



DEPARTAMENTO DE TAQUIGRAFIA, REVISÃO E REDAÇÃO

NÚCLEO D E REDAÇÃO FINAL EM COMISSÕES

TEXTO COM REDAÇÃO FINAL

Versão para registro histórico

Não passível de alteração

CPI - SISTEMA CARCERÁRIO BRASILEIRO			
EVENTO: Audiência Pública	REUNIÃO Nº: 1234/15	DATA: 15/07/2015	
LOCAL: Plenário 11 das Comissões	INÍCIO: 14h57min	TÉRMINO: 18h41min	PÁGINAS: 81

DEPOENTE/CONVIDADO - QUALIFICAÇÃO

MARDEN MARQUES SOARES FILHO - Coordenador de Apoio à Assistência Jurídica, Social e à Saúde, do Ministério da Justiça.
RITA DE CÁSSIA BERTÃO CATANELI - Representante do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde — CONASS.
RODRIGO CÉSAR FALEIRO DE LACERDA - Assessor Técnico do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde — CONASEMS.
DIRCEU DITMAR KLITZKE - Coordenador-Geral de Gestão da Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde.
LEANDRO ANTÔNIO SOARES DE LIMA - Secretário de Estado Adjunto da Justiça e Cidadania de Santa Catarina.
RAFAEL FACHINI - Gerente do Presídio Regional de Itajaí e membro do grupo condutor para a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional — PNAISP.

SUMÁRIO

Debate acerca do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário: implementação, alcance, vigência e dificuldades.

OBSERVAÇÕES

Houve intervenções fora do microfone. Ininteligíveis.
Houve exibição de imagens.
A reunião foi suspensa e reaberta.



O SR. PRESIDENTE (Deputado Alberto Fraga) - Havendo número regimental, declaro aberta a 20ª Reunião Ordinária da Comissão Parlamentar de Inquérito destinada a investigar a realidade do sistema carcerário brasileiro.

Encontram-se sobre as bancadas cópias da ata da 19ª Reunião. Pergunto aos Srs. Parlamentares se há necessidade da leitura da referida ata.

O SR. DEPUTADO LUIZ CARLOS BUSATO - Solicitamos dispensa.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Alberto Fraga) - Dispensada a leitura da ata, a pedido dos Deputados Busato e Lincoln e da Deputada Carmen.

Em discussão a ata. (*Pausa.*)

Não havendo quem queria discuti-la, em votação.

As Sras. e os Srs. Deputados que aprovam a ata permaneçam como se encontram. (*Pausa.*)

Aprovada a ata.

Passamos à discussão e votação do relatório final da CPI.

Eu peço a atenção dos Parlamentares. Vou passar a palavra ao Relator, para a leitura do relatório, porque logo em seguida vamos ter uma audiência pública muito importante, para que a nossa Sub-Relatora, a Deputada Carmen Zanotto, possa extrair os dados necessários para a conclusão dos nossos trabalhos.

Portanto, passo a palavra ao Relator, para que ele possa iniciar a leitura e a discussão do relatório.

O SR. DEPUTADO LUIZ CARLOS BUSATO - Eu peço vista, Sr. Presidente.

O SR. DEPUTADO EDMILSON RODRIGUES - Sr. Presidente, Deputado Alberto Fraga, peço uma informação.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Alberto Fraga) - Só um minuto, Deputado. Com a palavra o Deputado Busato.

O SR. DEPUTADO LUIZ CARLOS BUSATO - Sr. Presidente, eu peço vista também do relatório, se possível, para podermos...

O SR. PRESIDENTE (Deputado Alberto Fraga) - A Deputada Carmen Zanotto também?

A SRA. DEPUTADA CARMEN ZANOTTO - Peço vista conjunta e quero justificar. Eu preciso concluir a parte referente à atenção à saúde. Vamos ter, na sequência, audiência importante para a conclusão do relatório.



O SR. PRESIDENTE (Deputado Alberto Fraga) - Muito bem.

Tem a palavra o Deputado Edmilson.

O SR. DEPUTADO EDMILSON RODRIGUES - Presidente, eu até talvez peça vista, mas não seria importante fazermos a audiência e, depois, com calma...

O SR. PRESIDENTE (Deputado Alberto Fraga) - Seria melhor, por causa do quórum...

O SR. DEPUTADO EDMILSON RODRIGUES - Pedir vista agora acaba por não nos dar oportunidade de nos assenhormos antes do relatório.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Alberto Fraga) - Pelo quórum, nós precisaríamos deliberar. Na audiência pública, não é preciso deliberação. Então, era necessário ser dessa forma.

O relatório vai estar disponível, e V.Exas., se quiserem, podem depois solicitá-lo. Eu acho que essa medida é a mais plausível e a mais segura para que, no pedido de vista, não corramos o risco...

A SRA. DEPUTADA ERIKA KOKAY - Qual medida, Presidente, se V.Exa. me permite?

O SR. PRESIDENTE (Deputado Alberto Fraga) - De pedido de vista em conjunto. Nós sabemos que se conta prazo. E, como o Presidente Eduardo Cunha, de forma intransigente, não quer prorrogar o prazo da CPI, então, mesmo que eu ainda vá defender o requerimento daqui a pouco na Ordem do Dia, nós não teremos mais tempo. Se não deliberarmos agora ou se o pedido de vista não ocorrer hoje, nós poderemos perder todo o trabalho que foi feito. Essa é a razão pela qual nós estamos tendo de adotar essa postura.

O SR. DEPUTADO LUIZ CARLOS BUSATO - E é regimental. Nós estamos fazendo o que o Regimento...

O SR. PRESIDENTE (Deputado Alberto Fraga) - E é regimental também, evidentemente. Mesmo porque o trabalho foi feito pelos senhores, por todos nós, e nós não estamos pedindo para viajar, para passear. Nós estamos pedindo para trabalhar. E, depois de um trabalho benfeito, metucioso, por que perder tudo?

Se o prazo não começar a contar a partir de amanhã, como nós só vamos ter até o dia 4, o relatório não poderá ser votado. Então, é por isso, Deputada Erika.

Bem, então, foram concedidas vistas.



Mais alguma coisa, Deputado Edmilson Rodrigues?

O SR. DEPUTADO EDMILSON RODRIGUES - Não, eu entendi agora: o tempo é curto. O ideal era que nós pudéssemos nos assenhorar do relatório e, sem oficialmente pedir vista, tentar aprovar um relatório que contemplasse...

O SR. PRESIDENTE (Deputado Alberto Fraga) - Que atendesse a todos.

O SR. DEPUTADO EDMILSON RODRIGUES - Mas o pedido de vistas não é para procrastinação, e sim para se tentar aperfeiçoar o texto e aprová-lo até o dia 4. Mas...

O SR. PRESIDENTE (Deputado Alberto Fraga) - Exatamente.

O SR. DEPUTADO LUIZ CARLOS BUSATO - É para evitar que, no dia 4, peçam vista.

O SR. DEPUTADO EDMILSON RODRIGUES - Então, eu pediria vista também.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Alberto Fraga) - Vista conjunta concedida a todos.

Eu quero só fazer uma colocação aos Parlamentares que querem contribuir com este trabalho. Nós vamos ter um recesso, mas os nossos consultores vão continuar trabalhando. Portanto, eu quero abrir a possibilidade, regimental e legalmente, para que quem tiver sugestão a apresente aos nossos consultores...

O SR. DEPUTADO LUIZ CARLOS BUSATO - No máximo, até dia 20.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Alberto Fraga) - Qual foi o prazo que foi dado?

(Intervenção fora do microfone. Ininteligível.)

O SR. PRESIDENTE (Deputado Alberto Fraga) - Até o dia 22.

Pode ser que, depois de se tomar conhecimento do relatório, perceba-se que alguma coisa não esteja contemplada. Então, eu peço que os Parlamentares contribuam, porque o mais importante é dizermos que esta CPI é propositiva. Esta CPI não foi criada diante de denúncias para que pudéssemos, talvez, até buscar holofotes, como outras CPIs fazem. A nossa CPI tem a obrigação de, pelo menos, apontar os erros que estão acontecendo no presente e um caminho para tentar resolver a situação trágica do sistema prisional brasileiro. É isso.



A SRA. DEPUTADA ERIKA KOKAY - Só para entender, Sr. Presidente, foi concedida vista, o relatório está pronto e há um relatório prévio da saúde, que ainda pode sofrer correções, como também todo o relatório pode sofrer alteração?

O SR. PRESIDENTE (Deputado Alberto Fraga) - De todos os Parlamentares.

A SRA. DEPUTADA ERIKA KOKAY - Nós temos até o dia 22 para apresentar sugestões e o faremos para os consultores?

O SR. PRESIDENTE (Deputado Alberto Fraga) - Sim.

A SRA. DEPUTADA ERIKA KOKAY - E votaremos o relatório dia 4?

O SR. PRESIDENTE (Deputado Alberto Fraga) - Votaremos o relatório final dia 4. Vamos marcar uma sessão no dia 3.

A SRA. DEPUTADA ERIKA KOKAY - Para discussão.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Alberto Fraga) - Para discussão. Eu até pediria que os Parlamentares estivessem presentes no dia 4, para não correremos o risco de não poder votar.

O SR. DEPUTADO EDMILSON RODRIGUES - Sr. Presidente, V.Exa. me permite uma sugestão?

O SR. PRESIDENTE (Deputado Alberto Fraga) - Pois não, Deputado.

O SR. DEPUTADO EDMILSON RODRIGUES - Eu acho que resta consensual que o Relator inclua no relatório um agradecimento muito especial não só aos nossos consultores, mas também a todos os servidores que têm dado suporte a nossa CPI.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Alberto Fraga) - Bem lembrado.

O SR. DEPUTADO EDMILSON RODRIGUES - A Taquigrafia, o pessoal de apoio aqui, enfim, o importante é não esquecer ninguém.

Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Alberto Fraga) - Muito bem lembrado, Deputado.

Com a palavra o Deputado Subtenente Gonzaga.

A SRA. DEPUTADA CARMEN ZANOTTO - Eu queria complementar...

O SR. PRESIDENTE (Deputado Alberto Fraga) - Só um segundinho, Deputada.



O SR. DEPUTADO SUBTENENTE GONZAGA - Eu queria só saber de que forma vai ser disponibilizado para nós o relatório, se por *e-mail*...

(Intervenção fora do microfone. Ininteligível.)

O SR. DEPUTADO SUBTENENTE GONZAGA - Documento físico?

A SRA. DEPUTADA ERIKA KOKAY - V.Exa. vai mandar o documento para os gabinetes?

O SR. PRESIDENTE (Deputado Alberto Fraga) - Isso. Lembrem-se de que é um relatório ainda parcial, porque temos que complementar os dados com o relatório dos dois Sub-Relatores, o Deputado Busato e a Deputada Carmen, que ainda precisam concluí-los.

O SR. DEPUTADO LINCOLN PORTELA - Sr. Presidente...

O SR. PRESIDENTE (Deputado Alberto Fraga) - Com a palavra o Deputado Lincoln Portela.

O SR. DEPUTADO LINCOLN PORTELA - V.Exa. está marcando uma reunião para o dia 3. Se não me engano...

A SRA. DEPUTADA ERIKA KOKAY - Segunda-feira.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Alberto Fraga) - Segunda-feira.

O SR. DEPUTADO LINCOLN PORTELA - ...é numa segunda-feira. Então, é preciso que essa reunião seja depois das 14 horas, e não na parte da manhã.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Alberto Fraga) - Sim, eu sei. Mais no final da tarde, porque sabemos que é um dia...

O SR. DEPUTADO LINCOLN PORTELA - Às 16 horas, talvez.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Alberto Fraga) - O que eu estou pedindo aos integrantes da CPI...

O SR. DEPUTADO LINCOLN PORTELA - Talvez, 16 horas fosse um horário ideal.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Alberto Fraga) - Vou colocar até 17 horas, para discutirmos.

O SR. DEPUTADO LINCOLN PORTELA - O.k.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Alberto Fraga) - O que eu estou pedindo aos integrantes da CPI é que antecipem em 1 dia a sua vinda para Brasília, porque nós precisamos disso, lamentavelmente. Isto é, se o Presidente Eduardo Cunha não



recuar e prorrogar o prazo dos nossos trabalhos. Eu pedi prorrogação até o dia 13, para que não fiquemos nessa correria.

Acho um absurdo termos que encerrar um trabalho tão necessário para o País nessa correria, em apenas 180 dias. A última CPI durou 2 anos — 2 anos! E nós estamos aqui pedindo para trabalhar.

O SR. DEPUTADO EDMILSON RODRIGUES - Tenho uma sugestão, Sr. Presidente.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Alberto Fraga) - Com a palavra o Deputado Edmilson.

O SR. DEPUTADO EDMILSON RODRIGUES - Por que não fazer a reunião num dia em que é garantido o quórum mesmo, na terça-feira, dia 4?

A SRA. DEPUTADA CARMEN ZANOTTO - Eu ia propor isso, Sr. Presidente.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Alberto Fraga) - Tudo bem.

O SR. DEPUTADO EDMILSON RODRIGUES - Através da Internet, podem ser feitas sugestões. Dia 4, a gente vem, aprova o relatório e formaliza a entrega, não é isso?

O SR. PRESIDENTE (Deputado Alberto Fraga) - Tudo bem! Ótimo!

O SR. DEPUTADO EDMILSON RODRIGUES - Evitaria essa volta um dia antes do recesso.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Alberto Fraga) - Então, ficamos acertados que, no dia 3, vai haver uma reunião à tarde, porque não há risco de o voo atrasar.

Com a palavra a Deputada Carmen Zanotto.

A SRA. DEPUTADA ERIKA KOKAY - Dia 3 vai ter o quê, Sr. Presidente?

O SR. PRESIDENTE (Deputado Alberto Fraga) - Não tem mais.

A SRA. DEPUTADA CARMEN ZANOTTO - Eu queria, para não corrermos risco, que, no dia 4, nós fizéssemos de manhã o debate e à tarde a leitura.

A SRA. DEPUTADA ERIKA KOKAY - Sim, mas tem que ser duas...

O SR. DEPUTADO LUIZ CARLOS BUSATO - Duas reuniões.

A SRA. DEPUTADA CARMEN ZANOTTO - Nós fazemos um intensivo, para não correr risco. Nós fazemos duas reuniões no dia 4, porque nós garantimos quórum e...

(Intervenção fora do microfone. Ininteligível.)



A SRA. DEPUTADA CARMEN ZANOTTO - Isso.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Alberto Fraga) - Eu acho que a sugestão da Deputada Carmen Zanotto é mais prudente e pertinente. No dia 4, terça-feira, pela manhã, faz-se o debate. E, à tarde, votamos.

O SR. DEPUTADO LINCOLN PORTELA - Às 10 horas?

O SR. PRESIDENTE (Deputado Alberto Fraga) - Às 10 horas. O.k.?

O SR. DEPUTADO LUIZ CARLOS BUSATO - Ótimo.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Alberto Fraga) - Bem, senhores, muito obrigado.

Nós vamos agora...

(Intervenção fora do microfone. Ininteligível.)

O SR. PRESIDENTE (Deputado Alberto Fraga) - Vai haver audiência pública sobre o relatório dela.

A SRA. DEPUTADA CARMEN ZANOTTO - Sr. Presidente, só complementando a sugestão do Deputado Edmilson com relação a toda a equipe que apoiou a nossa CPI, eu queria estender isso aos Estados que nos receberam e a toda a equipe diretiva do sistema prisional e a todos os seus colaboradores, porque, independentemente das estruturas que nos foram apresentadas, em alguns Estados muito mais críticas, a acolhida foi muito importante, e a troca de informações também. Então, eu queria estender os cumprimentos a todos pela acolhida que nós recebemos em todos os Estados.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Alberto Fraga) - Sem sombra de dúvida. Eu só acho que deveríamos fazer de forma muito preambular o agradecimento aos locais que nós visitamos, mas vamos fazer, Saulo, um documento especial da CPI para quem nos recebeu.

Bem, senhores, não havendo mais o que discutir, foi concedida vista conjunta. O Relator providenciará a entrega do texto aos Parlamentares que solicitaram vista. É bom entregar para todos. Nós vamos agora, então, passar para a audiência pública.

O Relator está pedindo tão somente que não haja muita divulgação do relatório, para não esvaziar mais ainda a Comissão. Vocês vejam que a *TV Câmara* raramente passou por aqui. Nós não buscamos isso, porque eu ainda insisto que a



coisa tem que ser mais propositiva. É melhor propormos algo e cobrar lá na frente, dizendo: “*Está aí. Não fizeram porque não quiseram!*”, do que ficar dando entrevista, que não resolve absolutamente nada.

Esta reunião de audiência pública foi convocada para discutirmos o Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário, sua vigência, implementação, alcance e dificuldades, com a exposição dos senhores: Marden Marques Soares Filho, Coordenador de Apoio à Assistência Jurídica, Social e Saúde do Ministério da Justiça; João Gabbardo dos Reis, Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde; Rafael Fachini, membro do Grupo para Implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional; Leandro Antônio Soares de Lima, Secretário Adjunto da Secretaria de Estado da Justiça; José Fernando Casquel Monti, Presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde; Dirceu Ditmar Klitzke — só faltou um Silva aqui —, Coordenador-Geral de Gestão da Atenção Básica do Ministério da Saúde.

Isto aqui, Relator, está me lembrando de quando eu estava na força policial. Havia lá um cadete, cujo nome era Schweitzer. Eu dizia: “*Está anotado*”. Quando eu pedia o nome, e ele falava: “*Schweitzer*”. Eu dizia: “*Por hoje passa*”. (*Risos.*) Eu não fazia ideia de como se escrevia Schweitzer. “*Por hoje está dispensado*”. (*Risos.*)

E o último expositor é o Sr. Henrique Adelino Deboni, Diretor Institucional da Empresa... (*Pausa.*) Não, esse foi ontem.

O SR. DEPUTADO LUIZ CARLOS BUSATO - Ainda bem que não há nenhum Schwarzenegger aqui. (*Risos.*)

O SR. PRESIDENTE (Deputado Alberto Fraga) - Antes de passar a palavra aos expositores, eu peço a atenção dos senhores presentes para os procedimentos que vamos adotar.

O tempo concedido ao expositor será de 20 minutos, não podendo ser apartado. Os Deputados interessados em tecer considerações deverão inscrever-se previamente junto à Secretaria. O Relator disporá do tempo que for necessário, e cada Deputado membro terá 5 minutos; o não membro, 3 minutos.

Eu convido, portanto, a assumir assento à mesa o Sr. Marden Marques Soares Filho. (*Pausa.*)



Como hoje nós temos Ordem do Dia com muitos assuntos pendentes, inclusive com um requerimento nosso, eu vou pedir aos convidados que sejam realmente cumpridores dos 20 minutos, para que não seja necessário prorrogar o tempo, a não ser em casos de extrema necessidade realmente. Vamos tentar ser breves e sucintos, para não termos que interromper nada aqui na Comissão.

Concedo a palavra ao Sr. Marden Marques Soares Filho.

O SR. MARDEN MARQUES SOARES FILHO - Boa tarde a todos e a todas. É um prazer retornar à Casa. Estive aqui no ano passado para discutir o encarceramento feminino. Retorno agora para discutir a saúde de uma forma mais ampla.

Eu gostaria de cumprimentar a Mesa, todos os ilustres Deputados e Deputadas presentes, todos os meus colegas, tanto da Secretaria de Justiça de Santa Catarina como do Ministério da Justiça e do Ministério da Saúde presentes, bem como os representantes do CONASS e do CONASEMS.

Vou fazer a minha apresentação em dois momentos. Primeiro, falarei um pouco da história, mas da história em relação à lei. Vou contar uma história legal para os senhores, não só porque tem componentes legais, mas também porque tem toda uma estrutura e uma construção histórica da questão da saúde prisional que o Executivo Federal vem trabalhando durante alguns anos, a construção de uma política nova para dar conta de atender à população privada de liberdade. Por final, falarei um pouco sobre as questões vinculantes à saúde de forma mais detalhada, dando espaço para que o Dr. Dirceu, da Coordenação de Gestão da Atenção Básica, possa falar um pouco mais sobre as questões da política de saúde prisional, que é uma política nova.

Eu prefiro apresentar em pé, por causa da minha barriga, pois eu engordei um pouquinho! *(Riso.)*

Vou me contorcer um pouco aqui, para falar para os senhores.

(Segue-se exibição de imagens.)

É importante dizer que a primeira coisa que nós trouxemos foi um levantamento. Nós não vamos apresentar aqui todas as normas que existem em relação à saúde prisional no País, mas um pouco da história que vem desde o Código Penal até às próprias implicações de legislações internacionais, a partir do



que trouxeram para a questão da saúde prisional as regras mínimas de tratamento do preso instituídas pelo Código Penal, que é da década de 40; pela Lei de Execução Penal, que é de 1984; pelas leis infraconstitucionais do SUS; e pela própria Constituição Federal.

Um dos marcos legais, além das regras mínimas da ONU para tratamento do preso, foi a nossa Lei de Execução Penal. A Constituição já fala sobre os direitos do preso, e o único direito que ele tem restringido é o de ir e vir, o direito à liberdade. Todos os outros direitos lhe são garantidos como direitos humanos.

Aqui nós temos a Lei de Execução Penal como marco, a Lei nº 7.210, que prevê, no seu art. 14, a assistência à saúde. E, em outros artigos, traz outras assistências: assistência jurídica, assistência educacional, assistência social, assistência religiosa. E dispõe sobre o trabalho do condenado.

A partir daí, diversas resoluções e outras normas foram publicadas, para atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade, como as resoluções do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária que falam de um elenco mínimo de ações de saúde.

Esta resolução aqui eu já revisei, porque também sou Conselheiro do Conselho de Política Criminal e Penitenciária.

Esta outra resolução também foi revisada. Fala da proporção de profissionais em equipe técnica e já está alinhada à nova política de saúde prisional que foi publicada.

Estas são todas as outras resoluções, que falam de visita íntima, inspeção em instalações que servem alimentos, instalações sanitárias, equipamentos.

Quanto às diretrizes básicas para a arquitetura penal, também dei uma revisada na Resolução nº 9, de 2011, para deixá-la mais alinhada à Lei nº 10.216, de 2001.

A partir daí, alguns debates foram sendo feitos, principalmente a partir de 2010 e 2011. Houve um entendimento muito simples e claro de que as políticas públicas devem transversalizar o sistema prisional. Hoje nós temos diversas políticas públicas que estão atuando dentro do sistema, como, por exemplo, a política de saúde. O SUS agora está entrando de forma mais forte no sistema prisional, assim como a educação. Boa parte dos professores que dão aula para os presos são da



rede pública de educação. Entendemos que não é preciso reinventar a roda. E ficaria muito caro também, como gasto público, o próprio sistema prisional ficar montando estruturas independentes dentro do sistema. O importante é que essas políticas possam permear os muros do presídio e entrar com a sua competência e a sua *expertise* dentro do sistema prisional.

Com base nesse entendimento, o plano de saúde nas penitenciárias, que é o objeto da discussão aqui — e eu queria até ampliar o objeto de discussão, Sr. Presidente, para a política de saúde prisional, já que existe uma política nova, publicada em 2014, que expande o plano, até porque o plano está em fase de transição —, começa em 2003, mas a sua vigência é até 2016, exatamente por essa transição por que o plano passa, do plano à política. Nós já temos uma política nova, publicada em 2014.

O plano, instituído por meio da Portaria nº 1.777, de 2003, tinha o papel fundamental de organizar o acesso da população penitenciária ao Sistema Único de Saúde. Porém, o plano de saúde nas penitenciárias atingia apenas as penitenciárias; os 42% de presos provisórios não eram vistos por esse plano. O que esse plano atingiu? Vinte e sete Estados se qualificaram ao plano de saúde nas penitenciárias.

Esse é o nosso mapa de cobertura da assistência à saúde, com o plano de saúde nas penitenciárias. Foram 157 Municípios, 242 Unidades Básicas de Saúde em estabelecimentos prisionais implantadas dentro das penitenciárias, principalmente das penitenciárias grandes, e 276 equipes qualificadas. Além disso, o Ministério da Justiça está implantando projetos de Centros de Referência Materno-Infantis nas prisões femininas ou mistas, que têm mulheres.

Os fatores críticos do plano de saúde nas penitenciárias são vários. O primeiro deles é a questão das faixas de atenção das equipes. É uma equipe só, com um tipo de modelo de equipe para duas faixas de atenção: uma equipe para até 100 presos, outra equipe para até 500 presos. Isso não deixava muito maleabilidade ao gestor para poder implantar suas equipes conforme critérios epidemiológicos mais complexos. Além disso, há o subfinanciamento. Durante muitos anos, o plano ficou com financiamento muito pequeno — não foi atualizado o valor.



As equipes eram análogas — ainda são até hoje — às do SUS, mas grande parte delas era vinculada ao Sistema de Administração Penitenciária, não eram equipes da saúde pública, não eram equipes do SUS. Por isso, essas equipes não utilizavam o sistema de informação do SUS.

Hoje fica difícil, por exemplo, nós darmos para os senhores dados nacionais fidedignos sobre agravos de saúde transmissíveis. Nós hoje temos dados que estão no SINAN — Sistema de Informação de Agravos de Notificação e alguns outros dados que conseguimos de pesquisas isoladas nos Estados. Mas, mesmo assim, os dados que nós vamos apresentar para os senhores são dados subnotificados: ou são dados que nós pegamos por estimativa, ou são dados que realmente têm referência com o sistema prisional.

Poucos passam por programa de educação permanente também no SUS. Durante todo esse tempo, de 2003 até o lançamento da política, a educação permanente deles era muito... Eles caíam de paraquedas dentro do sistema prisional. Então, a parte de educação permanente é também um investimento que estamos tendo agora, em parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina.

Não operam na lógica do SUS. A lógica de atendimento hoje no sistema é ambulatorial, por demanda espontânea. Se o preso está muito mal, ele chega até a unidade de saúde. O planejamento de saúde ainda não era feito, até pensarmos em um outro modelo, em uma outra lógica de funcionamento da saúde prisional. E há uma baixa articulação com a própria Rede de Atenção à Saúde.

O plano de saúde nas penitenciárias tem os Planos Operativos Estaduais, e muitos deles davam referência a hospitais estaduais. E grande parte deles eram hospitais universitários ou hospitais estaduais. Então, grande parte dos presos que adoeciam no interior tinham que andar 400 quilômetros para serem atendidos, ou não eram atendidos, ou, então, eram levados para a rede de urgência do sistema.

A seguir, vamos abordar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional. E quem bem vai falar da política é o próprio Dr. Dirceu, do Ministério da Saúde. Ele vai trazer dados mais detalhados sobre a política de saúde prisional. Mas é importante destacar que o grande marco legal da política foi a publicação da Portaria Interministerial nº 1, de 2



de janeiro de 2014, e da Portaria nº 94, de 2014, que instituiu o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas.

Não sei se os nobres Deputados e as nobres Deputadas chegaram a ler o Plano de Saúde no Sistema Penitenciário. Havia um artigo que dizia que a parte da saúde mental seria editada como norma específica. E essa norma específica, em 10 anos, não saiu. Mas nós conseguimos gerar uma norma específica, principalmente com duas experiências que há no País hoje, o PAI-LI — Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator, de Goiás, e o PAI-PJ — Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental, de Minas Gerais. Pegamos essas duas experiências e criamos outras coisas para montar esse serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas. São políticas públicas implantadas há mais de 10 anos no País e bem exitosas. A partir daí, diversas outras normas complementares às políticas apareceram, em decorrência dessa nova política que saiu em 2014.

Então, a partir de 2014, começa um novo marco em relação à saúde prisional com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional. Temos hoje registradas — o Ministério da Saúde vai dar mais detalhes sobre isso — 119 equipes. Em 26 Estados, já há termo de adesão assinado, mas 23 deles só completaram a adesão. O Espírito Santo é o único Estado que ainda não aderiu. Dezoito Estados já têm Grupo Condutor Estadual, que é o órgão estruturado para completar a gestão no âmbito dos Estados. E mais de 203 Municípios já assinaram termo de adesão e 119 já foram habilitados. Temos um plano de 10 anos, cuja cobertura chegou a 31,81%. A Política, em 6 meses de implantação, já atingiu quase 15% de cobertura. Então, a Política realmente trouxe um alento para os Estados e os Municípios, em relação à atenção à saúde prisional.

Agora vamos falar um pouco das estruturas das unidades, que estão bem tipificadas no novo relatório do INFOPEN, lançado na semana retrasada. Trinta e sete por cento têm unidades com módulo de saúde. Por módulo de saúde entenda-se Unidades Básicas de Saúde em estabelecimentos prisionais. São espaços destinados para as equipes trabalharem dentro do sistema prisional.

Nós optamos, tanto no Plano quanto na Política, por Unidades Básicas de Saúde em estabelecimentos prisionais. Por quê? Porque o perfil dos nossos presos



é de jovens. Então, se conseguirmos fazer a atenção básica benfeita, não há necessidade de se fazer a atenção especializada dentro do sistema prisional. Mas nós temos um desafio, que são essas 796 unidades que ainda não têm Unidades Básicas de Saúde em estabelecimentos prisionais, nos moldes dos módulos de saúde discutidos com o Ministério da Saúde. Nós temos hoje espaços, alguns deles espaços pequenos, mas não temos ambiente estruturado como Unidade Básica de Saúde.

O SR. DEPUTADO LUIZ CARLOS BUSATO - Desculpe-me. O que significa o número 796 que está ali?

O SR. MARDEN MARQUES SOARES FILHO - São 796 unidades.

O SR. DEPUTADO LUIZ CARLOS BUSATO - Prisionais?

O SR. MARDEN MARQUES SOARES FILHO - Prisionais.

O SR. DEPUTADO LUIZ CARLOS BUSATO - E o número 462?

O SR. MARDEN MARQUES SOARES FILHO - São as 462 que têm unidades estruturadas.

O SR. DEPUTADO LUIZ CARLOS BUSATO - Ou seja, são quase 1.300 unidades.

O SR. MARDEN MARQUES SOARES FILHO - Exatamente, um universo de quase 1.300 unidades.

Nessas unidades visitadas, também descobrimos que havia espaços para além do que prevíamos dentro dos módulos de saúde. Então temos um quantitativo de unidades que têm sala de atendimento multiprofissional, sala de procedimentos, sala de Raios X, que foi um investimento do Projeto Fundo Global, principalmente para grandes complexos prisionais, para poder dar conta da questão da porta de entrada e da busca ativa da tuberculose, que é um dos grandes agravos dentro do sistema prisional. E o laboratório de diagnóstico junto com a sala de Raios X. Além disso, uma cela de espera. É importante ter uma cela de espera para você pegar as pessoas privadas de liberdade e deixá-las na cela de espera para atendimento, em vez de que ficar pegando de um por um. Então já pega uma quantidade "x" e leva para essa cela de espera. E um solário próprio para esses pacientes.

Chegamos aos profissionais de saúde em atividade em unidades prisionais. Nós temos um total de 3.677 profissionais atuando dentro do sistema, nessas quase



1.300 unidades prisionais. Desse total, nós conseguimos registrar, de consultas médicas realizadas, no primeiro semestre de 2014, em torno de 309 mil. Entre essas, temos consultas médicas realizadas dentro e fora do sistema prisional. Nós conseguimos trazer esse dado também. Nós tivemos 87 mil consultas realizadas fora e 221 mil consultas realizadas dentro do sistema, num total de 309.206 consultas médicas.

Isso mostra que a estratégia que nós estamos criando em relação à saúde prisional é exitosa, porque temos que tratar o sujeito dentro da unidade prisional, para evitar gasto com escolta e com transporte para fora da unidade prisional. Isso pode gerar um desgaste muito grande. Então, um investimento para dentro, com atenção básica bem resolutiva e contínua dentro do sistema prisional resolve para que ele não precise de atenção fora da unidade prisional.

Nós temos aí quantidades em relação a outros atendimentos de saúde. Há quantidades de consultas odontológicas; de exames de testagem tanto para HIV e sífilis quanto para outros tipos de agravos transmissíveis e não transmissíveis; de intervenções cirúrgicas realizadas; de vacinas ofertadas. Nós temos uma parceria muito forte com o Programa Nacional de Imunização, para imunizar toda a comunidade carcerária, que vai desde o preso até os próprios agentes penitenciários. E a quantidade a que chegamos foi de 831.184 procedimentos. Isso demonstra também que nós conseguimos atingir o quantitativo de consultas, que pode chegar a quase 1,5 consulta por preso.

Temos aí a quantidade de pessoas com agravos nas unidades prisionais. Esse é o nosso grande drama. A epidemia ainda é bastante concentrada dentro do sistema prisional, principalmente dos agravos transmissíveis, como HIV/AIDS, tuberculose, sífilis e hepatites. Esses grandes agravos ainda são muito concentrados dentro dos presídios. Nós temos quantitativo que pode chegar a 20 vezes mais em relação ao HIV do que na população em geral; quase 32 vezes mais para tuberculose do que na população em geral; entre outros agravos, como as hepatites e a sífilis, que ainda está sendo muito pouco investigada. Mas estamos começando a fazer mais investimentos em relação ao agravo de sífilis.



Essa é a taxa de pessoas com agravo nas unidades prisionais. Nós chegamos ao quantitativo de 235.628 pessoas testadas, em 49% das unidades que nos informaram sobre os agravos.

Aí temos a taxa de mortalidade, que também é uma informação muito importante para nós. Os Estados que têm maior taxa de mortalidade são Maranhão, Piauí, Alagoas, Tocantins, Ceará, Amazonas, Pará, Bahia, Rio Grande do Norte e Rondônia. O restante já abaixa bastante a taxa. E alguns Estados apresentam zero de mortalidade. Estamos falando aqui de mortalidade intencional, ou seja, isto é em relação aos óbitos por homicídio, suicídio e causas desconhecidas, sem relacionar as mortes por falta de assistência à saúde por algum motivo.

Além dessas estratégias, também existe a estratégia de distribuição...

O SR. PRESIDENTE (Deputado Laudivio Carvalho) - Dois minutos para conclusão, por favor.

O SR. MARDEN MARQUES SOARES FILHO - O.k.

Existe também a estratégia de distribuição de medicamentos, que é outra portaria que o Dr. Dirceu vai detalhar com mais afinco.

Estas são as ações intersetoriais, só para mostrar para os senhores quais ações intersetoriais a saúde tem.

Esta é a nossa teia de rede, principalmente do Ministério da Saúde com o Ministério da Justiça. Essas bolinhas se juntam, porque a portaria é interministerial e a Política é interministerial, é entre Ministério da Saúde e Ministério da Justiça. As outras políticas, redes e estratégias estão todas envolvidas.

Aqui estão as ações que o Ministério da Justiça oferta. Nós temos três ações principais, uma delas vai ser de construção de módulos de saúde, no ano que vem, porque agora estamos investindo em construção de módulos de saúde no pacote presídio. No ano que vem nós vamos investir em construção só de módulo de saúde, que são as Unidades Básicas de Saúde em estabelecimentos prisionais.

Nas ações da PNAISP, há desde distribuição de computadores até aparelhamento de Unidades Básicas de Saúde em estabelecimentos prisionais e Centros de Referência Materno-Infantis. Nós hoje temos recursos de 19 milhões reais e já conseguimos fazer levantamento de 686 unidades prisionais para serem aparelhadas por adesão à ata de registro de preço e compra direta de equipamentos



para essas Unidades Básicas de Saúde em unidades prisionais. E o Ministério da Saúde está nos ajudando também nesse processo de adesão às atas de registro de preço. E outra ação é a distribuição de computadores. Ainda em 2015, nós vamos distribuir 1.004 computadores para as Unidades Básicas de Saúde em estabelecimentos prisionais, para que as equipes de saúde dessas unidades possam utilizar o sistema de informação do SUS dentro das Unidades Básicas de Saúde.

Gostaria de agradecer. Eu realmente fiz a apresentação em 20 minutos. Eu acho que deu certo, não é? Agradeço e estou à disposição.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Laudívio Carvalho) - Nós agradecemos ao Sr. Marden Marques Soares Filho, Coordenador de Apoio à Assistência Jurídica, Social e à Saúde, do Ministério da Justiça.

Convidamos agora o Sr. João Gabbardo dos Reis, Presidente do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde — CONASS. *(Pausa.)*

Ele não se encontra?

(Intervenção fora do microfone. Ininteligível.)

O SR. PRESIDENTE (Deputado Laudívio Carvalho) - Muito bem.

Concedo a palavra à Sra. Rita de Cássia Bertão Cataneli, da Secretaria Executiva do CONASS, que dispõe de 20 minutos para fazer a sua exposição.

A SRA. RITA DE CÁSSIA BERTÃO CATANELI - Boa tarde a todos. Queria cumprimentar a Mesa e todos os presentes em nome do nosso Presidente, Dr. João Gabbardo dos Reis, Secretário de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul.

Eu tinha feito uma apresentação, mas eu vou me permitir mudar de estratégia e conversar um pouquinho com a apresentação do Marden, até em função do prazo e do objetivo efetivamente desta audiência pública. Eu acho que o Marden já nos trouxe muitos elementos históricos, e eu gostaria de partir daí.

Se pensarmos bem, a Lei de Execução Penal foi aprovada em 1984, e só conseguimos ter um primeiro plano de execução de ações em saúde para esse segmento populacional em 2003. Então isso já deve ser um alerta para tentarmos enxergar que há vários problemas na execução efetiva desse plano proposto. O tempo decorrido entre a lei e o plano é muito grande, e nos deve já deixar em alerta.



Outra coisa importante é que tivemos, em 2001, a primeira comissão que tentou aproximar os Ministérios da Justiça e da Saúde para que eles comessem a conversar e, aí, sim, colocar em execução alguma atenção à saúde dessa população. E só em 2002, fruto já dessa primeira comissão, foi que nós tivemos algum avanço nessa área.

E temos que lembrar que, historicamente, a atenção à saúde dessa população foi reduzida a algumas ações voltadas muito fundamentalmente para DST/AIDS e redução de danos associados ao uso abusivo do álcool e outras drogas, além da imunização. E isso apesar dos altos índices de tuberculose, pneumonia, dermatoses, transtornos mentais, hepatites, traumas, diarreias infecciosas, além de outros agravos que são prevalentes na população brasileira e também observados no âmbito dessas instituições.

Só para dar um exemplo, uma das primeiras ações que aconteceram foi um projeto relacionado à prevenção e informação sobre AIDS. E a ação foi uma produção de cartilhas e manuais relacionados a campanhas educativas.

Até o final dos anos 90, então, como a ação era focada nessas morbidades, nessas doenças, também no Ministério da Saúde estava muito restrito a áreas técnicas responsáveis por DST. Era pouco disseminado para as demais áreas do Ministério e muito menos ainda disseminado para uma discussão entre gestores dos SUS que efetivamente teriam que desempenhar as ações propostas.

No período de 1990 a 2014, aí, sim, começam a aparecer várias ações e iniciativas intersetoriais, no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Justiça, que envolviam especialistas em saúde pública e estudiosos do assunto. Esses estudiosos tentavam, então, implantar ações e serviços de saúde no sistema prisional com base nas diretrizes do SUS, que são: descentralização da gestão; atenção integral; e participação da comunidade.

Então, em 2001, foi instituída uma comissão interministerial com a atribuição de definir as estratégias e alternativas de promoção e assistência à saúde no âmbito do sistema penitenciário. E, em abril de 2002, fruto de um trabalho dessa comissão, foi editada a portaria desse plano para o sistema penitenciário ao qual o Marden já se referiu.



O objetivo desse plano sempre foi, então, promover a saúde integral e contribuir para a redução dos agravos mais frequentes à saúde da população penitenciária, confinada em unidades masculinas e femininas. E, como o Marden já falou, esse plano não incluía os presos dos sistemas aberto, provisório ou os recolhidos em cadeias públicas e em distritos policiais.

Acho que é importante pensarmos que esse plano ficou pronto em 2002, mas — e é uma coisa que temos sempre que considerar no Brasil — houve eleições. Portanto, tudo o que foi proposto foi suspenso. Assumi uma nova equipe no Governo Federal, que propôs, então, toda uma revisão desse plano. E perdemos de novo um bom tempo para tentar fazer com que as coisas funcionassem.

É importante também lembrar que esse plano procurou definir bem quais eram as competências do Ministério da Saúde, do Ministério da Justiça, das Secretarias Estaduais de Saúde, das Secretarias Estaduais de Justiça e das Secretarias Municipais de Saúde. Lembro, ainda, que todos tinham, em certa medida, que participar da execução das ações.

É muito interessante dizer que a portaria previu que as Secretarias Estaduais de Saúde e de Justiça também deveriam participar do financiamento do plano nacional, fixando suas contrapartidas para o desenvolvimento de ações de atenção básica, promoção, prevenção e assistência à saúde, bem como aquelas relacionadas às condições de infraestrutura e funcionamento de presídios, à composição e pagamento de equipes de saúde e à referência para a média e alta complexidade, conforme o limite financeiro da assistência no Estado.

A partir de 2003 e ao longo dos 7 anos seguintes, tivemos várias dificuldades para a implementação dessa política. Costumamos dizer, no âmbito da saúde, que produzimos um sem-número de leis, portarias, normas e manuais que, gradativamente, vão engessando o trabalho tanto dos gestores municipais como dos estaduais. E, quando juntamos as leis, portarias e regras do Ministério da saúde com as leis, portarias e regras do Ministério da Justiça, observamos um caldeirão de dificuldades de execução pelos gestores estaduais e municipais muito grande.

Ao longo de vários anos, as Secretarias Estaduais de Saúde solicitaram muitos esclarecimentos, porque, em razão de determinada legislação, ora se podia gastar com tal coisa, ora não se podia.



Essas dificuldades de entendimento sobre o que poderiam as Secretarias de Saúde gastar ou não e as dificuldades de execução desses recursos acabaram gerando um saldo muito grande de repasses dos Ministérios da Saúde e da Justiça para as contas dos fundos estaduais de saúde. E, em 2010, uma portaria do Ministério da Justiça e outra do Ministério da Saúde suspenderam esses repasses. Já que havia dificuldades e não se conseguia executar, os repasses foram suspensos. E houve uma tentativa, por meio de várias iniciativas, para apurar o que estava dificultando tanto o gasto desse recurso, e a gente tinha problemas de toda ordem, desde problemas relacionados à falta de pactuação e aprovação do plano no Conselho Estadual de Saúde ou no Conselho Municipal; falta de relatório de gestão; dificuldade de licitações ou licitações vazias. E devemos lembrar que todas as ações e as dificuldades que recaem sobre a população em geral também recaem sobre esse segmento populacional. Só para dar um exemplo, se o gestor tem dificuldade de comprar determinado medicamento por licitação vazia; esse medicamento que vai para a população em geral é o mesmo recebido pela população desse segmento específico. Então, esse óbice durante esse prazo foi importante porque limitou o avanço da implantação do plano.

Porém, também foi um período em que aqueles que conseguiram executar começaram a lançar os alicerces para aquilo que, em 2013, acabou se consolidando na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, como o Marden já nos apresentou.

As questões numéricas já foram trazidas por ele, ou seja, quantas equipes e quantos Estados já aderiram. Então, nessa parte já vimos que tivemos avanços. Temos reconhecer os avanços e procurar identificar nas dificuldades aquilo em que podemos apoiar o gestor, para que ele tenha condições de executar com mais facilidade lá na frente.

Agora, é importante lembrar que a política integrou os serviços de saúde, as unidades básicas e as redes de atenção em saúde. E ela é uma política com adesão de Estados e Municípios por pactuação. E, também, estão descritas na referida política todas as competências dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios, do Ministério da Justiça, das Secretarias de Justiça e assim por diante.



E, apenas para reforçar — embora ache que o Marden já deixou bastante claro quais foram os principais problemas —, acho que a gente tem que observar que é uma política executada a diversas mãos. Então, para a gente conseguir colocar todo mundo em uma mesma mesa e pactuar as ações, não é um trabalho fácil; é um trabalho bastante difícil. Acho que essa história ao longo do tempo mostra isso. A gente tem problemas sérios relacionados à questão do subfinanciamento da saúde como um todo e, especificamente, da saúde na questão penitenciária.

Nós temos que lembrar que Estados e Municípios estão atualmente no limite de sua aplicação constitucional de recursos para a saúde. Tanto os Estados e, principalmente, quanto os Municípios estão colocando mais recursos do que aqueles previstos na Lei Complementar nº 141. E Estados e Municípios estão praticamente no topo da sua condição de executar e gastar mais recursos com recursos humanos; eles estão no limite prudencial da Lei de Responsabilidade Fiscal.

Então, não se trata de um plano ou de uma política que dê conta de fazer com que Estados e Municípios aumentem o gasto com recursos humanos, porque isso já não é mais exequível. O limite chegou. Então, vamos ter que discutir a partir daí: se não tenho mais recursos para implementar o Plano, porque eu não tenho recursos para implementar nenhum plano, como é que a gente vai fazer essa atenção a essa população, a esse segmento populacional, com a qualidade que ele merece? Então, eu acho que essas questões são absolutamente urgentes de serem discutidas, e eu acho este momento extremamente oportuno.

Acho que é importante a gente destacar que todas as normas que foram apontadas e que foram desenvolvidas nesse período têm procurado garantir o direito das pessoas privadas de liberdade, e nós é que temos agora que dizer como é que os gestores vão dar conta de fazer essa execução, porque é importante a gente lembrar que assistência à saúde e garantia do direito não são sinônimos. É necessário um esforço de todos nós para que a gente possa garantir melhores condições estruturais no sistema prisional.

Com a implantação da política, a partir de 2014, dentro de um novo contexto de governança no SUS, que leva em conta as articulações interfederativas numa região de saúde, que é o território onde elas devem ser organizadas, há uma



perspectiva grande de que a gente consiga avançar, desde que a gente resolva as questões relacionadas ao subfinanciamento.

Então, acho que há alguns desafios que a gente tem que procurar enfrentar em curto prazo. Eu acho que um deles é a necessidade de a gente acompanhar *pari passu* como é que está sendo implantada essa política nas diversas unidades federadas. Eu acho que grande parte dos números que o Marden apresentou aqui hoje têm que ser levados à Comissão Intergestores Tripartite, para que os gestores possam fazer essa discussão com maior frequência.

Acho que a gente tem que discutir uma proposta de aumento dos valores do financiamento federal para garantir que Estados e Municípios tenham condições de efetivamente implantar a política.

Temos que garantir a possibilidade de sempre discutirmos quais são os papéis de cada um dos gestores, principalmente Justiça e Saúde.

E temos que lembrar que há uma outra questão, de que já falei: Estados e Municípios têm dificuldade de recursos para mexer na infraestrutura dessas penitenciárias, dessas cadeias, desses distritos policiais.

Eu não sei se vocês tiveram a oportunidade de ver ontem à noite, não sei se coincidentemente ou não, houve um programa específico que abordou essa questão muito relacionada, também, à estrutura.

E nós temos que aumentar a capacidade técnica de gestores e equipes estaduais e municipais para fazer a gerência, para fazer a gestão desses serviços, para garantir efetividade na implementação da política.

Era isso que eu tinha a trazer para vocês.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Laudívio Carvalho) - Queremos agradecer à Rita de Cássia Bertão Cataneli, Secretária-Executiva do Conselho Nacional dos Secretários da Saúde — CONASS.

Eu quero convidar agora o Sr. Rodrigo César Faleiro de Lacerda, que é Assessor Técnico do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. O Sr. Rodrigo César Faleiro de Lacerda dispõe de 20 minutos para a sua exposição.

O SR. RODRIGO CÉSAR FALEIRO DE LACERDA - Boa tarde a todos e a todas aqui presentes. Quero agradecer a oportunidade de estar aqui. Espero poder contribuir com esta Comissão. Com certeza, esse é um tema bastante importante.



Eu também não trouxe uma apresentação, até para não ser repetitivo. Estamos priorizando aqueles pontos que dizem mais respeito aos Municípios.

Quero dizer que eu acho que a política, que foi discutida e aprovada de forma tripartite, e também a portaria que trouxe as especificações e responsabilidades trouxeram bastante avanço, no sentido de entendermos que temos que estruturar e organizar a saúde dentro das unidades, temos que integrar a saúde dos cidadãos privados de liberdade dentro da rede de atenção. Eu acho que nós temos que nos organizar, a partir da vigilância, da atenção básica, da média e da alta complexidade, da rede de urgência como um todo. Eu acho que isso é bastante positivo. A colega Rita colocou bem que nós temos que avançar no sentido de organizarmos e colocarmos o sistema penitenciário desses cidadãos dentro da rede de atenção do Sistema Único de Saúde.

Ao mesmo tempo, nós nos preocupamos com o trabalho, o serviço diferenciado, complexo, que necessita de treinamento específico. Isso não só no atendimento de saúde, pois temos também que nos preocupar em como lidar com as especificidades desse local de trabalho. A partir do momento que a responsabilidade desse atendimento dentro dessas unidades diz respeito àqueles que detêm a custódia desses cidadãos, nós entendemos, baseados na portaria, e nos colocamos à disposição para aderirmos a essa política. Eu acho que é uma oportunidade, é uma prerrogativa dos gestores municipais, dos Prefeitos, no entendimento deles, aderirem a essa política e fazerem esse atendimento dentro dessas unidades.

Porém, como a própria portaria e a própria política dizem, é por adesão. Esse fato de ser adesão não tira a responsabilidade daquele que detém a custódia. Eu quero firmar e deixar isso bem claro, porque, a partir do momento em que você adere a essa responsabilidade, amanhã você pode entender que não quer mais aderir, que isso não faz parte mais dessa organização, tal como é com a estratégia Saúde da Família, você pode adotar aquela estratégia, e, amanhã, se você achar que pode fazer outra estratégia diferente, você não aderir mais à estratégia da Saúde da Família. Então, é nesse sentido que a gente vem trabalhando. Isso não exige, de forma alguma, a responsabilidade do Município dentro da rede de atenção e no que diz respeito às suas responsabilidades de garantir o atendimento com



eficácia, com qualidade. Eu acho que nós estamos bastante sensíveis e responsabilizados nesse sentido.

O que nós entendemos é que nós não podemos tratar essa unidade como uma unidade dentro de um território, de forma bastante simples, comparada a uma escola ou a qualquer outra unidade. Nós temos que entender as especificidades, as diferenças e as dificuldades existentes de fazer esse atendimento dentro dessas unidades de saúde. Então, nesse sentido, nos preocupa muito o Município, em si, se responsabilizar por fazer esse atendimento, de fato, dentro das unidades. Isso não quer dizer que nós tenhamos que fazer a integração dessas equipes que farão o atendimento dentro dessas unidades, com toda a lógica da rede de organização e da rede de atenção dentro do município, até mesmo na região ou no Estado ou fora dele, onde houver a necessidade de atendimento daquele cidadão. Então, nesse sentido, nós estamos nos colocando bastante à vontade, para fazer parte dos questionamentos.

Foi mencionada aqui a questão do sistema de informação, da integração. Acho que há essa necessidade, apesar de o Sistema Único de Saúde também ser ainda bastante falho no que diz respeito ao sistema de informação e a dados, às vezes subnotificados, ou que tenha dificuldade de fazer análise de forma sucinta e que venha a contribuir para a organização da gestão. Nós pactuamos essa política e colocamos à disposição todo o CONASEMS para nós continuarmos a fazer esse debate, de forma minuciosa, junto com os Estados, junto com o CONASS, junto com o Ministério da Saúde, para que possamos garantir o atendimento desse cidadão.

O Dirceu vai apresentar aqui a política como um todo. As responsabilidades do município vêm após a adesão ou não. Se o município entender e aderir, ele se torna responsável a partir do momento em que ele fizer o pacto no Estado junto ao Ministério da Saúde. É o que eu disse. Agora, isso não exime as nossas responsabilidades dentro do sistema como um todo.

Então, era isso que eu queria dizer, e quero me colocar à disposição, também, no que for necessário para contribuir com esse processo de organização da saúde no sistema penitenciário para aquelas pessoas privadas de liberdade.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Laudívio Carvalho) - Quero agradecer muito ao Sr. Rodrigo César Faleiro de Lacerda, que é Assessor Técnico do Conselho



Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Muito obrigado ao senhor. Contribuiu muito para o nosso trabalho aqui.

Vamos receber agora o Sr. Dirceu Ditmar Klitzke, que é membro do Departamento Geral de Gestão de Atenção Básica do Ministério da Saúde. Falei certo o nome ou mais ou menos? É isso mesmo? (*Pausa.*)

O SR. DEPUTADO ALFREDO KAEFER - Sr. Presidente...

O SR. PRESIDENTE (Deputado Laudivio Carvalho) - Pois não, nobre Deputado.

O SR. DEPUTADO ALFREDO KAEFER - Eu vou falar de pé, pode ser?

O SR. PRESIDENTE (Deputado Laudivio Carvalho) - Pode falar. Fique à vontade.

O SR. DEPUTADO ALFREDO KAEFER - Eu vim aqui para fazer um registro. Não sou desta Comissão, Deputada Carmen Zanotto, mas eu acho extremamente importante fazê-lo. Tenho acompanhado o trabalho desta Comissão e outros trabalhos que se realizaram sobre o tema carcerário no Brasil. Apresentei à Medida Provisória nº 680 uma emenda, eu diria assim, quase inédita e achei por bem registrar isso nesta Comissão. Conversei sobre o tema, num dia desses, com o Ministro da Justiça e busquei subsídios na CBIC, que é a Câmara Brasileira da Indústria da Construção.

Apresentei um projeto que, em inglês, chama-se *built to suit*, ou seja, pronto para usar, mais ou menos isso. É um modelo que os americanos usam e que, no decorrer dos anos, resolveu em grande parte a estrutura carcerária dos Estados Unidos. Em vez de o Estado, por meio da União, dos Estados ou dos Municípios, construir os seus presídios — nós tivemos uma situação no Paraná semelhante a isso —, ele faz a licitação para aluguel da estrutura prisional.

Então, coloquei isso na Medida Provisória nº 680, na semana passada. Eu acho que o Parlamento deveria buscar impulsioná-lo. Funciona mais ou menos assim: o Estado quer um presídio para 500 pessoas, apresenta o projeto público e diz: “*Eu quero um presídio dessa forma.*” Alguém faz o projeto e, em vez do custo da produção, oferece o custo do aluguel dessa instalação por 10 anos, 20 anos, 30 anos e assim por diante. Então, quanto é? Meio por cento do valor, 1% do valor,



0,8% do valor? Isso inibe o Estado do investimento básico do ativo imobilizado. Então, esse é um modelo.

Outro modelo que também se usa muito lá fora é, além da construção do ativo, a terceirização da atividade carcerária, de todo o serviço, sem prejuízo do sistema institucional, que é a guarda do preso e assim por diante.

Então, Deputada, fiz questão de vir aqui registrar isso, porque eu acho que seria um avanço enorme nessa dificuldade que nós temos. Ainda ontem eu assisti à matéria no programa *Profissão Repórter*, feita em um dos Estados do Nordeste — não sei se foi no Ceará —, e eu fiquei chocado: aquelas ratazanas ali fora, numa imundície, com toneladas de lixo jogado. E a gente vê que o Estado brasileiro não tem recursos orçamentários para fazer frente a essa situação. Então, acho que é uma saída esse modelo de alugar presídios para uso do Estado.

Era esse o meu registro.

Muito obrigado, Sr. Presidente.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Laudivio Carvalho) - Quero agradecer ao nobre colega, Deputado Alfredo Kaefer. Não é membro titular desta Comissão, mas veio trazer a sua contribuição, contribuição muito importante. Eu tenho certeza de que a Deputada Carmen Zanotto, que é a Sub-Relatora desta Comissão, fará proveito da sua fala, Deputado.

Ontem, inclusive, eu trouxe a experiência de Minas Gerais, de uma penitenciária público-privada, que é a única no Brasil hoje, onde há reincidência de apenas 0,2%. Sabemos que é um sonho distante de ser alcançado, mas é possível. Eu sempre digo que sonhar é viver. A gente tem todo o direito de sonhar, mas você só realiza um sonho acordado. Dormindo você continua sonhando.

Muito obrigado, nobre Deputado. Muito obrigado.

Vamos prosseguir os nossos trabalhos aqui com o Sr. Dirceu Ditmar Klitzke, representante do Departamento Geral de Gestão de Atenção Básica do Ministério da Saúde. Ele tem 20 minutos.

Fique à vontade.

O SR. DIRCEU DITMAR KLITZKE - Boa tarde a todos. Boa tarde a todas.

Primeiro, quero agradecer o convite feito ao Ministério da Saúde para participar desta audiência pública, de um tema que para nós é muito caro, muito



importante. Nós, hoje, do Ministério da Saúde, em que pese o conjunto de problemas que o sistema penitenciário apresenta, entendemos que hoje o Ministério da Saúde, através das equipes de atenção básica, do financiamento, do modo que a gente está organizando o cuidado à atenção básica e a atenção à saúde nas unidades prisionais, num curto espaço de tempo avançou de forma significativa. Pretendemos, com os Municípios e com os Governos Estaduais, consolidar esse avanço a partir dos próximos anos. Não querendo dizer que não temos problemas, mas a atual política nacional nos proporciona pactuações nos Estados e Municípios capazes de amenizar um pouco as questões que envolvem o cuidado de saúde e a produção de cuidado das pessoas privadas de liberdade hoje.

Então, por favor, pode passar.

(Segue-se exibição de imagens.)

Bem, esse aqui é um panorama. Para nós da saúde sempre é importante a gente trabalhar com os números, dados populacionais, traçar o perfil de cuidado. Esses aqui são dados gerais. Então, temos hoje, como vocês sabem, já 715.675 pessoas privadas de liberdade só no Estado de São Paulo. As estatísticas mostram que é um dos Estados que mais prendem pessoas no País, com 34% desse percentual. Temos 7% só de mulheres, 93% de homens. As vagas no sistema prisional são 302 mil vagas. Então, a gente tem em cima. A superlotação no sistema prisional brasileiro fica evidente.

Cerca de 25 mil pessoas entram no sistema por ano, um outro número que impressiona, que teve um crescimento, nos últimos 14 anos, de 235% de pessoas privadas de liberdade no nosso País. São dados que a gente tem do sistema do CNJ, os Geopresídios, e do INFOPEN.

Aqui o perfil populacional, só confirmando o que a gente já tem conhecimento. A faixa etária é a população jovem, de 18 a 24 anos e de 25 a 29 anos a maioria da população. São pessoas jovens. Se somar com ensino médio incompleto, fundamental completo e fundamental incompleto, a gente já vai chegar ali a 24, quase 90%. É impressionante, é um número muito impressionante. Pensando que hoje, no modo que a gente organiza a produção, a economia em qualquer país do mundo, a gente tem muita incapacidade de conseguir trabalho para uma pessoa que não tem ensino médio, mesmo com ensino médio completo, e o perfil da população



presa chega a mais de 90% dessas pessoas que têm baixa escolaridade, que não são absorvidas pelo mercado de trabalho do jeito que está organizado o sistema de produção.

Esse aqui é também um quantitativo. Está demonstrando que 94,4% são brasileiros, o número de estrangeiros é pequeno.

Aqui é uma situação complicada no sistema prisional. A gente está demonstrando que, de presos provisórios, são 42% hoje no País.

O programa ontem do *Profissão Repórter* trouxe esse tema com mais evidência também. Tem lugares do País que chega a 60% de presos em situação provisória.

Aqui chegando na política. Isso aqui era um panorama. No nosso caso em especial, a gente pode pensar que existem três grandes momentos que marcam a política de saúde no sistema prisional: o primeiro é antes do Sistema Único de Saúde. Porque antes da Constituição de 1988 e depois da década de 1990, que tem as leis orgânicas da saúde, o atendimento de saúde, educação, trabalho e ciência social era exclusivamente feito pela Secretaria de Justiça. A partir da implantação do Sistema Único de Saúde, chega, em 2003, o Plano Nacional. E agora, 2014, o grande marco, no nosso entendimento, da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional.

Então, eu vou fazer a fala focada na política atual.

O Marden apresentou isso, mas vale a pena apresentar de novo.

Acho que essas três questões são os problemas centrais os quais a gente interpreta que levaram os nossos críticos à necessidade de reformular o desenho do programa de intervenção do Ministério da Saúde no sistema prisional: claramente o subfinanciamento. O subfinanciamento inviabilizava concretamente a constituição de equipes de saúde; não atendia a todo itinerário carcerário, excluindo parte dos estabelecimentos de regime semiaberto, as cadeias públicas, as delegacias. Hoje, as pessoas privadas de liberdade são em grande número nessas unidades prisionais, e as equipes de saúde não estavam articuladas com a Rede de Atenção à Saúde. Estavam vinculadas apenas à Secretaria de Justiça.

Cada vez mais tem uma interpretação do conjunto do Governo Federal da necessidade de articular políticas públicas dos vários Ministérios para organizar



política social e intervenção de forma conjunta e articulada. Não necessariamente os órgãos da segurança pública contrataram equipes específicas para trabalharem no sistema penitenciário, porque, evidentemente, essas equipes não estão desvinculadas da organização corriqueira, das redes de atenção à saúde, da rede educacional, da rede de trabalho, etc.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Laudívio Carvalho) - Travou o computador?

O SR. DIRCEU DITMAR KLITZKE - Tem que travar o tempo aqui.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Laudívio Carvalho) - Se o senhor puder continuar a falar, tendo a experiência, enquanto a nossa equipe técnica chega aqui, por favor.

O SR. DIRCEU DITMAR KLITZKE - Claro.

A gente perde, porque os dados são mais interessantes de visualizar.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Laudívio Carvalho) - Zera o tempo aí, por favor. Ou, pelo menos, vamos contar. Parou com 14 minutos.

O SR. DIRCEU DITMAR KLITZKE - Aqui, a gente trouxe a nossa equipe técnica, que entende de TI também.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Laudívio Carvalho) - E nós temos o Saulo aqui, que é o nosso assessor técnico-científico da Comissão também.

Vamos prosseguir.

Obrigado.

O SR. DIRCEU DITMAR KLITZKE - Está bom. *(Riso.)*

Obrigado.

Objetivo geral da política: garantir acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional do cuidado integral no SUS.

Isso é muito importante. Firmar, deixar claro na política a necessidade do cuidado integral. Passa pela atenção básica, mas tem que passar pela atenção especializada e outros serviços disponíveis no Sistema Único de Saúde.

A gente optou em trazer quatro itens que entendemos mais importantes: promoção da cidadania e inclusão das pessoas privadas de liberdade; atenção integral e resolutiva, que tenha qualidade no atendimento; respeito à diversidade étnico-racial, entre outras questões importantes da diversidade das pessoas; e a questão da intersetorialidade.



É evidente que as condições de saúde e doença no sistema carcerário, *a priori*, vão além do cuidado em saúde. Então, ou a gente tem uma ação intersetorial forte, contundente, senão a questão da saúde do preso é inviabilizada só com o cuidado em saúde.

Aqui é a forma de adesão à política nacional.

Adesão estadual: assinatura do termo de adesão; elaboração do Plano Estadual. É necessário os Estados elaborarem um plano. Há um conjunto de regras que o Estado deve cumprir. Publicação em portaria. Faz adesão ao Plano, aprova no Estado. O Ministério da Saúde faz uma publicação de portaria configurando a adesão do Estado. Como o Rodrigo do CONASEMS já alertou, a adesão do Município é política, é facultativa, deve obedecer a alguns critérios. Por exemplo, a adesão Estadual deve ser precípua à adesão Municipal. Existência da população privada de liberdade em seu território, obviamente; assinatura do termo de adesão; elaboração do plano; publicação de portaria para adesão.

Aqui é um exemplo. A gente já falou um pouco disso hoje. Então, 23 Estados, de fato, já aderiram. Os Estados de Roraima, Mato Grosso, Sergipe e Espírito Santo não finalizaram a adesão. Distribuição das equipes da política com portaria por região, habilitado em portaria, a gente tem 114 hoje. Distribuição das equipes por tamanho da unidade prisional. Grande parte das equipes habilitadas hoje são em unidades com mais de 100 pessoas privadas de liberdade.

Aqui é importante a gente entender a forma como o Ministério da Saúde, por meio da política, define a composição das equipes. É uma composição de equipes bastante robusta. Se a gente, de forma costumeira, conhece o Programa Saúde da Família, por exemplo, vemos que podemos tê-lo só com um médico, uma enfermeira, um técnico e agentes comunitários. Tanto o cirurgião-dentista como outros profissionais são outras formas de financiamento do Ministério da Saúde para compor as Equipes de Atenção Básica Prisional, além do Saúde da Família. No caso, a gente tem equipes com um conjunto de profissionais que entendemos serem capazes de cuidar dessa população.

Então, eu trouxe um exemplo para vocês terem uma ideia. A equipe mais simples é composta por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um



dentista e um técnico de higiene bucal. O Município ou Estado pode optar por uma equipe de saúde mental.

Na sequência, a gente tem as outras equipes. Quanto maior o número de presos, carga horária, a equipe tem uma composição diferenciada e pode agregar novos profissionais. Então, a equipe pode ficar muito robusta. A gente está agora com uma discussão especificamente num conjunto de presídios no País, mostrando que, em quatro equipes que a gente tem, em determinado conjunto penitenciário, temos mais de 50 profissionais atuando nesse conjunto penitenciário. A composição da equipe hoje é bastante relevante para fazer o cuidado.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Laudiovio Carvalho) - O senhor pode citar que unidade é essa?

O SR. DIRCEU DITMAR KLITZKE - É o complexo do Curado, em Pernambuco.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Laudiovio Carvalho) - Complexo do Curado, em Pernambuco. Obrigado.

O SR. DIRCEU DITMAR KLITZKE - Pode passar. Tipo de equipe de Atenção Básica Prisional. Aqui a gente traz os valores, desde a equipe que tem que ter uma carga horária mínima de 6 horas, daquele conjunto de profissionais que eu mostrei no eslaide anterior. Temos financiamento diferenciado que inicia em R\$4.000,00 chegando a R\$6.790,00, e a equipe mais robusta, que é a Equipe de Atenção Básica Prisional III, para unidades maiores, com essa cobertura de 501 a 1.200 pessoas, com uma carga horária mínima de 30 horas, chegando a 42 mil reais.

Os nossos estudos preliminares mostram que, para o financiamento estadual da composição dessa equipe mínima, esses valores, neste momento, são relativamente suficientes para a contratação daquela equipe mínima. Nós, do Ministério da Saúde, optamos por políticas para atendimento à população de rua; para a população ribeirinha, por exemplo — são duas políticas específicas que temos no Ministério além desta. O financiamento federal tem um aporte um pouco maior, mais significativo do que o aporte tradicionalmente feito nas equipes de Saúde da Família.

Aqui eu trouxe as informações da assistência farmacêutica. A partir da Portaria nº 2.765, de dezembro de 2014, a gente agora tem a descentralização dos



recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais. O valor repassado corresponde a R\$17,63 por pessoa privada de liberdade. E temos uma entrega adicional de *kits* de medicamentos, agora em 2015, sendo efetuada.

Aqui, para vocês terem uma ideia, o que eu estava falando em relação ao aumento do financiamento. Evidentemente, a gente precisa aumentar a cobertura de equipes e fazer uma discussão tripartite sobre o arranjo da equipe, o modo de financiamento e a gestão desse processo.

Mas a gente quer ressaltar a decisão importante do Ministério da Saúde em aumentar os repasses. A previsão para 2015 é de 48 milhões e 500 mil reais, que é — vou mostrar para vocês nos próximos slides — para se chegar a mais de 300 equipes financiadas em 2015. Então, há um aporte significativo de valores.

Aquela queda que a gente tem em 2010, 2011 foi referente — a Rita já falou, na apresentação anterior — a que houve um processo de auditoria, de dificuldades, naquele momento em que vários Estados e Municípios não apresentaram os relatórios necessários. Então, houve uma queda, ali, do financiamento, decorrente da não implantação e não comprovação de determinados documentos necessários, por isso essa diferença.

Aqui há uma questão também importante que é o número de equipes. O Marden ressaltou isso muito bem na apresentação dele.

A política é de janeiro de 2014. Toda e qualquer política pública tem um tempo de maturação, de implantação e de negociação com os Estados e Municípios. Então, ela começa, efetivamente, ao longo de 2014, a ser implantada, e a gente chega, agora, a junho de 2015.

Este número, 107, é menor do que aquele número que apresentei, porque há uma diferença, às vezes mensal, que acontece na implantação, decorrente de algumas equipes que não estão com as suas informações completas no nosso sistema de informação, ou não alimentaram os dados corretamente. Então, há, às vezes, cortes temporários, para o que as equipes solicitam o retroativo.

Mas o que é importante é que, hoje, eu tenho 298 equipes sendo financiadas. Claro que as equipes do plano, ao longo do tempo, pela transição — atos se transformaram em política —, evidentemente, vão diminuir de número, porque elas podem e devem fazer uma transição, até o final do ano que vem, para a política.



Quando eu falar em transição, trata-se do financiamento, composição de equipe e arranjo do trabalho.

Aqui está um pouco do perfil de atendimento, que também é conhecido por vocês, mas eu reforço as questões mais prevalentes, as doenças mais prevalentes, que têm uma prevalência diferente, mais aguda — e nós e todo o conjunto do Governo deveríamos pensar que política intersetorial se precisa para lidar com esse problema. Elas são: tuberculose, HIV/AIDS, hepatite, sífilis, dermatites e hipertensão. Esses são os principais agravos, hoje, na população carcerária.

Aqui a gente traz alguns números, que são informações encaminhadas pelos Estados. Ressaltamos que esses são dados que, naturalmente, como em quase todo sistema de informação, se aproximam da realidade. Então, eles têm diferenças com outras informações que a gente tem, mas foram especificamente passados pelos Estados. Eles demonstram um pouco o que eu já trouxe no eslaide anterior, mas ressaltam que os principais agravos, nesse período de 2007 a 2014, foram: tuberculose, dengue, AIDS, hepatites virais, sífilis, atendimento antirrábico, hanseníase, etc. Estou trazendo aqui as informações mais detalhadas.

Isso aqui é útil. No nosso entendimento, com a leitura que a gente faz, hoje, do momento político e técnico de financiamento da política, a gente entende que estas seis questões são prioritárias para abrir o debate, para aprimorarmos a política nacional: aumentar, sim, a cobertura assistencial, pois a cobertura, hoje, aproxima-se de 29%, 30%, 31%, então, a gente precisa aumentar a cobertura; qualificar as intervenções intersetoriais. É muito importante haver uma convergência de agenda entre os Ministérios, entre os vários órgãos e os movimentos sociais, enfim, em que se defina uma agenda comum de trabalho. Informatizar os serviços — nós, hoje, temos um novo sistema de informação da Atenção Básica, estratégia e-SUS AB, que facilita o monitoramento e ajuda a organizar o cuidado no cotidiano. Essa é a ideia dessa nova ferramenta. Então, ela fornece capacidade de monitorar e avaliar de forma permanente, mas muito na perspectiva de já organizar o processo de cuidado. Precisamos, sim, ofertar processo de educação permanente e continuada para todas as equipes do sistema prisional, e acho que essa é uma meta compartilhada por todos os gestores; qualificar a gestão das equipes, pensando como é que a gente organiza melhor processos de gestão, esse processo de forma



tripartite e intersetorial; e, por fim, aprimorar a infraestrutura para atendimento em saúde.

Então, nessa parte do Ministério da Saúde, era isso que nós tínhamos para esta Comissão.

Agradeço a participação. Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Laudivio Carvalho) - Queremos agradecer ao Sr. Dirceu Ditmar Klitzke, representante do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

Eu vou transferir a Presidência desta CPI para a Deputada Carmen Zanotto, primeiro porque a Ordem do Dia no plenário principal da Casa acaba de ser aberta, segundo porque nós estamos transmitindo pela Internet e toda a CPI é gravada. Então, estou fazendo aqui o registro oficial.

A Deputada Carmen Zanotto assume a Presidência a partir de agora, porque, além de Sub-Relatora, ela foi autora deste requerimento.

Bom trabalho. Muito obrigado aos senhores.

A SRA. PRESIDENTA (Deputada Carmen Zanotto) - Obrigada.

Eu tenho a honra de presidir esta reunião. Convido o nosso Secretário-Adjunto de Estado de Justiça e Cidadania de Santa Catarina, Sr. Leandro Soares de Lima, e o Sr. Rafael Fachini, que é o nosso gerente, para acompanhar o Secretário e também para a sua exposição, por até 20 minutos.

Se, porventura, tivermos votação nominal, nós daremos uma parada, eu corro ao plenário e retorno. É fundamental que possamos, Deputado Edmilson, Deputada Erika Kokay, que estão aqui conosco, concluir o relatório com esses dados do setor da saúde, que estão sendo apresentados pelo Ministério da Justiça, pelo Ministério da Saúde, pelos executores das políticas nos Estados, pela apresentação do CONASS, pela apresentação do CONASEMS, porque é no Município que as coisas acontecem. Ressalto também esse elo com a Secretaria de Justiça, que aplica na prática, junto com os Secretários Municipais, as políticas públicas na área da saúde em cada um dos Estados.

Então, desde já, agradeço ao Leandro, nosso Secretário-Adjunto e, em nome dele, a toda a equipe que nos acolheu na última sexta-feira e no sábado. Eu e o Daniel, nosso Consultor desta CPI, estivemos no Estado de Santa Catarina visitando



várias unidades, junto com o Deputado Edmilson. Depois a gente vai falar um pouco mais sobre isso.

Então, por favor, com a palavra o Sr. Secretário.

O SR. LEANDRO ANTÔNIO SOARES DE LIMA - Boa tarde a todos. Boa tarde, Deputada, Deputado Edmilson, que nos visitou no último final de semana, demais Deputados que estão na Casa, assessores, pessoas que nos assistem.

Em primeiro lugar, nós combinamos assim a apresentação: eu vou fazer uma breve apresentação da estrutura orgânica do sistema prisional em Santa Catarina, apontando para a questão da saúde no sistema. Então, o Rafael Fachini, que é gerente do Presídio Regional de Itajaí e Coordenador do Grupo Condutor da Política de Atenção Integral à Saúde do Preso no Sistema Prisional em Santa Catarina, vai detalhar, em termos estatísticos e conceituais, em que estágio nós estamos na política hoje.

Quero aproveitar para dizer que, se qualquer um dos Srs. Deputados me questionasse hoje se o sistema prisional está falido, eu diria que não, e também digo que há solução. Nós ainda não chegamos lá, mas descobrimos parte do caminho. Também não acredito que a solução seja a terceirização. Eu acredito em um meio termo e acredito em unidades 100% públicas.

Peço licença para fazer a apresentação em pé, por favor.

(Segue-se exibição de imagens.)

Essa é uma breve apresentação inicial do sistema, que mostra, em linhas gerais, o que o sistema prisional hoje produz. Nós temos 27% de presos provisórios no sistema prisional. Ontem, o programa causou muito furor. Nós vimos alguns Estados com até 85% de presos provisórios. Isso é uma calamidade. No nosso Estado, ainda temos bastante, mas são 27% dos presos.

São 12.100 vagas construídas até agora. Há uma diferença, um déficit nominal e um déficit real. Todos os que vêm apresentar alguns dados — a gente acompanha, às vezes, pela *TV Câmara*, e eu também participei de uma apresentação no Senado — apresentam os números totais, mas esquecem de dizer que o preso do regime aberto não está recolhido na unidade prisional. Ele é de responsabilidade ainda do Estado, entretanto, ele cumpre a sua pena se apresentando ao fórum. Ele não está mais recolhido na unidade prisional, mas



muitas vezes é contabilizado erroneamente. Não sei, nós fazemos questão de deixar bem claro que se fôssemos contar o preso do regime aberto teríamos aquele déficit de vagas nominal de 6.300, mas como eles realmente não usam o sistema, eles se apresentam de semana em semana em uma ou duas unidades prisionais, as demais são em fóruns, o déficit real hoje é 4.500 vagas.

Temos 48 unidades prisionais no Estado. Aí nós temos um infográfico do sistema prisional — para os Deputados que compõem a Mesa e estão presentes entregamos uma versão impressa. Ele é editado uma vez por ano. Esses são os dados de 2014. Hoje, atualizando, chegamos a um pouco mais de 18.300 presos, nessa proporção de presos do regime aberto, provisório, fechado e semiaberto, e temos alguns destaques em especial, que vamos fazer a seguir.

Nós temos 1.500 presos estudando. São 9,2% dos presos do Estado, acima da média brasileira que é de 8,7%. Aí temos um dado importante: voluntariamente, os presos que estudam se inscreveram no ENEM de 2012 até 2014, ou seja, alguns, mais de uma vez, concluíram o ensino médio e procuraram a prova do ENEM, porque têm uma outra visão. Não é só o sistema prisional que precisa ver o preso de forma diferente; o preso precisa se enxergar de forma diferente. E quando ele voluntariamente procura uma outra alternativa de vida ou de perspectiva, essa é uma demonstração bastante clara de que é possível.

O ENCCEJA é a versão do ENEM para o ensino fundamental, da mesma forma, um aumento gigantesco de 2011 para 2014 de presos que procuraram aprovação nesse exame.

PROCAP e PRONATEC, nós tivemos mais de 1.300 reeducandos formados desde 2013. No campo da organização do sistema prisional, para quem sabe utilizar bem essa ferramenta, nós não perdemos nenhum curso até agora. Inclusive, quero até registrar que houve uma diminuição dos cursos de 2014 para 2015. Nós tínhamos muito mais aprovados. É fundamental um divisor de águas, porque além da política laboral que é bastante expressiva em Santa Catarina, a questão da certificação da capacitação profissional é fundamental.

O aumento da população carcerária tem diminuído, já foi de 35 presos por semana e hoje está diminuindo a 10 presos por semana. Nós acreditamos que Santa Catarina vai ficar, em 2015, na mesma proporção que em 2014, em torno de



1% de crescimento da população carcerária. Depois, em seguida, a gente vai explicar o porquê.

A Central de Penas e Medidas Alternativas se constitui numa ferramenta extremamente útil, não é um discurso nem um projeto, é um fato criado e executado pela Secretaria de Justiça e Cidadania de Santa Catarina, que já realizou 33.000 atendimentos e que hoje tem 6.800 processos em atendimento. Com certeza, a alguns daqueles casos que passaram no programa ontem à noite da carne etc., etc., cabe perfeitamente uma medida alternativa, que é educativo. Ninguém defende que as pessoas não sejam punidas pelo que elas erram, mas sejam punidas de diversas formas. O encarceramento não é a melhor nem a única forma de punir as pessoas.

Vemos a ACADEJUC — aí uma estratégia importante — Academia de Justiça e Cidadania, aquilo que na maioria dos Estados se chama de ESPEN — Escola Penitenciária. Nós oferecemos cursos desde a formação básica e introdução de informação do Sistema IPEN, que é o nosso sistema de informações penais, até pós-graduação em gestão penitenciária. E estamos num projeto bastante avançado com uma fundação estadual chamada Fundação ENA, que pretende lançar o Mestrado em Gestão Penitenciária, e, se não fossem os cortes orçamentários, eu poderia garantir que seria em 2015, mas talvez no primeiro semestre de 2016.

Informo que todas as unidades prisionais do Estado de Santa Catarina são geridas por entes técnicos, quarenta e oito delas geridas por agentes penitenciários, e somente uma com um policial militar, que trabalha conosco há bastante tempo, tem uma *expertise* bastante grande na área do sistema prisional. Ou seja, não há nenhuma interferência política, partidária, e não quero falar mal de político, nem de partidário na Câmara dos Deputados. Mas quero dizer que, para a função de gestor de unidade prisional, a gente precisa de um técnico que entenda lá na ponta, e não alguém que perdeu a eleição para a Câmara de Vereadores mais próxima. Então, isso é fundamental que se diga, sem nenhuma vergonha nem receio de se falar isso na Câmara dos Deputados. É extremamente importante que isso se tornasse lei, que pudesse ser lei: que um gestor de unidade prisional fosse um técnico formado em nível superior, preferencialmente, como a LEP diz, em algumas áreas específicas de formação acadêmica.



Nós tivemos uma redução do número de fugas de 2011 para 2014, ainda é bastante alto, concordo que seja bastante alto. Mas elas teriam sido um pouco menos acentuadas não fosse a saída de toda a polícia militar do sistema prisional. Isso é um fato positivo, sob o ponto de vista de institucionalização das ações. Entretanto, esse policial militar que saiu, de imediato ele não foi substituído por um agente penitenciário. Então, nós tivemos um vácuo, o que permitiu que as fugas não diminuíssem na proporção que nós gostaríamos. Mas, em 2015, elas vão chegar a um nível bastante inferior a 2014, quando nós tivemos o primeiro baque da saída de toda a política militar. A evasão é outro dado extremamente importante, porque ele é voluntário. É aquele preso que sai pela porta da frente, com autorização judicial, para visitar sua família — todo preso tem direito a fazer isso cinco vezes por ano, por até 7 dias —, e ele sai pela porta da frente, e volta pela porta da frente. Nós temos a menor taxa do País, em função de que esses são presos do regime semiaberto. Quando nós instituímos a política laboral no Estado, em 2011, o foco inicial e total foi o preso semiaberto, porque é aquele primeiro que vai voltar para sua família, para a sociedade, que precisava ter acesso à política laboral, depois política educacional. Dessa forma, foi um acerto que se traduziu na diminuição da evasão, de forma cientificamente comprovada.

Gestão técnica. Como eu disse, todas as unidades prisionais do Estado são geridas por agentes penitenciários. Nós temos cursos desde ordem operacional, como esse, que foi uma grande operação realizada numa determinada época específica do sistema prisional. No sistema prisional nem tudo são flores, mas também nem tudo são balas de borracha — tem um meio-termo entre as duas coisas.

Aí, praticamente as mesmas pessoas que estavam na outra foto estão participando de cursos voltados à gestão prisional.

Pode passar algumas fotos. Aí tem mais algumas fotos de qualificação do pessoal para cursos de escolta, muralha.

Da mesma forma, essa é uma unidade prisional também.

Aí algumas outras fotos de treinamento, em Curitiba.

Aí algumas fotos de sala de aula.



Aí vem a questão da ressocialização através da educação e qualificação profissional.

Nessas fotos — desculpe, houve um erro de legenda — são presos se preparando, fazendo a prova do ENEM. Eles estão todos separados. A gente tem que espalhar presos em vários lugares, não só mais nas salas de aulas, porque são muitas pessoas no mesmo horário, no mesmo dia. Então, nós tivemos uma quantidade bastante grande de presos acessando o ENEM, como eu relatei no infográfico, e está prestada a informação para os Srs. Deputados.

Qualificação profissional, formaturas. Isso se tornou um fato corriqueiro. Nós tivemos mais de 3 mil presos formados em Santa Catarina, e em todos os casos nós fizemos formatura, convidando o juiz local, o diretor da unidade, o diretor do departamento para deixar aquilo como um fato marcado. Em alguns casos, quando a gente conseguiu autorização judicial, a maioria foi possível, familiares, no dia da visita, participaram das formaturas, o que gerou alguns fatos extremamente ressignificadores dentro do ambiente prisional, como tudo que uma formatura tem, com diploma, com família emocionada, com tudo acontecendo. Então, é fundamental manter a crença de que é possível.

Aí mais algumas fotos. Nessa foto não aparecem as autoridades. Vemos os presos que estão se formando. Mas na mesa nós temos alguns juízes que estavam fazendo inspeção do CNJ, entre eles o Paulo Sorsi, que é um juiz de execução penal, de São Paulo.

Aí são fotos de várias unidades prisionais do Estado. Hoje, dos aproximadamente 15 mil 500 presos recolhidos, 9 mil deles trabalham, cerca de 57% dos presos recolhidos, por meio de 230 empresas à época conveniadas. Depois dessa apresentação para cá, nós tivemos aproximadamente 40 convênios já aprovados. Se não me engano, tem 277 empresas que trabalham dentro do sistema prisional. E essas empresas se baseiam na antiga cartilha, que tinha em 2011, depois eu não vi mais, mas aquela cartilha continua sendo reproduzida no Estado, que era uma cartilha do Começar de Novo, que era um programa do CNJ. A partir dela, a gente estipulou, tabulou o convênio, e passou a utilizá-lo no Estado como modelo.



Aí são várias fotos de empresas em unidades prisionais, são oficinas bastante grandes, funcionando nas mais diversas áreas.

Quero explicar só esse mapinha, pois eu vi que o tempo está terminando. A estratégia de trabalho e educação, articulado com capacitação profissional é uma política de ressocialização, é claro, ela já tem apresentando resultados. Nosso Estado mantém-se prendendo, há uma política de encarceramento claramente estabelecida, mas nós saíamos de 15% para 1% de crescimento da população carcerária em 4 anos. Ou seja, de alguma maneira a política de atenção laboral está resultando na diminuição do maior mal de qualquer sistema prisional que é a reincidência criminal.

Aí tem um mapa, que também está disponível. Sobraram algumas pastinhas, e a gente pode disponibilizar para quem quiser. Nós trouxemos inicialmente para os Deputados e para quem tiver interesse. Temos um programa de construção de unidades prisionais. Não basta ter um belo discurso, ter um sonho, ter esperança, ter uma gestão técnica, se a gente não tiver infraestrutura. Então, nós construímos 2.778 vagas, temos mais 2.529 em construção, para este ano. Então, aquele déficit de 4.500 vagas cai para mais da metade ainda em 2015. E nós pretendemos zerar todas as vagas em 2016. E temos mais 4.242 unidades em parceria, sendo construídas, planejadas para os próximos anos.

Quais são as nossas projeções? Zerar o déficit de vagas; organização das unidades prisionais por regime; construção de uma unidade de segurança máxima no Estado, com provavelmente ala de regime disciplinar diferenciado; extinguir as unidades mistas, ou seja, são todas masculinas ou femininas. Na metade do Estado, a partir deste ano, da BR-116 — região da Deputada Carmen Zanotto — em direção a oeste do Estado, nós já não teremos mais presos condenados em presídios. Nós já não temos presos em delegacia, nenhum preso em delegacia em Santa Catarina. E a partir de 2016, já não teremos mais presídios mistos: ou só masculinos ou só femininos. Investimento na Academia de Justiça e Cidadania, que hoje também é dirigida por um agente penitenciário. Capacitação do servidor com foco na humanização e no respeito, foco na pessoa presa, na política laboral e educacional; estímulo do trabalho integrado à pessoa presa na contribuição, através da remuneração à dinâmica familiar, além do aprendizado de um ofício voltado à



realidade regional, facilitando o reingresso no mercado de trabalho. E passa a ter aí a família como grande aliado, para que ela não se envolva mais com o crime. Porque hoje a gente já tem uma tendência bastante concreta no Estado de que as famílias não levam mais sacola para visitar os presos, mas sim passam no setor de pecúlio e pegam um cheque para colaborar no sustento da família. Isso era incipiente em 2011, foi uma tendência em 2013 e hoje já é um fato concreto científico, em 2015.

Fundos rotativos com retorno de parte do dinheiro proveniente do trabalho da pessoa presa para a própria unidade prisional, ressarcindo o Estado com parte do valor gasto com sua manutenção na prisão.

Nós já mandamos esses documentos para o Daniel, para a Deputada e para o Deputado Edmilson. Trata-se da criação de um fundo rotativo, como nós temos no Estado. As unidades prisionais cada qual tem o seu próprio fundo rotativo, que fica com 25% da renda que produz na unidade.

Criação do grupo condutor do PNAISP. Foi explicado aqui claramente. Logo em seguida o Rafael vai explicar. Trata-se da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde no Sistema Prisional, uma portaria conjunta entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Justiça.

Criação de uma diretoria de inteligência, com uma central de inteligência em núcleos em cada unidade prisional. A segunda maior rede de inteligência do Brasil é em Santa Catarina. Do sistema prisional, não estou falando das outras áreas.

Criação da Comissão de Atenção aos Direitos da Mulher Presa e Egressa, no Estado de Santa Catarina, com base na Política Nacional de Atenção à Mulher Presa, no âmbito do DEPEN.

Construção de presídios exclusivamente femininos, erradicando, no Estado de Santa Catarina, até o ano de 2017, os presídios mistos, focando na humanização da execução da pena da mulher presa, respeitando as especificações da mulher e valorização da sua independência econômica.

Sistema i-Pen.

A SRA. PRESIDENTA (Deputada Carmen Zanotto) - Mais alguns segundos para o senhor concluir, por favor.

O SR. LEANDRO ANTÔNIO SOARES DE LIMA - Era a última.



Meu nome é Leandro Lima, sou pedagogo e agente penitenciário há 27 anos. Acredito no sistema prisional. Acho que ele não está falido, tem solução. Basta que haja uma congregação de esforços e não de interesses, e a gente consegue chegar lá.

Muito obrigado.

A SRA. PRESIDENTA (Deputada Carmen Zanotto) - Obrigada.

Eu passo de imediato a palavra para o Sr. Rafael, que não vai precisar de mais do que 7 a 10 minutos e vai falar mais especificamente sobre o setor de saúde.

O SR. RAFAEL FACHINI - Primeiramente, boa tarde a todos, boa tarde Deputada, que preside a Mesa neste momento.

Vou ficar de pé também e falar rapidamente sobre a questão da política nacional de saúde no sistema prisional, em Santa Catarina. Também foi foco e foi discutido na visita dos senhores representantes da Comissão, em Santa Catarina.

A partir da política nacional, é claro que antes já existiam alguns processos iniciados, desde 2003, 2011, algumas tentativas de se estabelecer com efetividade o atendimento à saúde dentro do sistema prisional, em Santa Catarina. Mas as próprias questões da legislação no momento não facilitavam essa pactuação com Municípios, o encaminhamento de verbas. E tudo isso, com a política, a partir de 2014, passou a ser resolvido com mais praticidade.

Na prática, em Santa Catarina, nós não temos tido problemas na implantação da política, salvo pela resistência de alguns Municípios, e a gente vai fazer esse comentário em breve.

Logo que a política foi editada, fizemos um contato entre a Secretaria de Justiça e a Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina, criamos o Grupo Condutor, conforme prevê a própria portaria.

Esse Grupo Condutor é formado por servidores técnicos, então, da área de Justiça e cidadania, do sistema penitenciário e da saúde. Nesse momento, nós fizemos os primeiros contatos com o corpo técnico do Ministério da Saúde, do Ministério da Justiça e DEPEN. Inclusive, já nos sentimos em casa, porque conversamos bastante, tirando sempre as dúvidas e fazendo os contatos. E nós criamos um primeiro encontro, dentro do Estado de Santa Catarina, ainda no primeiro semestre de 2014, logo depois da edição da portaria, que foi um seminário



estadual com os gestores de saúde dos Municípios e também os gestores do sistema prisional e as pessoas responsáveis pelos setores de saúde do sistema prisional, em todo o Estado de Santa Catarina.

Nessas oportunidades, nós convidamos os Consultores do Ministério da Saúde, do Ministério da Justiça, do DEPEN — Departamento Penitenciário Nacional e fizemos uma mesa-redonda, colocando as dificuldades, o que era a política, criando esse primeiro entendimento, para fazer, junto com os servidores do sistema penitenciário e com os gestores dos Municípios, a apresentação da política e traçar os planos iniciais do grupo condutor. Ele daria, então, as tratativas em cada situação, dentro de cada localidade, para nós fazermos a implantação e a adesão dos Municípios à política e conseguirmos alavancar o atendimento de saúde na atenção básica, dentro do sistema prisional, em Santa Catarina.

Nós tivemos, então, o primeiro encontro em que nós nos conhecemos e apresentamos a política. E, num segundo encontro, nós já discutimos algumas dificuldades que vinham surgindo junto com os Municípios. Nós também começamos a tecer o nosso plano estadual, que, logo em seguida, já foi encaminhado para o Ministério, e já foram dadas as tratativas. Hoje nós já estamos numa terceira etapa da nossa ação, junto ao plano estadual, junto ao grupo condutor, que é o acompanhamento das unidades já implantadas, a continuidade das tratativas com aqueles que ainda têm alguma dificuldade para implantar e o convencimento com os Municípios que ainda não aderiram à política nacional.

Nós contabilizamos, naquele plano inicial, 37 Municípios que possuíam unidades prisionais. Há Municípios que têm mais de uma unidade prisional. Então, o nosso foco inicial era de 37 Municípios.

Na primeira reunião, foi debatida com a Secretaria de Estado da Saúde e a Secretaria de Estado da Justiça a deliberação de uma contrapartida do Estado de Santa Catarina, através da Secretaria de Estado de Saúde, para os Municípios que aderissem à política. Então, nós tivemos uma deliberação da CIB — Comissão Intergestores Bipartite, ainda em 2014, aprovando um valor correspondente na época: um mínimo de 20% a mais para cada Município que aderisse à política, para cada tipo de unidade de saúde que fosse implantada, para cada tipo de equipe.



Além do valor de fundo a fundo do Governo Federal, nós incrementamos com 20%, no mínimo, de valor com fundos da Secretaria de Estado da Saúde.

Então, dos 37 Municípios, 24 já, inicialmente, aderiram à política, e nós iniciamos as tratativas com um grupo condutor e com o Ministério para fazer a implantação da política. Seis desses Municípios já estão habilitados e já estão recebendo, e nós estamos fazendo as adequações dos espaços para as unidades de saúde dentro dessas unidades prisionais. Quatorze Municípios realizaram a adesão, mas ainda não estão recebendo por questões técnicas, que estão sendo organizadas, principalmente no que diz respeito ao cadastramento dos profissionais de saúde. E nós temos os outros Municípios que ainda estão resolvendo a questão técnica de organização de documentação, de aprovação dentro das câmaras internas para poder deliberar pela adesão à política nacional.

Então, em relação às estruturas, a própria pactuação prevê que o Estado de Santa Catarina, através da Secretaria de Justiça, é responsável por produzir, construir as unidades básicas de saúde e equipá-las para que esses profissionais que vão ser contratados pelo Município, fazendo parte da política, possam atender com qualidade e segurança.

Em Santa Catarina, em virtude de já haver uma gestão técnica e grande parte dos gestores serem agentes penitenciários de carreira, nós não tivemos problema de ingresso desses profissionais da rede de atenção básica no sistema prisional. Não havia resistência por parte da segurança prisional em relação ao recebimento dos profissionais de saúde. Nós tivemos conversas com outros Municípios de outros Estados e percebemos que havia essa situação que dificultava até o acesso dos profissionais, que alguns acabavam desistindo da política, alguns Municípios deixavam de participar da política.

Dentro do plano de ação, nós iniciamos com o planejamento de, até 2019, alcançar os 24 Municípios com efetividade, as equipes já em unidades dentro do sistema prisional trabalhando e as equipes formadas. Nós temos até o final de 2015, então, 11 unidades básicas de saúde, dentro dos moldes estabelecidos pela Resolução da Diretoria Colegiada — RDC nº 50, prontas e já com as equipes habilitadas para prestar assistência à saúde.



Rapidamente, isso aqui são fotos de unidades que já estão compostas, em funcionamento. A Deputada e a equipe da CPI puderam estar presentes lá, visualizando, *in loco*, a nossa estrutura física de funcionamento.

Essas informações, Deputada, constam no relatório, foram encaminhadas e podem ser verificadas depois.

Só para uma conclusão rápida. Então, a maior dificuldade que temos encontrado, como grupo condutor, é justamente o fato de que os Municípios colocam a situação dos repasses, algumas dificuldades de repasse e de programas do Governo Federal, alguns deles por questões técnicas, outras por problemas até mesmo das políticas. Eles colocam essa dificuldade e têm uma resistência em fazer a implantação e em aderir à polícia nacional de saúde no sistema prisional.

A falta de atualização nos valores relacionados a outras políticas públicas de saúde. Alguns Municípios falam sobre a dificuldade de contratação de profissionais, principalmente profissionais médicos, Municípios que ficam mais distantes das capitais. E também a dificuldade no convencimento de alguns profissionais para trabalharem dentro do sistema prisional, o que já foi uma dificuldade inicial, mas já foi superada com a colaboração do pessoal do Ministério da Saúde, do DEPEN e da Secretaria Estadual de Saúde.

Rapidamente, era isso.

Essas informações já foram prestadas e estão à disposição de todos.

Obrigado.

A SRA. PRESIDENTA (Deputada Carmen Zanotto) - Obrigada, Rafael.

Eu preciso fazer um acordo com os nossos expositores. Todos podem vir ocupar lugar à mesa. Eu vou rapidamente ao plenário para votar, porque há uma votação nominal. Como nós temos questionamentos e estamos na reta final para a elaboração do relatório, é muito importante que troquemos informações entre os expositores e os Deputados e as Deputadas que se retiraram para votar. Eles deverão retornar para nos ajudar — inclusive com a assessoria dos nossos consultores — a aprimorar o relatório que está previamente elaborado. Por isso, precisamos dos dados dos senhores. E o debate é importante para isso.

Enquanto eu vou ao plenário, peço, por favor, cafezinho e água para os nossos expositores. Demorarei menos de 3 minutos.



Está suspensa a reunião, por 5 minutos.

(A reunião é suspensa.)

A SRA. PRESIDENTA (Deputada Carmen Zanotto) - Declaro reabertos os trabalhos desta audiência pública.

O processo de votação que nós tínhamos no plenário era com relação ao requerimento de votação dos destaques em globo. Não é a matéria propriamente da reforma política dos itens que fazem parte do processo de votação da alteração da Constituição. Então, precisamos dar andamento aqui para depois podermos deliberar as matérias no plenário.

Convido para compor a Mesa todos os nossos expositores — a Rita, Secretária-Executiva do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde — CONASS e representante do João Gabardo, Secretário da Saúde do Rio Grande do Sul e Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde; o Marden, Coordenador de Apoio à Assistência Jurídica, Social e à Saúde do Ministério da Justiça; o Rodrigo, Assessor Técnico do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde — CONASEMS, e o Dirceu, membro do Departamento-Geral de Gestão de Atenção Básica do Ministério da Saúde —, a fim de que possamos fazer as considerações e avaliações.

Nós vamos aguardar um pouquinho, porque o Dirceu está dando uma entrevista. *(Pausa.)*

Enquanto o Dirceu conclui a entrevista, mais uma vez, como Sub-Relatora desta CPI, que está responsável pelo setor saúde e pela situação das mulheres encarceradas, quero agradecer ao Sr. Leandro Lima, Secretário-Adjunto da Secretaria de Estado da Justiça e Cidadania de Santa Catarina, e, por intermédio dele, todos os secretários que acolheram os membros desta CPI nos seus Estados, todos os técnicos, todos os agentes prisionais, todos aqueles que fazem o dia a dia no sistema carcerário.

Eu quero, em nome de duas mulheres, da Daniele, que é do meu Estado, e da Carmem, que é Diretora do Sistema Penitenciário do Pará, cumprimentar todas as mulheres que fazem a diferença.

Fui autora tanto desta audiência pública como da visita ao presídio do Pará, em função das informações, Deputada Erika, que tínhamos da grave situação que



se está vivendo lá, em especial no sistema prisional feminino. Para surpresa dos Parlamentares e dos consultores que nos acompanhavam, a situação do presídio feminino do Estado do Pará é outra hoje. É claro que tem mais para avançar, mas o cuidado e o zelo... Eu disse lá, Secretário, muito parecido com a sua equipe, que quando alguém cuida do jardim, cuida do último espaço. Então, lá também percebemos o cuidado especial — Deputada Erika, V.Exa. tem também essa preocupação — com o acolhimento das gestantes presidiárias, a partir dos 6 meses, num espaço diferenciado. Lá elas ficam com os bebês por 12 meses. Em Santa Catarina, fizeram-me essa pergunta, e nós vamos indicar, no relatório, o prazo ideal para que uma criança fique com a mãe. Quando retornei, recebi, da nossa Frente Parlamentar da Primeira Infância, a resposta de que, no mínimo, deveriam ser 8 meses, conforme estudos realizados. Então, estamos indicando de 8 a 12 meses a permanência dos filhos com as presidiárias para que o vínculo mãe e filho possa ser fortalecido e essa criança não tenha a sensação de abandono, que ela saiba que a mãe vai retornar.

No início desta CPI nós tínhamos a sensação de que não teria jeito, mas pudemos ver que a política do sistema carcerário tem avançado muito. Eu relato isso, porque vivenciei a portaria de 2003. Rita, você sabe disso, porque já estava no Conselho Nacional dos Secretários de Saúde do Estado, e eu era Secretária-Adjunta de Santa Catarina. Tínhamos dificuldade de comunicação e entendimento de que essa política não era de responsabilidade de um único ente do Estado, mas sim da saúde, e não poderia ser feita a implementação da política no sistema carcerário de saúde sem a participação efetiva da Secretaria. Naquele momento não era a Secretaria de Justiça e Cidadania; era Secretaria de Segurança Pública e Defesa do Cidadão. Nós não conseguimos fazer esse *link*. As unidades prisionais não tinham os espaços de saúde, como pudemos avaliar na última semana.

Então, de certeza absoluta, de 2003 para cá — não só em Santa Catarina, mas acredito que no Pará, que já tem a sua unidade de saúde no complexo feminino —, vários Estados brasileiros estão implementando as políticas públicas. O diálogo construído de lá para cá, com as portarias de 2003 e de 2014, vem fortalecendo isso.



Preocupada com a implementação dessa política, tenho alguns questionamentos e um deles é com relação ao financiamento.

É histórico o subfinanciamento no setor saúde. Essa passou a ser mais uma responsabilidade dos gestores, em especial do gestor municipal, que é quem contrata a equipe de saúde para atender no sistema prisional. O que ouvimos muito no meu Estado e nos outros Estados é, em especial, a dificuldade de manter a equipe de profissionais cumprindo a carga horária no sistema prisional, conforme está previsto pela portaria de 2014, uma vez que os vencimentos, o recurso recebido, já são melhores do que em 2013.

No entanto, há a dificuldade de manter, por exemplo, o profissional médico, porque, pela portaria, dentro do conjunto dos profissionais que o Município teria que contratar, o vencimento dele, para 30 horas trabalhadas, não passa de 4 mil, 5 mil reais. Esse mesmo profissional tem a possibilidade de trabalhar na rede hospitalar, com gratificação, chegando a 10 mil, 12 mil reais. Se observarmos, nenhum profissional da equipe de Saúde da Família ganha menos de 10 mil reais. Então, a manutenção dessa equipe no sistema prisional, que já é um serviço diferenciado — digo isso na condição de enfermeira, gestora municipal e gestora estadual da saúde —, é muito mais complexo do que o dia a dia de uma unidade básica de saúde, mais complexo do que uma porta de emergência de uma unidade hospitalar em função da sua especificidade.

Então, o que nós percebemos, e a preocupação que eu tenho como Relatora, é que não podemos ficar com equipamentos construídos, ou seja, prédios adaptados, dentro das normas da vigilância sanitária, como exigem as portarias; não podemos ficar com equipamentos instalados sem a segurança e a garantia dos profissionais. Por onde nós passamos, o que estava mais completo — não é, Secretário Leandro? — era o do Município de Lages, que é uma cogestão. O Estado cuida de uma parte, uma empresa terceirizada cuida da outra. No contrato com a empresa terceirizada há a exigência da equipe, cuja remuneração não é feita pelo meu Município. Digo isto porque sou do Município de Lages. Quem está pagando essa equipe não é a Secretaria Municipal de Saúde, e sim a empresa, conforme contrato com o Estado. E isso me preocupa muito.



Como vamos enfrentar isso, qual seria a recomendação dos senhores para que possamos fortalecer o relatório nesse sentido? A partir do credenciamento das equipes, qual é o prazo mínimo suportável para o Município — essa a minha pergunta —, para a representação dos Secretários Municipais e do Estado?

Se se contratar a equipe, cadastrar e não receber num curto prazo de tempo, o que acontece na prática? O Município cancela aquele contrato, porque não suporta ficar pagando.

Nós sabemos que alguns credenciamentos de equipes após o cadastramento são lentos. Estou trazendo aqui a minha experiência de gestora.

Como poderíamos atuar, qual seria o prazo máximo que o Ministério da Saúde teria a partir do credenciamento, dentro das normas da portaria, para o pagamento?

Outra preocupação que tenho e vai fazer parte do relatório — aí eu preciso saber do nosso representante do Ministério, do Dirceu — é a seguinte: pela aplicação e o acompanhamento da execução orçamentária de 2014, de 48 bilhões e 500 milhões de reais empenhados e pagos — isso pelo relatório da nossa Casa... Por isso eu preciso saber se vocês pagaram por outras fontes sem ser a fonte específica do sistema, que é serviços de atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade, no sistema prisional. Repito, 48 bilhões e 500 milhões de reais foram empenhados. Foram pagos 7 bilhões e 638 milhões, em 2014.

A sua apresentação mostra, se eu não estou enganada, 14 ou 19. Então os dados não batem. Eu gostaria de saber se outros itens orçamentários do Fundo Nacional de Saúde foram utilizados para fechar aqueles dados que o senhor nos apresentou. Isso é importante, porque eu vou fazer a série histórica da aplicação dos recursos no Orçamento. Nós precisamos trabalhar um pouquinho isso.

A questão do sistema de saúde na visita íntima e na revista íntima. Nós estamos procurando não trabalhar mais com o tema “revista íntima vexatória”. Com o que nós nos deparamos? Alguns Estados, trabalhando com legislações estaduais, estão proibindo a revista íntima vexatória. “Vexatória” nenhum de nós queremos, nem permitimos, nem todos os trabalhadores do sistema. Por outro lado, a revista íntima precisa acontecer. É o que temos ouvido. Como não temos ainda o *scanner* em todos os presídios, utiliza-se um banquinho — para quem não conhece, nunca



fez visita, digo isso porque eu não conhecia, não sabia como era esse banquinho —, um banco plástico que detecta metais. Então, para fazer a visita íntima, os homens, as mulheres e as crianças precisam sentar-se nesse banco.

Esse banco normalmente deve ser higienizado com álcool, conforme as normas, nos presídios onde as visitas não são agendadas. Ontem à noite, vimos mais um exemplo disso. Normalmente vemos familiares em todas as matérias do programa *Profissão Repórter* e do programa *Globo Repórter* e outros. Esses familiares — em sua grande maioria são mulheres — esperam até 24 horas, 12 horas, para fazer a visita.

Como o volume de pessoas é muito grande, normalmente se tem dificuldade de higienizar esse equipamento. Quais seriam as opções? O que pensamos? Pela experiência da enfermagem, o material descartável que existe, como as toucas descartáveis para alguns procedimentos, não a touca cirúrgica, que é um pouco mais espessa, mais resistente... Para o procedimento da revista íntima, também se pensou... Precisamos reconhecer que é muito complicado o procedimento de agachamento nos espelhos. E nós temos crianças, meninas e meninos que passam por isso, os filhos e filhas de detentos. Temos as mulheres que também precisam fazer esse procedimento. Normalmente, ele é feito em sala fechada, com esse banquinho e somente com a agente prisional. Já há todas as recomendações que dizem que, quando é homem, deve ser feito por um homem. Lembro que o agente prisional nunca toca na pessoa que está fazendo a visita, mas a pessoa tem que ficar despida.

Então, gostaria de saber se existe uma forma, uma solução, se o Ministério da Saúde está conversando com a equipe da Vigilância Sanitária, a fim de resolvermos e solucionarmos essa questão. Eu pensei no avental cirúrgico, aquele branco, de tamanho um pouco mais curto, para que se pudesse pelo menos proteger as mulheres, as crianças e os homens que precisam passar pela revista íntima.

Nós estamos tendo o apoio dos defensores públicos estaduais, dos defensores públicos da União e também da Pastoral Carcerária, por meio da qual já estamos vendo alguns exemplos de como poderíamos trabalhar diferentemente esse tipo de procedimento, para que não fosse agressivo e, por outro lado, para que não permitisse a entrada de materiais com as pessoas.



Eu sei que a Vigilância Sanitária tem uma preocupação grande. Nós, Deputado Edmilson, que estivemos visitando carceragens no Pará, vimos os procedimentos da visita íntima que são realizados dentro das celas. Lamentavelmente, em alguns casos — eu preciso registrar, não posso me furtar —, onde há 11 detentas, duas recebem visita íntima e as outras nove têm que permanecer dentro da mesma cela.

No complexo masculino, isso é mais grave ainda. Ficam as companheiras que vão visitar os seus parceiros, os seus esposos, os seus companheiros, com as crianças na mesma cela. Nós estamos avançando para recomendar a proibição de visitas íntimas em espaços coletivos. Há Estados — aí temos que trabalhar com as mais variadas realidades do País — onde efetivamente o espaço é privativo apenas do casal: do homem que está preso e a sua companheira; da mulher que está presa e o seu companheiro. Um espaço totalmente isolado. Eu posso fazer o comparativo porque estive no meu Estado.

Quando vocês fazem as reuniões para implementar essa política, dizem que isso não é saúde. É, gente! É vigilância sanitária! Há as DSTs — Doenças Sexualmente Transmissíveis tanto se o banco não for bem higienizado quanto nessa situação, diria que é mais do que vexatória, de visita íntima no coletivo.

Então, eu preciso obter uma resposta dos senhores. Renovo aqui as minhas esperanças.

Rita, fui Secretária-Adjunta, saí da Secretaria de Estado em 2010. Discutíamos muito, nas reuniões do CONASS, do CONASEMS e nas reuniões tripartite, a dificuldade de adesão pelo entendimento do conjunto de Municípios, que já estão com seus limites financeiros extrapolados. A média de aplicação na saúde do conjunto de Municípios no País é de 21%. São os últimos dados que eu tenho. Alguns já falam em 22%. A média dos Estados é de 14% que deveriam estar aplicando 12%.

Nós sabemos que Municípios e Estados não dão mais conta de ampliar os recursos na área de saúde. Por outro lado, precisamos fazer frente a toda essa problemática e olhar especificamente para quem está cerceado de liberdade.

Queria pedir ao Leandro, Secretário-Adjunto de Santa Catarina, que reforçasse aqui a questão do Fundo Rotativo e o volume de detentos e detentas que



estão trabalhando. Registro isso aqui, mas gostaria que o Deputado Edmilson também o fizesse quando for fazer uso da palavra, porque eu tive a oportunidade de conversar com vários que estavam exatamente como vimos nas fotografias aqui e vão fazer parte do meu relatório — fotografias feitas pela equipe que estava conosco.

Eles me perguntavam e eu respondia, lado a lado, que deviam trabalhar. E o relato deles: *“Trabalhar é digno”. “Trabalhar é passar o tempo aprendendo e tendo a esperança de que, quando saírem de lá, possam ter no mercado uma vaga assegurada”*.

Ontem tivemos duas audiências públicas e falávamos sobre como trabalhar a questão da inserção através de incentivos às empresas, para que elas acolham realmente. Isso foi dito ao representante do Ministério do Trabalho: acolham ex-detentos que aprenderam a costurar, que aprenderam o ofício da carpintaria, da marcenaria, do estofamento, da mecânica ou que aprenderam a fazer tubos, lajotas etc. Há exemplos País afora para todas as profissões. Saí convicta de que é um dos caminhos.

Agora vou passar a palavra à Deputada Erika Kokay e ao Deputado Edmilson Rodrigues, para que façam seus questionamentos. Depois, ouviremos cada um dos expositores sobre os nossos questionamentos.

Com a palavra o Deputado Edmilson.

O SR. DEPUTADO EDMILSON RODRIGUES - Eu queria dizer, para quem não é Deputado — sou de primeiro mandato, fui três vezes Deputado Estadual e não sofria como sofro esse drama de ser Deputado tipo Xuxa, tipo *“beijinho, beijinho, tchau, tchau”* —, que temos de correr um pouquinho — não é tão próximo — para votar. Está tendo outra votação. Falo isso para justificar e pedir desculpas mesmo porque é muita decisão política. Temos prejuízo se não participarmos, mas precisamos votar. Enfim, por conta disso, perdi várias exposições, mas está tudo registrado, e nós ainda vamos fazer um debate bonito até o dia 6. Não é isso?

A SRA. PRESIDENTA (Deputada Carmen Zanotto) - O Presidente prorrogou até o dia 6. Então, as nossas duas reuniões que estavam previamente combinadas para o dia 4, pela manhã e pela tarde, serão: o debate, no dia 4, no período da tarde; e a votação do nosso relatório final, no dia 5.



O SR. DEPUTADO EDMILSON RODRIGUES - Eu sou do Pará. Faço visitas há muito tempo, e agora vimos, inclusive, um avanço importante na penitenciária feminina. Mas é triste ver. Cheguei até a usar uma expressão pesada, “a porta do inferno”, porque é uma coisa assustadora. Fui a Pedrinhas, e as pessoas diziam: “*Cuidado com o teu pescoço*”. Mas já vejo mudanças importantes.

Tem havido um esforço global, mas confesso que a experiência muito positiva foi em Santa Catarina. Não estou aqui fazendo festa, porque nem tenho voto em Santa Catarina, mas o que mais me impressionou, é porque eu trabalho muito com a ideia de intencionalidade da ação... Eu já fui Prefeito também e tenho as minhas frustrações, coisas que não conseguimos fazer porque as circunstâncias não permitem, mas quando se tem intenção de fazer, faz mais do que quando não se tem intenção. A intenção cria uma série de situações positivas, inclusive uma sinergia entre os vários órgãos do próprio Estado.

Eu vi em Santa Catarina, com todo o respeito às demais experiências, inclusive a do meu Estado, essa vontade de fazer. Não foi possível completar essa engrenagem sinérgica porque há normas e há, digamos assim, intencionalidades que ainda devem ser portadas em outras esferas, em outras instituições. E naturalmente isso deve ser construído em conjunto.

A política laboral, por exemplo, deve ser assumida por todos os que querem realmente mudar a situação caótica do sistema. Mas quando digo isso eu penso: todos querem mudar a situação caótica? Eu não sei, porque há alguns que acham que bandido bom é bandido morto. Então, está preso, tem que morrer.

Não assusta ver a imagem de ontem, de centenas de ratos, como vimos no Pará. Eu tenho fotos de ratos passando na hora da nossa visita.

A política laboral, a meu ver, é um ponto forte, e ela é inspirada nessa vontade. Do ponto de vista filosófico, pode-se dizer que quem prende, prende porque, em geral, é o pobre, é o negro, é o indígena. Então, as prisões são espaços para deter pessoas das classes inferiores, como alguns chamam, os que vivem do trabalho.

A ressocialização, do ponto de vista teórico, até pode ser questionada, se é ou não possível, mas quando assumimos o papel de gestor público, de administrador — eu prefiro essa expressão —, temos que tentar, mesmo que não



consigamos. O testemunho é que muitos reincidirão, não resta dúvida. Mas os que têm possibilidade de trabalhar, porque dominam uma técnica, têm mais possibilidade de não reincidirem no crime quando cumprirem sua pena. Foi esse sentimento que nós tivemos em Santa Catarina.

Eu penso assim: há outra dimensão, que é a da profissionalização. Novamente, comparando, é distante a situação do Maranhão — queria que a Deputada Eliziane Gama estivesse aqui. Apesar dos avanços, a situação é distante. Também a do Pará em relação a São Paulo e a Santa Catarina. Em São Paulo é um governo tucano, da mesma forma que é no Pará. Lá não há esse esforço laboral tão fortemente marcado, mas há o investimento na modernização. Pelo menos não se tem a cena de guerra, aquela arquitetura da destruição. Quem conhece o filme percebe como a violência do stalinismo estava em vincular ao rato a imagem de quem tinha de desaparecer, o judeu, o deficiente físico, etc. Essas cenas já não chocam tanto, por conta do esforço da modernização. Mas há Estados que podem mais, outros menos, fazer investimentos. O Pará é um Estado pobre, apesar de produzir muitas riquezas para o País.

Mas não há desculpas quando se trata de mais de 90% serem temporários, temporários com mais de 20 anos. E é uma realidade em vários Estados. No Norte e no Nordeste, principalmente. Isso tem de acabar.

Outra questão: significa concurso público e formação técnica. Policial federal, policial civil, policial militar. Eles têm de ter curso preparatório. Como um agente penitenciário pode ser demitido como agora? Foram demitidos 400, baseados num TAC e, imediatamente, contratados, baseados em bilhetes de políticos da base de apoio do Governo — são 400 pessoas que não têm nenhuma experiência com o sistema penitenciário. Aí, não pode dar certo. Houve 72 fugas, há 2 semanas! Uma coisa insuportável.

Eu disse isso ao Superintendente, ao Secretário de Segurança e ao Governador, porque não quero destruir, quero colaborar, mas não dá para deixar de colocar o dedo na ferida.

Uma terceira questão é o conjunto de políticas, que algumas chamam de setoriais, mas que penso que estão em políticas penitenciárias, ainda que não *stricto sensu*. É o caso da assistência à família, à saúde, etc. Como que penso solução



para isso? Permita-me pedir desculpas por alongar a minha fala. Eu penso que se não trabalharmos na perspectiva de ação sistêmica integrada verdadeiramente, não há saída. Não adianta. O DEPEN vai ter de 300 a 400 presos para prisões especiais, modernizadas, onde não há fugas, não vai haver acesso nem de armas, talvez de drogas também não, talvez de celular também não. São ilhas “paradisíacas”, entre aspas, porque não podem ser paraísos penitenciários, que não retratam a realidade nacional. Mesmo Santa Catarina, que estou citando positivamente, tem vários problemas, inclusive de déficit de milhares de vagas. Correto?

Então, chega-se a uma unidade de saúde, maior do que muitos centros de saúde espalhados pelo País, em Santa Catarina. Mas como um médico, ganhando 3 mil reais vai... Aí acho que a responsabilidade do Ministério, tanto o da Justiça quanto da Saúde sabem, é de se criar normas. Não é possível que um médico que esteja numa unidade de urgência e emergência, que ganhe as gratificações devidas, mas alguém que esteja cuidando de preso, em algumas situações uma presa, como vimos agora no Pará, algemada, porque já houve casos de fuga recente. Como esse cidadão vai permanecer no sistema, mesmo em Santa Catarina, mais uma vez citando, onde há médicos pedindo licença para tratamento de saúde e outras, até sem remuneração, porque têm outros empregos, onde vai correr menos risco! Isso tem de mudar. Não se pode esperar o socialismo chegar. Há orçamentos, há disponibilidade financeira. Não há para tudo o que necessitamos, mas acho que são investimentos tão pequenos que podem ser feitos dentro do que está orçado.

Por outro lado — vou concluir para poder ir votar também — diria o seguinte. Quando falo em ação integrada e sistêmica, é porque há mecanismos de fazer valer as decisões, com respeito às autonomias das várias esferas. Eu sempre dou exemplo do SUS. Só que agora é mais complexo, porque envolve SUS e outros microsistemas nacionais. Não é? No SUS, enfrentei prefeitos que mandavam doentes e não queriam ter despesas, ou governador que não queria municipalizar, e o nosso serviço já era municipalizado integralmente desde janeiro, no início do meu mandato. O Ministro ainda era o Sr. Alcântara.

Por que não se quer municipalizar? Tem de fazê-lo. Demorou, mas chegou-se à tripartite. Aí, o Ministério disse: “*Ou passamos ou não o dinheiro!*” Ou o prefeito de uma cidade vizinha disse: “*Não estou nem aí*”. Mandou 200 quebrados,



polifaturados por semana. E o hospital da capital que resolva. Sim, mas, se ele recebe fundo a fundo, ele é responsável pelos cidadãos dos seus Municípios. Então, é claro que isso pode ser pactuado. E tem sido assim, porque o SUS permite.

Eu creio que o Governo de um Estado quer simplesmente desconhecer uma política laboral. Ele não quer inscrever no PRONATEC, porque é um programa federal, e ele não vai reforçar uma marca do Governo Dilma ou de quem esteja no poder. Ele pode decidir assim. Mas não vai ter acesso aos recursos do DEPEN. Então, não adianta dizer: *“Há 2 bilhões contingenciados”*. Para se ter acesso, tem que trabalhar nesta perspectiva. Ter posições político-partidárias diferentes é o mesmo que dizer: *“Pode morrer, porque a autoridade da outra esfera não é do meu partido”*. Não dá.

Não dá também para achar que as penitenciárias podem permanecer no caos, simplesmente porque eu tenho uma determinada concepção. Como se decidiu que deve ser regra para que todas obedçam, para que a ação seja sistêmica e verdadeiramente integrada, e para quem quer obedecer, obedeça, porque também mandou, decidiu; mas para quem não quer obedecer, que saiba que não vai ter acesso a recursos da outra esfera.

Eu acho que isso é uma emergência. Ou não teremos solução. Ou teremos situações de até dinheiro liberado para projetos, obras paradas, depois de licitações malfeitas, e um prejuízo enorme tanto para o Erário quanto para a sociedade em geral.

Crise penitenciária, caos penitenciário, é problema social total. Não é problema só para o preso e para a família do preso. Nós sabemos disso, mas há muita autoridade que não tem interesse em entender isso.

Então, como não há consenso, eu acho que ele tem que ser construído. Aqui mesmo na CPI, alguns vão dizer: *“É bandido, rapaz! Quer proteger bandido? Defensor de bandido.”* Eu não concordo com isso. Agora, como é, então, que colocamos de fora as adjetivações e substantivamos o debate? Aí é o seguinte: é necessário ter política laboral? Como deve ser feito isso? Como são feitas as experiências atuais? Qual é o resultado disso? Há *feedback* seguro? Não tem? Saúde? O prefeito deve ou não? Não adianta dizer que o SUS está com a obrigação, se não houver, inclusive, contrapartida mais ou menos definida. Aí o



CONASEMS vai dizer: “Pô! Vamos ter que assumir agora no Pará 18 mil presos de Santa Catarina, sem receber 1 centavo a mais?” Os prefeitos vão se reunir e fazer uma greve de prefeitos.

Então, como concertar isso, no sentido da concertação mesmo, num Estado Federativo, onde as esferas têm autonomia e, por terem autonomia, agem com base no princípio do interesse comum? Mas o interesse comum, quando se trata de saúde, e o SUS já prova isso, é sem posição político-penitenciária integrada! Eu acho que esse é o grande desafio. Não dá para esperar. Mas como fazer com urgência, respeitando essas diferentes formas de ver?

Desculpem, eu vou votar, mas volto.

A SRA. PRESIDENTA (Deputada Carmen Zanotto) - Obrigada, Deputado.

Passo a palavra, de imediato, à Deputada Erika Kokay.

A SRA. DEPUTADA ERIKA KOKAY - Esta CPI está chegando ao seu final. Já temos, inclusive, o relatório prévio. A Deputada Carmen já teceu considerações e já rascunhou o seu relatório no que diz respeito à saúde prisional.

Primeiro, é preciso ter realmente uma política integrada, como disse o Deputado Edmilson, que tenha como foco a pessoa, o ser humano que está em privação de liberdade. Um ser humano precisa ter o seu recorte, na sua singularidade, porque não tem, não tem recorte na singularidade. Nem ao menos há a individualização das penas. Se há um problema no sistema, em determinado local, todos tendem a pagar. E há uma extensão da pena para os familiares.

Nós estamos falando de revista íntima, de revista vexatória. Há uma extensão da pena para os familiares que não são considerados agentes que possibilitam a interrupção da trajetória delituosa pelos vínculos afetivos, pelas relações que os familiares têm com os detentos. Então, você tem um processo de ausência de individualização da pena, de ausência de recortes das subjetividades, de extensão da pena para os familiares, que são tratados muitas vezes como inimigos, como adversários, e não como aliados no processo de reinserção harmoniosa. Porque a revista vexatória não diz respeito apenas ao espelho. O espelho nós tiramos aqui em Brasília. Nós conseguimos, com muita luta, comprar alguns *scanners*, para impedir que as pessoas, particularmente as senhoras idosas, que muitas vezes nunca tiravam a roupa para os seus maridos, fossem obrigadas a tirar a roupa para uma



pessoa desconhecida. Então, os espelhos já tinham sido retirados, e nós conseguimos os *scanners*, mas com muita luta, com muita luta, para que nós pudéssemos ter uma revista que não fosse vexatória. Mas temos inúmeros problemas, inúmeros problemas, inúmeros problemas quando os visitantes são tratados como se fossem aliados do crime e não pessoas de recomposição, de reestruturação da vida daquelas pessoas, em harmonia com a sociedade.

Eu me lembro de um subsecretário-adjunto aqui em Brasília que disse em determinado momento que os nossos inimigos são os de branco. E de branco são os presos, que só vestem branco, e os visitantes, que só vestem branco também. E eu também não sei por que só vestem branco. Eu sei que temos que ter regras, e essas regras têm que ser publicizadas, para que não sejam utilizadas de forma discricionária, mas só branco e roupas praticamente transparentes as mulheres utilizam para visitar os seus familiares. Ele dizia: “*Os nossos amigos são os de preto*” — que são os agentes —, “*e os nossos inimigos são os de branco*”. Nos de branco se incluem os familiares e também os detentos, aqueles que estão em privação de liberdade.

Mas veja que então você tem um tratamento dessa forma com os familiares. Você abre mão de um instrumento, que é um dos mais poderosos, pelos laços afetivos, pelas relações afetivas, para que você possa construir um plano que deve ser individual, e ele nunca é individual, porque há uma padronização, há uma padronização, e só se destacam individualmente aqueles que são considerados rebeldes ou aqueles que precisam ser domados, aqueles que não se submetem, porque dentro de um presídio as pessoas têm que andar sempre de cabeça baixa, aqui no Distrito Federal, e de mão para trás, sempre de cabeça baixa e de mão para trás, de cabeça baixa e de mão para trás, elas não podem levantar o rosto, levantar o rosto.

Então, neste quadro nós temos a necessidade de implementar uma lógica de política de saúde sob os mais variados aspectos. Primeiro, porque são pessoas que têm níveis de sofrimento e que precisam de um atendimento em nível de saúde mental na atenção básica de saúde mental, pelo menos uma escuta, que seja uma escuta terapêutica, a escuta de um profissional da área de Psicologia. Aqui nós temos a terapia comunitária introduzida no presídio feminino, mas de forma muito



esparsa ainda, e não como política pública, como um processo de terapia comunitária onde as pessoas se reúnem, discutem, se percebem e a partir daí descobrem a sua resiliência, que as mulheres têm muita. As mulheres são muito resilientes, muito resilientes, e em contato com a sua própria resiliência conseguem reconstruir a sua vida.

Então, nós temos funcionando — não sei se ainda temos, mas já tivemos — um grupo de terapia comunitária com as detentas. Mas existe muito sofrimento psíquico. Nós temos um nível de consumo de drogas, de ansiolíticos, muito grande. Isso é um quadro nacional. Você vai ver que as pessoas se sentem, as mulheres, culpadas, porque não podem exercer as diversas funções com a perfeição que a sociedade exige. Elas se sentem culpadas porque não podem ser mães, porque não podem ser esposas, porque não podem ser companheiras, donas de casa, que são as funções que a sociedade impõe que elas exerçam.

E há muita solidão. As mulheres vivem muita solidão. Se você for a um presídio masculino durante os dias de visita, vai ver que quem está lá para visitar são as mulheres. Se você for a um presídio feminino em dia de visita, quem estará lá para visitar também são as mulheres: as mães, as tias, enfim.

Não existe o direito à maternagem. Há teses que defendem até 2 anos para a mãe ficar com o menino, com a criança, por que a lei fala no período de amamentação, e o período de amamentação o Ministério da Saúde recomenda que seja até os 2 anos. Então, teoricamente, deveria ficar 2 anos. Mas não há estrutura para que a mãe fique com a criança, com o nível de autonomia que tem um menino de 2 anos, dentro daquela estrutura, que é uma estrutura de muito sofrimento, é uma estrutura inadequada para as crianças. O ideal é que nós pudéssemos fazer com que as mães ficassem mais tempo com os seus meninos, porque elas estão impedidas de ser mães. Há uma violência de gênero muito grande, muito grande.

Aqui em Brasília, em determinado momento eles proibiram o batom. Nós vimos uma luta muito grande para que as mulheres pudessem usar batom, para que as detentas pudessem usar batom. Mas há lugares no Brasil que, em vez de fornecer calcinha, fornecem cueca. Isso é uma agressão! Isso é uma agressão de gênero. É o útero ferido, digamos assim.



E quando se fala da maternagem, em vários locais — eu acho que isso é importante assegurar com esse recorte de gênero — a mulher recebe a visita do filho desde que quem tem a guarda provisória permaneça no local. Se a guarda provisória, como muitas vezes acontece, fica com a família paterna, essa mulher tem dificuldade de ver seu próprio filho, porque quem leva a criança lá é quem detém a guarda provisória. E se a guarda provisória tem animosidade com aquela mulher, se é a família paterna, como é muito comum que aconteça, ela vai ter que recorrer ao serviço social para que tenha acesso ao direito de ver o seu próprio filho ou a sua própria filha, porque isso está sendo rompido.

Então, é muito importante que a gente possa fazer esse recorte e essa discussão da atenção, da escuta psicológica, da escuta terapêutica. Uma política que é muito fácil é a de conceder os ansiolíticos. Você concede, concede, concede, concede, concede, mas sem ter o entendimento do nível de depressão ou do nível exacerbado de ansiedade como sintoma de uma relação que tem que ser atacada nas suas próprias raízes, na sua própria origem.

Quando você tem a visita íntima — a Deputada Carmen Zanotto já discorreu sobre isso —, você tem que ter espaço para as crianças. Porque as mães levam as crianças, desde que tenham autorização judicial, mas levam as crianças enfeitadas. Há um rito, um rito! Se você for a um presídio, vai ver que às vezes as mulheres dormem lá para ter acesso a uma senha e chegar mais cedo. Estou falando de uma realidade que eu conheço aqui no Distrito Federal. Elas dormem para poder chegar mais cedo e ter acesso a uma senha. E ali há um rito, um rito de embelezamento. Ela coloca as suas melhores roupas para visitar o companheiro, põe as melhores roupas nas crianças também. As crianças são enfeitadas, têm o cabelo arrumado. Enfim, há um rito, e as crianças, quando adentram o espaço, elas não têm onde ficar durante a visita íntima. Elas não têm onde ficar. Não há um espaço próprio para aquelas crianças que acompanham as suas mães que vão ter direito à visita íntima. Nós temos que trabalhar nessa perspectiva.

Outro aspecto é que você tem condições muito insalubres dentro de um presídio, via de regra. Você tem muito mais chances de pegar uma tuberculose, muito mais chances de pegar um vírus do HIV, muito mais chances, porque, via de regra, não há iluminação natural, não há ventilação natural, há superlotação e se



convive com ratos e baratas em grande medida. É óbvio que as realidades se diferenciam, mas, via de regra, elas têm o mesmo grau de desumanidade.

Aqui no Distrito Federal, muitas vezes as privadas são privadas de chão, e você coloca uma garrafa PET para impedir que os ratos subam pelo espaço, pelo ralo da própria privada. Então, se você convive com ratos, com baratas, você obviamente está mais suscetível e mais vulnerável a uma série de patologias que precisam ter um olhar diferenciado, que precisam ter uma atenção, uma atenção básica à saúde.

Tem que ser instalado esse convênio que foi feito com o Ministério da Justiça e o Ministério da Saúde, que é o Programa de Saúde Prisional — vocês falaram em outra sigla, mas eu conheço como Programa de Saúde Prisional. Ele precisa ser implementado. Ele foi um avanço, não tenho dúvida, porque você tem equipes, via de regra equipes insuficientes. Você não tem atendimento dentário. Aqui em Brasília você recebe a cerda da escova de dente. Não pode entrar fio dental, porque fio dental pode se transformar numa arma. Então essa pessoa que tem um desalento, que tem uma falta de cuidado consigo mesma porque tem um desalento, ela vai ter muitos problemas de saúde bucal, muitos problemas. E não tem um atendimento. O atendimento que havia era para extração. Hoje está melhor, inegavelmente melhor, mas o processo ainda é insuficiente.

Acho que deveria se adequar à população a necessidade de saúde bucal, de saúde mental, de espaços de escuta e também de atenção básica, além de se possibilitar o transporte dessas pessoas, porque elas muitas vezes gritam desesperadas porque não têm escolta. Em todo lugar existe deficiência de agente. Aí, como você não tem escolta, você não carrega essa pessoa para um hospital, e essa pessoa fica gritando de dor, com necessidade de ser encaminhada, mas não há escolta para que ela possa ser transportada, porque há um déficit de agentes que, via de regra, perpassa o País inteiro.

Por fim, existe a variável da drogadição. Essa é uma variável que está presente na vida delituosa, no conflito com a lei. Ela está presente. Essa é uma sociedade que tem psicopatologias diferentes da época de Freud, que eram psicopatologias ligadas a uma sociedade repressiva. Você tem hoje uma sociedade pautada pelo consumo, pela lógica imediata, pelo aqui e agora, com psicopatologias



como drogadição, como depressão, como o pânico, que são as psicopatologias mais presentes nesta etapa da nossa história, nesta etapa da humanidade, onde há um dilema ontológico do ser ou não ser e uma invasão do mercado nas cidadanias da intimidade. Nesse quadro, há muita drogadição, e não há tratamento para a drogadição, não há tratamento para a drogadição.

Eu penso que, se você tem um espaço onde as pessoas que ali estão, via de regra, ou têm relação com a drogadição ou têm conflitos, têm uma relação abusiva com a própria droga, é preciso que se faça um programa nacional. Eu diria que é preciso que nacionalmente nós tenhamos um programa que tenha uma atenção à drogadição, porque não existe, não existe no nosso sistema, como também, via de regra, não existe atenção adequada aos inimputáveis, aos que estão em medida de segurança. Eu fico pensando às vezes que é prisão perpétua, porque, se você não tem atenção e ele é inimputável, se você não tem um atendimento psiquiátrico, psicológico, aquela pessoa vai passar a vida na cadeia, e não tem residências terapêuticas.

Este quadro nós vimos no Piauí e aqui em Brasília: pessoas cuja periculosidade já cessou, que deveriam estar em liberdade, mas que têm famílias que não as querem, que romperam os laços familiares, e não têm residência terapêutica.

Eu concluo dizendo que é importante que nós possamos condicionar repasse de verba ou então negatar para outras contratações os locais que não têm residência terapêutica. Lá no Piauí, Deputada Carmen Zanotto, ali na ala de medida de segurança — várias pessoas deveriam estar fora, mas precisavam de uma residência terapêutica —, a gestora do Município dizia assim: *“Mas eu nunca vou criar uma residência terapêutica! Como é que eu vou dizer para a população que, em vez de dar uma creche, eu estou tratando e gastando dinheiro com essa pessoa que está em conflito com a lei?”* Então, é preciso ter ou a negatização ou o incentivo, a partir das verbas federais, para que nós tenhamos residências terapêuticas onde for necessário, senão é mentira dizer que no Brasil não existe prisão perpétua, porque aquilo é prisão perpétua.

A SRA. PRESIDENTA (Deputada Carmen Zanotto) - Obrigada, Deputada Erika.



Eu vou de imediato passar a palavra para o nosso representante do Município, para o Rodrigo. E nós vamos seguindo a sequência: Município, Estado, Ministério da Saúde, Ministério da Justiça e Secretaria da Justiça e Cidadania de Santa Catarina.

Mas antes eu preciso registrar que a gente recebeu uma demanda do Sr. Reivon Pimentel, Diretor da Federação Sindical Nacional dos Servidores Penitenciários. Ele faz uma observação sobre a importância dos *scanners*. É verdade. O relatório vai apontar isso. Ele nos fala que as banquetas para detecção de metais não funcionam, que já existem alguns estudos comprovando isso e que já foram feitos testes inclusive com porte de uma arma de fogo e elas não detectaram. Então, se os senhores tiverem alguma informação a respeito disso também, a gente gostaria de ouvir. E estamos à disposição de todos para receber sugestões, como já foi dito aqui pelo Presidente da nossa CPI.

Eu passo de imediato ao Rodrigo, para as suas observações e considerações finais.

O SR. RODRIGO CÉSAR FALEIRO DE LACERDA - A cada momento que eu ouço a participação dos Deputados e das Deputadas aqui presentes, vou imaginando a complexidade que é organizar todo um contexto necessário para se tratar do tema. Na saúde não é diferente. A gente fala em atenção básica, e atenção básica não é sinônimo de simplicidade, de custo e de efetividade. É lógico que a gente tem isso, é claro, mas não é barato, não é simples e não é fácil.

Hoje a gente discute o escopo da atenção básica como coordenadora de todo o sistema de saúde, mas ela vai muito além de um atendimento médico ou de profissionais, ela passa por exames complementares e uma organização diferenciada dentro do território. Quando a gente vai tratar do cidadão dentro de uma rede de atenção, no Município, estão claras para a gente todas essas necessidades.

Hoje já está montado, de certa forma minimamente organizado, esse processo e o caminhar desse cidadão dentro dessa rede de atenção. Quando se trata dessa situação em particular, de tamanha necessidade do cuidado, não só do atendimento desses profissionais, mas perpassando para todo um conjunto de ações que têm que ser desenvolvidas para que a gente consiga ter um ambiente saudável, menos insalubre, com profissionais, não só os de saúde, treinados e



capacitados para lidar com essa situação, para estimular o autocuidado, a autoproteção, para organizar tudo isso, a gente vê cada vez mais complexa a situação.

Eu quero reforçar também que nós pactuamos a portaria, as responsabilidades do Município a partir da adesão. Essa questão da adesão, não só na situação dessa política em si... É praxe no Ministério da Saúde demorar, demorar, demorar, e a gente com os profissionais contratados. Hoje essa é uma realidade não só na atenção básica, mas em outros componentes da saúde também. Uma vez que o Município já está com quase 23% do seu orçamento próprio comprometido com saúde, isso dificulta muito, porque, ao aderir a uma política, você não tem a totalidade da garantia do financiamento 100%, e acaba você tendo que colocar cada vez mais recursos, e ao passar do tempo esses recursos não são corrigidos, e a inflação, os medicamentos, que são importados, o dólar, isso vai inflacionando e vai impactando nos Municípios e, principalmente, nos Estados, que fazem de fato a saúde.

Nós temos que unir, unir forças com o Estado, com o Ministério da Saúde, e traçar estratégias, para que a gente consiga garantir esse acesso, um acesso com qualidade, o atendimento não só dentro dos presídios, mas na rede de atenção como um todo. Eu acho que nesse sentido o Estado tem um papel de coordenador e uma responsabilidade bem clara com a organização desse sistema.

Então, nós atuaremos em conjunto, de forma tripartite, para fazer isso. Essa eu acho que vai ser uma discussão contínua, um esforço no sentido de estarmos trabalhando, e trabalhando junto com a Segurança também, porque a gente não pode trabalhar de forma independente. Não adianta nada a gente organizar o processo de atendimento de saúde dentro dessas instituições e de repente o ambiente propiciar muito mais doenças do que aquelas que a gente consegue curar e tratar. Essa é a expectativa que a gente tem.

O CONASEMS estará à disposição. Falo aqui em nome do nosso Fernando Monti, nosso Presidente, que infelizmente não pôde estar presente aqui hoje. Esse é o entendimento nosso. Nós estaremos lutando para que sejam cada vez mais bem atendidos todos esses pacientes.



A SRA. PRESIDENTA (Deputada Carmen Zanotto) - Obrigada, Sr. Rodrigo Lacerda. Leve o nosso abraço a todos os Secretários Municipais de Saúde, que fazem a diferença em nosso País.

Eu de imediato passo a palavra para a Sra. Rita Cataneli, a nossa Secretária-Executiva do Conselho Nacional dos Secretários de Estado da Saúde.

A SRA. RITA DE CÁSSIA BERTÃO CATANELI - Eu queria começar por uma questão que a Deputada Carmen Zanotto colocou relacionada às questões com financiamento. O CONASS já vem trabalhando essa questão há muito tempo. Nós não temos um problema no financiamento do atendimento à população carcerária; temos um problema real no financiamento do sistema de saúde. Acho que temos que unir os gestores, a sociedade, as Câmaras Legislativas, para discutir efetivamente como é que nós vamos apontar soluções para esse grave problema de saúde pública.

A Deputada Erika Kokay disse agora: *“Como é que eu justifico que eu não faço uma creche e faço uma casa de apoio terapêutico?”* Se eu preciso de creche, eu tenho que fazer creche também, não é? Então eu acho que a gente tem que enfrentar essa questão do subfinanciamento de forma drástica. Nós estamos chegando a um limite e nós temos que trazer a sociedade para essa discussão também. Acho que isso é fundamental.

Outra questão que eu acho muito importante é que nós temos que lembrar constantemente que não podemos fazer regra única neste País. Imaginem um Estado da Região Norte que não trabalha política laboral, por exemplo. Fatalmente não vai ser pelo mesmo motivo que um Estado na Região Centro-Oeste não trabalha. Eu acho que nós temos que ficar muito atentos às especificidades regionais, e as normas e os regramentos que a gente for adotar, eles têm que levar isso em consideração. Acho que esse é um aspecto que a gente não pode perder de vista nunca.

Acho que os grupos gestores da política de atenção à saúde da população prisional, eles podem contar mais com o apoio das Vigilâncias Sanitárias, da vigilância em saúde como um todo, na medida em que eles têm, tanto na VISA municipal quanto na estadual capacidade para agregar mais conhecimento e discussão de soluções. Agora, a gente não pode perder de vista que, em muitas



unidades prisionais, se a Vigilância Sanitária entrar ela fecha a unidade prisional. Essa coisa de rato, barata, esgoto, alimentação feita em lugares inadequados, para tudo isso nós já temos regramentos. Nós precisamos é discutir como avançar, como as unidades prisionais podem cumprir esses regramentos, dando condições mínimas para a permanência do preso lá. Não adianta colocar recursos para arrumar a saúde desses presos se nós os mantivermos em condições insalubres. Vai ser dinheiro e mais dinheiro que vamos gastar, e não vamos ter retorno, porque eles vão continuar adoecendo, de causas muitas vezes básicas. Então isso a gente não pode perder de vista também.

Acho que o exemplo de Santa Catarina hoje mostra que em conjunto a gente pode resolver melhor, a gente pode avançar, na medida em que os Poderes, as Secretarias de Justiça, de Saúde, enfim, na medida em que a gente unir esforços para isso. Acho que nós temos vários outros casos bem sucedidos. Eu me lembro de que a gente fez uma época no CONASS uma identificação de núcleos que trabalhavam integrados a unidades prisionais para a questão de promoção da saúde, de atendimento em violência contra a mulher presa. Eu acho que a gente pode levantar o maior número de casos bem sucedidos, para divulgar essas experiências, para que outras unidades que tenham interesse possam customizá-las à sua realidade e assim desenvolver uma série de outras ações.

Só para reforçar, eu acho que, se nós não apontarmos para uma solução relacionada ao financiamento no geral, vamos continuar nadando e morrendo na praia. Nós levamos 30 anos... Se nós pensarmos que a Lei de Execução Penal é de 1984 e que só em 2014 nós tivemos uma política que minimamente começa a dar resultados... Porque ela é muito nova, não é? É de 2014, e nós estamos no meio de 2015. Nós tivemos uma eleição estadual entre um ano e outro, e isso é impactante. Então, esta é uma política que já está começando a dar resultados. Mas nós levamos 30 anos para dar um passo junto a esse segmento. Não podemos agora levar mais 30 para concluir e realmente chegar a dar condições mais dignas para essa população.

Eu queria agradecer, em nome do nosso Presidente, Dr. João Gabardo, e colocar o CONASS à disposição da Deputada Carmen Zanotto, especialmente, para o que ela precisar.



Obrigada.

A SRA. PRESIDENTA (Deputada Carmen Zanotto) - Obrigada, Rita.

Eu passo de imediato a palavra ao Sr. Dirceu, que é do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

O SR. DIRCEU DITMAR KLITZKE - Minha transparência ficou parada aquela hora, e agora estou sem microfone. Vou fazer o registro em ata desses problemas, mas tudo bem. *(Risos.)*

Prezada Deputada Carmen Zanotto... Depois vou dialogar especificamente com o que a Deputada Erika Kokay também colocou. Primeiro, quero dialogar com o que a Deputada Erika Kokay trouxe e o que o Rodrigo, do CONASEMS, apontou sobre a complexidade que é fazer saúde dentro do sistema carcerário.

A atenção básica, se ela não tiver condições, se ela não tiver uma equipe multiprofissional, se não tiver condições efetivas de infraestrutura e equipamentos, se ela não estiver interligada ao sistema de saúde daquela região, se não fizer efetivamente um trabalho conjunto com outros setores do Governo, com setores do Judiciário, com setores do Legislativo, por si só a saúde não consegue resolver o problema de saúde do sistema penitenciário.

É fundamental a discussão da política de encarceramento em relação à política do Judiciário. É fundamental que a gente tenha isso que a Deputada Erika Kokay trouxe muito bem: a efetivação dos direitos, o combate frequente aos preconceitos e aos problemas que essa população enfrenta dentro do sistema penitenciário e também fora. Se a gente pegar o perfil dessa população que eu apresentei hoje, ela é a mesma população que sofre preconceito em qualquer lugar, independentemente de ela estar ou não no sistema penitenciário.

Então, efetivar, por um lado, os direitos sociais e, por outro, a questão da política de encarceramento e do Poder Judiciário, tudo somado à política de saúde, é fundamental. É fundamental a ação desses três componentes para melhorar a questão, para minimizar o sofrimento nesse momento.

Especificamente, Deputada Carmen, em relação ao prazo de credenciamento, diferentemente do que o Rodrigo trouxe aqui, que comumente o Ministério atrasa os financiamentos... Isso não é verdade. O mesmo modelo que a gente usa para a equipe do sistema prisional a gente utiliza, por exemplo, para a Saúde da Família. O



que a gente faz? A partir da hora em que a gente recebe a solicitação, de qualquer Município, há o tempo de avaliação, e, publicada a portaria, no mês subsequente ou no decorrer... Há Municípios que não credenciam logo. Quando fazem o credenciamento efetivo no CNES, no sistema de informação, dos profissionais que compõem a equipe, na competência seguinte recebem. Eventualmente existem atrasos? Sim. Eventualmente podem ocorrer problemas? Sim. Mas a lógica de credenciamento, ela é submetida ao conjunto das políticas da atenção básica.

Nós tínhamos um problema específico: o prazo estava um pouco mais dilatado, porque a gente faz o pagamento sempre da competência do mês anterior e a gente estava com um atraso de 60 dias no pagamento para esses Municípios. Mas esse problema está sendo resolvido. Então, quando habilitada em portaria e colocada a equipe credenciada no sistema, no CNES, a gente faz o pagamento na competência seguinte.

Em relação aos valores, a senhora tinha colocado em torno de 48 bilhões, mas a senhora estava falando em milhões, não é?

A SRA. PRESIDENTA (Deputada Carmen Zanotto) - Eu disse bilhões? Então já vamos corrigir, por favor, para milhões.

O SR. DIRCEU DITMAR KLITZKE - Se fosse assim, a gente resolvia todo o problema.

A SRA. PRESIDENTA (Deputada Carmen Zanotto) - É o que a gente está brigando para ter no Saúde+10.

O SR. DIRCEU DITMAR KLITZKE - Em relação a esses valores, o que aconteceu foi que a gente fez em 2015 o pagamento relativo à produção das equipes em 2014. Então, parte desses recursos, da diferença entre 7 e 14 milhões, é decorrente disso. Mas eu vou ressaltar, tanto para esse fato do financiamento quanto para as outras questões que a senhora e os demais Deputados colocaram, que a gente se coloca à disposição e firma o compromisso de, no prazo o mais curto possível, por causa do prazo desta Comissão... Se os senhores encaminharem todos os pedidos por escrito ao Ministério da Saúde — podem encaminhar para mim —, a gente se compromete a responder o conjunto das questões relacionadas ao Ministério da Saúde num prazo adequado para a Comissão, todas as questões que foram colocadas hoje. Quero ressaltar isso.



Das questões que a Deputada Erika Kokay trouxe, quero só colocar para o Plenário que, por exemplo, quanto ao atendimento odontológico, o dentista compõe a equipe mínima, por exemplo, de todas as composições de equipe. Então, aquelas 290 equipes da política atual, todas têm o dentista na equipe mínima. E no caso da saúde mental a gente tem na composição das equipes, como opção, o psicólogo, o psiquiatra, para as atividades de saúde mental, mas elas não se reduzem a esses profissionais especificamente. Pode haver outros profissionais que façam isso. Mas esse também é um conjunto de ações que vão enfrentar esses problemas. A composição por si só da equipe, sem educação, sem qualificação permanente, sem capacidade de gestão, sem organização de forma intersetorial... Não é por ter um profissional específico que o setor de saúde, isoladamente, vai dar conta desses problemas. O arranjo de equipe e o financiamento são absolutamente importantes.

Também quero ressaltar que o financiamento é um incentivo. Não é? Falei isso na minha apresentação e vou repetir. O recurso não é só para pagamento de salário, mas, especificamente para pagamento e composição da equipe, hoje o recurso Federal se aproxima do adequado. É lógico que o financiamento tripartite tem que aumentar. Há subfinanciamento. A gente precisa rediscutir isso constantemente. Mas hoje o financiamento da política, ele é capaz de financiar a contratação dessa equipe.

A SRA. PRESIDENTA (Deputada Carmen Zanotto) - Obrigada. Leve o nosso abraço ao Ministro e a toda a equipe do Ministério da Saúde.

De imediato, eu passo a palavra ao Sr. Marden Filho, que é o Coordenador de Apoio à Assistência Jurídica do Ministério da Justiça.

Lembro que já está se iniciando mais uma votação nominal, então, se os senhores puderem ser um pouco mais concisos... Lamento, mas essa é a rotina da nossa Casa.

O SR. MARDEN MARQUES SOARES FILHO - Bem, o sistema prisional exige, dada a sua complexidade, ações que também são complexas, não é? A política não se destina a uma ação muito simples. Ela é uma ação complexa na sua formatação, desde a composição de equipes e das ações que elas vão desenvolver até a questão da atenção básica. A própria atenção básica exige, em grande parte,



complexidades um pouco maiores, com a saúde mental. E também há a questão da atenção especializada para essa população.

Na apresentação que eu fiz e que está disponível para V.Exas., há uma aranha de ações intersetoriais: os dois Ministérios e toda a complexidade daquela teia que a gente criou no complexo para desenvolver ações de saúde prisional. Como bem disse o Dirceu, o desenvolvimento dessas ações envolve articulações que vão desde o Executivo até o Judiciário.

Além disso, em relação ao aspecto da visita íntima e vexatória, eu não sei se é de conhecimento da Casa a Resolução nº 5 do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, de 28 de agosto de 2014. Ela recomenda — o CNPCP é um órgão da execução penal, o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária — a não utilização de práticas vexatórias para controle de ingresso aos locais de privação de liberdade e dá outras providências. Ela tem vários artigos interessantes. Os considerandos são ótimos, todos voltados para o campo dos direitos humanos. O segundo artigo, principalmente, fala do desnudamento parcial ou total, diz que não se deve fazer isso, para evitar qualquer conduta que implique a introdução de objetos nas cavidades corporais das pessoas revistadas. Fala do uso de cães ou animais farejadores, para evitar mordidas e ataques dos animais, e por aí vai. É uma resolução bacana. Acho que vale a pena dar uma olhada e de repente até inserir no próprio relatório, como recomendação, porque também segue as recomendações internacionais a própria resolução.

Outra questão importante, e nós inclusive temos pensado nisso quando se fala das visitas familiares ou das visitas íntimas, e por aí vai, é que deve haver um espaço próprio para isso, que esse espaço próprio deve ser dentro da unidade prisional e que, ao mesmo tempo, a revista deve ser feita no preso, e não na família. Isso vai evitar a revista vexatória. A revista tem que ser no preso, e não na família.

Outra questão importante é que o DEPEN fez agora doação para atender a 20% da demanda das 1.420 unidades prisionais. Os equipamentos de segurança vão desde *scanners* de bagagem a cadeiras, portais e raquetes.

Em relação à provocação da Deputada Erika Kokay — gosto muito das falas dela, inclusive — sobre a questão do sistema prisional como um todo e sobre a saúde, principalmente, quando nós perguntamos para qualquer diretor de unidade



prisional qual é o maior problema em relação à saúde, ele vai dizer que é a saúde mental. Eu me assustei também com isso. Eu achei que fossem a AIDS, os agravos transmissíveis, a tuberculose. Não; é a saúde mental.

E nós sabemos que a saúde mental é afetada por conta do confinamento. O confinamento gera problemas de saúde mental. É por isso que nós pensamos na política de saúde prisional — às vezes eu até me confundo, porque eu era do Ministério da Saúde e estou no Ministério da Justiça. Essas confusões são até saudáveis para nós mantermos a relação intersetorial ativa. Mas em 2011, quando eu provoquei a idealização da política de saúde prisional, fizemos um debate muito forte sobre saúde mental e entendemos que toda equipe deveria ter, pelo menos na terceira faixa, que é a equipe tipo 3, obrigatoriamente, uma equipe de saúde mental. E, ao mesmo tempo, deveria haver também a opção de a faixa 1 e a faixa 2 de equipes poderem compô-las, a depender do seu perfil epidemiológico.

Além disso, hoje, o Ministério da Saúde, ou melhor, o Ministério da Justiça — estão vendo como nós nos confundimos? — está organizando um grupo de trabalho intersetorial para poder trabalhar as questões dos dependentes de drogas que entram no sistema prisional com duas estratégias. A primeira delas é a abstinência. Eles entram num processo automático de redução de danos causados pela quantidade de drogas que usavam fora da unidade prisional. Quando eles entram na unidade prisional, hoje, a estratégia que existe é a violência. Eles começam a incomodar dentro da cela, e os próprios presos dão conta de fazer o trabalho terapêutico lá dentro. É horrível. Então, nós precisamos capacitar essas equipes e precisamos trazer uma estratégia ou, pelo menos, algum tipo de diretriz terapêutica ou protocolo clínico que oriente essas equipes sobre como atuar com a abstinência dos usuários de drogas que entram no sistema prisional.

Além disso, há a continuidade do cuidado, porque o usuário vai precisar ser cuidado durante o processo em que está cumprindo a pena privativa de liberdade. E as estratégias são diversas. Nós podemos pensar desde a terapia de baixa exigência até outras estratégias, que podem estar dentro desse protocolo que vai ser elaborado. O GTI deve sair ainda este mês.

Por último, a questão da política de egresso. Nós também estamos, dentro do Ministério da Saúde, discutindo essa política de egresso. Santa Catarina inclusive é



um dos Estados em relação ao qual nós temos um bom olhar sobre a gestão prisional mesmo e sobre a própria gestão da saúde prisional. Nós vimos isso agora, na apresentação deles. Inclusive, eu tinha visto também, Sr. Secretário, uma apresentação da Maika, que é da Vigilância Sanitária, no evento FortVisa. Ela fez uma apresentação belíssima sobre o que eram antes algumas unidades prisionais, até a de São Pedro de Alcântara, que eu tinha visitado uma vez, junto com o colega João, que está ali, e mostrou que a unidade mudou muito com a presença da Vigilância Sanitária. Então, essa parceria do SUS com o sistema de justiça criminal ajuda muito no processo de entendimento de que se pode fazer um trabalho muito bem feito dentro do sistema prisional, trazendo as tecnologias de responsabilidade da saúde pública.

Nós, da Justiça, também sabemos que não conseguimos fazer as coisas sozinhos. Por isso que temos que transversalizar com outras políticas públicas e deixar que essas políticas públicas, com suas *expertises*, entrem no sistema prisional e executem suas tarefas de responsabilidade e de competência.

É isso.

Muito obrigado.

A SRA. PRESIDENTA (Deputada Carmen Zanotto) - Obrigada.

De imediato, eu passo a palavra ao Sr. Leandro Antônio Soares de Lima, Secretário de Estado Adjunto da Justiça e Cidadania de Santa Catarina.

O SR. LEANDRO ANTÔNIO SOARES DE LIMA - Obrigado, Deputada.

Falarei bem rapidamente, porque a Deputada precisa se deslocar para o Plenário.

Eu avançaria na sugestão de que as visitas — não só as íntimas, mas todas as visitas — fossem realizadas em espaços separados. Não só as íntimas, repito.

Quanto às visitas íntimas, nós já avançamos em todas as unidades, e elas já são realizadas de forma separada, em dia e hora agendados, diferentemente da visita social. E tem que haver espaço específico para a visita social.

Com respeito ao fundo rotativo, nós vamos encaminhar toda a documentação para a Comissão. É uma ideia bastante positiva e pode ajudar.

Para responder à Deputada Erika Kokay, eu quero dizer que acredito piamente que a família é a parte mais importante da equação que transforma e que



reintegra. Sem a família, nós não vamos conseguir que se tenha a mínima chance de ressocializar, reintegrar e cortar a corrente maléfica da reincidência criminal.

Eu acredito piamente nisso. Desde a hora em que ele é acolhido num local adequado até a elaboração de uma agenda, um cronograma minimamente organizado para receber e distribuir a visita, para que não precise ter fila de espera — porque essa fila de espera gera até outro tipo de especulação. Isso é um absurdo. Concordo completamente com ela.

Com respeito à maquiagem, o tema está tão superado que nós temos uma parceria com o SENAC lá no Estado e, em várias unidades, há o dia da beleza. Então, a questão de usar ou não batom está bem superada.

As novas unidades femininas, todas elas construídas de 2011 para cá, têm 30% da construção — até por recomendação do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária — CNPCP, na Resolução nº 9 — destinada à instalação materno-infantil, justamente para nós podermos ter a criança por um pouco mais de tempo junto à mãe. E aí tem-se que fazer a discussão para determinar quanto tempo ela pode ficar com a mãe, avaliando o malefício e o benefício desse caso, que a senhora mesma vivenciou. É uma situação...

Sou há 27 anos agente penitenciário e não consigo permanecer numa unidade maternal. Não é algo fácil de entender. Já passei por rebelião, já passei por uma série de situações. Entrar numa unidade maternal, dentro de uma unidade prisional, e ver uma criança com a mãe é uma situação complexa — complexa, repito! —, que envolve emoção, que envolve uma série de coisas que fogem do entendimento normal, só daquilo que está regrado.

Quanto à diminuição da medicação ansiolítica no sistema prisional, nos últimos 4 anos ela tem diminuído na mesma proporção em que têm aumentado o trabalho e a educação. Então, a atividade laboral é um bom remédio para uma série de situações, tanto no campo da segurança prisional como também na questão da saúde.

Um debate que eu queria propor que os senhores retomassem é o relativo à questão da Lei de Drogas, que está transformando doentes que perambulam pelas ruas, usuários de *crack*, em traficantes. Isso encarcera demais e coloca para dentro do sistema prisional uma competência que nós não temos, que é a de tratar um



dependente químico. Eu acho que é preciso trabalhar essa questão. Todas essas leis que redundam em encarceramento não são adequadas. O encarceramento não vai resolver o problema de segurança pública do País.

Quanto ao agente penitenciário, ele é o maior vetor de transformação dentro de uma unidade prisional. Se investirmos nesse agente, se capacitarmos esse agente penitenciário, nós não vamos precisar contar com a sorte. Quando terceirizamos uma função de alguém que demora muito tempo para fazer um concurso público, passa 90 dias numa academia, vai para um estágio probatório e é prontamente...

A SRA. PRESIDENTA (Deputada Carmen Zanotto) - Eu vou interrompê-lo um pouquinho, Secretário, e vou pedir à Deputada Érica que, por favor, assuma a presidência e encerre os trabalhos para nós. Eu vou até o Plenário.

Quero agradecer a todos os que estão aqui conosco: nossos técnicos, todos os que estão acompanhando esta audiência pública e todos os nossos expositores, porque foi fundamental, na tarde de hoje, esta audiência pública para o nosso relatório, tanto na questão da saúde, quanto na questão do atendimento às mulheres cuja liberdade está cerceada.

Por favor, Deputada Erika.

Então, eu não retorno. Pode ser? Obrigada.

A SRA. PRESIDENTA (Deputada Erika Kokay) - A próxima reunião é dia 5? E 5 é terça?

A SRA. DEPUTADA CARMEN ZANOTTO - Isso. Cinco é quarta-feira, Deputada. Às 14 horas. Pode continuar, por favor.

A SRA. PRESIDENTA (Deputada Erika Kokay) - Estou lhe devolvendo a palavra, Secretário.

O SR. LEANDRO ANTÔNIO SOARES DE LIMA - Finalizando minha fala, então, que os envoltórios...

A SRA. DEPUTADA CARMEN ZANOTTO - Responda à pergunta da Deputada Erika Kokay.

O SR. LEANDRO ANTÔNIO SOARES DE LIMA - Com respeito à questão do batom, nós já superamos isso. Há o dia da beleza uma vez por mês no Estado, em parceria com o SENAC e com as unidades prisionais femininas. A Deputada quase



presenciou isso no sábado. Ela foi na sexta a uma unidade feminina e, no sábado, a uma unidade masculina. Na unidade masculina não havia o dia da beleza.

Voltando ao agente penitenciário, a maneira mais correta e mais concreta de conseguirmos um bom resultado é fazer com que a gestão seja técnica, e o agente penitenciário seja valorizado — não se trata apenas de reconhecer o trabalho do agente penitenciário, mas de haver uma política salarial adequada, de modo que ele faça a gestão do sistema prisional, ele seja o gestor das unidades prisionais.

Nós fizemos uma transformação no sistema prisional não em 1 década, nem em 2 décadas, nem em 3 décadas; foi em 4 anos. Em 4 anos, o sistema prisional saiu das mãos de entes políticos e passou para as mãos de técnicos da área, que são os agentes penitenciários, e nós conseguimos chegar a alguns resultados, em todos os Ministérios, bastante favoráveis, inclusive no Poder Judiciário.

Ele tinha reclamado da questão da Lei de Drogas, que está colocando para dentro do sistema prisional pessoas doentes, que precisam ser tratadas. Estão transformando doentes, pacientes, em traficantes. É isso que a nova Lei de Drogas faz, o que aumenta a política de encarceramento no País.

Com relação à experiência da audiência de custódia, quero dizer a V.Exa. e a todos da Mesa que a estamos acompanhando. Nós teremos a primeira reunião técnica na próxima segunda-feira. Tivemos uma reunião diretiva com os Secretários e com o Governador, que já a aprovou. Provavelmente, 29 de agosto será o dia da primeira audiência de custódia em Santa Catarina. Esse é o caminho para auxiliar no desencarceramento de fato e também para mudar a política de encarceramento, a forma como se encarcera, para uma prisão com mais qualidade.

Concordo com o uso do *scanner* corporal, como já foi dito. As banquetinhas sozinhas, o portal sozinho e a raquete sozinha não resolvem nada. Eles, em conjunto com o *scanner* corporal, são a solução para a segurança da unidade prisional e também para a revista, que é vexatória para a família, mas também é vexatória para mim, que sou agente penitenciário. Durante muito tempo, eu tive que revistar pessoas que tinham idade para ser meu avô. É pavoroso fazer um negócio desses. É melhor fazer o pente-fino o dia inteiro do que fazer a revista em alguém. Mas há 27 anos era essa a alternativa que nós tínhamos. Agora temos a alternativa



tecnológica, e lá em Santa Catarina nós estamos substituindo a revista pelo *scanner* corporal, acoplado a todos os demais equipamentos de detecção eletrônica.

Quero dizer que o convite a todos os senhores presentes para conhecer as unidades prisionais de Santa Catarina está sobre a mesa de cada um. Basta entrar em contato conosco. Meu *e-mail* é *leandro@sjc.sc.gov.br*. Podemos articular uma visita com o Departamento de Administração Prisional.

Por último, quero dizer, Deputado, que nós vamos realizar, em parceria com o DEPEN, a Primeira Mostra Laboral Nacional do Sistema Prisional. Nós fizemos uma mostra estadual, no ano passado, que envolveu aproximadamente 1.500 pessoas e 200 empresas. Nós convivemos com os presos, que trabalharam conosco na amostra — mas não carregando caixa: alguns atuaram na recepção do evento; os aprovados no curso de padaria e panificação fizeram os *coffee-breaks*, que serviram para todo o evento.

Enfim, houve uma perfeita sintonia entre ambos. Nós não nos vemos como inimigos. V.Exa. está completamente correta quando diz que qualquer sistema prisional, do mundo ou de qualquer Estado do País que enxergar no preso o seu oponente não vai encontrar solução para a demanda prisional nunca. Eu acho que isso é algo que tem que ser superado.

Então, quero deixar aqui o convite. A mostra laboral vai começar no dia 15 de setembro de 2015, com a abertura do Ministro da Justiça, do Ministro do Trabalho, do Governador do Estado e uma série de outras apresentações. No final desse mesmo dia vai haver uma apresentação teatral de um grupo que vai encenar a peça *Livres e Iguais*, do Grupo Teatro Sim... Por Que Não?!!! No final, será apresentada a Declaração Universal dos Direitos Humanos. Vai ser bastante interessante. Vão ser 4 dias de evento a partir do dia 15. Então, prestem atenção! Entrem no *site* da Secretaria de Estado da Justiça e Cidadania de Santa Catarina e do Departamento de Administração Prisional — DEAP. Haverá um *site* específico sobre a mostra laboral, que terá um número restrito de pessoas, uma quantidade “x” de pessoas por dia, que não poderá ser ultrapassada. O acesso à mostra será completamente livre; não será cobrado nenhum tipo de pagamento. Para que todos possam participar e debater, haverá uma série de grupos de debates tanto no campo da política



trabalhista do Ministério do Trabalho quanto no resultado das políticas de reinserção social e de apoio da família.

Era isso que eu tinha a dizer. Muito obrigado. Foi um prazer falar com V.Exa., Deputado, em nome da Comissão, e com todos os Deputados que foram nos visitar. Nós estamos à disposição para responder a tudo o que for preciso. Se tiverem ficado dúvidas, nós estamos à disposição para esclarecê-las.

A SRA. PRESIDENTA (Deputada Erika Kokay) - Bom, eu queria agradecer. Parece que o Dr. Rafael se sente contemplado com a fala do Dr. Leandro.

Eu queria dizer que esses são os desafios que estão postos. É óbvio que nós temos uma política encarceradora, um fundamentalismo punitivo. Todo fundamentalismo tem um viés autoritário muito grande, porque não permite o contraponto.

Há um fundamentalismo punitivo que se expressa aqui: grande parte das matérias que foram aprovadas nesta Casa são matérias de recrudescimento penal, de agravamento de penas. E, obviamente, o sistema prisional, ao que tudo indica, em 2020 terá 1 milhão de presos. Vocês têm a perspectiva de zerar o déficit, a demanda reprimida. A Bahia também tem a possibilidade de acabar com a demanda reprimida. Mas, com esse nível de encarceramento e sem cuidar das causas levam à vida infracional, que estão muito associadas ao consumo, ao patrimônio — na verdade, o conflito com a lei se caracteriza, no início da vida delituosa, ou infracional, para os adolescente, por crime contra o patrimônio, via de regra: grande parte para a compra de drogas e uma parte substancial para a compra de objetos de consumo numa sociedade que estimula e nega o consumo como parte do seu próprio cotidiano.

Nesse quadro, é muito importante que nós possamos ter atendimento para a drogadição. Isso tem que ser feito. Eu vou sugerir que, no relatório, particularmente na sub-relatoria de saúde, nós pensemos num plano não só para a saúde, mas num plano efetivo do ponto de vista de políticas públicas que têm que estar enganchadas umas nas outras, que têm que ser tecidas de forma inter-relacional. Mas é preciso haver programas para a drogadição.

Muitas vezes a falta de condição... Em determinado momento, eu escutei um agente dizer o seguinte: *“A senhora me diga quando é que vão instalar esses*



scanners, porque, se não entrar droga no presídio, a cadeia vira". Então, vejam: entrar droga no presídio, pela fala desse agente, passa a ser parte da condição de se manter a estabilidade dentro da própria instituição.

Então, vejam, é muito importante, porque, se não há estrutura para tratamentos, para o período de abstinência... Enfim, é preciso que nós pensemos nisso, porque a variável da drogadição é uma variável permanente, bem pontuada, bem nítida no conflito com a lei.

Portanto, são todos esses os desafios, além das questões da política de atenção à saúde, pois o nível de pessoas que são infectadas, acometidas por tuberculose, por HIV é muito grande. Há também muito problema de pele, muitas afecções respiratórias, porque não há circulação de ar, ventilação ou iluminação natural. O banho de sol, em grande medida, é restrito, porque há dificuldades, há briga de gangues.

Então, há as peculiaridades de cada uma dessas instituições, onde há uma restrição inclusive do próprio banho de sol e, por isso, há condições insalubres. As condições dentro dos presídios — é óbvio que há exceções e diferenciações entre um presídio e outro —, via de regra, são insalubres.

Não há atividades laborais, que, mesmo sendo importantes, são diminutas. Muitas vezes, a educação é considerada um prêmio — comporte-se bem que eu lhe possibilito frequentar a escola —, e não um direito. E a educação é um direito! As pessoas, a sociedade, via de regra, dizem que os presos têm que trabalhar. O que mais o preso quer, penso eu, é trabalhar, porque, assim, há remição da sua pena, porque ele tem uma pequena renda que pode disponibilizar para a família, porque ele se ocupa com alguma coisa.

Mas é preciso — nós fizemos esta discussão aqui nesta Comissão na audiência passada — que nós tenhamos um plano que esteja inserido no plano de geração de renda do Município ou do Estado. Ou seja, nós não podemos dar um trabalho qualquer para o preso, como, por exemplo, limpar quentinhas — aqui em Brasília, ele limpa quentinhas. Seguramente, quando sair do sistema, ele não vai ser empregado para limpar quentinhas. Não vai. Mas ele limpa quentinhas. Só limpa quentinhas.



O que eu quero dizer com isso é que é preciso construir uma política que seja o somatório do conjunto das políticas, mas ela tem que estar inserida na política do próprio Estado. Ou seja, a educação dentro do presídio tem que ser a educação da Secretaria da Educação. Ela não pode ser a educação conveniada ou determinada pela própria segurança, porque, se ficar ao sabor da política de segurança, ela vai ter interregno, não vai ter continuidade.

Portanto, são esses os desafios que estão postos. Esta é uma CPI que, em grande medida, é propositiva. Ela não foi criada para apurar um evento ou um fato específico, embora tenhamos vários fatos específicos que exigem apuração. Ela é uma CPI propositiva. Eu penso que é um momento importante para que tenhamos visibilidade.

Lembro muito Foucault, quando ele diz que o problema não é só que o presídio não recupera; é que ele não é feito para recuperar; ele é uma apartação, ele vem de uma grande lógica higienista e, em grande medida, uma lógica de vingança também, uma construção vingativa contra a pessoa. Todos nós sabemos que presídio não recupera, mas há tentativa sempre.

Alguns mandatos desta Casa se alimentam do medo, se alimentam também da vingança e do ódio para poderem existir. Então, trabalham sempre na perspectiva de encarcerar e encarcerar. Vão encarcerando, e as pessoas vão entrando em contato com o crime organizado ou, ao mesmo tempo, se aprofundando no conflito com a lei. Como o senhor disse, muitas vezes a pessoa é um usuário, tem uma síndrome de drogadição, precisa ser tratada e sai de uma instituição prisional como traficante. Aliás, a fronteira é muito tênue.

Há, ainda, o poder discricionário do juiz. Isso também reforça os estigmas. Eu precisava fazer um levantamento de quantos foram considerados usuários e quantos foram considerados traficantes. Seguramente, os estigmas de exclusão da nossa sociedade — que ainda não fez o luto da escravidão, entre outros lutos que precisam ser feitos — vão apontar que nós temos determinado perfil que é mais considerado como traficante do que outro perfil. Um jovem de classe média branco seguramente tem mais chance de ser considerado usuário do que de ser considerado traficante pelo juiz, que tem o poder discricionário, porque a nossa



legislação não estabelece condições objetivas. Ou seja, fica ao poder discricionário do próprio juiz essa diferença entre o que é traficante e o que é usuário.

Enfim, eu quero agradecer à Dra. Rita de Cássia, ao Dr. Leandro, ao Dr. Rafael, ao Dr. Dirceu e ao Dr. Marden a oportunidade de tê-los aqui no dia de hoje para fazermos esse recorte, que tem um perfil epidemiológico bem próprio do sistema prisional, que tem que ser considerado.

Além disso, há as questões das urgências e das emergências, em que há uma lacuna que, muitas vezes, é a diferença entre a vida e a morte. Há problemas de escolta, enfim. Para se internar um apenado ou um interno na unidade de saúde, vão ser disponibilizados alguns agentes, que vão ficar à disposição, em um quadro de deficiência de agentes.

A minha grande dúvida é quanto ao crescimento — esta é uma percepção e, como toda percepção, ela pode estar equivocada — de uma construção dentro desta Comissão de apresentar como saída não o repensar a política a partir da lógica do Estado, mas a privatização do próprio sistema. Eu penso, muitas vezes, que reduzir a maioria penal e ter esse volume de meninos que passarão a fazer parte do sistema prisional, que já está com um déficit de mais de 260 mil vagas, significa empurrar para uma solução mais imediatista — como têm sido as soluções apresentadas, via de regra, por esta Casa —, que seria a privatização do sistema.

Uma das primeiras audiências públicas feitas nesta CPI foi sobre experiências do sistema privatizado. E essa ideia cresce, porque você leva à falência as perspectivas do Estado e se aprofunda no caos, para justificar a privatização como saída ou para ter elementos que a justifiquem. (*Palmas.*) Então, há o risco, nós sabemos disso, de que seja pontuada essa perspectiva.

Não conheço o relatório, mas essas experiências podem ser generalizadas. E aí surge uma série de outros problemas, porque você inclui a variável do próprio lucro. Aí vai haver o lucro real. Não é o lucro político, não é o lucro eleitoral, mas o lucro venal de uma política de encarceramento do nosso sistema, que já está esgotado.

Feitos esses esclarecimentos, lembro que o relatório já foi apresentado e está em vista coletiva. Nós entraremos em recesso, mas no dia 4 de agosto será realizada a próxima reunião ordinária.



Não havendo mais nenhum assunto a ser tratado, encerro esta reunião de audiência pública e convoco os Deputados e Deputadas para reunião no dia 4 de agosto, às 14h30min, num plenário que será posteriormente informado. Na ocasião, faremos a discussão e votação do relatório. Pode ser que a votação não se dê no mesmo dia. Vai depender da dinâmica da Ordem do Dia.

Portanto, esta é a nossa última reunião antes da discussão do relatório, já na perspectiva de encerramento desta CPI, que deveria ter sido prorrogada, para que se pudesse pegar todas as experiências. Enfim, esses são os prazos que foram estabelecidos e, em grande medida, o seu ritmo foi determinado pela própria Presidência da Casa.

Eu convoco, então, reunião para o próximo dia 4 de agosto, às 14h30min, em plenário a ser informado, para discussão e deliberação do relatório já ofertado pelo relator desta Comissão Parlamentar de Inquérito.

Feito isso e reafirmados os agradecimentos a todos e a todas que compuseram esta mesa de debates, declaro encerrada a presente reunião de audiência pública.