

AS PESSOAS EM MEDIDA DE SEGURANÇA E OS HOSPITAIS DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO NO CONTEXTO DO PLANO NACIONAL DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO

PEOPLE IN DETENTION AND THE HOSPITALS OF CUSTODY AND PSYCHIATRIC TREATMENT IN THE CONTEXT OF THE NATIONAL HEALTH PLAN IN THE PRISON SYSTEM

*Martinho Braga Batista e Silva*¹

Martinho Braga Batista e Silva. As pessoas em medida de segurança e os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no contexto do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum. 2010; 20(1): 95-105

Resumo

No contexto da implantação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, as pessoas em medida de segurança e os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico apontam para um desafio à efetivação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Duas questões se apresentam como os principais nós críticos: o pressuposto da inimizabilidade, dificultando a assunção de responsabilidade pelos próprios atos; a hegemonia da perícia, sobrepondo muitas vezes o controle ao cuidado no cotidiano institucional. Entretanto, as equipes de saúde no sistema penitenciário não tem incumbências periciais, apontando para um atendimento a pessoas em medida de segurança pautado pela lógica da atenção básica. Além disso, a responsabilização em pauta pode não dizer respeito exclusivamente ao cumprimento de obrigações e à busca de garantias, entre outras atribuições que remetem a uma essência do ser humano, mas à possibilidade de engajamento na existência em comum, a ponto de fazer caber o risco e a incerteza no cotidiano.

Palavras-chave: pessoas privadas de liberdade; plano nacional de saúde no sistema penitenciário; sistema penitenciário; SUS

Abstract

In the context of implementation of the National Health Plan in the prison system, people in detention and the Hospitals of Custody and Psychiatric Treatment pointed to a challenge to the effectiveness of the principles and guidelines of the Single Health System. Two questions present themselves as the main critical problems: the concept of nonimputability, obeying the rules the assumption of responsibility for their actions, the hegemony of expertise, often overlapping control of the daily institutional care. However, the health teams in the prison system have no responsibilities on technical evaluations, pointing to a call to people in detention ruled by the logic of primary care. Furthermore, the accountability of staff can not relate exclusively to obeying the rules and seeking guarantees, among other tasks which refer to an essence of being human, but the extent of engagement in existence in common, at the point to fit the risk and uncertainty in everyday life.

Key words: persons deprived of freedom; National Health Plan in the prison system; prison system, single health system.

¹ Mestre em Saúde Coletiva. Consultor da Área Técnica de Saúde no Sistema Penitenciário do Ministério da Saúde
Correspondência para: martinho.silva@saude.gov.br / silmartinho@gmail.com

INTRODUÇÃO

Segundo informações do Sistema Integrado de Informações Penitenciárias / INFOPEN, em janeiro de 2009 havia 31 registros de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico / HCTP, sendo que desses registros 2 eram alas psiquiátricas em unidades prisionais e 6 eram hospitais penais, de modo que totalizavam efetivamente 23 HCTP. Anos antes, em 2002, dados divulgados no relatório de um evento nacional sobre o assunto¹ apontavam a existência de 19 HCTP. Dois estados da federação criaram HCTP ao longo desse período, entre 2002 e 2009: Piauí e Pará.

Ainda segundo dados do INFOPEN, os 23 HCTP estão em 18 dos 27 estados da federação: Alagoas, Amapá, Amazonas, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, São Paulo, Sergipe e Santa Catarina. A grande maioria deles está na região Sudeste do país (10 em 4 estados), embora haja muitos também na região Nordeste (8 em 8 estados). O HCTP com o maior número de pessoas está no estado do Rio Grande do Sul.

Deve-se levar em conta, na leitura dessas informações acima, que: o INFOPEN é um sistema de informação do Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN-MJ), em fase de aperfeiçoamento desde o ano de sua criação, em 2004, de modo que não oferece dados precisos e não abrange a totalidade da população carcerária; os HCTP são, oficialmente, instituições penais, ou seja, não necessariamente são regidos pelas normas e diretrizes do SUS, nem possuem leitos hospitalares (exceto no estado do RJ).

Ao mesmo tempo, três censos psicossociais aconteceram nos últimos anos, nos estados do Rio de Janeiro, da Bahia e de Goiás, do mesmo modo que um vídeo sobre os pacientes do Hospital de Custódia e Tratamento de Salvador-BA foi fabricado, um curta-

metragem denominado “A Casa dos Mortos” (produzido pela equipe da ANIS/DF, grupo de pesquisa em bioética, gênero, sexualidade e direitos humanos). Todas essas atividades aconteceram por meio de convênios com esfera federal de gestão do SUS.

Desta maneira, encontramos tanto recuos quanto avanços em relação ao tema das pessoas em medida de segurança nesses últimos anos, algo que pode terminar por sedimentar algum redirecionamento dos recursos e recomendações do Estado Brasileiro em relação a essa parcela da população, ínfima em relação ao conjunto da população penitenciária: das aproximadamente 470 mil pessoas reclusas em penitenciárias no país, em torno de 4.600 delas estão em HCTP.

Pessoas em medida de segurança, pessoas privadas de liberdade, pessoas: essa nomenclatura não é ocasional, pois poderia usar também “internos”, “reeducandos”, “presos” e “portadores de transtorno mental”, entre outras, para não falar de “paciente judiciário” e “louco infrator”. Será que é possível conceber uma diretriz, norma ou recomendação no âmbito das políticas públicas considerando-se a trajetória de vida dessas pessoas, poucas em relação à população como um todo (inclusive a prisional), mas cuja história remete a nós difíceis de desatar com nossos recursos bio-psicossociais, bem como com nossas prerrogativas ligadas à defesa dos direitos humanos?

Há dois pontos, pelo menos, que nos ajudariam a encontrar respostas a essa questão. Um deles diz respeito à responsabilidade penal, ao estatuto jurídico da inimputabilidade, ao fato de que decreta-se a medida de segurança a pessoas que não são consideradas capazes de responder pelos próprios atos, tendo como destino costumeiro o HCTP. O outro diz respeito ao dispositivo médico da perícia, através do qual se determina quem está ou não em condições de responder pelos próprios atos, quem se mantém ou não perigoso, condicionando a entrada e a saída dos HCTP. Veremos a seguir

em que medida o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário aponta caminhos para lidar com tais estatutos e dispositivos.

O PLANO NACIONAL DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO

Com base em dados de diferentes sistemas de informação consultados no início do ano de 2009, tais como aqueles do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística / IBGE e do Sistema de Informações Penitenciárias / INFOPEN, pode-se dizer que dos quase 190 milhões de habitantes no Brasil, espalhados em 27 estados e mais de cinco mil municípios, aproximadamente 470 mil estão presos. Eles estão confinados em mais de 1.700 unidades prisionais / UPs, distribuídas em todas as regiões e estados do país, dentre as quais aproximadamente 700 são unidades penitenciárias, ou seja, destinadas à reclusão de pessoas julgadas e condenadas.

A partir desses números, pode-se pensar que se trata de uma parcela pequena da população, algo equivalente a uma cidade de médio porte no Brasil. Em termos de população a ser coberta pelo Sistema Único de Saúde / SUS, com unidades básicas de saúde / UBS e equipes da Estratégia de Saúde da Família / ESF em muitas das localidades brasileiras, poderíamos, de relance, imaginar que a população carcerária representa um conjunto modesto de pessoas a quem oferecer acesso aos serviços e ações de saúde.

Tanto não é esse o caso que criou-se, no ano de 2003 (quando a população carcerária era pouco mais de 200 mil), um plano (não uma política) voltado a essa população privada de liberdade, entre outras coisas por conta das dificuldades de acesso aos serviços e ações de saúde: o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário / PNSSP. As UPs – sejam elas presídios, penitenciárias, colônias, cadeias, delegacias ou HCTP – são muitas vezes insalu-

bres e superlotadas, facilitando a transmissão de doenças infecto-contagiosas (hanseníase, tuberculose, DST / AIDS e hepatites, por exemplo), entre outras.²

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário / PNSSP foi uma estratégia governamental para organizar o acesso de pessoas privadas de liberdade às ações e serviços de saúde, contemplando uma parcela da população carcerária, aquela dita penitenciária, já julgada e condenada.² Em continuidade com a Lei de Execução Penal / LEP de 1984, com a Constituição de 1988 e com a Lei 8.080 de 1990, todas enfatizando a garantia do direito à saúde para o conjunto da população brasileira, inclusive aquela confinada em presídios³, esse Plano foi instituído a partir da Portaria Interministerial nº 1.777 de 2003. Foi criado tendo em vista principalmente a alta incidência de doenças infecto-contagiosas entre essa população reclusa em estabelecimentos, na maioria das vezes, superlotados e insalubres.

O Ministério da Saúde e o Ministério da Justiça concordaram em pautar a atenção à saúde no sistema penitenciário em 3 dos princípios do SUS⁴: a universalidade, a equidade e a intersetorialidade, ou seja, todos devem ter acesso às ações e serviços de saúde, inclusive populações vulneráveis, operando junto a outros setores – como a justiça e a segurança pública – para alcançar uma atenção integral em saúde.

O PNSSP não é um meio de prover ações e serviços de saúde à população penitenciária, pois geralmente já existem atendimentos em saúde nas unidades prisionais.⁵ Com mais frequência acontece dos estados que solicitam a adesão a esse Plano passarem a orientar suas ações na direção da promoção e prevenção em saúde, consolidando atividades de atenção básica dentro das unidades prisionais, através da inserção das equipes mínimas de saúde no sistema penitenciário (médico, odontólogo, enfermeiro, psicólogo, assistente social, auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório dentário).

Em agosto de 2009, 18 dos 27 estados da federação já haviam sido qualificados ao PNSSP: Distrito Federal, Minas Gerais, Mato Grosso, Pernambuco, Rio de Janeiro, Bahia, Goiás, Rondônia, São Paulo, Tocantins, Ceará, Mato Grosso do Sul, Acre, Amazonas, Espírito Santo, Paraíba, Paraná e Rio Grande do Sul, ou seja, todos os da região sudeste e centro-oeste e uma parcela daqueles das demais regiões do país. São 209 equipes de saúde no sistema penitenciário em 184 unidades prisionais do país, nas quais em torno de 150 mil das 300 mil hoje reclusas em unidades penitenciárias se encontram (CNES e INFOPEN, agosto de 2009). Até essa data, ainda não havia sido possível estender à totalidade das pessoas privadas de liberdade essas ações, entre outras razões pela dificuldade de contar com informações acerca da população reclusa em cadeias e mesmo sobre os presos provisórios, devido ao envio irregular e precário de informações por parte das secretarias municipais de segurança pública.

Segundo o CNES, existem hoje apenas 5 equipes de saúde no sistema penitenciário nos HCTP, nos estados da Bahia, de Minas Gerais, de Pernambuco e de São Paulo. Ainda seriam necessárias muitas outras equipes para atender a esse conjunto de aproximadamente 4.600 pessoas, espalhadas em 23 HCTP em 17 estados da federação. Hoje, essas equipes de atenção à saúde no sistema penitenciário não poderiam ser estendidas à totalidade dos HCTP, pois nem todos os estados em que há HCTP estão qualificados ao PNSSP: são eles Alagoas, Amapá, Pará, Piauí, Rio Grande do Norte, Sergipe e Santa Catarina. No entanto, nos estados do Amazonas, do Ceará, do Espírito Santo, da Paraíba, do Paraná e do Rio Grande do Sul isso seria possível.

Desta maneira, a Área Técnica de Saúde no Sistema Penitenciário surgiu no Ministério da Saúde por conta de um Plano, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, instituído pela portaria 1.777, de 2003. Trata-

se de um Plano, não uma Política. Não existe uma Política Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, como existe uma Política Nacional de Saúde Mental, ou uma Política Nacional de Saúde da Mulher, ou uma Política Nacional de Atenção Básica: o que existe é um Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, ou seja, um meio de fazer chegar essas políticas a pessoas reclusas em unidades penitenciárias – presídios, penitenciárias, colônias agrícolas e outras unidades prisionais para pessoas julgadas e condenadas. É um Plano, instituído por uma portaria interministerial, que sela um acordo, entre Ministério da Saúde e Ministério da Justiça, para que, de um lado, a organização das ações e serviços de saúde no sistema penitenciário seja cada vez mais pautada pela lógica da atenção básica e pelos princípios do SUS, de outro lado, o SUS faça valer os princípios da universalidade, equidade e intersetorialidade e faça chegar inclusive a pessoas privadas de liberdade a atenção integral em saúde.

Então, não há uma Política Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, como não há uma Política Nacional de Saúde voltada para Pessoas Privadas de Liberdade, voltada para os agravos decorrentes do confinamento, como as doenças infecto-contagiosas que predominam nos estabelecimentos com características de depósito de gente, superlotados e insalubres, sejam eles prisões ou não.

Então o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário surge para fazer frente a esses problemas estruturais do sistema penitenciário, a superlotação e a insalubridade, por isso as equipes de saúde no sistema penitenciário estão voltadas prioritariamente para ações de promoção e prevenção em saúde, por isso a lógica da atenção básica deve balizar o processo de trabalho em equipe, embora se saiba que as demandas do sistema prisional sejam de pronto-atendimento, cura e internação, embora se saiba que o que predomina nas prisões é a perícia e não a clínica, embora se saiba que

as 470 mil pessoas hoje presas no país estão em estabelecimentos que não foram construídos para caber nem 300 mil e que o Plano surgiu quando havia 200 mil pessoas presas no país.

Então o PNSSP é o resultado de um compromisso do SUS, de estender as ações de saúde a todos, inclusive às populações mais vulneráveis, em ações conjuntas com outros setores, como a justiça, efetivando os princípios da universalidade, equidade e intersetorialidade. A intersetorialidade, tomada como ideal e desejável em muitas políticas públicas no âmbito do SUS, é absolutamente necessária no contexto do PNSSP: é saúde e justiça, há necessidade de uma composição entre saúde e segurança a todo o momento nas ações de saúde no sistema penitenciário, não há como fazer saúde de outro modo nesse contexto.

Como dizia a antiga coordenadora da Área Técnica de Saúde no Sistema Penitenciário, Maria Cristina Ferreira, são eles – “a justiça” – que tem as chaves. Assim, fica difícil pensar na elaboração e planejamento de ações sem o Departamento Penitenciário Nacional, o DEPEN/MJ. Assim, esse Plano tem como pressuposto a intersetorialidade trata-se de uma necessidade, não é nada decorativo ou para ficar bonito na foto. Assim, esse Plano parte do pressuposto de que a saúde não se basta, ela não é auto-suficiente, como nós não nos bastamos, não somos auto-suficientes, precisamos dos outros e precisamos construir coisas com os outros.

Uma última nota sobre esse Plano, que não é Política, não é voltado para todas as pessoas privadas de liberdade e não é auto-suficiente: ele só acontece por adesão dos estados da federação, é o estado que opta por organizar as ações e serviços de saúde de suas penitenciárias com base na lógica do SUS, não é uma obrigação. Além disso, ainda que estado opte por aderir ao Plano, recebendo um incentivo financeiro para custeio das ações das equipes de saúde no sistema penitenciário, ele pre-

cisa manter o local em que a equipe vai atender em condições de salubridade adequadas, bem como delimitar onde a pessoa reclusa vai ser atendida quando for necessário encaminhamento para atenção ambulatorial ou hospitalar. Até agora, entre 2003 e 2009, todos os estados da federação solicitaram adesão ao Plano, embora apenas 18 estejam qualificados ao Plano, ou seja, em condições de organizar suas ações de saúde no sistema penitenciário com base na lógica da atenção básica.

PERÍCIA

Ao invés de investigar os processos sociais de rotulação, através da escuta dos “desviantes” e dos seus familiares, como é comum na literatura das ciências sociais sobre o fenômeno da loucura, outro caminho se desenhava investigando os processos históricos de institucionalização de especialidades médicas, através da análise dos textos daqueles que produzem as classificações que permitem apontar alguém como “louco”, “criminoso” ou outros termos de forte cunho pejorativo. Eis o caso das contribuições de Peter Fry⁷ sobre os debates entre médicos e juízes ao longo do processo criminal que condenou Febrônio Índio do Brasil, considerado “louco moral”, a passar a maior parte de sua vida em um manicômio judiciário.

Esse autor reuniu tanto as contribuições de M. Gluckman sobre análise de situações e dramas sociais quanto aquelas de M. Foucault e R. Castel sobre a institucionalização da psiquiatria em meio aos conflitos com as instituições judiciárias, acerca do grau de responsabilidade do indivíduo. A partir daí, Peter Fry⁷ esboçou uma metodologia para tornar possível enxergar ação e representação social operando conjuntamente, através da análise de situações dramáticas específicas, onde o papel dos “criadores de regras e rótulos” ou “empresários morais”, ou seja, dos psiquiatras e juristas

tas, se destaca. Segundo ele, na categoria “louco moral” (monomania, conhecida como loucura sem delírio), tal qual descrita e colocada em operação pelos psiquiatras do início do século XX no Brasil, caberia tanta gente que poderia ser a matriz de um processo de psiquiatrização de comportamentos de ampla escala (Fry, 1982: 80).

Sérgio Carrara⁶ discorre sobre o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século XIX e XX no Brasil, o Heitor Carrilho, no Rio de Janeiro-RJ. Aguçando a metodologia já esboçada por Peter Fry⁷, dedicou o primeiro período de sua pesquisa à observação da rotina de trabalho do próprio estabelecimento: hospital psiquiátrico e cadeia ao mesmo tempo, o manicômio judiciário mantém muitas décadas depois de sua criação a filosofia que o inspirava.

O autor apresenta o Caso Custódio Serrão tal como Peter Fry⁷ o fez com Febrônio Índio do Brasil, reunindo um conjunto de livros, jornais e documentos que permitem compreender o debate entre médicos e juízes no início do século XX, sendo que a instalação do manicômio judiciário e a concomitante consolidação do estatuto da curatela do louco foram consideradas por ele uma vitória da medicina sobre o direito: era consenso que alguns cidadãos deveriam ser considerados tuteláveis tendo em vista indícios de alienação mental, mas não que este era o caso de Custódio Serrão que, assim como Febrônio, reunia em si as características que muitas vezes os aproximavam da categoria “louco moral”.

Seu estudo fornece muitas vias de compreensão das representações acerca da responsabilidade individual e das decisões judiciais acerca de indivíduos que são considerados irresponsáveis de um ponto de vista legal. A pesquisa sobre o caso de Custódio Serrão, ao longo do qual emerge a disputa entre essas disciplinas por conta de um assassinato e uma suspeita de alienação mental, procura dar visibilidade aos debates concretos entre represen-

tantes da psiquiatria e da medicina legal, em torno da responsabilidade individual sobre os próprios atos.

Esses embates podem ser resumidos sob a forma de duas concepções conflitantes sobre o indivíduo com efeitos diversos em termos de responsabilidade, concepções estas que se superpõem no caso das intervenções sociais relativas ao louco criminoso: o modelo jurídico-punitivo e o modelo psiquiátrico-terapêutico. Assim:

“De um lado, há a versão que poderia ser chamada jurídico-racionalista e que vê o indivíduo como sujeito de direitos e de deveres, capaz de adaptar livremente seu comportamento às leis e normas sociais, capaz de escolher transgredi-las ou respeitá-las, *capaz, enfim, de ser moral e penalmente responsabilizado por suas ações*. De outro lado, há a versão que poderia ser denominada psicológico-determinista, que vê o indivíduo (principalmente o indivíduo alienado) não enquanto sujeito, mas enquanto objeto de seus impulsos, pulsões, fobias, paixões e desejos. Nessa última versão, as estruturas determinantes do comportamento, estando aquém da consciência e da vontade, *não permitem que o indivíduo seja moralmente responsabilizado no sentido do modelo anterior, não sendo, portanto, passível de punição* (pág. 46-47)⁶.”

Esse estudo tematiza a dimensão jurídica e moral da responsabilidade dos atores sociais, procurando destacar a ambigüidade com que se lida com a responsabilidade desse ente “limítrofe” entre a psiquiatria e a justiça, designado ora louco criminoso, ora psicopata e ora monomaniaco na época da criação dos manicômios judiciários. As disputas entre Nina Rodrigues e Teixeira Brandão, eminentes médicos do início do século XX, no sentido de determinar o grau de periculosidade e de responsabilidade de Custódio ilustram tal formulação:

“Neste sentido, os manicômios judiciais não deixam de ser uma espécie de monumentos ao triunfo da psiquiatria, pois, pelo menos no caso brasileiro, depois do surgimento da nova instituição, será aos médicos do manicômio que os juizes se voltarão preferencialmente em busca de um parecer sobre responsabilidade penal. Perícia e custódia passam portanto a ficar nas mesmas mãos...” (pág. 220)⁶

O que a obra desses autores^{6,7} sublinha é que o surgimento desse tipo de estabelecimento – o manicômio judiciário – remete a um limite classificatório de nossas sociedades ocidentais modernas, já que as pessoas em medida de segurança não poderiam ser acomodadas nem nos hospícios nem nos presídios, não caberiam de todo nem nos sistemas diagnósticos da psiquiatria nem naqueles da criminologia. O manicômio judiciário, hoje HCTP, é o lugar para o qual aponta-se um espaço para esse limite classificatório, é o estabelecimento para o qual ainda hoje enviam-se egressos de uma situação definidora de destinos: a perícia.

A perícia médica assume papel preponderante nessa situação, mais do que os clínicos e os membros do sistema judiciário, já que cabe aos peritos tanto determinar em que casos caberia uma medida de segurança e não uma pena, assim como realizar o exame de cessação de periculosidade.⁸ Continua-se criando HCTP no país, embora também tenham-se construído mecanismos para tornar o decreto de medida de segurança signo de tratamento, seja ele ambulatorial ou hospitalar. Essa vitória da medicina sobre o direito no início do século XX, um estabelecimento que reconhece que aqueles que cometem infrações podem precisar de tratamento e não de castigo, hoje, no início do século XXI, é um impasse para o SUS, permitindo que instituições médicas sejam criadas à revelia da lógica da integralidade, intersetorialidade e interdisciplinariedade, entre outras.

Então, podemos tirar como lições que: o surgimento dos manicômios judiciais coincidiu com a consolidação de um dispositivo, a perícia psiquiátrica, e com o alastramento de uma categoria diagnóstica, a monomania (ou loucura sem delírio); segundo, que mais do que o dispositivo da clínica e seus efeitos nefastos, tão bem sublinhados por M. Foucault, que todos conhecemos bem - a privatização da existência, o reducionismo operado pelo olhar médico, entre outros – talvez a perícia seja um desafio ainda mais difícil de ser enfrentado por nós, por todos nós comprometidos com a implantação do Sistema Único de Saúde no país.

Então a gente nota que os manicômios judiciais coincidiram com a consolidação da perícia psiquiátrica, para dizer quem tem e quem não tem condições de responder pelos próprios atos, quem é ou não cidadão, quem pode ou não ser tutelado: em outras palavras, nessa época consolida-se um potente dispositivo, que valida ou invalida pessoas, diz que uns são capazes e outros incapazes para trabalhar, conviver ou mesmo ter sentimentos, é um dispositivo médico cujas conseqüências são de forte cunho moral. Esse dispositivo continua em vigor, seja no exame criminológico, seja na perícia para concessão de benefícios, seja naquela perícia psicossocial em formação, que valida ou invalida não pessoas, mas famílias e vizinhanças, que diz quem é ou não capaz de conviver e cuidar, que contribui para rotular uma família de manicomial, desestruturada, ou uma vizinhança de intolerante ou refratária ao ideário da reforma psiquiátrica, ou uma sociedade de desabilitada para tolerar o fenômeno da loucura. Diferente da clínica, a perícia não pressupõe manutenção do contato interpessoal para produzir efeitos, diferente da clínica, na perícia o diagnóstico não serve para formular um projeto terapêutico ou qualquer outra condução terapêutica no sentido de restaurar a saúde do indivíduo.

A gente nota também que os manicômios judiciais coincidiram com a difusão de

uma categoria médica, a monomania, tornando esse diagnóstico de loucura sem delírio mais freqüente do que antes, contribuindo para categorizar de alienados mentais ou ainda psicopatas pessoas que não seriam consideradas como tais anteriormente, favorecendo que muita gente se tornasse classificável como alguém com problemas de ordem médica e não jurídica. Esse processo de transição entre categorias de acusação, rótulos e classificações médicas continua em vigor, fico pensando em que medida na categoria portador de transtorno mental ou mesmo de pessoa em sofrimento psíquico intenso não cabe tanta gente quanto antes na categoria monomania.

Dito isso, esse ponto de partida do debate, que acentua o desafio da perícia no contexto do Sistema Único de Saúde – seja a perícia que concede direitos, como aquela do INSS, seja a que estipula o grau de periculosidade, como o exame criminológico – e destaca a necessidade de se falar de pessoas em medida de segurança em processo de inserção social, vamos passar a outro ponto sobre as pessoas em medida de segurança e os HCTP no contexto do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário: a responsabilidade.

RESPONSABILIDADE

François Ewald⁹ nos fala de uma crise da responsabilidade no mundo contemporâneo, sublinhando não só a dimensão jurídica mas também política e filosófica dessa crise. Eventos como o escândalo do sangue contaminado e da “vaca louca” são manifestações da mesma, assim como o maior proveito indenizatório dos danos civilizatórios e o silêncio do parlamento em relação a temas como meio ambiente e acidentes de trabalho. Segundo esse autor,

pode-se resumir essa “manifestação de irresponsabilidade de pessoas supostamente responsáveis” como um conflito e incerteza da racionalidade das decisões.*⁹

Com base na questão “de que somos responsáveis?”, esse autor⁹ nos apresenta uma interessante reflexão acerca da experiência contemporânea da responsabilidade, na qual “chama-se à responsabilidade mesmo no momento em que não se sabe mais o que ser responsável significa” (Idem: pág. 59). O autor desenvolve uma abordagem filosófica do problema, exercitando uma atividade crítica que se quer mais próxima da ética do que da lei ou da jurisprudência. Nos interessa sublinhar algumas de suas contribuições, mais do que aderir à sua perspectiva teórica.

Pode-se definir responsabilidade como “... um modo de regulação social e uma técnica de sanção das infrações e de reparação de danos, estando fundada sobre uma certa consciência das obrigações(pág. 60)”.⁹ A experiência contemporânea dessa noção remete ao risco, na medida em que, segundo o autor, estamos vivendo uma consciência da impotência de nossa vontade objetivada no saber técnico, ou seja, uma falência de nossa esperança de controle técnico do acaso e da incerteza. Algo como um conflito entre a técnica e a ética, em um contexto onde a vida no planeta se encontra em risco mas há muita incerteza com relação ao modo pelo qual é possível encarregar-se disso:

“... o risco se encontra num halo de incerteza correspondente a isso que nós sabemos não saber. *É a partir deste retorno da incerteza que se formula hoje o apelo à responsabilidade, mas com uma dificuldade constitutiva: é o próprio princípio da ignorância inócete que hoje torna responsável, e*

* Desse ponto de vista, a crise contemporânea da responsabilidade é uma crise da decisão, uma crise da racionalidade das decisões, uma crise do conflito das racionalidades das decisões. É ao mesmo tempo uma crise, um conflito, dos valores que aí estão envolvidos e da hierarquia a ser estabelecida entre eles.

isso em condições onde, por princípio, não podemos nos remeter ao saber de um *expert* (pág. 61).”⁹

O tema da responsabilidade, segundo esse autor, não foi sistematizado por nenhum autor das ciências humanas, no entanto, os estudos jurídicos sobre ele são muitos. Esse conjunto de estudos forneceu elementos para sua investigação, como por exemplo a necessidade de definir o modo pelo qual esse conceito costuma ser investigado na tradição jurídica: responsabilidade como falta.

A idéia segundo a qual há uma obrigação legal de reparação do prejuízo, estabelecendo-se uma dívida entre indivíduos, contribui para que a responsabilidade seja pensada como causalidade e falta. Um indivíduo deve responder por seus atos na medida em que é causa de sua ação. Além disso, tem obrigação para com suas atitudes em um contexto no qual elas causam dano, prejuízo. Para François Ewald⁹ é a dimensão de engajamento o principal motor da obrigação de reparar o dano, de maneira que mais do que uma relação de causalidade – indivíduo responde porque é a causa do ato – a responsabilidade é uma relação de poder, onde alguém responde por laços de dependência, obediência ou dever com o outro. Segundo ele, o responsável não é aquele a quem podemos eventualmente imputar a carga de um dano, é aquele que se engaja numa certa forma de ser na qual a existência de um outro está imediatamente presente:

“Resumindo: indivíduo responsável, no sentido filosófico, não tem nada a ver com a noção de falta, à qual a tradição jurídica por muito tempo a associou. Ser responsável descreve uma figura ética, um trabalho de si sobre si, uma ascese graças a qual um indivíduo se distingue dos outros pelo seu engajamento em sua palavra, que arrisca o futuro levando a incerteza do presente. O peso da responsabilidade está em que, nessa palavra, não se engaja somente a si mesmo, mas

os outros, que estão também numa certa relação de dependência (pág. 70)”⁹

Penso que esse autor nos indica outra possibilidade de pensar nosso tema, no qual quem responde o faz por comprometimento e envolvimento com o outro no interior de uma relação de poder: responde aquele que se engaja, não necessariamente aquele que teve a intenção ou que tem consciência do ato. A dívida está ligada a um engajamento ao invés de uma falta, segundo essa concepção.

O PNSSP funciona por adesão dos estados, não por obrigação. O PNSSP prevê um envolvimento paulatino dos gestores e trabalhadores da saúde no sistema penitenciário com a população prisional, ao longo do processo de formulação dos POE (2). Ou seja, mais do que exigências, obrigações e cobranças tratam-se de engajamento paulativo, adquirido depois de um pedido de adesão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As equipes de saúde no sistema penitenciário atuam dentro das unidades prisionais, já que essa população, privada de liberdade, não pode procurar atendimento em saúde no SUS.¹⁰ São equipes de atenção básica, voltadas principalmente para atividades de prevenção e promoção em saúde. Tendo em vista a superpopulação e a insalubridade, problemas estruturais do sistema prisional, essas equipes procuram particularmente lidar com doenças infecto-contagiosas, como a tuberculose, em número muito maior na população prisional que no resto da população. Elas não respondem às demandas do sistema penitenciário, de pronto-atendimento, atenção 24 horas e urgências/emergências, para tanto contando com a organização de uma rede de serviços ambulatoriais e hospitalares de referência.

Mas para que incluir essas equipes mínimas de saúde no sistema penitenciário nos HCTPs? De que adiantaria, para o atendimen-

to de pessoas em medida de segurança, uma equipe pautada pela lógica da atenção básica, que em situações de urgência ou quando há necessidade de um especialista encaminha para a atenção hospitalar ou ambulatorial? O que acontece é que não são profissionais, são equipes. O que acontece é que essas equipes não têm incumbências periciais.

Apesar das demandas de pronto-atendimento e de perícia do sistema prisional, apesar da tendência de encapsulamento, blindagem e auto-suficiência das penitenciárias, do desejo freqüente de aparatos para emergência e isolamento por parte dos diretores de unidades prisionais, não cabe a nenhum profissional que compõe essas equipes qualquer atividade de ordem pericial, como o exame criminológico por exemplo, embora não seja incomum encontrar psicólogos e assistentes sociais trabalhando separado do resto da equipe quando visitamos unidades penitenciárias, ou seja, embora os diretores de unidades prisionais continuem atribuindo incumbências periciais a uma parcela dos profissionais dessas equipes, que nem sempre recusam esse mandato social

De todo modo, quando essas equipes atuam em HCTP, junto a pessoas em medida de segurança, tem que lidar com o impasse gerado pela inimizabilidade, ou seja, pelo fato dessas pessoas não serem consideradas capazes de responder pelos próprios atos, de um ponto de vista jurídico. A questão da responsabilidade é algo bastante presente no cotidiano dessas equipes de saúde no sistema penitenciário que trabalham no interior de HCTPs, bem como de equipes que atendem pessoas em medida de segurança.

Mas do que se trata responsabilidade? Uma atribuição, um papel, uma função? Uma falta a compensar, um dano a reparar, um erro a corrigir? Garantir eventos futuros, encarregar-se por algo ou alguém, assumir compromissos? Seria a responsabilidade algo de ordem individual, grupal ou

governamental? Algo a partilhar ou a assegurar?

O sentido do termo responsabilidade aparece como algo que remete ao governo, sendo que responsável seria o governo capaz de assegurar eventos futuros, ofertando garantias. Essa é a visão tradicional do termo, ligado à segurança, à prevenção e a previsibilidade.⁹

Entretanto, o diálogo com François Ewald⁹ aqui estabelecido nos abre a possibilidade de conceber a responsabilidade como algo de âmbito existencial, não essencial. Não necessariamente responsabilizar-se é algo da ordem da obrigação a cumprir, que caberia a todos, mas do processo pelo qual alguns, vários ou muitos adquirem compromissos crescentes com a existência dos outros, fazendo caber em suas vidas o risco e a incerteza, ao invés de buscar garantias. Trata-se de algo da ordem do engajamento, do envolvimento com o outro a ponto de tornar-se paulatinamente mais implicado com a existência em conjunto.

É isso que gostaria de grifar: as equipes não tem atribuições periciais, estando voltadas para ações de prevenção e promoção em saúde e tendo sido concebidas em uma perspectiva intersetorial, de articulação de setores e lógicas de ação governamental; as equipes precisam lidar com a questão da responsabilidade, não tanto pela via das obrigações e deveres cumpridos, mas do engajamento e compromisso adquiridos.

A intersetorialidade é um princípio chave no processo de consolidação do SUS, bastante apropriado para as ações em saúde no sistema penitenciário. Parte-se do pressuposto de que a efetivação dessas ações não é uma incumbência exclusiva do setor saúde, nem do setor justiça ou mesmo do setor segurança ou assistência social, mas algo que exige articulação, parceria. Parte-se do pressuposto de que não nos bastamos, não somos auto-suficientes, precisamos agir em conjunto para chegar a algum ponto na condução dessas ações governamentais.

AGRADECIMENTOS:

Agradecimentos a toda a equipe da Área Técnica de Saúde no Sistema Penitenciário / DAPES / SAS / MS, Maria Thereza de Freitas, Daniela Gontijo e Kátia

Galbinski, bem como ex-participantes dessa equipe que muito contribuíram para garantir atenção integral a pessoas em medida de segurança no âmbito do SUS, como Alexandra Trivelino, Tatiana Estrela, Leonardo Guirao e Lany Valente.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL / MS / MJ. *Seminário Nacional para Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico: Relatório Final*. Brasília, 2002.
2. BRASIL/MS/SAS/DAPES. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Brasília-DF: Editora MS, 2ª edição, 2005.
3. BRASIL / MS / MJ. Portaria Interministerial n.º 1.777, de 9 de setembro de 2003.
4. BRASIL / MS / MJ. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990.
5. BRASIL / MS / MJ. Lei n.º 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 jul. 1984.
6. Carrara, S. *Crime e loucura: o surgimento do manicômio judiciário na passagem do século*, Eduerj / Edusp, Rio de Janeiro / São Paulo, 1998.
7. Fry, P. “Direito positivo versus direito clássico: a psicologização do crime no Brasil no pensamento de Heitor Carrilho. In: Figueira S.A. (org.) *Cultura da Psicanálise*, São Paulo: Brasiliense, 1986.
8. Delgado, P. *As razões da tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil*, Rio de Janeiro, Te Corá, 1992.
9. Ewald, F. (1997) “L’expérience de la responsabilité”, in: *Qu’est-ce qu’est être responsable? Sciences Humaines Communication et PolyPAO*, Seita, Paris.
10. Ferreira, M. *Necessidades Humanas, Direito à Saúde e Sistema Penal*. Brasília, 2008. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília, 2008.

Recebido em 22 de agosto de 2009.
Modificado em 02 de janeiro de 2010.
Aceito em 30 de janeiro de 2010.