

NOTA Nº 12/2020/GTEC/CG-CFP
PROCESSO Nº 576600005.000213/2020-14
INTERESSADO: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA

NOTA DE POSICIONAMENTO DO CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA SOBRE EXTINÇÃO DA PSICOLOGIA E OUTRAS ÁREAS DA SAÚDE MENTAL PREVISTAS NA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE NO SISTEMA PRISIONAL - PNAISP

Em setembro de 2020, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) convocou os gestores estaduais das pastas de saúde prisional para discutir, junto ao Ministério da Saúde, uma atualização da Portaria MS nº 482/2014, que operacionaliza a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP). Nessa reunião, o Ministério da Saúde anunciou que pretende reduzir a composição e os tipos de equipes de saúde e aumentar o número de pessoas atendidas por cada uma.

Resumidamente, o Ministério da Saúde apresentou uma mudança que retira das Equipes de Atenção Básica Prisionais (EABPs) da PNAISP todos os componentes de atenção em saúde mental, além dos seguintes profissionais: Assistente Social, Psicólogo, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Nutricionista e Psiquiatra ou Médico com experiência em saúde mental. Concomitantemente, as equipes deixariam de ter entre 5 a 11 profissionais e passariam a ser formadas por apenas 5 a 6 profissionais.

Outra mudança consiste na quantidade de pessoas atendidas por equipe: enquanto atualmente as equipes com 5 a 8 profissionais atendem até 100 pessoas, com a mudança planejada passariam a atender até 2.700 pessoas. Da mesma forma, as equipes atualmente formadas por 8 a 11 profissionais, que atendem no máximo 1200 pessoas, passariam a ser compostas por 6 profissionais para atender o mesmo quantitativo de 2.700 pessoas. O aumento no volume de atendimentos seria operacionalizado mediante aumento da carga horária das Equipes de Atenção Básica I e II: de 6h semanais para atender 100 pessoas e de 20h semanais para atender 500 pessoas, respectivamente. Ambas passariam a atender 30h semanais. Embora se mantenha o tempo de atendimento para as EABPs III, estas que hoje atendem até 1200 pessoas, também passariam a atender até 2.700 pessoas nessas mesmas 30h semanais, porém com uma equipe reduzida até aproximadamente pela metade.

Cabe salientar que a capacidade de atendimento em uma equipe de saúde prisional é afetada por aspectos do funcionamento carcerário (tais como a necessidade de escolta e a prevalência maior de vários agravos em comparação aos territórios de pessoas não aprisionadas), o que diminui a quantidade de pessoas que cada profissional consegue atender por hora, ao passo que aumenta a quantidade de atendimentos necessários para cada pessoa privada de liberdade.

Também é válido destacar que a atual composição das equipes da PNAISP está em acordo com a Resolução nº 1/2012 do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP), a qual reconhece “as visíveis barreiras e dificuldades que encontra o sistema penitenciário brasileiro para viabilizar o acesso do preso às unidades de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, principalmente no que se refere à deficiente estrutura de escolta e transporte”. Vale ressaltar que estas dificuldades são agravadas em relação aos serviços que prestam atendimento em saúde mental. Por esse motivo, embora exista uma Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas com seus próprios estabelecimentos e equipes, a PNAISP foi configurada de modo a contemplar esta área de atendimento. Acrescenta-se que o aprisionamento em si já é um fator de sofrimento psíquico. Esse sofrimento é aumentado pelo déficit de vagas de aproximadamente 160%, de modo que praticamente todas as pessoas privadas de liberdade convivem em situação de superlotação.

Adicionalmente cabe dizer que após a Lei n. 11.343/2006, que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) e define medidas para a prevenção do uso, atenção aos usuários e dependentes e repressão à produção e tráfico, alguns estudiosos (Soares Filho e Bueno, 2016, p. 2014)^[1] alertam para o fato de que tem crescido tanto o indiciamento como o aprisionamento de usuários de drogas, tipificados como traficantes, transferindo ao sistema prisional a atenção à saúde deste público que deveria estar sendo cuidado nos equipamentos territoriais e comunitários.

Sabe-se que não é possível localizar um estabelecimento prisional que não apresente demanda de atendimento em saúde mental. Contudo, o Ministério da Saúde pretende retirar completamente da PNAISP a previsão desse atendimento na atenção básica dentro dos estabelecimentos prisionais. Além disso, o Ministério da Saúde torna, desta forma, mais precário o atendimento prestado no marco da PNAISP ao relegar à condição de opcionais (e somente nas Equipes Ampliadas) profissões tais como a Psicologia e o Serviço Social, com o agravante de que cada equipe poderá contar com apenas um destes profissionais. Isto é, para atender até 2.700 pessoas presas com uma carga horária de 30h a equipe contará com apenas um(a) Psicólogo(a) ou um(a) Assistente Social, e para tanto terá que abrir mão de contar com mais um médico(a), um(a) Farmacêutico(a) ou qualquer outro profissional.

Esta mudança pode ser considerada ilegal por contrariar o art. 15 da Resolução CNPCP, nº 14/1993^[2], que fixa as Regras Mínimas para o Tratamento do Preso no Brasil, de acordo com o qual a assistência à saúde das pessoas presas “compreenderá atendimento médico, psicológico, farmacêutico e odontológico”. Também contraria o art. 2º da Resolução CNPCP, nº 1/09, o qual determina que seja contratado ao menos um Psicólogo e um Assistente Social (dentre outros profissionais) para cada 500 pessoas privadas de liberdade.

Para reforçar a importância desses profissionais, vale mencionar a Nota Técnica nº 23/2020/COS/CGCAP/DIRPP/DEPEN/MJ^[3], publicada pelo Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN) na qual consta que em junho de 2019 havia, no sistema prisional, 1.244 Psicólogos(as), que num período de 06 meses realizaram pelo menos 280.282 atendimentos psicológicos às 750.000 pessoas privadas de liberdade naquele momento.

Com a redução das equipes, o Ministério da Saúde parece pretender um aumento numérico na cobertura mediante a diminuição nas áreas de saúde cobertas (excluindo, por exemplo, o atendimento em saúde mental), acarretando a precarização do atendimento e o adoecimento dos profissionais remanescentes devido o aumento desproporcional da quantidade de pessoas atendidas em relação ao aumento da carga horária, sem responsabilizar-se pelo incremento no subsídio financeiro à PNAISP.

Entendemos que a PNAISP possa ser revista para qualificar o atendimento e intensificar a atenção em saúde mental, e talvez para simplificar o processo de habilitação das equipes, mas não para precarizar ou diminuir o atendimento, sobrecarregar as equipes ou deixar de prestar atenção em saúde mental conforme preconizam os dispositivos analisados, alguns dos quais relacionados a tratados internacionais dos quais o Brasil é signatário.

^[1] <https://www.scielo.br/pdf/csc/v21n7/1413-8123-csc-21-07-2101.pdf>

^[2] <http://www.crpsp.org.br/interjustica/pdfs/regras-minimas-para-tratamento-dos-presos-no-brasil.pdf>

^[3] <https://www.gov.br/depen/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/diversos/O%20acesso%20a%20saude%20no%20Sistema%20Prisional.pdf>

e <https://www.gov.br/depen/pt-br/composicao/dirpp/cgpc/assistencia-a-saude>



Documento assinado eletronicamente por **Ana Sandra Fernandes Arcoverde, Conselheira Presidente**, em 13/11/2020, às 15:11, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.cfp.org.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0259991** e o código CRC **B9222830**.