



Brasília | ano 50 | nº 199
julho/setembro – 2013

A saúde no sistema penitenciário de Porto Alegre

ANDRESSA DE ÁVILA AMORIM
CÁSSIA JULIANA VARGAS DORNELLES
DANI RUDNICKI

Sumário

1. Introdução. 2. Saúde na prisão. 3. Na Penitenciária Feminina Madre Pelletier. 4. No Presídio Central de Porto Alegre. 5. Conclusão.

1. Introdução

O presente artigo tem como objetivo verificar a situação da saúde nas duas principais casas prisionais localizadas na cidade de Porto Alegre: o Presídio Central de Porto Alegre (PCPA) e a Penitenciária Madre Pelletier (PFMP). Ele analisa, pois, o direito à saúde, previsto no art. 6º da Constituição Federal (CF) de 1988, em conjunto com o disposto no art. 196. Assim, aparece este como direito social, “[...] direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (CF, art. 196).

Sobre o tema, manifestou-se o Supremo Tribunal Federal (Recurso Especial nº 267.612/2000):

“O direito público subjetivo à saúde representa prerrogativa jurídica indisponível assegurada à generalidade das pessoas pela própria Constituição da República (art. 196). Traduz bem jurídico constitucionalmente tutelado, por cuja integridade deve velar, de maneira responsável o Poder Público, a quem incumbe formular – e implementar – políticas sociais e econômicas que visem a garantir, aos cidadãos, o acesso universal e igualitário à assistência hospitalar.”

Andressa De Ávila Amorim é advogada.

Cássia Juliana Vargas Dornelles é bacharel em Direito.

Dani Rudnicki é advogado, professor do Centro Universitário Ritter dos Reis e conselheiro do Movimento de Justiça e Direitos Humanos/RS e do Conselho Penitenciário do Rio Grande do Sul.

Regulamentando a questão, no que tange às pessoas privadas de liberdade, no art. 5º, XLIX, da CF, se observa que “é assegurado aos presos o respeito à integridade física e moral” e a Lei de Execução Penal (LEP, Lei nº 7.210/84) garante, nos arts. 11 e 14, assistência à saúde, entre outras.

Todavia, sabe-se que a realidade prisional brasileira é caótica, verdadeira violência praticada pelo Estado contra cidadãos (por todos relatórios e denúncias existentes, cita-se o da CPI do Sistema Penitenciário de 2008).

Portanto, parte-se de hipótese de que a saúde dos presos e presas não possui atendimento adequado. Historicamente, essa ideia sustenta-se, visto que no período colonial brasileiro as prisões e cárceres eram tão somente lugares de detenção para suspeitos que estavam sendo julgados ou que aguardavam execução. Maia (2009, p. 223) declara:

“O sistema prisional na capital do vice-reinado do Brasil era caracterizado pela ausência de acomodações suficientes para o abrigo de tantos detidos, altas taxas de enfermidade e mortalidade devido às precárias condições sanitárias e elevados índices de fuga, dadas as ineficientes estruturas de segurança.”

Não diverso é o ensinamento de Holloway (1997, p. 65):

“O Calabouço [...] Era o único cárcere da cidade [do Rio de Janeiro] construído exclusivamente para escravos [...] As condições sanitárias eram horrorosas, assim como o calor e a fedentina nos compartimentos sem ventilação e a escassa comida que os carcereiros deviam fornecer em troca de taxas cobradas dos senhores. [...] Ao tomar conhecimento da situação do Calabouço em maio de 1831, o novo ministro da Justiça da Regência Provisória ordenou a venda imediata de numerosos escravos, ‘a maior parte de que há anos não apareceram os donos.’”

Ou de Trindade (2011, p. 1075):

“[...] Albuquerque (Presidente da província) visitou a Casa de Prisão com Trabalho para uma inspeção e declarou ter observado ‘o aspecto enfermo dos presos’ dizendo que não podia esperar outra coisa a considerar ‘as péssimas condições higiênicas que assaltam a vista do observador.’”

Trindade (2011, p. 1078) revela ainda que, entre 1861 e 1865, as doenças respiratórias lideravam as listas no sistema prisional, ocasionadas pelo ambiente frio e úmido das celas nas quais a maioria dos presos permanecia em tempo integral.

Na contemporaneidade, esse tipo de doença permanece a mais frequente no sistema. Nogueira e Abrahão (2009), escrevendo sobre os presídios de São Paulo, relatam que a tuberculose continua a manifestar-se como um problema de saúde grave para pessoas que vivem confinadas. No

Rio Grande do Sul, (RIO GRANDE DO SUL, 2006, p. 167), entre 2003 e 2005, aconteceram 469 mortes entre presos, sendo que em torno de 60% tiveram como causa doenças e dentre estas mais de 30% ocorreram por problemas pulmonares.

Deve-se considerar que a Aids, síndrome da imunodeficiência adquirida, com alta incidência no sistema prisional, enfraquece o organismo humano, permitindo o surgimento de doenças oportunistas, como tuberculose e câncer de pele (Sarcoma de Kaposi). Ela teve – e continua a ter – grande impacto no sistema prisional, ensejando, por exemplo, o lançamento nos anos 90 de revistas em quadrinhos nos sistema penitenciário de São Paulo (“O Vira Lata”, de Garfunke e Malavoglia (2012)) e Rio Grande do Sul (“Lampadinha”, de Oliveira e Souza (1991)) inseridas em programas de prevenção.

De outra parte, devemos destacar que o Sistema Único de Saúde, criado pela Constituição Federal de 1988, com o intuito de garantir a universalização dos serviços médicos à população, na prática não consegue atender à demanda, constatando-se má qualidade dos serviços de saúde prestados.

Se essa é realidade para a população livre, não é diversa a situação para os presos, pois a saúde no sistema prisional nunca foi preocupação principal das autoridades da área, no Brasil e em países como a França (VASSEUR, 2000). Ao contrário, a questão da saúde da população carcerária foi e é percebida sob uma ótica reducionista, ou seja, limitada a ações no âmbito de algumas poucas doenças (hoje, a tuberculose e as DSTs/Aids). Mas a questão é muito mais complexa.

Assim, o direito de acesso dos encarcerados à saúde, apesar das garantias da legislação, é constantemente violado. A realidade mostra que os institutos prisionais são espaço de desumanidade e de disseminação de doenças.

Apesar de o Estado ter o dever de estabelecer políticas públicas que garantam acesso à saúde do cidadão e da população carcerária, isso não ocorre, dentro e fora dos muros das prisões.

Para compreender tal quadro, urge saber que desde 1946 a Organização Mundial de Saúde (OMS) declara que “saúde” é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade. Todavia, tal ideia representa ideal impossível, pois é inimaginável uma pessoa em “completo bem-estar físico, mental e social”. Essa é ideia que apresenta o ser humano de forma fantasiosa.

Adaptar tal concepção para a pessoa presa seria ainda mais inviável, pois em qualquer prisão, por mais “perfeita” que seja, existem fatores que impedem um “completo bem-estar físico, mental e social”. Mesmo que se resolvessem questões relativas à superpopulação carcerária e às condições insalubres das instituições, restaria o estresse devido ao encarceramento.

Mas se essa é a questão geral, o objetivo deste artigo é desvelar a realidade do atendimento à saúde nas Casas citadas. Para tanto, este artigo contou com o trabalho dos pesquisadores no sentido de conhecer *in loco* a situação, valendo-se de observação e entrevistas. No campo, houve preocupação em conhecer o local, verificar as instalações e equipamentos, obter informações sobre ações e projetos relacionados à saúde, verificar quais as doenças existentes e tratamentos disponíveis aos detentos e entrevistar a equipe de saúde.

Os onze dias de pesquisa na PFMP e no PCPA aconteceram nos meses de outubro e novembro de 2012. As entrevistas concentram-se nas partes três e quatro deste artigo. A identificação dos informantes resume-se, para preservá-los, em um apontamento sobre sua formação profissional, ou seja, aparecem como “enfermeira” ou “ginecologista”.

Por fim, cabe destacar que as hipóteses iniciais dos trabalhos que resultaram neste artigo indicavam uma situação de caos. Felizmente, a realidade verificada indica um quadro diverso. O percebido foi, em grande parte, surpreendente, e a situação permite imaginar uma realidade futura melhor.

2. Saúde na prisão

Nunes Júnior (2004, p. 78) afirma que o “direito à saúde é pressuposto básico para que haja dignidade humana” e acrescenta:

“O princípio da universalidade aponta que todo ser humano, só por sê-lo, tem direito de acesso ao sistema público de saúde. Tal acesso, contudo, há de se dar em compasso com o princípio republicano, que proíbe tratamento diferenciado aos cidadãos. Só o acesso igualitário assegura a correta distribuição dos recursos públicos na área da saúde, promovendo, portanto, a equidade no sistema” (NUNES JÚNIOR, 2004, p. 79).

Todavia, para além da condição de direito fundamental, não se pode deixar de mencionar que a saúde, é também dever. Essas questões aparecem no artigo 196 da CF, já citado, e nas lições de Sarlet (2001, p. 92):

“[...] impondo ao Estado a realização de políticas públicas que busquem a efetivação deste direito para a população, tornando, para além disso, o particular credor de prestações materiais que dizem com a saúde, tais como atendimento médico e hospitalar, fornecimento de medicamentos, realização de exames, enfim, toda e qualquer prestação indispensável para a realização concreta deste direito à saúde.”

Primordial que se evidencie o fato de o Estado não poder deixar de estender as políticas públicas para cumprimento do dispositivo constitucional à população privada de liberdade, pois não se lhe exclui o direito à saúde. Logo, a partir da análise dos dispositivos da Constituição Federal de 1988, bem como da legislação infraconstitucional (em especial da LEP), afirmamos ser o acesso ao direito à saúde também conferido à população prisional, como forma de implementar e buscar a consolidação dos direitos das pessoas privadas de liberdade, sempre seres humanos.

E pensar sobre a situação da saúde das pessoas encarceradas implica conceituar saúde. Como referido e criticado, existe definição exarada pela OMS. Cabe ampliar a crítica destacando, com Mateus (2008, p. 66), que:

“[...] para além da assistência médica, há também de se observar outros elementos essenciais à efetiva proteção e promoção da saúde humana, aspectos esses que abrangem a questão da renda (já que a pobreza é a

maior ameaça à saúde), alimentação, habitação, educação, meio ambiente ecologicamente equilibrado, tecnologia, dentre tantos outros [...]”

Logo, quando se fala de saúde, há de se reportar igualmente a qualidade de vida e, confirmando com Segre e Ferraz (1997), entender que a definição da OMS, apesar de estar à frente do tempo, é irreal e ultrapassada. Afinal, ela significa pensar uma situação que impossível, pessoas irreais, livres de doenças, vivendo em “completo bem-estar físico, mental e social”. Algo improvável, para quem quer que seja.

Assim, a questão é, na realidade, o acesso à saúde, ao atendimento médico. Quais as condições postas para o atendimento dos presos no PCPA e na Madre Pelletier? Está ele em consonância com os direitos humanos? Está ele em consonância com a realidade do País?

Pesquisa sobre decisões proferidas pelos tribunais leva a compreender um pouco a realidade quando da aplicação a casos concretos:

“EXECUÇÃO. CONDENADO COM GRAVE ENFERMIDADE. PRISÃO DOMICILIAR. REGIME FECHADO. POSSIBILIDADE. [...] Não é preciso ser médico para se constatar que a obstrução pulmonar crônica e infecção respiratória exigem local apropriado e isento de insalubridade. Sem dúvida, não é essa a realidade de nenhum dos nossos presídios. Por outro lado, o estado de desnutrição severa se atesta pelo peso atual do recorrente. Um homem adulto com peso de uma criança de 10 anos. Some-se a isso sua idade – 67 anos... [...] Precisando de cuidados especiais, é ele cuidado por outros presos! O que se revela aí é a ausência do Estado, que não tem condições de prestar-lhe a devida assistência. DECISÃO: Embargos infringentes acolhidos. Por maioria” (Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, embargos infringentes nº 70040658338/2011).

No mesmo sentido:

“Execução penal. Apenado portador de moléstia que exige acompanhamento e tratamento médico especializado. Assistência à saúde prevista no art. 14 da LEP descumprida, em razão da superlotação e precárias condições de higiene e salubridade do setor da Penitenciária Industrial de Caxias do Sul destinado aos presos em regime aberto e semi-aberto. Risco à saúde e à própria vida do apenado. Possibilidade de prisão domiciliar. Precedentes do STJ. Agravo ministerial improvido. Unânime” (Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, agravo nº 70016383648/2007).

Essa perspectiva de proteção do preso, encontra fundamento na ordem pátria e internacional. Em “As Regras Mínimas da ONU para o Tratamento de Prisioneiros”, (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, [19--]) assegura-se, entre outros, o direito a instalações limpas, adequadas, higiênicas, arejadas, salubres, a uma boa alimentação e a manuten-

ção da higiene pessoal do preso. Essas Regras foram internalizadas no País pela Resolução nº 14, do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, que criou as Regras Mínimas do Preso no Brasil e que determina assistência médica, farmacêutica, odontológica e psicológica aos detidos.

No âmbito nacional, além da CF e da LEP, em 2/4/2002, mediante a Portaria nº 628 (BRASIL, 2002), os ministros de Estado da Saúde e da Justiça estabeleceram um Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), visando a melhorias nas condições de saúde da população carcerária feminina e masculina do Brasil. Esse Plano foi alterado por meio da Portaria 1.777, de 9/9/2003, que prevê a inclusão da população carcerária no atendimento oferecido pelo Sistema Único de Saúde.

Outras duas resoluções do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária têm foco na preservação da saúde dos internos em estabelecimentos prisionais. A primeira é a nº 7, de 25/3/2003, alterada pela Resolução nº 6, de 9/5/2006, que estabelece Diretrizes Básicas para as Ações de Saúde nos Sistemas Penitenciários, propondo adoção de medidas para prevenção e controle de doenças (tuberculose, DSTs/Aids, hanseníase, hipertensão arterial e diabetes, saúde mental e bucal). A segunda, de nº 2, de 8/5/2008, propõe diretrizes básicas para a condução de presos durante o atendimento à saúde e condições mínimas de segurança para sua realização.

Em palestra na Secretaria de Segurança Pública do Rio Grande do Sul, em 30/1/2013, a psicóloga Renata Maria Dotta Panichi apresentou a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde no Sistema Prisional, que faz parte do programa nacional. Ela explicou que se trata de política integrando União, Estados e Municípios, com aportes financeiros de todos, a fim de garantir unidades SUS em casas prisionais com mais de 100 presos (e aportes financeiros para municípios em que as prisões abriguem um número inferior a este).

Nesse sistema, os presos são atendidos pelo SUS, dentro e fora das prisões, conforme as necessidades e em igualdade com o restante da população. Ou seja, ingressam em filas comuns a todos cidadãos que procuram o sistema público, sem privilégios e sem prejuízos em virtude de sua condição de encarcerados. Destaque-se que essa política se restringe ao regime fechado, pois há o entendimento de que presos no semiaberto e aberto podem alcançar a rede SUS sem dificuldades (o que não é necessariamente verdadeiro e, portanto, enseja discussões).

Na palestra, foram apresentados dados mostrando o crescimento do atendimento no sistema prisional gaúcho: de oito equipes de saúde habilitadas no período 2007/2010 chegou-se a vinte entre 2011 e 2012, e

os incentivos para financiá-las aumentaram de 370 mil reais no primeiro período para mais de 3,437 milhões de reais no segundo.

No encontro, de que participaram psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas e técnicos que atuam no sistema gaúcho, as maiores preocupações versaram sobre a hepatite. Apontou-se ainda a drogadição como o grande problema de saúde pública a ser enfrentado.

O juiz da Vara das Execuções Criminais e Fiscalização dos Presídios, Sidinei Brzuska (2012), afirma que as mortes ocorridas no sistema prisional da região metropolitana, decorrem, na grande maioria, de doenças respiratórias ou oportunistas, de causas tratáveis:

“Referente a 250 óbitos, a maioria morre de tuberculose, pneumonia e broncopneumonia, somando da mais de 100%, pois o atestado de óbito normalmente aponta mais de uma causa da morte. O preso morre do que, basicamente? De doenças respiratórias. 76% morre de doença. 72% morre antes dos 40 anos. 88% dos presos morrem antes dos 50 anos, de doenças de causas tratáveis. Se pesquisar na história, talvez encontrasse, na sociedade, fora da cadeia, em 1400, 1550, onde as pessoas morriam nesta idade. Se transpor este dado para a população não carcerária, se resolvem dois problemas, o da superpopulação mundial e o da fome. Imagina que 88 de 100 pessoas morressem antes dos 50 anos, de causas tratáveis.”

Cabe destacar que hoje o atendimento à saúde, tanto na Penitenciária Feminina Madre Pelletier, quanto no Presídio Central de Porto Alegre, acontece dentro do Plano Nacional de Saúde no Sistema Prisional, desenvolvido por Estados, Municípios e União. No Rio Grande do Sul, o gerenciamento do protocolo é da Superintendência dos Serviços Penitenciários (Susepe) e prevê uma política de atenção integral à saúde prisional.

3. Na Penitenciária Feminina Madre Pelletier

Inaugurada em 1949, a PFMP era, até abril de 2011 (quando passou a funcionar também a Penitenciária Feminina de Guaíba), a única do estado do Rio Grande do Sul que abrigava, exclusivamente, mulheres. Foram religiosas da Congregação Nossa Senhora da Caridade do Bom Pastor D'Angeles que, a partir de 1936, a pedido do governador Flores da Cunha, assumiram o trabalho de propor “recuperação” para mulheres e adolescentes infratoras na cidade de Porto Alegre.

Na CPI do Sistema do sistema Prisional de 2008, apesar do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário já ter sido criado, foram constatadas irregularidades e descumprimento das leis e normas que tratam da assistência à saúde do preso. É que, nessa Casa, não havia sido implantado o Plano, e, assim, o relator da CPI de 2008 (BRASIL, 2008) denunciava:

“A falta de médicos e a precariedade do atendimento a saúde são constantes: ‘Eu já não agüento mais!’, grita, pela grade, uma senhora. Ela pede socorro e a ajuda dos Deputados da Comissão para conseguir remédios. ‘Eu tenho hepatite. Eu preciso de medicamento. Tô indo já. Tô em fase terminal!’, diz, em tom de desespero.”

Mas o problema é anterior. Schander (2005, p. 85) escreveu:

“Disseram-nos que no momento estavam sem pediatra na penitenciária, ou seja, elas já estão com falta de um médico. Também estão sem ginecologista. E então pensei, a LEP (Lei de Execuções Penais) não está sendo cumprida, elas estão sem atendimento médico. Depois refleti: quantas mulheres que não cometeram crime algum também não tem direito a pediatra para seus filhos e muito menos ginecologista para elas mesmas? [...]”

Relatório apresentado pela ONG Plataforma de Direitos Humanos Econômicos, Sociais, Culturais e Ambientais (DHESCA BRASIL, 2010), quando a Casa era ocupada por 533 detentas, em local preparado para receber 230, relatava dificuldades no setor da atenção à saúde. A Madre Pelletier dispunha tão somente de uma ginecologista (duas vezes por semana) e as condições físicas e sanitárias eram “péssimas”, tendo em vista o lixo encontrado nos corredores. Por fim, denunciava:

“A comissão entrevistou as presas e pôde constatar várias ofensas aos direitos humanos. As detentas relataram que uma das sanções disciplinares adotadas pela administração é o corte no fornecimento de medicamentos antirretrovirais para tratamento da AIDS e medicamentos antidepressivos. As presas da Ala B3 relataram aos integrantes da comissão, que outra punição aplicada é o fechamento do portão que dá acesso aos dois únicos vasos sanitários daquela Ala, que abriga 140 presas, obrigando-as a fazer suas necessidades fisiológicas nas suas próprias celas” (DHESCA BRASIL, 2010).

Gomes (2011) apresentava quadro com melhoras, pois, na época em que esteve nessa prisão, ela contava com a equipe de saúde composta por médicos de diversas especialidades (um cirurgião, um clínico geral, um infectologista e um ginecologista), além de farmacêutico, enfermeira, técnicos de enfermagem e dentista. Essa situação decorre da implantação de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), em março de 2011, resultado da adesão ao PNSSP.

Em 2012, verifica-se que a penitenciária continua a contar com equipe multidisciplinar capaz de atender à integralidade da demanda das (agora) menos de 250 detentas que procuram o tratamento médico, odontológico e psicológico. A UBS funciona doze horas, das sete da manhã às sete da noite e, fora desse horário, as presas são atendidas pelo plantão de hospital conveniado.

Hoje, quando a presa ingressa na Penitenciária, é efetuada uma triagem na qual se verifica se ela apresenta algum problema de saúde; também se realizam exames para diagnosticar Aids, sífilis e gravidez. Se algum resultado for positivo, o tratamento pode começar imediatamente.

Uma ginecologista, que trabalha dentro da PFMP, desde abril de 2010, relata que antes da instalação da UBS, não existiam serviços de enfermagem, nem controle das medicações por farmacêutico. Apenas ela e um clínico geral faziam atendimento para todas as detentas (na época 550). Assim, houve melhora substancial na Casa com a instalação da Unidade e o oferecimento de atenção adequada às detentas.

Ela acrescenta que a maioria dos casos diagnosticados referem-se a doenças infecciosas e parasitárias, de cunho agudo, não tanto crônicas e degenerativas.

“[...] tu centrar no acolhimento, no ouvir o paciente e saber contemplar aquilo que o paciente vem buscar, aquilo que a detenta precisa; isso faz parte da saúde dela, integral. Grande parte das doenças são psicossomáticas, a gente sabe disso, elas se criam a partir de um núcleo que tu vives em que tu não tem saúde física, emocional, mental adequados. Então esse acolhimento, essa recepção que nós temos tão bem feita por essas técnicas, atualmente nós temos três técnicas, também que vieram do [Hospital] Vila Nova, também faz um diferencial muito grande no atendimento dessas mulheres” (Ginecologista).

Diz ainda:

“Acredito que nós temos muito o que melhorar porque o problema é muito grande, e as doenças que nós temos e as mulheres que nós temos aqui dentro precisam ser tratadas de uma outra forma, e essa forma muitas vezes ela tem que ser atingida através de muito diálogo, do olho no olho, de tu chegar no coração dessas mulheres. São mulheres que vêm de outro mundo, de outro tipo de sociedade e que se tu não entrar naquela linguagem delas, no entendimento do que significa pra elas estarem aqui e a possibilidade que elas têm de resgatarem tudo aquilo que elas acham que precisam resgatar. [...]”

Segundo a equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde da PFMP, os tratamentos mais frequentes realizados dentro da penitenciária são dirigidos à hipertensão, diabetes, distúrbios psiquiátricos, pré-natal e HIV. O infectologista da UBS atende, atualmente, a dez pacientes portadoras de HIV e três com tuberculose diagnosticada. Uma enfermeira diz que o atendimento é de excelência:

“[...] elas reconhecem que tem medicação, que tem infectologista para tratar HIV aqui dentro, coisa que em liberdade quem tem HIV não consegue fazer uma coleta de CD4 e carga viral de 6 em 6 meses, aqui

é preconizado fazer de 3 em 3 meses e a gente faz acompanhamento. Para antirretrovirais, também não precisa entrar na fila de espera [...] E, mensalmente, fazendo consulta de enfermagem, acompanhamento, nutricionista elas têm acompanhamento, então elas mesmas reconhecem isto e deixam isto bem claro, do acesso, das consultas clínicas.”

Na área odontológica, o profissional indica uma média de 130 atendimentos ao mês (ou seja, a cada dois meses podem ser atendidas todas as presas).

Questionados sobre se a UBS oferece condições de trabalho adequadas, todos profissionais entrevistados responderam que sim – para realizar o atendimento básico, de atenção primária, bem como trabalhos de caráter preventivos com as detentas. Uma enfermeira destaca a existência de presas promotoras de saúde, promovendo trabalho de prevenção junto às demais e a ginecologista menciona que, com a implantação da UBS, deu-se prioridade à prevenção.

A dificuldade encontrada refere-se às especialidades médicas, tanto para internamento quanto para consultas. Os informantes destacam que o problema geral (a disponibilidade de atendimento pelo sistema municipal, com agendamento e espera) agrava-se pelo fato de necessitar apoio de outras equipes (escolta, em especial) e que, por vezes, ela não está disponível, necessitando refazer o esforço e obrigando a nova espera, o que gera indignação das presas.

Dessa forma, pode-se dizer que, na contemporaneidade, a situação do atendimento à saúde, no Presídio Feminino Madre Pelletier, foge ao (baixo) padrão de outras casas prisionais, sendo mesmo referência no atendimento de saúde às mulheres privadas de liberdade. Isso decorre da implantação da Unidade Básica de Saúde dentro da unidade prisional e do fim da superlotação.

4. No Presídio Central de Porto Alegre

O PCPA existe desde 1959 e foi construído para albergar 700 presos. Depois da implosão do Complexo do Carandiru (em dezembro de 2002), tornou-se o maior do Brasil e, em 2008, em virtude da superlotação e do (péssimo) estado de conservação, foi considerado um dos piores do País pela CPI do Sistema Penitenciário (BRASIL, 2008, p. 471). Em 2011, com uma capacidade de engenharia de 1.986 presos, chegou a receber 5.300 homens; hoje, por força de ordem judicial, não abriga mais do que 4.650.

O relatório final da CPI de 2008 (BRASIL, 2008) destaca que a assistência à saúde no PCPA não era prioridade, afirmando que apenas um médico cuidava dos detentos e que 123 estavam afetados pela Aids e 56, por tuberculose.

A partir de 2009, o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, representado por Fernando Braga Viggiano e Milton Jordão de Freitas Pinheiro Gomes, realizou duas visitas ao PCPA. Na primeira, verificou que estão trabalhando dois médicos, um enfermeiro, cinco auxiliares de enfermagem, nove psicólogos, dois dentistas, duas nutricionistas, uma tecnóloga em radiologia e um farmacêutico.

O relatório apontou a existência de um programa para diagnosticar pessoas com tuberculose, HIV e hepatite (em média, 2 mil presos por mês) e informou que preservativos eram distribuídos diariamente aos detentos (VIGGIANO; GOMES, 2012)¹.

Em 2012, em nova inspeção, constataram que o programa para diagnóstico de tuberculose, HIV e hepatite deixara de ser realizado na intensidade antes verificada (estando restrita a cerca de 500 pessoas por mês). Destaque-se que o Conselho verificou que, em 2009, havia 97 presos portadores de HIV e, no ano de 2012, 72 presos; no que tange à tuberculose, em 2009, eram 60 presos e, em 2012, 105.

Dados colhidos *in loco*, registrados em relatório anual que a administração do ambulatório elabora, referente aos meses de janeiro a setembro de 2012, indicam que 4.080 passaram pelo projeto “Porta de Entrada” (no qual se realiza triagem a partir de informações fornecidas pelos presos e de um exame de raios-X e oferece a realização de exame para detecção de HIV e coleta de material para verificação de contágio por tuberculose).

Deve-se apontar que, antes do projeto “Porta de Entrada”, durante seis meses, a partir de 2009, existiu o projeto “Busca Ativa”. Ele propiciou a avaliação de 1.917 presos com relação à tuberculose. Um ano depois, porém, esse projeto foi finalizado por falta de recursos, insumos e material, sendo substituído pelo atual, que, diferentemente, atende aos ingressantes, mas não aos que já se encontram na Casa.

Os dados indicam também que o número de presos com HIV diagnosticados é de 553; todavia, são 626 a receberem tratamento antirretroviral, tratamento que pode, ou não, ser indicado para portadores do vírus da Aids, dependendo da situação clínica da pessoa. No que toca à tuberculose, foram realizadas 590 consultas e são 805 os que recebem ou receberam tratamento. O número de diagnosticados com hepatite “C” alcança 312 detentos.

Junto com a implementação desses projetos surge a parte mais moderna e destacada do ambulatório do PCPA: o laboratório de diagnóstico de tuberculose e HIV, implantado no interior do presídio, em 2010. No espaço que ocupa, o piso é novo e existe ótima iluminação, além de refrigeração; ele conta com cabine de segurança biológica para a análise e

¹ Rudnicki (2012) confirma a realidade dessa distribuição.

a manipulação das lâminas e culturas extraídas do exame de baciloscopia, três geladeiras, duas estufas para cultura do bacilo da tuberculose, entre outros equipamentos. Uma biomédica, que trabalha no local, destaca a excelência do laboratório, frisando que muitas cidades não possuem tal estrutura; ele atende ao PCPA e a mais 11 prisões gaúchas.

Em 2012, entre 20 e 30 pacientes, em tratamento de HIV e tuberculose, recebem medicamentos de forma assistida; ou seja, no próprio ambulatório, quer por possuírem histórico de abandono do tratamento, por falta de condições para se medicarem, quer por serem portadores da chamada tuberculose multidroga resistente, doença severa que impõe cuidados mais estritos.

Nesse período (janeiro a setembro de 2012), o relatório aponta que atendimentos ambulatoriais (como curativos, retirada de pontos, aplicação de insulina, entrega de medicação e outros procedimentos) totalizam 44.805 casos e os atendimentos médicos realizados no ambulatório alcançam 8.398 ocorrências. O PCPA garantiu ainda contato para a realização de 1.329 consultas com médicos especialistas vinculados ao SUS.

O número de presos encaminhados para o atendimento psiquiátrico alcançou 1.140 pessoas e 30 utilizam medicamentos controlados, recebendo a medicação de forma assistida no ambulatório.

O farmacêutico também relata casos de distribuição, de dez em dez dias, de medicamentos controlados. Essa medida é tomada para evitar que os detentos a percam, ou utilizem como elementos facilitadores de condutas suicidas, ou ainda evitar sua venda. A venda de medicamentos foi abordada também por outro informante, que relata presos chegando e apontando sintomas, diagnóstico e tratamento; ele lamenta, pois sabe que eles buscam remédios

para serem negociados dentro das galerias e nada pode fazer.

No PCPA, foram realizados no período 6.737 exames de Raios-X. Houve necessidade de encaminhar, nesses nove meses, 426 presos para internação hospitalar. A farmácia do PCPA atendeu a 49.506 requisições. O relatório aponta ainda 1.629 atendimentos odontológicos e 494 presos recebendo acompanhamento nutricional.

Os informantes apontam, como principais doenças encontradas no PCPA, as respiratórias, as dermatológicas e as mentais (dentre elas depressão, bipolaridade, esquizofrenia, crise de ansiedade e síndrome do pânico). Uma enfermeira considera que, dentro das possibilidades, a higiene do ambulatório é mantida e as condições de trabalho são favoráveis. Ela explica que, durante a noite, o ambulatório conta com o trabalho de duas técnicas em enfermagem (não há médicos à noite e nos finais de semana e, quando necessário, o detento é encaminhado a um hospital).

Atuam hoje, no PCPA, uma equipe composta por oito médicos (um com formação em psiquiatria), três enfermeiras, duas técnicas em radiologia e 13 técnicos em enfermagem, duas nutricionistas, uma biomédica, um farmacêutico e três dentistas; esse grupo pertence ao quadro da Susepe e do hospital conveniado. A equipe é complementada por oito policiais militares (sendo quatro técnicos em enfermagem) e cinco presos (três trabalhando como escrivães e dois na limpeza). Não compõem a equipe, mas atendem no presídio, três psicólogas vinculadas à Susepe.

Um sargento, que trabalha no setor de atendimento odontológico, declara que este acontece de forma eficaz, de acordo com a necessidade dos apenados; não existe, porém, assistência preventiva. Uma dentista revela que a causa dos problemas com saúde bucal originam-se no

desconhecimento da importância da higiene bucal e revela ser a perda dentária, consequência do uso exacerbado de drogas, um grave problema. Ela aponta como causa da situação a baixa renda dos detentos, cuja consequência é a falta de hábito para procurar um profissional da área.

Uma questão controversa refere-se a óbitos no sistema penitenciário. Na representação encaminhada, em 2013, pela Associação dos Juizes do Rio Grande do Sul e outras entidades à Corte Interamericana de Direitos Humanos, advoga-se a causa (já levantada pelo juiz de execução criminal Sidinei Brzuska) de que as brigas nas prisões são resolvidas externamente, aumentando a taxa de homicídios. Além disso, repete-se a acusação do juiz, que declara ter a administração prisional evitado que presos morram na instituição, fazendo com que eles, quando em estado grave, sejam levados a hospitais, onde falecem.

Se, no resultado, assiste razão ao juiz, são raros os óbitos no interior do PCPA. E, quando acontecem, estão envoltos em mistério. Um informante, oficial da Brigada Militar, perguntado a respeito, declarou que não houve nenhum em 2011 e 2012; relatando que só há dados de dois óbitos fora do PCPA de presos que se encontravam, sob custódia, em hospital. Todavia, oficial de patente superior, menciona a uma morte por *overdose* e destaca ser impossível definir se acidental ou provocada – ou seja, se acidente, suicídio ou homicídio.

O relatório do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária de 2012, a partir de dados fornecidos por diretor técnico de hospital conveniado, registra a morte de 56 presos do PCPA por questões relacionadas à saúde, detalhando que foram 26 óbitos em 2010; cinco em 2011 e um em 2012 (considere-se que a soma dos três anos indica tão somente 32 mortes; essa discrepância está no relatório) (VIGGIANO; GOMES, 2012)².

Assim, em geral, os informantes opinam de forma positiva sobre a assistência à saúde existente hoje dentro do PCPA. Eles destacam que ela melhorou muito nos últimos anos e que os presos recebem mais atenção ali do que se em liberdade, sendo atendidos em outras unidades.

Um antigo diretor do PCPA, tenente-coronel que trabalhou na força tarefa de Brigada Militar na década de 90 e dirigiu a Casa entre 2011 e 2012, compara os tempos, dizendo:

“A convivência interna é melhor, tanto servidores como presos, as rotinas os serviços de saúde é muito melhor, a higiene do local é muito melhor,

² Outra questão polêmica refere-se à alimentação dos presos do PCPA; e ela é fundamental para garantir sua saúde. A CPI de 2008 declarou-a de péssima qualidade, insalubre. Rudnicki (2011) percebeu problemas nela; todavia, considerou-a nutritiva o suficiente para declará-la conforme os direitos humanos.

a forma como as relações na administração se estabelecem são muito melhores, houve uma evolução do trabalho nesses onze anos [...].”

Todavia, os informantes percebem ainda a existência de problemas, com relação às condições de frio no inverno e calor no verão, além da limpeza. Um destaca que o lixo é um dos maiores problemas no PCPA e interfere diretamente nos tratamentos prestados.

A respeito, sabe-se que ele é recolhido todas as noites e que a sua produção supera a capacidade de limpeza. Uma das razões relaciona-se a estratégia dos presos, pois como a prisão está próxima de residências e de ruas, os internos jogam lixo para fora das celas e pessoas em liberdade jogam objetos (celulares, drogas ilícitas) que se confundem com este. Em uma ocasião, foi apreendido um rato de plástico, em cujo interior estava um celular; a ideia era fazer os vigilantes pensarem se tratar de apenas mais um rato morto.

Um projeto que os informantes apontam como de destaque na área chama-se “Desintoxicação”. Em execução desde o ano de 2011, trata-se de convênio com hospital da rede pública que disponibiliza 18 leitos para tratamento de dependência química. Assim, os presos são levados ao hospital e lá permanecem por 21 dias e depois continuam o tratamento com supervisão de psicólogos e psiquiatra em uma galeria específica no presídio – a fim de evitar contato com outros setores, nos quais o uso de drogas, lícitas e ilícitas é frequente.

Deve-se destacar, porém, que esse modelo de tratamento sofre críticas de profissionais da área da saúde da própria Susepe; para eles, trata-se de modelo antigo, isolacionista e pouco eficaz em relação a recaídas. Mesmo os críticos, todavia, apontam a iniciativa como positiva, por significar uma ação em relação a um problema grave.

5. Conclusão

As hipóteses iniciais de qualquer pesquisa que pensa o sistema penitenciário, a partir das ideias propagadas pelo senso comum e/ou pela mídia, indicam que o sistema prisional vive no caos. Alguns elementos históricos também levam a pensar nessa perspectiva. Assim, mesmo que as prisões tenham uma história recente, de não mais do que 200 anos, seus problemas são recorrentes e pouco se transformam. Com a saúde isso se repete. Desde há muito, doenças respiratórias revelam-se as mais frequentes.

Além, disso, o ambiente carcerário reflete a sociedade na qual se insere, pois o fato de ser uma instituição total não significa que seja uma instituição isolada. Assim, o surgimento da Aids, na década de 1980, faz com que a questão da saúde (e cultura) prisional sofra, também, alterações.

Relevante igualmente para a saúde prisional é a criação, por determinação da Constituição Federal de 1988, do Sistema Único de Saúde. Porém, há dificuldades, pois, apesar da obrigação de o Estado garantir serviços de saúde, e de toda legislação pertinente, isso não acontece, de forma plena, dentro e fora dos muros das prisões.

As semelhanças entre a situação das pessoas diferenciam-se quando se sabe que os prisioneiros vivem, em seu cotidiano, uma realidade peculiar. O tempo na prisão tem características próprias; o dia a dia permite pensar mais por conta da ociosidade. Assim, cresce a incidência de estresse por conta da superlotação e das condições de vida adversas.

Nas prisões gaúchas, a realidade é a mesma e a cidade de Porto Alegre – onde se localizam dois presídios, um para público feminino e outro para masculino, tampouco é exceção. A CPI do Sistema Carcerário de 2008 criticou os dois presídios, mas há mudanças desde então. A Penitenciária Feminina Madre Pelletier teve sua população diminuída e, com o fim da superlotação, a situação foi amenizada; o Presídio Central de Porto Alegre também teve a população diminuída, mas como permanece sendo um dos maiores do País, a situação mantém-se ruim.

Todavia, quando se analisa a situação do acesso à saúde no sistema prisional, devemos considerar sua integração ao SUS; e é impossível não fazer relações com o Sistema oferecido à população em geral, levando em consideração duas premissas: 1) todos têm direito à saúde e 2) não pode haver distinção entre ninguém. Ou seja, o atendimento às pessoas privadas de liberdade não deve ser nem pior, nem melhor, do que o da população livre. Logo, a primeira consideração a ser levantada é de que houve progressos, conforme se observa na comparação entre relatos antigos e recentes sobre a questão no âmbito prisional.

E isso acontece com a implementação, nas Casas, das Portarias nºs 628/2002 e 1.777/2003, dos ministérios da Saúde e da Justiça. Com as Unidades Básicas de Saúde surgem equipes multidisciplinares nas prisões. Agora as presas na PFMP contam com quatro médicos, além de farmacêutico, enfermeiros, técnicos de enfermagem e dentista; os presos do PCPA, com oito médicos, enfermeiros, técnicos em radiologia e em enfermagem, além de nutricionistas, biomédica, farmacêutico e dentistas. E esses profissionais, informantes nesta pesquisa, opinam de forma positiva sobre a assistência à saúde existente dentro das penitenciárias.

E, considerando-se que ela não merece a atenção devida no País – os relatos sobre descasos e omissões repercutem quase que diariamente na mídia, deve-se pensar sobre o ideal e a realidade: manejar o ideal, buscando compatibilizá-lo com a realidade brasileira – aos presos cabe o que é conforme a dignidade de todo ser humano – nem mais, nem menos.

Assim, nas duas Casas existem programas voltados aos ingressantes e na feminina há referência a atividades preventivas; na masculina, funciona um programa voltado à drogadição. Porém, em ambas não há integração mais efetiva com o restante da rede de saúde, a fim de viabilizar ao egresso a continuidade do tratamento – dependendo deste buscar uma unidade de saúde.

A demanda por assistência por parte das detentas refere-se, em especial, a casos de hipertensão, diabetes, distúrbios psiquiátricos, pré-natal e HIV; no PCPA, a procura de consultas relaciona-se a doenças respiratórias, dermatológicas e mentais (dentre elas depressão, bipolaridade, esquizofrenia, crise de ansiedade e síndrome do pânico).

Em consequência, pode-se dizer hoje que a massa carcerária localizada em Porto Alegre, recebe assistência à saúde. E, conforme os servi-

dores da área, esse atendimento básico é prestado com base em condições de trabalho adequadas, estando a dificuldade concentrada no que se refere às especialidades médicas. É evidente que a qualidade do atendimento oferecido no Presídio Feminino Madre Pelletier é superior à do Presídio Central de Porto Alegre. Todavia, de forma geral, afirma-se estar sendo a assistência curativa prestada de forma eficaz.

Embora a saúde não seja, de fato, garantida, dado que as condições das prisões, por si sós, não se mostram adequadas, impossível pensar em qualidade de vida com esgoto ou restrição de liberdade. A ideia de pobreza e a falta de liberdade inviabiliza a efetividade da garantia à “saúde”.

Ademais, há situações ainda sem respostas. Além da questão da permanência dos filhos com a mãe presa, não abordada neste trabalho, podem-se citar as controvérsias relativas ao projeto “Desintoxicação” e aos óbitos no sistema prisional.

Por fim, destaca-se que, apesar de haver uma assistência razoável e compatível com a prestada fora dos muros institucionais, assistência à saúde e garantia do direito à saúde não são sinônimos. Logo, a promoção de uma não garante a outra. Além disso, privação de liberdade não rima com saúde. Dessa forma, ainda que se tenha uma assistência à saúde digna, não se garante direito à saúde, pois seria necessário modificar um sistema prisional que apresenta incompatibilidade intrínseca com a noção de liberdade e saúde, inclusive a mental.

Referências

AMORIM, Andressa de Ávila. *Saúde no presídio central De Porto Alegre/RS*. 2012. Trabalho de conclusão de Curso - Faculdade de Direito do Centro Universitário Ritter dos Reis, Canoas, 2012.

BRASIL. Ministérios de Estado da Saúde e da Justiça. *Portaria interministerial nº 628/2002*. Salvador: MPBA, 2002. Disponível em: <http://www.mp.ba.gov.br/atuacao/cidadania/gesau/legislacao/temas/penitenciario/portaria_interministerial_628_02.pdf>. Acesso em: 21 set. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Plano nacional de saúde no sistema penitenciário*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério Público Federal. *CPI do sistema carcerário: relatório final*. Brasília: MPF, 2008. Disponível em: <<http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/sistema-prisional/relatorio-final-cpi-sistema-carcerario-2008>>. Acesso em: 19 set. 2012.

BRZUSKA, Sidinei. O colapso do sistema prisional (entrevista). *Revista Bastião*, Porto Alegre, 24 nov. 2012.

DORNELLES, Cássia Juliana Vargas. *Saúde na penitenciária feminina Madre Pelletier*. 2012. Trabalho de conclusão de Curso - Faculdade de Direito do Centro Universitário Ritter dos Reis, Canoas, 2012.

GARFUNKEL, Paulo; MALAVOGLIA, Libero. *O vira lata*. São Paulo: Peixe Grande, 2012.

GOMES, Viviane Cristina Donini. *Crianças no cárcere*. 2011. Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade de Direito do Centro Universitário Ritter dos Reis, Canoas, 2011.

HOLLOWAY, Thomas H. *Polícia no Rio de Janeiro: repressão e resistência numa cidade do século XIX*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1997.

MAIA, Clarissa Nunes et al. (Org.). *História das prisões no Brasil*. Rio de Janeiro: Rocco, 2009.

MATEUS, Cibele Gralha. *Direitos fundamentais sociais e relações privadas: o caso do direito à saúde na Constituição brasileira de 1988*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008.

NOGUEIRA, Péricles Alves; ABRAHÃO, Regina Maura Cabral de Melo. A infecção tuberculosa e o tempo de prisão da população carcerária dos Distritos Policiais da zona oeste da cidade de São Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 30-38, mar. 2009.

NUNES JÚNIOR, Vidal Serrano. O direito à saúde e a efetividade dos direitos sociais. *Revista do Instituto de Pesquisas e Estudo de Bauru/SP*, São Paulo, n. 41, p. 77-79, set./dez. 2004.

OLIVEIRA, José Bem Hur de; SOUZA, Eclair de. *Lampadinha*. Porto Alegre: [s.n.], 1991.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Regras mínimas para o tratamento dos prisioneiros*. Genebra: ONU, [19--].

PLATAFORMA DE DIREITOS HUMANOS ECONÔMICOS, SOCIAIS, CULTURAIS E AMBIENTAIS (Dhesca Brasil). Relatório de missão: visita à penitenciária madre pelletier em Porto Alegre, RS. *Dhesca Brasil*, Curitiba, 2010. Disponível em: <http://www.dhesca.org.br/attachments/349_Relat%C3%B3rio%20Porto%20Alegre.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2011.

RIO GRANDE DO SUL (Estado). Secretaria da Segurança Pública. Superintendência dos Serviços Penitenciários. Departamento de Tratamento Penal. *Política de atenção integral à saúde prisional*. Porto Alegre: [s.n.], 2011^a. Disponível em: <http://www.susepe.rs.gov.br/upload/1315597369_SAUDE.pdf>. Acesso em: 20 set. 2012.

_____. Secretaria da saúde. *Resolução nº 257/11 – CIB/RS*. Porto Alegre: [s.n.], 2011b. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1338407229_Resolucao%20CIB%20257%202011.pdf>. Acesso em: 20 set. 2012.

_____. Assembléia Legislativa. Comissão de Cidadania e Direitos Humanos. *Relatório azul 2009: garantias e violações dos direitos humanos*. Porto Alegre: CORAG, 2009. Disponível em: <http://www.al.rs.gov.br/Download/CCDH/RelAzul/relatorio_azul%202009.pdf>. Acesso em: 23 out. 2012.

_____. Assembléia Legislativa. Comissão de Cidadania e Direitos Humanos. *Relatório azul 2006: garantias e violações dos direitos humanos*. Porto Alegre: CORAG, 2006.

_____. Assembléia Legislativa. Comissão de Cidadania e Direitos Humanos. *Relatório azul 1999-2000: garantias e violações dos direitos humanos*. Porto Alegre: CORAG, 2000.

RUDNICKI, Dani. Comida e direitos humanos no presídio central de Porto Alegre. *Revista DIREITO GV*, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 515-538, jul./dez. 2011.

_____. Três dias no presídio central de Porto Alegre: o dia-a-dia dos policiais militares. *Revista de Informação Legislativa*, Brasília, v. 49, n. 193, p. 49-63, jan./mar. 2012.

SARLET, Ingo Wolfgang. *Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SCHANDER, Mirela Fagundes. Relatórios. In: COSTA, Bárbara Silva et al (Org.). *Ensojo jurídico e realidade prisional: impressões dos acadêmicos de Direito do Uniritter sobre presídios gaúchos*. Porto Alegre: Uniritter, 2005.

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 583-542, out. 1997.

TRINDADE, Claudia Moraes. Doenças, alimentação e resistência na penitenciária da Bahia, 1861-1865. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1073-1093, out/dez. 2011.

VASSEUR, Véronique. *Médecin-chef à la prison de la Santé*. Paris: Le Cherche Midi, 2000.

VIGGIANO, Fernando Braga; GOMES, Milton Jordão de Freitas Pinheiro. *Relatório de visitas de inspeção no Estado do Rio Grande do Sul*. Brasília: Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, 2012. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/data/Pages/MJE9614C8CITEMIDA5701978080B47B798B690E484B49285PTBRIE.htm>>. Acesso em: 19 set. 2012.