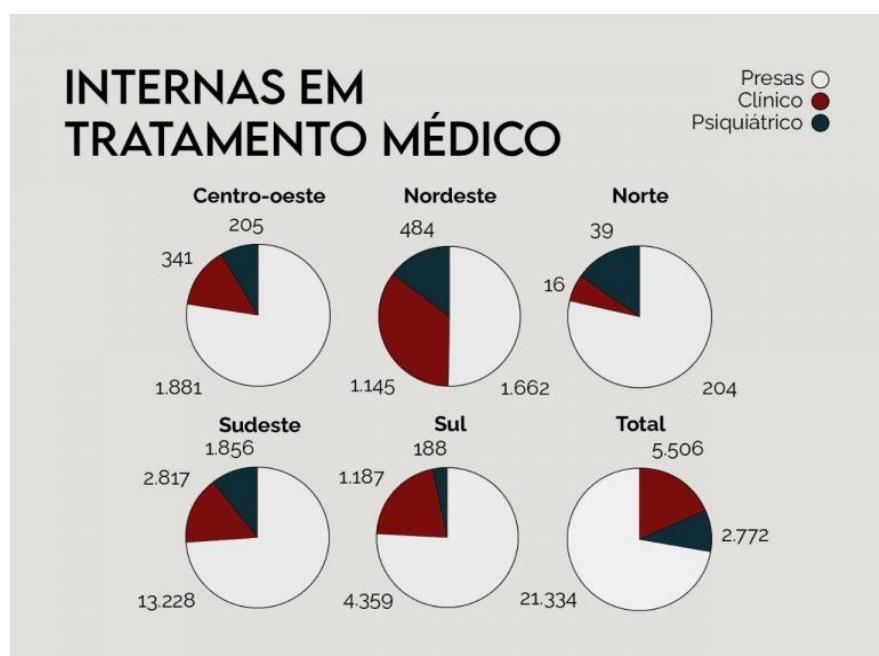
| Macrorregião de Saúde | Município - Unidade Penal |
|-------------------------------------|---|
| Grande Florianópolis | Florianópolis - Casa Albergado |
| | Florianópolis – HCTP |
| | Florianópolis – Penitenciária |
| | Florianópolis – Presídio Feminino |
| | Florianópolis – Presídio Masculino |
| | Palhoça – SSP – CAPH Colônia Agrícola |
| Sul Catarinense | |
| | Tubarão – Presídio Masculino |
| | Tubarão – Presídio Regional Feminino |
| Norte e Nordeste Catarinense | |
| | São Francisco do Sul – Unidade Prisional Avançada (UPA) |
| Vale do Itajaí | Indaial – Unidade Prisional Avançada (UPA) |

Fonte: Governo de Santa Catarina/ Secretaria de Estado da Saúde, 2022.

Durante a pandemia, agravou-se o número de encarceramentos no país, e estima-se que em pouco tempo atingirá a marca de 1 milhão de pessoas privadas de liberdade. O atendimento em saúde prisional no Brasil, é algo urgente a ser considerado e ampliado em termos de atendimento via Sistema Único de Saúde (SUS). E com a crise sanitária do COVID-19, a insalubridade, invisibilidade e negligência estatal passaram a ser rotina nos presídios brasileiros. Para as mulheres, a realidade é ainda mais assustadora. A vivência de estresse no ambiente prisional - agudo ou prolongado - é especialmente relacionada a sintomas depressivos, sendo mais comum entre os novos presos e estando relacionado ao maior risco de suicídio na prisão. (Constantino; Assis; Pinto; 2016, p.3).

A pastoral carcerária encaminhou questionários para secretarias de administração penitenciárias de 19 estados, sendo que destes, 13 responderam: Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Paraná (região Sul), Amapá, Manaus (região Norte), Alagoas, Maranhão, Pernambuco (região

Nordeste), São Paulo, Minas Gerais, Espírito Santo (região Sudeste), Distrito Federal, Goiás e Mato Grosso do Sul (Centro-Oeste); neste último, as informações não são em âmbito estadual, mas sim de algumas unidades que o compõem, ao contrário dos demais.² Ao buscar informações relativas ao percentual de mulheres reclusas que estão sob tratamento psiquiátrico, a região Sul é a que apresenta menor número de apenadas sob tratamento psiquiátrico, de acordo com as respostas dos questionários. Entretanto, este não é um dado absoluto, haja vista que que apenas o Hospital de Custódia Masculino e o Instituto de Psiquiatria Catarinense realizam atendimento às mulheres em situação de sofrimento mental e privadas de liberdade.



Fonte: Pastoral Carcerária, 2020.

Vemos até aqui que a PNAISP só foi possível após esforços interministeriais e intersetoriais a fim de atender com qualidade uma população que historicamente sofre os impactos diretos e indiretos da cultura do “bandido bom é bandido morto”, contrariando o que está disposto na própria Constituição Federal. Antes da existência do Plano Nacional de Saúde Penitenciária, a responsabilidade de garantia do atendimento médico era de responsabilidade dos estabelecimentos penais. A LEP em si se constitui como um documento importante por dispor de todas as garantias legais que cada usuário do sistema prisional brasileiro terá, possibilitando inclusive, uma atuação descentralizada e garantindo autonomia das unidades prisionais e penitenciárias.

A intenção da PNAISP é atender todo o fluxo carcerário, desde a detenção provisória

² Disponível em: PCr Nacional divulga pesquisa sobre mulheres presas em tempos de pandemia - Pastoral Carcerária (CNBB) (carceraria.org.br).> Acesso em 02 de junho de 2022.

(delegacias, cadeias públicas) até os presídios maiores penitenciárias (pessoas que já cumprem pena e não estão mais em reclusão provisória). As equipes funcionam de 6 a 30h. Sendo que as equipes de 6h foram desenhadas para atender até cem pessoas privadas de liberdade. As equipes de 20h foram desenhadas para atender até quinhentas pessoas privadas de liberdade. E as de 30h atendem de 500 a 1200 pessoas privadas de liberdade. A composição dessas equipes varia entre 5, 8 e 11 pessoas. E quando há o amparo à saúde mental, ocorre um acréscimo de 3 profissionais. Sendo um deles, médico com experiência em saúde mental (recomendável ser psiquiatra, mas não é requisito obrigatório).

A PNAISP prevê assistência farmacêutica. O componente básico da assistência farmacêutica é executado pelos estados. Essa é a única diferença entre atribuição do estado e do município na adesão da Política. A saúde prisional pode ser implantada tanto pelo estado quanto pelo município. E a maioria das estratégias são pensadas para serem implantadas em equipes de atenção primária. Trata-se de uma Política que exige vontade, a fim de fazer com o governo do estado, os municípios se responsabilizem com suas atribuições (ex: maquinários, estrutura física). O segundo passo requer a habilitação. E os critérios são estabelecidos pelo Ministério da Saúde, que avalia o repasse da verba.

Todavia, aderir à PNAISP está na ordem do dia. É necessário que a sociedade civil, pesquisadores, trabalhadores da saúde e da justiça, atuem coletivamente cobrando municípios e estados para garantir esse direito, que infelizmente está de modo geral no esquecimento social. O sofrimento psíquico não pode ser ignorado sob justificativa de uma regulação moral, ou punitivista. Somente com atendimento público, gratuito e de qualidade, avançaremos na restauração do conforto físico e mental de sujeitas/os/es privados de liberdade. Sem saúde mental não é possível ressocializar pessoas em situação de abandono e privação desordenada de direitos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. Brasília, DF: Senado, 1984. Disponível em: <https://bit.ly/3M3vjHt>. Acesso em: 7 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

CONSTANTINO, Patricia; ASSIS, Simone Gonçalves de; PINTO, Liana Wernersbach. O impacto das prisões na saúde mental de presos no estado do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, p. 2089-2100, 2016.

DOMINGUES, B. Uma política para garantir o direito à saúde no sistema prisional. *Revista Radis*, n. 118, p. 20-21, 2012.

NASCIMENTO, Francisco; MELO, Elionardo de; MARQUES, Roberto; OSTERNE, Maria do Socorro Ferreira. Relações e relacionamentos de pessoas LGBT em prisão masculina: entre normas e limites dentro e fora da prisão. Dilemas: *Revista de Estudos de Conflito e Controle Social*, v. 13, p. 297-316, 2021.

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*, v. 31, p. 538-542, 1997.

SOARES FILHO, Marden Marques; GOMES, Paula Michele Martins Bueno. Direito à saúde mental no sistema prisional: reflexões sobre o processo de desinstitucionalização dos HCTP. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 7, p. 2101-2110, 2016.

VALIM, Edna Maria Alves; DAIBEM, Ana Maria Lombardi; HOSSNE, William Saad. Atenção à saúde de pessoas privadas de liberdade. *Revista Bioética*, v. 26, p. 282-290, 2018.