

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA**

MARGARETH UARTH CHRISTOFF

**SAÚDE E CÁRCERE: MICRO-UNIDADES PENITENCIÁRIAS DE ATENDIMENTO
HOSPITALAR, NO RIO GRANDE DO SUL**

Porto Alegre, 2007

Margareth Uarth Christoff

Saúde e cárcere: micro-unidades penitenciárias de atendimento hospitalar, no rio grande do sul

Tese apresentada no Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Sociologia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Sociologia.

Área de concentração: Sociologia

Orientadora: Dra. Soraya Maria Vargas Cortes

Porto Alegre, 2007.

Agradeço carinhosamente a Ademir Barbosa Koucher e a Soraya M. Vargas Cortes pela participação crítica e sempre pertinente, ao longo de todas as etapas de construção da tese.

No reino animal, atemo-nos à opinião de que as espécies mais altamente desenvolvidas se originaram das mais baixas; no entanto, ainda hoje, encontramos em existência todas as formas simples. A raça dos grandes sáurios se extinguiu e abriu caminho para os mamíferos; o crocodilo, porém, legítimo representante dos sáurios, ainda vive entre nós. Essa analogia pode ser excessivamente remota, além de debilitada pela circunstância de as espécies inferiores sobreviventes não serem, em sua maioria, os verdadeiros ancestrais das espécies mais altamente desenvolvidas dos dias atuais. Via de regra, os elos intermediários extinguiram-se, e só os conhecemos através de reconstruções.

(O Mal-Estar na Civilização – Sigmund Freud)

RESUMO

O estudo analisa relações sociais e de poder em uma micro-unidade penitenciária de hospital geral, no Rio Grande do Sul, no período compreendido entre julho a outubro de 2004. Para tanto, examina o processo de atendimento à saúde do preso doente que necessita internação hospitalar, destacando o modo como ele chega ao hospital, como é atendido e recebe alta. Focaliza o caso do Hospital Vila Nova, embora também examine o modo como esse atendimento era feito anteriormente, quando ainda funcionava o Hospital Penitenciário do estado. Os dados coletados e analisados referem-se, principalmente, às dinâmicas sociais estabelecidas através das práticas de atendimento médico hospitalar, das práticas de vigilância e das estratégias dos presos doentes na busca de ampliar sua capacidade de negociação e aumentar seu grau de liberdade. Desse modo, verificou-se como a disciplina funcionou como técnica de controle sobre o preso, revelando a supremacia do poder médico no processo de atendimento ao preso doente hospitalizado na micro-unidade penitenciária em foco. O estudo também permite uma apreciação crítica das condições de saúde, a qual a população encarcerada está submetida.

Palavras-Chave: Sociologia da saúde. Hospital. Prisão. Saúde do preso.

ABSTRACT

This paper analyzes the social and power relations in a micro-unit of prisoners of a general hospital in Rio Grande do Sul State during the period from July to October 2004. Thus, it examines the hospital attendance process of sick prisoners who need hospitalization, focusing on how they arrive at the hospital, how they are cared and discharged. It focuses on Vila Nova hospital, although it also examines the way how these patients attendance used to happen previously, when the State Prison Hospital was open. The collected and analyzed data is mainly concerned with the social dynamics established through medical hospitalar care practices, surveillance practices and strategies of the sick prisoners who aim at expanding their capacity of negotiation and having a higher degree of freedom. Thus, the discipline worked as a control technique on prisoners, demonstrating the supremacy of the medical power in the attendance process of the prisoners hospitalized in the micro-unit in focus. This study also allows a critical appreciation of the health conditions faced by prison population.

Key words: Health Sociology. Hospital. Prison. Prisoners' Health

SUMÁRIO

1 Introdução	8
1.1 Delimitação do objeto e justificativa.....	9
1.2 Considerações gerais quanto ao método de estudo de caso.....	12
1.3 Estratégias de Investigação empírica.....	14
1.4 Apresentação do trabalho.....	18
2 Teoria na construção do objeto de pesquisa	20
2.1 Introdução.....	20
2.2 Natureza institucional das micro-unidades prisionais no hospital.....	21
2.3 Instituições, disciplina e poder.....	28
2.4 Conclusão.....	34
3 Revisão bibliográfica das instituições prisional e hospitalar	37
3.1 Introdução.....	37
3.2 Interfaces entre práticas prisionais e hospitalares.....	37
3.3 Condições de vida no cárcere e a instituição penal	41
3.4 Hospital no sistema de saúde brasileiro e a instituição hospitalar.....	47
3.5 Conclusão.....	54
4 Trajetória da atenção à saúde do preso: desde a criação do Hospital Penitenciário até as novas ações para internação	57
4.1 Introdução.....	57
4.2 Hospital Penitenciário.....	57
4.2.1 Transferência da gestão do Hospital Penitenciário para a Brigada Militar.....	58
4.2.2 Área física do Hospital Penitenciário.....	62
4.2.3 Acesso e tipos de serviços oferecidos através do Hospital Penitenciário.....	64
4.2.4 Quadro de doenças dos presos internados no Hospital Penitenciário....	70
4.2.5 Fechamento do Hospital Penitenciário.....	72
4.3 Busca de novas estratégias para o atendimento à saúde do preso.....	76
4.4 Alternativas ao atendimento médico hospitalar do preso no Rio Grande do Sul após o fechamento do Hospital Penitenciário.....	80
4.5 Formação das micro-unidades penitenciárias no hospital geral.....	86
4.6 Conclusão.....	88
5 Hospital geral: Hospital Vila nova implanta unidade para atender presos doentes	90
5.1 Introdução.....	90
5.2 Hospital Vila Nova.....	90
5.2.1 Área física e serviços oferecidos pelo Hospital Vila Nova.....	93
5.3 Processo de instauração da unidade de atendimento ao preso doente no	

Hospital Vila Nova.....	98
5.4 Área física da micro-unidade penitenciária no hospital geral.....	106
5.5 Conclusão.....	110
6 Do cárcere as rotinas hospitalares.....	113
6.1 Introdução.....	113
6.2 Profissionais de saúde e agentes penitenciários responsáveis pelo atendimento ao preso doente.....	113
6.3 Presos doentes internados no Hospital.....	115
6.4 Presos doentes no hospital: do cárcere às rotinas hospitalares sob o poder médico e penal.....	118
6.5 Condições clínicas em que os presos doentes chegavam na micro-unidade penitenciária.....	124
6.6 Regime do cumprimento de pena dos presos doentes internados no Hospital.....	128
6.7 Conclusão.....	130
7 Dinâmica social que se estabeleceu entre os principais atores no cotidiano da micro-unidade penitenciária e o atendimento à saúde do preso doente.....	132
7.1 Introdução.....	132
7.2 Auxiliares de nutrição e de limpeza.....	132
7.3 Técnicos de enfermagem.....	134
7.4 Enfermeira responsável pela unidade cinco.....	138
7.5 Médicos.....	140
7.6 Agentes penitenciários.....	144
7.7 Presos doentes: a relação entre eles.....	152
7.8 Atendimento à saúde do preso doente no hospital.....	154
7.9 Alta hospitalar.....	165
7.10 Conclusão.....	166
Considerações finais.....	169
Referências.....	177
Anexos.....	191

INTRODUÇÃO

Esta tese examina as relações sociais e de poder que ocorrem em uma micro-unidade penitenciária de um hospital geral, no Rio Grande do Sul, no período compreendido entre julho a outubro de 2004. O trabalho integra a investigação sobre a assistência à saúde junto ao sistema penitenciário do Rio Grande do Sul, que vem sendo realizada há seis anos. A primeira parte da pesquisa contemplou o atendimento à saúde mental no interior do Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso. Dela resultou uma dissertação de mestrado (CHRISTOFF, 2001), intitulada A relação entre a criminalidade e a doença mental no Rio Grande do Sul: o instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso, defendida em 2001¹. Esta tese analisa o atendimento à saúde do preso doente no contexto das novas políticas de atenção à saúde do preso doente hospitalizado.

A partir de 2002 o Ministério da Saúde, através do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, passou a preconizar que o atendimento hospitalar aos presos doentes fosse realizado no âmbito do Sistema Único de Saúde. Em decorrência disso surge, no Rio Grande do Sul, uma nova instituição, nesta tese denominada de micro-unidade penitenciária de atendimento hospitalar ao preso doente. No estado, foram implantadas micro-unidades penitenciárias em dois hospitais gerais, que passaram a receber presos doentes oriundos de todo estado: o Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) e o Hospital Vila Nova (HVN), sendo que este último recebeu a maior parte dos presos doentes.² A estratégia teórico-metodológica adotada nesta tese focaliza principalmente o processo de superposição das instituições penal e hospitalar, que ocorreu quando da criação das micro-unidades.

¹ Dissertação defendida no Programa de Pós-Graduação de Sociologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul em 2001.

² Além das micro-unidades penitenciárias nos dois hospitais, de abril de 2002 a abril de 2004, os presos doentes também foram internados - 12 leitos - no Centro Clínico do Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso (IPFMC).

Nesta pesquisa considera-se como instituição um conjunto articulado de saberes e práticas consolidadas como formas de intervenção normatizadora dos diferentes atores sociais. Essas instituições, permeabilizam grande parte das atividades humanas dentro da sociedade, em cada momento histórico. (LUZ, 1986).

A tese trata do processo de atendimento à saúde dos presos doentes hospitalizados, tendo como objetivo investigar a dinâmica das relações sociais que se formam no interior da micro-unidade penitenciária no hospital geral. Para tanto, foi necessário analisar o modo como as instituições do sistema penal e do sistema hospitalar conjugam-se, de forma muitas vezes conflitiva, para o atendimento à saúde do preso doente no hospital geral. Ou seja, examinou-se o modo como as novas orientações da política de atenção à saúde do preso realizaram-se no espaço de uma recém formada micro-unidade penitenciária no hospital geral. Focalizou-se as relações de poder e de controle que operavam sobre a população confinada necessitada de internação hospitalar.

Buscou-se identificar como se processavam as dinâmicas sociais, constituíam-se novas regras, ou reatualizavam-se antigas, e como se formavam novas hierarquias entre atores provenientes de instituições de modelo ideológico – hospital - e de modelo repressivo – prisões - superpostas no novo espaço institucional destinado ao cuidado da saúde do preso doente hospitalizado. Foi analisada a relação de poder entre as práticas médicas e as práticas penais no interior das micro-unidades, assim como foram investigadas as formas de negociação dos presos doentes, na busca de maior liberdade, na luta contra as formas de sujeição impostas pelos dois modos de institucionalização.

1.1 Delimitação do objeto e justificativa

As casas prisionais no Rio Grande do Sul, assim como no Brasil, apresentam-se com uma população interna numerosa. As impressões registradas (DIÁRIO DE CAMPO, 2004a), durante visitas a casas prisionais, com o objetivo de elaboração do projeto de tese: o cheiro de urina, roupas sujas, umidade, caquexia (estado de desnutrição profunda), denunciavam as condições físicas e psíquicas em

que se encontrava a população encarcerada. Nas galerias superlotadas das prisões, presos semivestidos, rostos colados às grades, sentados no piso da cela ou, quando no pátio, desviando de poças de água e disputando um lugar nos feixes de sol. Nos corredores, soldados da Brigada Militar sendo solicitados, “o da guarda”, para avisar que alguém estava passando mal na galeria. Estudos³ sobre as condições de saúde dos presos apontam para as principais doenças encontradas nesta população: tuberculose, hepatite B, hepatite C, e Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS.

O problema de pesquisa foi construído com base nesta realidade prisional e no contexto das novas políticas de atendimento à saúde do preso hospitalizado no hospital geral.

As condições dramáticas de vida e saúde e de atendimento às doenças da população carcerária, percebidas durante a elaboração da dissertação de mestrado e da pesquisa exploratória à tese de doutorado, provocaram interrogações sobre como seria o processo de atendimento à saúde do preso, no contexto das novas recomendações das políticas de atendimento ao preso doente hospitalizado. Indagava-se sobre: Como se processou a intersecção dos poderes médico e penal, através das respectivas práticas médicas, de atendimento à saúde e penitenciárias no interior desta nova instituição? Como se constituíram as relações sociais e como se formaram hierarquias nesta nova instituição que surge? Quem decidiria sobre o acesso ao tratamento hospitalar do preso doente? Como seria a inserção e a saída do preso doente no hospital?

Portanto, o problema de pesquisa desta tese é examinar as relações entre o poder médico e o poder penal no interior da instituição de atendimento hospitalar ao preso doente, constituída a partir de mudanças provocadas pela nova política de atenção à saúde do preso. Diferentemente, das políticas anteriores em que o atendimento hospitalar ao preso doente integrava-se ao complexo prisional, no contexto da nova política, a instituição hospitalar criou um espaço físico com características prisionais para receber o apenado gravemente enfermo. Nesta micro-unidade penitenciária os atores sociais envolvidos nos cuidados à saúde do preso doente confrontam-se, negociam e disputam poderes e estabelecem novas regras e

³ GIORDANI (2000); LEMOS (1998); LOPES (1999); OLIVEIRA (2004) e OSTI (1999).

hierarquias sociais. Investigam-se as características da micro-unidade penitenciária hospitalar assim criada. O foco recai, por um lado sobre as relações sociais que se constituíram entre médicos, enfermeiras, técnicos de enfermagem, auxiliares de nutrição e de limpeza, agentes penitenciários e presos doentes. Por outro, examinou-se o modo como esses atores sociais criaram estratégias para ampliar sua capacidade de negociação, seu poder e, principalmente, no caso dos presos, sua liberdade de ação.

Este problema foi investigado na micro-unidade penitenciária criada para o atendimento do apenado, onde se sobrepõem culturas institucionais próprias do hospital com serviços contratados pelo SUS (Hospital Vila Nova). Nessa micro-unidade ocorriam relações sociais entre os atores envolvidos nas ações relativas à atenção à saúde do apenado hospitalizado, quais sejam, o gestor da política de saúde penitenciária, os profissionais médicos, os agentes penitenciários e os próprios presos doentes.

O foco de investigação recai sobre esta micro-unidade prisional de atendimento à saúde do preso doente que aparece como lugar privilegiado para a construção de uma cultura institucional híbrida, fruto do cruzamento de saberes, poderes e hierarquias provenientes do cárcere e do hospital. É uma unidade de produção de cuidados médicos onde se reúnem profissionais, competências, tecnologias e infra-estruturas materiais. Apresenta configurações médico-sociais específicas, determinadas pela forma dos poderes-saberes, que no seu seio organizam-se e apresentam estratégias particulares que permitem conservar e maximizar cada um dos tipos particulares de poder.

O campo de pesquisa articula três esferas sociais: as políticas dirigidas à assistência à saúde da população carcerária, as práticas e discursos de especialistas de saúde e segurança e a realidade das condições do atendimento hospitalar à população carcerária no Rio Grande do Sul.

Esta pesquisa estuda um fenômeno novo de atendimento ao preso doente na micro-unidade penitenciária do hospital geral, o entrecruzamento das práticas médicas e penais no hospital geral não foi objeto de investigação em outros estudos que trataram da saúde da população carcerária. Desta maneira, a relevância da pesquisa aparece, principalmente, nas análises das relações sociais dos

representantes destas práticas, relativas ao tratamento hospitalar de presos doentes e suas implicações sociológicas, médico-assistenciais e institucionais. As análises que desvendaram as relações dos presos doentes neste entrecruzamento foram importantes na medida em que apontaram para as estratégias utilizadas, por este tipo específico de paciente, para buscar tratamento e pequenos privilégios durante a estada na micro-unidade penitenciária.

Do ponto de vista médico-assistencial a contribuição visa apresentar elementos que possam subsidiar o planejamento, gestão e implementação de políticas de atendimento à população carcerária. Em relação à dimensão institucional, a contribuição é que a partir do resultado das análises das práticas médicas e dos agentes penitenciários na micro-unidade, também possa ser identificado, no campo de conflito e nas relações de poderes e de saberes que se estabelecem nas ações de saúde, o elemento de resistência que o paciente apenado apresenta, ainda que este esteja no limite da sujeição⁴ quando está submetido à tutela do poder médico e do poder penitenciário.

1.2 Considerações gerais quanto ao método de estudo de caso

A partir da década de setenta expandiu-se o número de trabalhos utilizando o estudo de caso como método de investigação. Exemplo disso são os estudos relativos a fábricas, na linha de produção e na vida cotidiana dos trabalhadores na indústria enquanto agentes sociais (ROESE, 1998, p. 191). Em relação à importância do estudo de caso Yin (2001, p. 21) aponta esse método como esforço para o desenvolvimento de pesquisas que visam à compreensão dos fenômenos individuais, organizacionais, sociais e políticos. Sua utilização vai além da área das ciências sociais perpassando a psicologia social, a administração, o trabalho social, o planejamento e a economia. Em todas essas situações a necessidade do estudo de caso está relacionada ao desejo de se compreender fenômenos sociais complexos. O estudo de caso procura, em síntese, responder questões do tipo como e porquê, ou seja, o pesquisador já possui uma visão geral do que está acontecendo em dada

⁴ “Submissão da subjetividade” (FOUCAULT, 1995, p. 236).

realidade social, muitas vezes ele já sabe quais decisões foram tomadas, mas necessita saber como e porquê tais decisões foram tomadas, assim como necessita saber de que forma foram implementadas e qual o seu resultado em um espaço social determinado. Portanto, como mostra Roese, a especificidade de um estudo de caso é a característica diferenciadora do método, ao contrário de ser mera análise descritiva, a análise minuciosa de dada realidade social passa a ser:

[...] “a sua grande força. O estudo de caso diferencia-se do estudo biográfico e da história de vida por tratar, preferencialmente, de instituições ou movimentos sociais e, especialmente, pelo fato de abordarem-se casos com algo novo para o ponto de vista da ciência” (ROESE, 1998, p. 193).

A necessidade de agregar ao estudo de caso uma pluralidade de técnicas quantitativas e qualitativas tem por objetivo compor um perfil detalhado da realidade social em estudo. A contemporaneidade da análise também estabelece a diferença entre o estudo de caso de um estudo histórico e a análise intensiva da estrutura institucional e das relações entre os atores envolvidos no campo de análise, completando o quadro definidor da metodologia do estudo de caso. O caráter de um estudo de uma experiência prática, somada à realização de generalizações analíticas conduz, a um estudo que funciona como um laboratório no qual a validade de uma teoria pode ser apreciada (ROESE, 1998, p. 195).

Na presente tese procurou-se uma aproximação da situação prática que ocorre no espaço da micro-unidade penitenciária do hospital - no que concerne à saúde do preso doente hospitalizado - ao ambiente hospitalar, as práticas da medicina, as práticas disciplinares e as relações de poder nas dinâmicas sociais entre profissionais de saúde, agentes penitenciários e presos doentes. Ao mesmo tempo, as transformações do contexto social hospitalar constituem-se em um pano de fundo importante para avaliar as ações de saúde implementadas a partir das novas políticas de saúde para a população confinada, assim como a avaliação da entrada do SUS no sistema penitenciário brasileiro, mais especificamente no Rio Grande do Sul.

Nesta análise, das micro-unidades penitenciárias no hospital, teve-se como preocupação a utilização do estudo de caso para que se pudessem garantir as vantagens deste método em descrever suas características implícitas e explícitas. Contudo, foi necessário estar atento para os riscos e suas desvantagens, como quando transformado em mera técnica de levantamento de dados para uma descrição sofisticada da realidade. Para tanto foi fundamental unir a riqueza dos dados a análises consistentes, baseadas em um quadro teórico bem definido, de forma que fosse possível responder as indagações proposta no problema da pesquisa.

1.3 Estratégias de investigação empírica

O método escolhido pelo pesquisador deve ser capaz de tratar o problema da pesquisa a partir das teorias do campo de conhecimento que ele se propõe a estudar, além de tentar responder às questões específicas dessa problemática (CORTES, 1998). Para tratar do objeto empírico estudado nesta tese foi necessário buscar enfoques que privilegiassem análises do hospital e do cárcere, uma vez que o exame da intersecção das duas instituições apresentava-se como novidade. Considerando tal perspectiva, optou-se por combinar técnicas qualitativas e quantitativas de coleta e de análise de dados, visando abordar o objeto de estudo sob diversos ângulos e através do exame de diferentes tipos de evidências. Para examinar os discursos técnicos, característicos da cultura penitenciária e da cultura hospitalar, foram empregadas técnicas qualitativas como: entrevistas abertas⁵, observação e coleta de documentos⁶. Para tratar das características sócio-demográficas da população do presídio e das informações do prontuário clínico, optou-se pelo emprego de técnicas quantitativas de análise de dados, que permitiram a descrição dessas características⁷.

Uma das principais técnicas de coletas de dados utilizada foi a entrevista aberta. Foram realizadas 36 entrevistas distribuídas entre os seguintes respondentes: gestores de políticas públicas de saúde penitenciária, profissionais médicos,

⁵ Ver Anexo A - Roteiros de entrevistas.

⁶ Ver Anexo B - Processo administrativo da Superintendência dos Serviços Penitenciários autorizando a pesquisa.

⁷ Ver Anexo C – Formulário de dados dos pacientes do sistema prisional do RS - 2004.

trabalhadores de saúde, agentes penitenciários que trabalhavam na micro-unidade de atendimento à população encarcerada e presos doentes internados.

Com o objetivo de obter informações sobre a história de constituição, sobre as diretrizes fundamentais das políticas públicas de saúde penitenciária e sobre o processo de implementação dessas políticas foram entrevistados os cinco principais gestores das políticas públicas de saúde penitenciária. Estes gestores foram: o ex-diretor do Hospital Penitenciário, o ex-responsável pelo serviço de marcação de consultas do Hospital Penitenciário, o chefe da Divisão de Saúde da Superintendência dos Serviços Penitenciários (SUSEPE); o responsável pelo serviço de saúde da SUSEPE no Centro Clínico do Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso (CCIPFMC) e o diretor do Hospital Vila Nova (HVN).

Para obter informações sobre como se estabeleceram as relações de saber e poder e sobre o modo como se encontravam as instituições penitenciária e hospitalar, na criação do novo conjunto de regras e de hierarquias sociais que se constituíram as micro-unidades penitenciárias de atendimento aos presos doentes, foram entrevistados profissionais médicos e trabalhadores de saúde e do sistema penitenciário que nelas atuaram⁸. O principal critério de seleção foi a antigüidade na função: foram entrevistados aqueles que atuavam na micro-unidade penitenciária do HVN há mais tempo. No entanto, a indicação de informantes iniciais – obtidas na fase exploratória da pesquisa, durante as primeiras visitas nos ambulatórios de casas prisionais e nas primeiras entrevistas – também foi considerada. Duas entrevistas foram realizadas com os profissionais médicos e cinco com pessoal de enfermagem. Entre esses, um médico e cinco profissionais da enfermagem que atuavam no HVN, um médico pertencente à SUSEPE e uma assistente social responsável pelo contato com familiares de presos doentes internados, pertencente à equipe de saúde da SUSEPE no CCIPFMC. Outras oito entrevistas foram realizadas com os agentes penitenciários: cinco que desenvolviam o serviço de vigilância no HVN, um que coordenava os serviços de vigilância no HVN, um agente penitenciário responsável pelo serviço de remoção dos presos doentes do CCIPFMC e outro sub-diretor do presídio Modulada de Charqueadas.

⁸ Ver Anexo D – Pareceres de Comissão de Ética.

Com o objetivo de investigar as formas de negociações na busca de cuidados com a saúde, no espaço da micro-unidade, foram realizadas entrevistas com presos doentes. Os critérios de seleção foram os seguintes. Em primeiro lugar, considerando a questão do acesso, foram entrevistados os presos doentes dispostos a se submeterem à entrevista e que assinaram o termo de consentimento informado⁹. Em segundo lugar, foi dada a preferência a presos doentes que tivessem passado por internações no sistema anterior, quando havia Hospital Penitenciário, para favorecer sua avaliação sobre as diferenças entre as duas modalidades. Em terceiro, foi considerado o tempo de internação na micro-unidade penitenciária (considerando tempo total de internação e não apenas a internação em curso). Foram realizadas 17 entrevistas com os presos doentes: todos internados no Hospital Vila Nova.

Como a entrevista aberta ou focalizada não obedece a roteiro pré-estabelecido (CORTES, 1998), o que se buscou foi centrar a fala do entrevistado no tema de interesse da pesquisa. As fitas de gravador foram transcritas, seguindo critérios de fidedignidade ao discurso do entrevistado. Levando em conta que geralmente os profissionais médicos e o pessoal da enfermagem atuavam em um ambiente de risco na vida dos pacientes em estado grave, como na maioria dos casos dos presos doentes hospitalizados, foi importante avaliar a melhor estratégia de aproximação e qual o momento mais adequado para realização das entrevistas. Em relação à privacidade, para as respostas dos presos doentes entrevistados, a área física da unidade cinco de atendimento ao preso do HVN não permitia sigilo absoluto. Mas, na maioria das vezes, a proximidade dos leitos não impedia que o entrevistado relatasse suas experiências e queixas nos atendimentos. Em relação ao conteúdo das entrevistas, o maior interesse estava centrado na análise interpretativa a partir do referencial teórico-conceitual. A busca de informações nos relatos dos entrevistados pôde identificar as posições de poder e supremacia de determinada cultura institucional sobre a outra no novo espaço de atendimento do preso doente. Nas entrevistas dos presos doentes foi importante identificar as formas de negociação com profissionais médicos, técnicos de enfermagem, auxiliares de nutrição e de limpeza e agentes penitenciários na busca de

⁹ Ver anexo E – Consentimento informado.

privilégios, fosse no acesso ao tratamento de saúde, fosse por meio de pequenos benefícios.

As entrevistas formais e informais ocorreram simultaneamente às observações, durante um período de 120 dias (julho a outubro de 2004). As observações foram feitas utilizando principalmente as orientações básicas do trabalho etnográfico, sem a pretensão de realizar uma etnografia propriamente dita. As duas principais orientações seguidas foram a elaboração de diário de campo e a busca da integração com o ambiente sócio-institucional.

Foram buscadas fontes documentais, leis, decretos e projetos que estavam comprometidos com a assistência à saúde do preso doente. Documentos administrativos e registros foram utilizados para ilustrar as condições e a dinâmica social da micro-unidade penitenciária localizada no hospital geral, com o objetivo de contribuir para as análises. Através dos documentos foi possível verificar a precisão de informações obtidas nas entrevistas, reconstruir eventos e processos de mudanças que ocorreram na política institucional a que ele vinculava-se. Além disso, o acesso aos registros administrativos da SUSEPE, dos presos doentes, permitiu a identificação sistemática de características sociodemográficas dos mesmos. Foi elaborado um formulário, estruturado em dois blocos. No primeiro, buscou-se informações relacionadas aos dados sociodemográficos e jurídicos. Esses quesitos estavam relacionados à data de nascimento, ao sexo, à cor, ao estado civil, à naturalidade, à unidade da federação, ao país, à profissão, ao grau de instrução, à religião, à data da guia de recolhimento, ao tempo da pena, ao tipo de regime, ao enquadramento legal e à casa prisional de origem. No segundo bloco, as informações estavam relacionadas à saúde do preso doente e aos procedimentos. Esses quesitos estavam relacionados ao local de internação, data de internação, motivo da internação, ao diagnóstico, internações anteriores, uso de medicação, serviço de diagnóstico por imagem, serviço de laboratório, unidade de tratamento intensivo, data de alta, motivo da saída e causa de óbito.

Os dados foram registrados e organizados em uma planilha¹⁰ eletrônica Microsoft Excel. As frequências foram calculadas com o auxílio do Statistical Package for the Social Sciences - SPSS -. As tabulações e apresentações gráficas foram construídas a partir do Excel, segundo as normas de apresentação tabular da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE - (IBGE, 1993).

Questões a respeito das relações de poder e de saber dos especialistas constituíram formas privilegiadas de indagações sobre o *status-quo*, propiciando rupturas com as relações aparentes e as percepções mais imediatas, substituindo noções de senso comum por explicações teóricas mais adequadas à apreensão dos elementos essenciais dos fenômenos em estudo.

1.4 Apresentação do trabalho

Após esta introdução, no segundo capítulo foi descrita a natureza institucional das micro-unidades penitenciárias no hospital. Foi desenhado um arcabouço teórico capaz de subsidiar as análises do processo de atendimento à saúde do preso doente e as relações entre atores sociais no interior da micro-unidade penitenciária. No terceiro capítulo apresenta-se uma revisão bibliográfica relacionada às discussões das práticas prisionais e hospitalares relevantes para o entendimento das razões que determinavam as internações do preso doente no hospital. Mostram-se as condições de vida no cárcere e a instituição penal avançando no processo de atendimento à saúde do preso doente no hospital geral. Descreve-se o hospital no sistema de saúde brasileiro e a instituição hospitalar, com o médico, aparecendo como figura central nesse processo assistencial, evidenciado através do poder de decisão sobre diagnóstico, procedimentos na conduta terapêutica, internação e alta dos pacientes. No quarto capítulo foi reconstruído o processo de atendimento à saúde do preso doente hospitalizado no Rio Grande do Sul, desde a criação do Hospital Penitenciário, em Porto Alegre, até a implantação das novas políticas de saúde, mais especificamente, aquelas dirigidas ao atendimento médico hospitalar, mostrando a

¹⁰ Ver Anexo F – Quadro esquemático do banco de dados dos pacientes do sistema prisional do RS – 2004.

formação das micro-unidades penitenciárias no hospital geral. No capítulo cinco foi analisada a instauração da unidade cinco de atendimento ao preso doente no Hospital Vila Nova e foi descrita a área física desta unidade. O capítulo seis apresenta os principais atores sociais que prestavam atendimento ao preso doente, analisa as condições clínicas em que os presos doentes chegavam no hospital e apresenta os dados sociodemográficos e jurídicos dos presos doentes internados. O último capítulo examina as relações de poder nas dinâmicas sociais entre os atores e o atendimento ao preso doente na unidade cinco à luz do referencial histórico conceitual abordado nos capítulos anteriores e descreve o cotidiano da instituição.

CAPÍTULO 2

Teoria na construção do objeto de pesquisa

2.1 Introdução

Este capítulo apresenta o desenho teórico no qual foram analisadas as micro-unidades penitenciárias implantadas no hospital geral. Examinou-se o hospital apresentado como uma organização burocrática, a partir de Weber (1991), ressaltando a crítica a esse modelo realizada por Carapinheiro (1998). A seguir foi introduzido o conceito de instituição total de Goffman (1992), que auxilia o entendimento da dinâmica das relações sociais que se constituem no interior da micro-unidade penitenciária no hospital geral. Para compreender as diferenças entre as micro-unidades penitenciárias e as instituições que podem ser conceituadas como totais, de acordo com Goffman (1992), optou-se por lançar mão da contribuição teórica de Albuquerque (1986), que ressalta as similaridades entre as instituições totais e outras instituições, contudo, argumenta que a principal diferença reside nos “modos de institucionalização”. A partir da contribuição de Albuquerque (1986) sobre dois modos de institucionalização – o ideológico e o repressivo - e suas articulações no interior das instituições, foi possível aproximar o primeiro à dinâmica das relações sociais do sistema hospitalar e o segundo àquela encontrada no sistema carcerário. Para as análises das relações de poder nas dinâmicas sociais hospitalar e prisional foram utilizadas as contribuições de Foucault (1991), principalmente o conceito de disciplina, funcionando como técnica maciça de controle no espaço social das micro-unidades penitenciárias. Também foi utilizada a categoria foucaultiana “exame”, que individualiza a visibilidade e ao mesmo tempo permite focalizar as diferenças e as sanções impostas ao indivíduo internado.

2.2 Natureza institucional das micro-unidades prisionais no hospital

O hospital apresenta características de uma organização burocrática segundo o modelo ideal-típico weberiano¹¹. O hospital moderno vem ampliando seu tamanho e aumentando sua complexidade. A formação em recursos humanos cada vez mais especializada e a ampliação de serviços somada ao desenvolvimento tecnológico da medicina introduziram modificações importantes na estrutura hierárquica, na estrutura de poder e nos sistemas de comunicação do hospital, estando associadas a este conjunto de modificações a expansão do sistema burocrático da administração profissional, representada pela implantação das micro-unidades penitenciárias no hospital geral.

Carapinheiro (1998) apresenta a relação entre os hospitais e a teoria da burocracia, tratando dos traços de adequação do hospital ao modelo da burocracia racional weberiana e da crítica a este modelo pela sociologia anglo-americana no âmbito da sociologia da medicina. Para os teóricos anglo-americanos o hospital moderno difere do tipo-ideal¹² de Weber. Para estes teóricos os traços específicos da organização hospitalar seriam o poder e a autonomia profissional que os médicos detêm, apesar da existência de uma estrutura administrativa burocrática.

A partir da descrição do tipo-ideal weberiano, a burocracia apresenta sete traços característicos:

“(...) a continuidade dos princípios sobre os quais a autoridade se apóia – ela própria insere-se numa ordem legal que se limita de algum modo a retomar e aplicar; a existência de um corpo de regras impessoais que delimitam claramente as esferas de competência, os direitos e os deveres de cada um; a existência de uma hierarquia de funções, isto é, de vínculos de subordinação claramente

¹¹ “O ponto de partida dos estudos relativos à burocracia é a reflexão de Max Weber (1920) sobre a evolução da burocracia como forma de organização nas sociedades modernas, que associa ao surgimento, nessas sociedades, de uma nova forma de domínio de tipo racional-legal e à superioridade desse modo de organização em termos de eficácia” (FRIEDBERG, 1995: 399).

¹² Weber formulou um conceito básico para a análise histórico-social: o tipo ideal. Trata-se de um recurso metodológico para conduzir o pesquisador à multiplicidade de fenômenos observáveis na vida social. Enfatiza determinados traços da realidade – por exemplo, aqueles que permitam caracterizar a conduta do burocrata profissional e a organização em que ele atua – até concebê-los na sua forma mais pura e conseqüente, que jamais se apresenta assim nas situações efetivamente observáveis (WEBER, 1991).

estabelecidos; a prevalência da qualificação como regra de acesso às diferentes funções, com exclusão de outros critérios tais como as relações de parentesco, de clientelas ou outras, o que implica: a existência de um sistema de formação e sobretudo de exames que permitam detectar e sancionar essas qualificações; a separação das funções de direção da propriedade dos meios de produção; e finalmente o predomínio do procedimento escrito no funcionamento cotidiano” (FRIEDBERG, 1995, p. 399).

Por um lado, é possível traçar a hierarquia de autoridade no hospital em uma linha descendente desde a administração ao pessoal hospitalar colocado na base da pirâmide hierárquica, o que demonstraria tanto a autoridade como a responsabilidade atribuída a cada nível da hierarquia. Por outro lado, é possível identificar, no quotidiano da organização hospitalar, o exercício da profissão médica conduzido pelas normas profissionais e pelo sistema de valores do corpo médico, que podem estar influenciando na organização do hospital e contrariando as pressões administrativas. O saber de tratar a doença, de salvar vidas e o domínio da competência técnica médica permite aos médicos oporem-se e sobreporem-se às exigências da administração e às exigências decorrentes do trabalho. Dessa forma, coexistem na mesma instituição, em uma relação de conflito, dois princípios de autoridade: um que se aproxima da autoridade racional-legal e outro que parece estar mais próximo de uma forma de dominação valorativa. Autores como Friedberg (1995) e Carapinheiro (1998), ao identificarem a coexistência de uma autoridade hierárquica do tipo weberiana e a autoridade profissional, consideram o modelo weberiano insuficiente para integrar as normas, os valores e os requisitos práticos da profissão médica.

Nesta tese utiliza-se o conceito de instituição apresentado por Luz (1986) para tratar do processo de atendimento a saúde dos presos doentes hospitalizados, tendo como objetivo investigar as dinâmicas das relações sociais que se formam no interior da micro-unidade penitenciária no hospital geral.

“(…) um conjunto articulado de saberes (ideologias) e práticas (formas de intervenção normatizadora na vida dos diferentes grupos e classes sociais). Estes

conjuntos (instituições), permeabilizam grande parte das atividades humanas dentro da sociedade, em cada bloco histórico. Esta rede de instituições viabiliza a hegemonia e portanto a manutenção de toda a imensa infra-estrutura que sobre ela repousa, para retornar, invertida, a imagem clássica” (LUZ, 1986, p. 30 e 31).

A partir do conceito de **instituição total** de Goffman (1992) e da caracterização das instituições totalitárias, pode-se ampliar o campo de debate da adequação ao hospital ao tipo ideal weberiano de burocracia, através da abordagem da organização informal no contexto da organização formal do hospital. O conceito de instituição total reúne aspectos formais da vida institucional presentes em organizações com objetivos diversos como prisões, asilos, conventos, quartéis, campos de concentração e hospitais psiquiátricos. Ainda que haja uma diversidade de propósitos, todas essas organizações partilham de um processo comum de confinamento dos seus membros nas fronteiras intramuros da instituição. No trabalho de Goffman (1992) sobre a condição social dos doentes mentais, em que é desenvolvida uma teoria sociológica da estrutura do *eu*, ele caracteriza o hospital psiquiátrico como instituição totalitária, como um lugar sem interconexão com o mundo exterior, em contraste com o hospital geral que abriga uma população de doentes em tratamento médico por um período determinado de tempo. Doentes que mantêm vínculo com o mundo externo através dos familiares e amigos. A instituição total, descrita por Goffman (1992), assemelha-se às micro-unidades penitenciárias criadas no hospital geral para tratamento da população de presos doentes que estão submetidos a um regime fechado e de constante vigilância por profissionais não médicos vinculados ao sistema penitenciário. No entanto, as micro-unidades penitenciárias do hospital são mais abertas a interações com o mundo externo do que a típica instituição total, mais adequada para descrever a situação de penitenciárias ou hospitais psiquiátricos.

Ademais, é possível constatar, através do estudo dos hospitais psiquiátricos realizado por Goffman (1992), que a organização da vida dos doentes mentais nestas instituições não está somente composta pelo que se espera formalmente deles, mas também pelo que não está arregimentado pela instituição, a exemplo dos internos explorarem o ambiente para humanizar e preservar o seu *eu*

individual face à imposição do *eu institucional* como a formação de grupos por interesses; as intrigas; as diversas modalidades de relações com os profissionais médicos e não médicos e a estruturação de formas de vidas clandestinas.

Nessa linha de entendimento, Carapinheiro (1998) aponta para a importância do estudo da dimensão informal na organização hospitalar. A contribuição deste modelo teórico de instituições totalitárias para a presente tese está ligada à análise de certas características da dinâmica das relações sociais que ocorrem na micro-unidade penitenciária do hospitalar geral. Contudo, ela não é adequada para análise de todas as relações que ocorrem nessa micro-unidade e muito menos para o exame das principais características das relações sociais que ocorrem no restante do hospital geral.

Para adequação do modelo de Goffman (1992) ao trabalho desta tese, desloca-se o foco da análise da questão do tratamento da doença e do modo como o hospital estrutura-se e organiza suas práticas, legitimando-se socialmente como instituição crucial de saúde, para a questão das relações sociais que se estabelecem no interior da micro-unidade penitenciária no hospital. Os dois sistemas que compõem a micro-unidade penitenciária – o penitenciário e o hospitalar – têm culturas distintas e modos diversos de demarcar as fronteiras entre o interior e o exterior do espaço hospitalar, entre o interior e exterior do espaço penitenciário.

Também o processo de admissão do preso doente no hospital geral, entendido como um conjunto de procedimentos e operações que o reduzem a doente e a preso, demonstra que a micro-unidade apresenta características de instituições totalitárias. Superpõem-se procedimentos do cárcere e do hospital que diferenciam os indivíduos internos, dos não internos, limitam fisicamente a sua liberdade de locomoção e os submetem a condição de objeto de exame e manipulação. Exemplo disso é o conjunto de normas na chegada ao hospital e ao setor de internamento: a privação das roupas e objetos pessoais, a atribuição de uma cama e a obrigatoriedade de ocupá-la imediatamente e de ficar contido a ela através de correntes, além da circulação de papeletas e de pastas, nas quais passam a ser registrados os procedimentos e a biografia do preso doente. Nesse processo, evidencia-se que o hospital aceitou o preso doente segundo suas normas, que vai tratá-lo como uma pessoa sem competência

para cuidar de sua enfermidade e que espera que, como doente, submeta-se às regras e aos regulamentos da instituição e às decisões dos profissionais. Como preso, espera-se que não circule internamente no hospital e relacione-se minimamente com indivíduos – doentes, trabalhadores e profissionais – que não estão internos ou designados para trabalhar na micro-unidade penitenciária.

O doente internado no hospital geral, segundo Carapinheiro (1998), adquire no hospital uma identidade social provisória, através de operações de despojamento e criação institucionais que constituem essa identidade. Com a alta, a identidade de “doente” se dilui à medida em que o indivíduo retorna ao convívio social não institucionalizado. Em contraste, o preso doente ao sair do hospital geral retorna à instituição prisional mantendo a identidade institucional totalitária, caracterizada pela homogeneização no tratamento, pela despersonalização ou desindividualização dos internos.

Por outro lado, em contraste com o modelo de instituição total de Goffman (1992), durante a hospitalização o isolamento do preso doente nunca é total. Ainda que de forma limitada, ele interage com outros doentes, com o pessoal médico, com os familiares e os amigos que o visitam nos dias estabelecidos pelas normas institucionais hospitalares. Ainda que a contenção da mobilidade do preso doente seja maior que a do doente não preso não há a exclusão do mundo exterior. Temporariamente, a internação hospitalar constrói pontes de contato com o mundo exterior através de relações sociais que se estabelecem com atores pertencentes à micro-unidade penitenciária que não pertencem ao sistema do cárcere – médicos, pessoal de enfermagem, de nutrição e de limpeza – e com atores externos – familiares, amigos - que são solicitados a interceder em tomadas de decisões para atingir o objetivo de tratamento do preso doente. É justamente neste espaço de relações que o preso doente hospitalizado investe, a fim de ampliar sua capacidade de negociação e aumentar o grau de liberdade.

Entretanto, as características que diferenciam as micro-unidades penitenciárias das instituições totais adquirem mais sentido ao se levar em conta as observações de Albuquerque (1986), que considera que o conceito de instituição total, criado por Goffman (1992), contém nos seus traços essenciais elementos similares a

outras instituições. Para ele o estatuto conceitual dessa noção seria semelhante ao de todo o tipo ideal proposto por Weber. A proposta de Albuquerque é de inscrever as instituições totalitárias em uma tipologia do conjunto das instituições.

Mesmo as instituições totais não são autônomas. Do ponto de vista econômico a reprodução de sua subsistência material é dada do exterior. Mesmo que sejam produzidas internamente algumas condições de subsistência, *nada do que se passa nessas instituições é capaz de reproduzir as condições de sua própria reprodução*. O aparelho econômico dessas instituições acha-se, de certo modo, fora da instituição. Dessa forma, a instituição total goza de uma condição de *extra-territorialidade com relação ao econômico* (ALBUQUERQUE, 1986, p. 107). O paralelismo entre a manutenção das condições materiais e o reconhecimento que advém desta manutenção pelo exterior não permite que se fale da ausência de aparelho econômico nessas instituições.

Para Albuquerque (1986), o que é específico às instituições é o predomínio, a ênfase no aparelho ideológico ou no aparelho repressivo. Nas instituições onde prevalece o aparelho ideológico o que está determinando a conduta dos internos é o caráter voluntário de filiação à instituição. Diferentemente, nas instituições onde há o predomínio do aparelho repressivo os internos são obrigados a se sujeitar à instituição, não havendo possibilidade de escolha. Os comportamentos dos internos estão sujeitados a um aparato de contenção. O que está em jogo nas instituições em que predomina o aparelho ideológico é o plano de análise da estrutura de práticas que têm por efeito a gestão da imagem do interno, isto é, *a reprodução de sua imagem enquanto interno*¹³. No caso das instituições onde prevalece o aparelho repressivo, o efeito principal a ser produzido é *a dominação do interno*. Para refletir sobre estes mecanismos no interior das instituições totais é necessário, em primeiro lugar, pensar

¹³ Albuquerque utiliza o termo 'pensionista' ao termo 'recluso' da tradução francesa ou o termo 'interno' da versão brasileira. O autor justifica esta escolha a partir do sentido mais fidedigno ao contexto em que o termo foi apresentado por Goffman. " [...] tradução do termo *inmate*, que literalmente, quer dizer 'parceiro interno', ou de dentro. Se se quiser estender a noção de instituição totalitária da mesma forma que Goffman, é preciso um termo mais anódino, menos afetivamente carregado do que recluso ou interno. Outro inconveniente é que interno é freqüentemente o nome dado pela própria instituição. Não temos nenhuma razão para adotá-lo" (ALBUQUERQUE, 1986, p.88). Nesta tese optou-se por utilizar o termo interno por considerá-lo mais apropriado ao espaço das micro-unidades penitenciárias e para dar maior legibilidade no texto. Cabe ressaltar que no hospital estudado o termo utilizado para designar os presos doentes não era internos e sim presos.

no indivíduo ou na coletividade dos internos como objeto de trabalho dessas instituições.

A partir desses dois modos de institucionalização, ideológico e repressivo, e suas articulações no interior das instituições, é possível aproximar o primeiro à cultura do sistema hospitalar e o segundo à cultura do sistema penitenciário. Contudo, no caso das micro-unidades penitenciárias do hospital geral para o atendimento dos presos doentes, a análise torna-se ainda mais complexa. Neste espaço institucional, onde ocorre a superposição de dois estilos de vida. O aparelho ideológico é preponderante, mas a dimensão repressiva oferece o substrato básico sobre o qual se organiza a unidade. O interno está doente e hospitalizado e, portanto, sendo objeto de práticas institucionais que inculcam e reproduzem sua identidade e imagem de doente a ser tratado. Mas, sua condição de preso dominado, submetido legitimamente à violência do Estado, constitui a sua identidade básica, externa à instituição hospitalar, que permanece marcada neste doente especial desde o seu ingresso até a sua saída do hospital, limitando sua liberdade de movimentos e sua capacidade de escolha.

As micro-unidades penitenciárias no hospital geral apresentam traços estruturais das instituições totalitárias, (1) como o isolamento do preso doente em relação ao mundo exterior, (2) o cumprimento de normas hospitalares que programam a vida quotidiana e (3) a base de comportamentos dos presos doentes a partir da referência a uma ideologia hospitalar centrada na doença-tratamento.

O espaço das micro-unidades penitenciárias constituía-se em local de disputas entre os atores sociais encarregados dos cuidados de saúde e de vigilância ao preso doente. O preso internado no hospital geral apresentava-se fragilizado diante dos demais atores, adotando atitudes e comportamentos compatíveis com os processos de estigmatização e rotulação a que estão submetidos. Nesta tese o termo estigma será utilizado no sentido atribuído a ele por Goffman (1988, p. 13): um atributo profundamente depreciativo, constituído em um contexto de uma linguagem de relações. Para o autor “um atributo que estigmatiza alguém pode confirmar a normalidade de outrem”, portanto, o atributo não é por si mesmo, “nem honroso nem desonroso.” Entendendo-se, então que um estigma lançado ao preso doente pertence

ao tipo de relação entre o atributo lançado ao interno e o lugar comum compartilhado pelos atores.

2.3 Instituições, disciplina e poder

O aparelho repressivo, presente no estilo de vida institucional carcerário, segundo Foucault (1991), concentra sobre o indivíduo criminoso um aparelho técnico especializado que pretende não só puni-lo como reformá-lo. O trabalho de Foucault mostrou que na prisão é possível isolar o desenvolvimento de uma técnica específica de poder e que o que está em jogo nesse espaço institucional é a tecnologia do poder.

Na Antigüidade a pena era sempre infamante e cruel. A partir do final do século XVIII e começo do século XIX (...) *a execução da pena vai-se tornando um setor autônomo, em que um mecanismo administrativo desonera a justiça, que se livra desse secreto mal-estar por um enterramento burocrático da pena* (FOUCAULT, 1991, p.15). A pena aos transgressores das normas sociais visava privá-los de direito à liberdade. O período de reforma das prisões submeteu todo o encarceramento ao cumprimento de forma legal. O encarceramento é um exemplo entre outros da tecnologia disciplinar. No início do século XIX, as estratégias disciplinares estendem-se para outras instituições atuando sobre diferentes populações. São outros espaços de reforma, outras administrações de controle, dentre as quais destacam-se as instituições escolares e hospitais.

A **disciplina** é uma técnica, funcionando de modo maciço nos espaços institucionais prisionais e hospitalares. Esta técnica também é utilizada nas práticas médicas para o controle das doenças e dos doentes, e nas práticas do aparelho penitenciário pelos agentes penitenciários e policiais controlando os presos. A forma de funcionamento do poder disciplinar é operar sobre o corpo, pelo menos nos estágios iniciais de seu desenvolvimento. A imposição de uma forma social de controle sobre o corpo encontra-se em todas as sociedades, mas o que distingue as sociedades disciplinares é a forma que este controle assume. Nestas sociedades o corpo é abordado como um objeto a ser analisado e separado em suas partes constituintes. O objetivo da tecnologia disciplinar é fabricar um corpo fácil de manejar *que pode ser*

submetido, que pode ser utilizado, que pode ser transformado e aperfeiçoado. A disciplina também opera individual e detalhadamente sobre os corpos, *tomando os indivíduos como objetos e como instrumentos de seu exercício.* A operacionalização do poder disciplinar se faz, nas sociedades disciplinares, por procedimentos de treinamentos e distribuição dos corpos no espaço institucional, no caso, prisional ou hospitalar. Tal técnica opera através de uma combinação de observação hierárquica e sanção normalizadora, que se associa a uma técnica central de poder disciplinar: o exame (FOUCAULT, 1991, p. 126).

O **exame**, categoria analítica proposta por Foucault, trata da *combinação da hierarquia que vigia e da sanção que normaliza.* Portanto é um *controle normalizante, uma vigilância que permite qualificar, classificar e punir.* O exame permite uma visibilidade individualizada ao mesmo tempo em que mostra as diferenças e as sanções impostas ao indivíduo (FOUCAULT, 1991, p.164).

“É por isso que, em todos os dispositivos de disciplina, o exame é altamente ritualizado. Nele vêm-se reunir a cerimônia do poder e a forma da experiência, a demonstração de força e o estabelecimento da verdade. No coração dos processos de disciplina, ele manifesta a sujeição dos que são percebidos como objetos e a objetivação dos que se sujeitam. A superposição das relações de poder e das de saber assumem no exame todo o seu brilho visível” (FOUCAULT, 1991, p. 164 e 165).

A aplicação desse sistema operatório, seus métodos e rituais são mais facilmente identificados na *liberação epistemológica da medicina*, mais especificamente na organização dos hospitais. O hospital como instrumento terapêutico destinado à cura surge no final do século XVIII, quando a prática médica passa a ser exercida no interior desta instituição. Antes do século XVIII, o hospital caracterizava-se por uma instituição assistencial aos pobres. O usuário do hospital, neste período, não é o doente necessitado de tratamento, mas o pobre que está morrendo e precisa ser excluído do convívio social.

“(…) o pobre como pobre tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso. Por estas razões, o hospital deve estar presente tanto para recolhê-lo, quanto para proteger os outros do perigo que ele encarna” (FOUCAULT, 1989, p. 101).

A origem do hospital médico apresentado por Foucault está marcada pelo deslocamento da intervenção médica para o interior do espaço hospitalar e pela disciplinarização deste espaço. Nesta linha de entendimento da disciplina como técnica de exercício de poder, Foucault (1989) refere que, durante o século XVIII, o responsável pela administração desta técnica no interior do hospital aparecia na figura do médico, como por exemplo, na determinação do espaço no qual deveria ficar certo doente, no controle, na disciplina, na regulação, que assegura a ordem não através da vigilância, mas através de uma micropolítica em que as pessoas são moralmente reguladas para a conformidade.

Como Foucault demonstrou, a evolução do hospital liga-se intimamente à participação crescente dos médicos no seu funcionamento, através da sua constituição histórica como lugar de aprendizagem e experimentação de novos saberes médicos e novos métodos clínicos. Nas sociedades modernas o indivíduo está preso a tecnologias do exercício do poder disciplinar, consistindo estas em uma série de práticas generalizadas que procuram disciplinar os indivíduos e as populações, e que tendem a fazer dos homens:

“(…) corpos <<dóceis>>. A disciplina aumenta as forças do corpo (em termos econômicos de utilidade) e diminui essas mesmas forças (em termos políticos de obediência). Em uma palavra: ela dissocia o poder do corpo; faz dele por um lado uma <<aptidão>>, uma <<capacidade>> que ela procura aumentar; e inverte por outro lado a energia, a potência que poderia resultar disso, e faz dela uma relação de sujeição estrita. Se a exploração econômica separa a força e o produto do trabalho, digamos que a coerção disciplinar estabelece no corpo o elo coercitivo entre uma aptidão aumentada e uma dominação acentuada” (FOUCAULT, 1991, p.127).

O hospital é uma das instituições nas quais a disciplina aparece como tecnologia de poder para colonizar e ligar as formas de poder dominante, estendendo a sua influência e aumentando a sua eficácia. No espaço hospitalar as atividades produtivas, as redes de comunicação e as redes de poder constituem sistemas regulados. A organização do espaço, as regras minuciosamente descritas que organizam o seu funcionamento, as descrições de atividades, os agentes de saúde com funções e perfil definidos constituem um conjunto de atividades, comunicação e poderes, ajustados entre si segundo um modelo específico de articulação. A disciplinarização das sociedades modernas liga-se ao ajustamento racional e econômico mais eficaz que se faz no corpo institucional entre as atividades produtivas, as redes de comunicação e o jogo das relações de poder (CARAPINHEIRO, 1998).

Para Rabinow e Dreyfus (1995), o método genealógico foucaultiano tenta mostrar que as relações de verdade e poder sustentadas como opostas implicam uma nova forma de pensamento que acaba por apresentar-se contra uma versão mais complexa de poder *que inclui um componente de saber como um dos seus elementos mais característicos*. Para os autores, nesse aspecto, Foucault aproxima-se de Weber, a diferença entre ambos seria de caráter metodológico. Segundo Rabinow e Dreyfus

“o “tipo ideal” de Weber é um artifício que reúne, retrospectivamente, uma variedade de considerações históricas, de modo a esclarecer a “essência” do objeto histórico estudado, por exemplo, o calvinismo, o capitalismo, o ascetismo mundial. É o tipo ideal que coloca os fenômenos díspares num modelo que tem um significado, a partir do qual o historiador pode explicá-los. Foucault afirma que sua abordagem é diferente por tentar isolar “programas explícitos” como Panoptico, que funcionaram como programas reais de ação e reforma. Não há nada implícito; eles não foram inventados pelo historiador com o objetivo de fornecer uma explicação. (...) “a disciplina” não é a expressão de um “tipo ideal”; ela é a generalização e a colocação em conexão de técnicas diferentes que têm, elas mesmas, que responder a objetivos locais” (RABINOW e DREYFUS, 1995, p.146).

Para Rabinow e Dreyfus (1995, p. 147), o estudo histórico sobre o *problema da razão* de Foucault produziu análises concretas de práticas específicas nas quais verdades e poder constituem o cerne da questão. Em tais estudos ocorreram isolamento e identificação de mecanismos do poder de *racionalização através de uma análise mais fina do que a de Weber*, assim foi possível mostrar como o funcionamento prático do saber operou nos regimes modernos.

Nesta tese, o que mais especificamente nos interessa em Foucault é apreender como através de sua teoria ele demonstrou a transformação dos seres humanos em sujeitos históricos¹⁴. Para esta transformação ele utilizou três modos de objetivação: modo da investigação, que tenta atingir o estatuto de ciência; objetivação do sujeito, este sujeito é dividido no seu interior e em relação aos outros; o modo pelo qual um ser humano torna-se sujeito. Este último é o que terá maior importância nessa tese. Para Foucault *a história e a teoria econômica forneciam instrumentos para as análises das relações de produção*, enquanto que *a lingüística e a semiótica ofereciam instrumentos para estudar as relações de significação*, mas para as análises das **relações de poder** ele afirma não termos instrumentos de trabalho e que o único recurso disponível são *os modos de pensar o poder com base nos modelos legais*, identificando o que legitima o poder ou identificando os modos de pensar o poder de acordo com um modelo institucional (FOUCAULT, 1995, p. 232), como o caso das micro-unidades penitenciárias do hospital geral.

A proposta de Foucault para estudar as relações entre racionalidades específicas e o poder, na cultura moderna, parte da análise em vários campos, com referência a uma dada experiência fundamental: loucura, doença, crime, sexualidade. No caso específico do tratamento hospitalar para o preso doente está em jogo o poder-saber das práticas médicas e o poder disciplinar dos agentes penitenciários. As relações de poder nesse campo empírico aproximam teoria e prática tornando possível identificar as formas de resistência que atuam contra as diferentes formas de poder ali existentes. Segundo Foucault, para analisar o mundo empírico, e identificar os padrões

¹⁴ O sujeito/indivíduo em Foucault está relacionado à estrutura; o agente individual, para Weber está relacionado à ação social; para Goffman o indivíduo é constituído como ator, em uma posição entre a estrutura e a ação.

de normalidade almejado pelas práticas institucionais, é necessário focalizar o que foge a norma. Para

(...) “descobrir o que significa, na nossa sociedade, a sanidade, talvez devêssemos investigar o que ocorre no campo da insanidade; e o que se compreende por legalidade, no campo da ilegalidade. E, para compreender o que são as relações de poder, talvez devêssemos investigar as formas de resistência e as tentativas de dissociar estas relações” (FOUCAULT, 1995, p. 234).

Para compreender melhor essa dinâmica da **resistência** do sujeito, objeto de práticas disciplinares, focaliza-se as relações de poder em determinado campo.

“Quando definimos o exercício do poder como um modo de ação sobre as ações dos outros, quando as caracterizamos pelo ‘governo’ dos homens, uns pelos outros – no sentido mais extenso da palavra, incluímos um elemento importante: a liberdade. O poder só se exerce sobre ‘sujeitos livres’, enquanto ‘livres’, - entendendo-se por isso sujeitos individuais ou coletivos que têm de si um campo de possibilidades onde diversas condutas, diversas reações e diversos modos de comportamento podem acontecer. Não há relação de poder onde as determinações estão saturadas (...) Não há, portanto, um confronto entre poder e liberdade, numa relação de exclusão (...) mas um jogo muito mais complexo: neste jogo, a liberdade aparecerá como condição de existência do poder” (...) (FOUCAULT, 1995, p. 244).

Os presos doentes ao se relacionarem, no espaço da micro-unidade penitenciária hospitalar, com outros atores produtores de cuidados de saúde ou de vigilância são sujeitos livres que foram compelidos, através de práticas disciplinares repressivas e ideológicas, a tornarem-se sujeitos, constante e sistematicamente, obedientes e submetidos. Entretanto, permanecem as possibilidades de construção de outras atitudes, aproveitando lapsos de vigilância e exame; utilizando saberes peculiares sobre sua condição de saúde ou trajetória criminal; capitalizando o poder

obtido no contato com agentes penitenciários – que principalmente o hospital propicia - , e o poder obtido nas relações que os presos doentes estabelecem com atores do hospital, no confronto com atores do cárcere e vice-versa. Constituem-se a partir daí, estratégias de negociação, que se manifestam nas formas de conduta, reações e modos de comportamento. A liberdade manifesta-se na manipulação estratégica dos espaços e momentos não vigiados e no uso das relações sociais internas e externas à micro-unidade para tentar influir no tratamento e aliviar as práticas repressivas típicas do cárcere. No entanto, como o preso doente é objeto das práticas disciplinares dos dois sistemas, a possibilidade de resistência na micro-unidade pode ser mais limitada do que aquela que se observa no cárcere. Isso é particularmente adequado ao caso brasileiro, tendo em vista que as condições de exercício do poder penal vêm se reduzindo drasticamente nos últimos anos.

Estudos sobre as prisões, como o de Salla (2006), trataram da influência dos presos nas práticas quotidianas no espaço prisional. No hospital geral, com suas técnicas disciplinares baseadas nos exames recorrentes e na superposição de olhares que informam as práticas médicas para controle das doenças e dos doentes, a possibilidade de negociação pode ser mais restrita. O exame detalhado do corpo e o poder saber sobre o tratamento somado ao controle vigilante dos agentes penitenciários poderia aumentar a sujeição do interno.

Para identificar as estratégias utilizadas pelos presos doentes para influir no tratamento e resistir às práticas disciplinares das duas instituições serão examinadas as rotinas e os exames que se constituem em um conjunto de restrições aos processos de resistência dos presos doentes hospitalizados.

2.4 Conclusão

O desenho teórico construído para as análises das micro-unidades penitenciárias introduzidas no hospital geral apresentou inicialmente o hospital como uma organização burocrática a partir do modelo ideal-típico weberiano e, em seguida, viu-se a crítica a este modelo proposta por Carapinheiro.

Foi utilizado o conceito de instituição total, descrito por Goffman, para analisar o espaço de tratamento e confinamento da micro-unidade penitenciária. Mais especificamente no que tange às dinâmicas das relações sociais que se estabeleciam no interior da micro-unidade. Recorreu-se às observações de Albuquerque quando este propõe inscrever as instituições totalitárias em uma tipologia do conjunto das instituições. Para Albuquerque o que é específico às instituições é o predomínio de um aparelho ideológico ou de um aparelho repressivo. No caso das micro-unidades penitenciárias foi observada a superposição destes aparelhos agindo sobre as atitudes e condutas dos internos. A principal diferença que se estabelece entre estes dois modos de institucionalização aparece na filiação do interno ao modelo. No modelo ideológico, característico do sistema hospitalar, o interno falia-se desejoso do tratamento no combate à doença. Diferentemente, no modelo repressivo, característico do sistema penitenciário, o interno não tem escolha, a adesão é dada pelo ingresso compulsório no cárcere.

Posteriormente utilizou-se o conceito de disciplina para analisar as técnicas empregadas em ambos os sistemas – hospitalar e penitenciário – para controlar o preso doente internado na micro-unidade penitenciária. A categoria analítica proposta por Foucault “exame” permitiu compreender o poder normalizado expresso através de cuidados médicos hospitalares.

Para compreender as relações de poder entre os presos doentes e outros atores sociais produtores de cuidados de saúde ou de vigilância na micro-unidade penitenciária recorreu-se ao conceito de resistência apresentado por Foucault. Os presos doentes considerados livres, ainda que constrangidos através de práticas disciplinares repressivas e ideológicas, aproveitavam lapsos de vigilância e exame para ampliar sua margem de liberdade. Portanto, a liberdade dos presos doentes manifestava-se através da capacidade estratégica nos processos de negociação com os outros atores sociais da micro-unidade.

No próximo capítulo apresenta-se uma revisão bibliográfica relacionada às práticas prisionais e hospitalares. Descrevem-se as condições das prisões brasileiras marcadas pela superpopulação e falta de assistência médica. O hospital é descrito no

contexto das políticas de saúde evidenciando a figura do médico como principal protagonista no processo assistencial desta instituição.

CAPÍTULO 3

Revisão bibliográfica das instituições prisional e hospitalar

3.1 Introdução

Este capítulo apresenta uma revisão sobre as práticas prisionais e médicas hospitalares. Foram examinadas as condições de vida nas instituições penais brasileiras que apontaram para a superlotação e as conseqüências desta realidade para a saúde do preso. Apresenta-se ainda a caracterização do hospital constituindo-se como campo fundamental de produção do saber médico e de prática da medicina. O médico aparece como figura central no processo assistencial hospitalar, evidenciado no poder decisório sobre diagnóstico, procedimentos na conduta terapêutica e na autonomia quanto internação e alta do doente.

3.2 Interfaces entre práticas prisionais e hospitalares

A contribuição da sociologia na área temática da violência, da criminalidade, da segurança pública e da justiça criminal teve início na década de 1970, passando a ter um impacto sobre a produção acadêmica e de pesquisa durante os anos oitenta. No início dos anos setenta os temas privilegiados de estudo eram os jovens infratores no Rio de Janeiro, a polícia na cidade de São Paulo, o comportamento desviante e a ecologia do crime¹⁵. No final dessa década, ampliaram-se os trabalhos e aparecem as primeiras pesquisas apresentadas em teses sobre o sistema penal, o

¹⁵ Contribuições teóricas na primeira metade dos anos setenta: Misse et al, 1973; Cebrap, 1973; Figueira, 1973; Fernandes, 1973; Velho, 1974,1975. (LIMA et al, 2000).

perfil social de indiciados e penitenciários, concepções de justiça, representações sociais, comportamentos de desvio, populações criminais e estereótipos criminalizadores sobre o jogo do bicho e sobre meninos de rua em São Paulo¹⁶. Nos anos de 1980 o volume de publicações consolida a área temática. Concomitante, a este período, a SBPC (Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência) e a ANPOCS (Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais) organizaram grupos de pesquisa para tratar dessa área temática (LIMA, et al, 2000). A produção das ciências sociais no Brasil de 1970-2004 em áreas e subáreas temáticas vinculadas a instituições penitenciárias não apresenta estudos sobre a assistência à saúde da população encarcerada.

Uma das temáticas abordadas nessa tese trata das políticas públicas de segurança, mais especificamente, em uma dimensão política que privilegia as questões penitenciárias. O somatório e agravamento dos problemas que se acumularam no setor ao longo dos últimos anos, como o rápido crescimento da população carcerária e a autonomia conferida à gestão administrativa do sistema penitenciário, não podem ser equacionados somente com medidas e procedimentos técnicos considerados saneadores. A novidade proposta nesta tese é justamente conhecer a magnitude dos efeitos decorrentes da superposição das instituições penal e hospitalar no processo de implantação da nova política de atendimento ao preso doente hospitalizado nas micro-unidades penitenciárias do hospital geral. A análise dessas micro-unidades poderá fornecer elementos para a identificação de como se processa e quais são os fatores condicionantes da nova dinâmica hospitalar no atendimento ao preso.

As contribuições das ciências sociais em saúde, com especial referência à sociologia, para o estudo dos serviços de saúde e particularmente do hospital, têm início nos anos de 1970. Segundo Nunes (1997), o pensamento social em saúde constitui-se estabelecendo uma relação entre saúde e a problemática socioeconômica, político-ideológica e esta relacionado a tradições cultural-intelectuais. No final dos anos 1970, com a crítica ao modelo biomédico, orientador da formação médica no período,

¹⁶ Contribuições teóricas na segunda metade da década de setenta: Coelho, 1978; Miralles et al, 1978; Lemgruber, 1979; Ramalho, 1979; Santos, B., 1977; Cerqueira Filho, Mirales e Miranda Rosa, 1979; Paoli, 1977; Perlman, 1977; Machado da Silva e Figueiredo, 1978; Pinheiro, 1979; Misse e Motta, 1979; Velho, 1976. (LIMA, et al, 2000).

inicia-se a tentativa de incorporar as ciências sociais na saúde, de forma mais sistemática. Destaca-se entre os estudos o trabalho de Madel Luz sobre instituições médicas (LUZ, 1986; 1982; 1988), que de forma pioneira introduziu o instrumental foucaultiano no estudo de instituições de saúde. Na década de 1970, a discussão sobre um modelo de atenção à saúde, alternativo ao biomédico, considerava as relações entre o conceito de saúde e as ações de saúde e os modos de produção e as formações socioeconômicas. Iniciam-se, então, investigações históricas sobre as práticas de saúde e sobre o ensino médico estabelecendo, do ponto de vista epistemológico, relações entre as ciências biológicas e sociais (NUNES, 1999, p. 158).

O final da década de 1970 é marcado por crise econômica quando se acentua a tendência recessiva da economia dos países latino-americanos. O agravamento do processo inflacionário, os aumentos da dívida externa, do desemprego, do déficit fiscal afetam negativamente os níveis de saúde da população e impõem uma revisão das posições sobre como tratar as questões relativas à saúde das populações. Em âmbito internacional, instala-se o discurso da Atenção Primária, em âmbito nacional, consolida-se uma tomada de posição diante do problema sanitário e a aglutinação dos diversos segmentos que tratavam da medicina preventiva, medicina social e saúde pública. As temáticas dominantes estavam centradas em torno de categorias ligadas ao planejamento econômico: racionalização, produtividade, crescimento, desburocratização (desrotinização), descentralização (da execução de atividades).

Nesse período, ou seja, no final da década de setenta, foram criadas duas instituições que passaram a ser fundamentais na organização dos movimentos acadêmicos e políticos na saúde: o CEBES (Centro Brasileiro de Estudos da Saúde), que data de 1976 e a ABRASCO (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva), criada em 1979. Na ABRASCO a orientação para a pós-graduação direcionava-se para a análise crítica do setor saúde e da realidade social vista como patogênica. A Associação passou a influir no campo da docência, da pesquisa e mesmo da orientação da atenção à saúde.

Na década de oitenta, os estudos abordaram principalmente questões políticas. Exemplo disso são os trabalhos sobre a previdência social de Oliveira e

Teixeira (1989) e Possas (1981), estudos que fazem uma retrospectiva das políticas de saúde no Brasil (BRAGA e PAULA, 1981; COSTA, 1985; OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1989) e das práticas sanitárias (MEHRY, 1992; CAMPOS, 1988). Soma-se o interesse por estudos sobre o mercado de trabalho e profissões de saúde (MACHADO, 1988; DONANGELO, 1975; CAMPOS, 1989), assim como sobre os insumos para serviços de saúde. Nesse último caso o enfoque recaiu sobre a análise de medicamentos (GIOVANI, 1980; CORDEIRO, 1985) enquanto mercadoria e sobre a relação padrões de consumo e classes sociais. Neste período foram ainda tratadas questões relativas ao método, especialmente aquelas vinculadas às análises qualitativas e suas implicações na área da saúde. Luz (1988) dedicou-se a analisar o desenvolvimento sócio-histórico da racionalidade científica moderna, por meio de algumas categorias estratégicas comuns à medicina e à sociologia. O movimento sanitário do fim dos anos oitenta até o início dos anos da década seguinte ampliou-se e incorporou a bandeira dos direitos de cidadania e de um sistema único de saúde a cargo do Estado. A luta pela reforma sanitária será o grande fato do período, culminando com inclusão na Constituição de 1988 (BRASIL, 2004) da saúde como um direito de todos e dever do Estado.

Sem a pretensão de detalhar o conjunto da produção que vem sendo elaborada no decorrer dessa trajetória, que liga a saúde à ciência social, optou-se por apontar os principais temas desenvolvidos pelos pesquisadores e observou-se que ao longo desse processo não foi tratada a questão do atendimento à saúde do preso. A entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) no sistema penitenciário e a superposição da instituição penal com a instituição hospitalar não foi objeto de investigação das ciências sociais em saúde. O estudo do recente processo de implementação de políticas públicas e ações de saúde no tratamento da população carcerária é a novidade proposta nesta tese. Insere-se, por um lado, no conjunto de estudos sobre a implementação e avaliação de políticas, por outro, tem interfaces com os trabalhos que abordam as instituições médicas e a racionalidade científica médica moderna.

3.3 Condições de vida no cárcere e a instituição penal

A condição de vida precária nos cárceres brasileiros tem sido descrita em diversos estudos. Entre estes destaca-se o trabalho de Adorno (1991, p. 70 e 71b), apontando para a superlotação; as condições sanitárias rudimentares; a alimentação deteriorada; a precária assistência médica, judiciária, social, educacional e profissional; a violência incontida, permeando as relações entre os presos, entre estes e os agentes de controle institucional e entre os próprios agentes institucionais e o arbítrio punitivo incomensurável. A perda de liberdade determinada pela sanção judiciária invariavelmente coloca o preso face às condições de existência dominantes nas prisões brasileiras, de submissão a regras arbitrárias de convivência coletiva, que incluem entre outros: maus-tratos, espancamentos, torturas, humilhações. O espaço físico e social degradados nos estabelecimentos penais torna-se um campo fértil para a violência, assim como essa violência acaba por funcionar como um código entre as relações sociais. Sob tal perspectiva Adorno afirma:

“Venha de onde e de quem vier, a violência constitui código normativo de comportamento, linguagem corrente que a todos enreda, seja em suas formas mais cruéis, seja em suas formas veladas. Entre os detentos, torna-se quase impossível intervir nas disputas violentas, que envolvem os mais diferentes interesses e objetos. Tudo é passível de querela: confronto entre quadrilhas; suspeita de delação; envolvimento no tráfico de drogas, na exploração de atividades internas, no tráfico de influências sobre os “poderosos”, sejam aqueles procedentes da massa carcerária ou da equipe dirigente; posse de objetos pessoais; obtenção de favores sexuais, o que compromete não apenas os presos, sobretudo os mais jovens e primários, muitas vezes comercializados no interior da população, mas também suas esposas, suas companheiras e suas filhas; manutenção de privilégios conquistados ou cedidos; disputa de postos de trabalho.” (ADORNO, 1991, p. 72b).

Ao analisar a população carcerária e sua lógica interna Cohen e Augustinis (2001) examinam o fenômeno da *prisonalização*, ou seja, o aparecimento de um estilo de vida próprio dos presídios. No interior dessas instituições estrutura-se uma sociedade autônoma, com funções sociais diferenciadas e com leis próprias.

No cárcere o preso constrói estratégias particulares de existência, convertendo sua história de delinquência em um modo particular de viver. Para compreender a instituição penal buscou-se entender a organização e as relações de poderes que se estabelecem entre os atores desse espaço institucional. Para Adorno (1991, p. 25a), as instituições austeras e autoritárias, como as prisões, exigem dos atores um comportamento ambíguo e estratégico; acrescenta também que a característica institucional de intolerância a críticas mantém um clima de desconfiança e ausência de solidariedade entre tutores e tutelados. Tanto os presos quanto os agentes penitenciários e os especialistas, responsáveis por programas de ressocialização, vivem sob o domínio do medo e da incerteza. Nesse espaço social prevalece a lei do mais forte, que é aquele que detém o poder de negociação. A própria arquitetura prisional transforma cada ator em vigilante do outro, abrindo espaço para conflitos e disputas permanentes nas relações intersubjetivas, envolvendo não somente presos e agentes penitenciários, mas estes e as equipes técnicas, estas e os diretores dos estabelecimentos penais, estes e os diretores administrativos. Neste sentido, Lemgruber (1983, p. 79) destaca como primeira característica nos presídios a ausência de solidariedade, a qual resulta das condições próprias da vida cativa, que é estimulada pela administração para qual não interessa uma população coesa, pelas dificuldades que apresentaria em relação ao controle que se deseja exercer. As formas de vida na instituição prisional e os papéis que surgem a partir da inserção nesta cultura tornam-se elementos importantes para compreender a organização social dos atores e para revelar os papéis assumidos hierarquicamente no grupo.

A hierarquia dos presos e as relações de poder no espaço prisional vêm sendo analisada por alguns pesquisadores como Salla (2006) e Chies (2006). O Presídio Central de Porto Alegre (PCPA) é um exemplo dessa realidade. Em 2003, o PCPA alojava 2.690 presos, ainda que a capacidade prevista pela engenharia prisional fosse de 900 internos. No mesmo ano os presos encarcerados no PCPA representavam

14,4% da população carcerária do Estado e estavam distribuídos entre nove pavilhões segundo a facção a que pertencessem (SUPERINTENDÊNCIA DOS SERVIÇOS PENITENCIÁRIOS, 2003).

Fraga (2007) descreveu as relações de poder, neste Presídio, como marcadas por hierarquias estabelecidas entre os presos e por regras de conduta criadas e aplicadas, pelos líderes dessa hierarquia, aos demais encarcerados. Independentemente da facção com a qual o preso se identificasse, as regras eram aplicadas e fiscalizadas pelo poder paralelo dos presos.

“Os criminosos condenados têm sua própria hierarquia dentro do Presídio. Eles escolhem seus representantes para interlocução com as autoridades de direito e dividem o poder por área, onde cada uma das nove galerias de detenção tem prefeito, secretário, assessor jurídico e outros cargos adjacentes. As formas de conquistar uma dessas posições, sinônimo de bem-estar, privilégios e respeito, nem sempre são democráticas. Ainda vale a lei do mais forte. (...) A escala hierárquica é a seguinte: cada prefeito, ou “plantão” na linguagem do crime, mantêm dois auxiliares (espécie de vice-prefeito) diretos, que têm, abaixo deles quatro ajudantes (mestre-paneleiro ou cozinheiro, auxiliar jurídico, auxiliar de esportes e mestre-faxineiro) que, também, coordenam outros presos (FRAGA, 2007,p.1).

Cada galeria tinha, portanto, até sete presidiários responsáveis pela manutenção da ordem: o plantão, dois auxiliares do plantão e quatro ajudantes. Um dos ajudantes do plantão era responsável pela faxina. Era ele que participava mais diretamente das decisões sobre o encaminhamento de presos doentes para serviços de saúde.

A rivalidade entre os grupos impedia que os componentes de facções distintas convivessem no mesmo pavilhão ou que freqüentassem o pátio nos mesmos horários (ENTREVISTA 1, 2001). Os grupos que disputavam poder no PCPA eram reconhecidos como os Manos, os Brasas, os Abertos, os Duques e os Independentes (FRAGA, 2007). Os conflitos entre as facções eram administrados pela troca de favores

e acertos de conta. O que estava em jogo nestas relações sociais envolvendo presos e agentes penitenciários eram saberes e poderes que determinavam a sobrevivência ou não do preso e do agente penitenciário.

Para os agentes penitenciários (ENTREVISTAS 27, 28 e 29, 2004), a união dos presos em torno do rígido código de conduta que organizava o sistema hierárquico era a forma encontrada para manter a ordem nos presídios e para sobreviver nos estabelecimentos penais. Para enfrentar essa organização seria necessária uma organização ainda mais forte, de que não dispunham. Os agentes admitiam timidamente que a única forma de lidar com a massa carcerária era através de negociações.

As escolhas dos cargos eram determinadas pela corporação dos presos que recrutavam seus membros. Para ser aceito, o candidato aos cargos deveria preencher alguns quesitos como: não pode ter delatado companheiro nem ter sido responsável pela prisão de membros da mesma facção, não poderia estar endividado, não podia ter ameaçado de morte um desafeto e não ter cumprido a ameaça, não podia ter levado tapa na cara nem assumido o papel de *laranja*, isto é, ter se responsabilizado pela ação cometida por outro (ENTREVISTA 1, 2001). Ainda em relação aos quesitos para assumir os cargos no PCPA, Fraga (2007) acrescenta que o preso candidato a um cargo necessitava ter em sua história carcerária:

“[...] batido em um guarda, ter matado alguém para fazer cumprir a lei interna, possuir contatos fora da cadeia e ter um discurso articulador [...]. Outro detalhe: a maioria dos prefeitos do Presídio Central estão presos com base no artigo 157 do Código Penal, assalto a mão armada. A maioria deles faz parte de quadrilhas de roubo a bancos. Eles são considerados, pelos demais presos, como uma espécie de elite no mundo da carceragem” (FRAGA, 2007, p.1).

Salienta-se ainda que: os estupradores jamais eram aceitos e, se desmascarados, corriam perigo de vida; preso abusado sexualmente só será admitido em um “cargo” se matasse seus agressores.

Quando um preso atingia o cargo de plantão de galeria já sabia, pela experiência no cárcere, que teria de ajudar os necessitados e colaborar para a solução das desavenças. Quando os auxiliares do plantão recebiam ordem que consideravam injusta, primeiro deviam cumpri-la e depois, com cautela, discuti-la com o superior (ENTREVISTA 1, 2001).

O “cargo” de auxiliar do plantão de galeria, responsável pela faxina, era muito cobiçado porque o auxiliar podia circular entre os presos ao exercer suas atribuições de servir a comida, tirar o lixo, varrer e lavar celas e corredores. Os recém internados recebiam ordens dos mais velhos e da hierarquia prisional (plantão, auxiliares e ajudantes). No caso de haver conflitos, podia haver contato entre os plantões das diversas galerias. Cada facção tinha seu comando, não existindo um comando geral dos presos no estabelecimento penal (ENTREVISTA 1, 2001).

O cuidado com os necessitados – que é uma das obrigações da hierarquia prisional – incluía participar da decisão sobre quais presos doentes seriam encaminhados para a enfermaria. Tanto no PCPA quanto na Penitenciária Modulada Estadual de Charqueadas, o preso somente era reconhecido como doente que merecia cuidados, se não houvesse veto dos presos que lideravam a hierarquia prisional. Esses líderes, por vezes, vetavam o encaminhamento do preso como forma de punição ao apenado que havia quebrado as regras de convivência que regiam o comportamento da população carcerária. Os responsáveis pelo plantão cumpriam a risca a punição (ENTREVISTA 4, 2002).

Na perspectiva da administração e dos agentes penitenciários dos presídios de Porto Alegre e Charqueadas era necessário identificar como se estruturava a hierarquia prisional e quais os presos mais hábeis em dominar os mais fracos. Os agentes argumentam que devido ao número reduzido de funcionários a solução era tirar alguma vantagem nesse processo de seleção dos presos.

Os responsáveis pelo plantão eram uma espécie de confluência do poder administrativo do presídio e do poder da liderança dos apenados. Através da hierarquia prisional a administração prisional podia evitar muitas vezes, atos violentos dos presos e dos agentes, tais como fazer reféns de agentes penitenciários ou punições ilegais a determinados presos.

Salla (2006) tem analisado as estratégias dos presos para controlar o espaço social interno dos presídios e o que e quem entra e sai das cadeias. As rebeliões ocorrem quando a administração prisional tenta entrar neste espaço e impor regras que desagradam as lideranças. Também neste sentido Chies (2006) examinou a constituição de um sistema social e de poder informal no estilo de vida prisional. Este tipo de poder exercido pelos reclusos ocorre paralelo ao sistema formal oficial da organização.

“Tal sistema, que é pertinente de sobremodo ao grupo recluso, relaciona-se com as demais esferas e grupos sócio-prisionais, influenciando nas dinâmicas e processos gerais da instituição” (CHIES, 2006, p.62)

A influência de representantes de grupos informais, dos plantões e dos auxiliares de galerias, no processo de atendimento à saúde de presos doentes, reclusos em casas prisionais no Rio Grande do Sul, foi ressaltada durante entrevistas dos presos doentes internos na micro-unidade penitenciária do Hospital Vila Nova (HVN) (ENTREVISTA 5, 7, 14, 16, 17, 19 e 20, 2004). No caso dos presos apresentarem ou queixarem-se de sintomas como dor, náuseas, vômitos, diarreia e febre o plantão buscava negociar com os agentes penitenciários para conseguir assistência médica ao preso doente. Especificamente em relação à saúde do preso confinado, além das doenças decorrentes das más condições de habitação, somavam-se outras resultantes da aglomeração humana em espaços exíguos, entre essas se destacam a tuberculose e as doenças sexualmente transmissíveis. Essa população passa a ser vulnerável a doenças infecto-contagiosas que, na falta de atendimento específico, agravam o quadro clínico do preso doente. Mesmo quando a internação realiza-se, muitas vezes a condição de saúde do preso que vem a ser internado é muito grave, em geral apresentando-se como crise de doenças crônicas, tais como tuberculose, AIDS¹⁷ ou a combinação de ambas.

¹⁷ Traduzida para o português como Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – Acquired Immune Deficiency Syndrome - AIDS.

Pesquisas realizadas¹⁸ em outras realidades prisionais do Brasil também mostraram as condições de vulnerabilidade para a saúde da população carcerária. Têm-se estudado principalmente presos portadores de HIV¹⁹. Tais pesquisas apontam para uma população com risco elevado de contrair doenças sexualmente transmissíveis e tuberculose, assim como para a coinfeção pelos vírus da hepatite B (HBV) e C (HCV), devido aos comportamentos de risco que são freqüentemente observados nessa população. As contribuições dos trabalhos na área indicam a necessidade do planejamento e assistência adequada aos cuidados de saúde dos presos.

Resumidamente pode-se considerar que o estilo de vida do sistema penitenciário, caracterizado pelas condições de vida no cárcere, apresenta como um dos elementos principais um sistema hierárquico rigidamente estabelecido. A finalidade punitiva da instituição, somada às relações de poderes e saberes específicos do mundo intramuros formam um campo, onde no palco dos conflitos o que está em jogo é a sobrevivência ou o aniquilamento dos atores. Entre as estratégias de sobrevivência apareceu a busca de negociações entre presos, agentes penitenciários e especialistas na área médica, para oportunizar o prolongamento da vida através do atendimento à saúde.

3.4 Hospital no sistema de saúde brasileiro e a instituição hospitalar

Durante os anos oitenta e noventa, a área da saúde passou por graves crises e por um processo de reformas que levou à alteração da sua estrutura e funcionamento. Em relação aos hospitais, estudos apontavam para a inviabilidade do modelo de saúde implantado a partir da década de setenta, cujas características principais eram a concentração da atenção em hospitais, a afluência do capital privado na prestação de serviços de saúde e a expansão da cobertura de serviços de saúde. Ao analisar a *consolidação das formas capitalistas de produção dos serviços de saúde*, verificada no período entre os anos de 1970 e início dos anos de 1980, Campos (1988)

¹⁸ Estudos sobre o diagnóstico, acesso e adesão ao tratamento de presos portadores do HIV/AIDS, HBV, HCV e Tuberculose. (MIRANDA, 1998; LEMOS, 1998; OSTI, 1999; TOURINHO, 1999; LOPES, 1999; GIORDANI, 2000; GUIRAO, 2001; MIRANDA, 2004; CARVALHO, 2006; SÁNCHEZ, 2007; STRAZZA, 2007;).

¹⁹ Traduzido para o português como Vírus da Imunodeficiência Humana – Human Immunodeficiency Virus - HIV.

salienta que o crescimento deste setor deu-se, principalmente, através da contratação de serviços hospitalares privados, pela previdência social. Gerou-se assim uma distorção no sistema, tendo em vista que essa expansão não significou um modelo mais equânime de atendimento. Ao contrário, predominava o setor hospitalar privado contratado pela previdência, em detrimento do setor conveniado, público. Os hospitais contratados tornaram-se os principais produtores de atendimento à saúde, tanto pelo volume de sua produção quanto pelo volume de recursos públicos absorvidos.

Com a Constituição de 1988, cristalizam-se alguns dos mais importantes princípios de reestruturação do sistema brasileiro de políticas sociais. Entre as mudanças ali introduzidas destacam-se: avanço da universalização dos direitos; ampliação do conceito de seguridade social, que passa a incluir previdência, saúde e assistência social; estabelecimento de um orçamento específico para a seguridade social e equiparação dos direitos entre trabalhadores urbanos e rurais; além da ampliação dos benefícios, incluindo o seguro desemprego e a diminuição da idade exigida para aposentadoria (DRAIBE, 2002. p. 8 e 9).

Na área da saúde a Constituição estabeleceu os princípios de universalidade, integralidade e que a organização dos serviços deveria ser baseada nas diretrizes de descentralização e participação. Constituía-se, desse modo, o Sistema Único de Saúde (SUS) que, através de uma ampla rede de serviços ambulatoriais e hospitalares públicos e privados, oferece serviços financiados com recursos públicos aos cidadãos brasileiros. Entretanto, a institucionalização do SUS, em 1988, ocorreu no curso de uma trajetória de transformação institucional que remonta à década de setenta.

Especialmente no que tange aos serviços hospitalares, as mudanças, em relação ao modo como se realizavam os pagamentos por serviços prestados, foram no sentido de ampliar os controles públicos sobre o modo como a provisão era oferecida. As mudanças procuraram restringir a produção de serviços de saúde por parte do setor privado contratado, além de recuperar e reestruturar o do setor público. Conforme Campos (1988), desde o final da década de setenta, defensores da reforma do sistema de saúde brasileiro preconizavam a universalização dos cuidados primários de saúde em todo país, por meio de uma articulação entre entidades públicas e privadas,

extensão máxima da cobertura com regionalização e hierarquização, integralização das ações, controle do setor privado contratado e limitação do número de consultas médicas no setor de pronto atendimento dos hospitais.

No início dos anos oitenta, o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), promoveu a substituição do sistema de pagamento a médicos e hospitais contratados, realizado através da Unidade de Serviços, segundo a produção de atos médicos, pelo sistema de Autorização de Internação Hospitalar (AIH). A intenção político-institucional dessa instância reguladora da Saúde Previdenciária, CONASP, era a contenção dos custos hospitalares e a adoção de medidas de desburocratização entre as instituições prestadoras de serviços de saúde e o público. Essa forma de pagamento permanece até os dias de hoje, embora ao longo do período tenha sofrido alterações de valores relativos, no que tange aos procedimentos pagos e adicionais relacionados ao tipo de estabelecimento que presta o serviço. O sistema de AIHS, a descentralização da gestão e a construção de mecanismos de regulação da relação entre gestor público e prestadores de serviços contratados viabilizou a implementação de políticas através de prestadores públicos e privados. A criação de unidades hospitalares, em hospitais gerais, destinadas ao atendimento de portadores de HIV/AIDS, de doentes mentais e presos, apesar de eventuais resistências, insere-se nesse contexto.

Se, do ponto de vista macro-político a implantação das novas políticas de saúde para a população encarcerada explica-se, ao menos em parte, pela natureza do SUS, a criação das micro-unidades de atendimento ao preso deve ser compreendida através de sua inserção no espaço institucional do hospital geral. Tal análise permite identificar o impacto sobre as práticas médicas que ocorrem nesse espaço hierarquizado de implantação do atendimento ao preso doente, o qual traz consigo outro estilo institucional fortemente hierarquizado: o estilo de vida do sistema prisional.

Carapinheiro (1998) apresenta o hospital moderno como uma instituição complexa, local de ancoragem de processos sócio-históricos recentes, incorporando progressivamente a noção moderna de serviço público e constituindo-se como campo fundamental da produção do saber médico e da prática da medicina moderna. O crescimento das instituições hospitalares tanto na área física quanto na complexidade

do seu funcionamento demandaram o aumento do número de profissionais assim como multiplicaram os serviços e as especializações médicas. O desenvolvimento da tecnologia médica introduziu modificações importantes na estrutura hierárquica, na estrutura de poder e nos sistemas de comunicação do hospital, associando-se a este conjunto de modificações a expansão do sistema burocrático da administração profissional.

A importância social do hospital é apontada no trabalho de Carapinheiro (1998) não só pela função da instituição nos sistemas de saúde modernos como também pelo poder social da profissão médica, representando a institucionalização dos conhecimentos médicos especializados. O hospital destaca-se pelo fato de ser um espaço de confronto da diversidade dos quadros de referência cultural dos doentes face a um modelo cultural médico reconhecido e consagrado, que inclui um modelo de regulação social do que é viver a doença no hospital.

O estudo das instituições hospitalares apontou para as categorias profissionais envolvidas na complexa divisão do trabalho no domínio hospitalar e concluiu que a única que é verdadeiramente autônoma é a profissão médica, já que o estudo mostra como esta autonomia é sustentada.

“[...] pela dominação do seu saber e da sua competência técnica na organização da divisão do trabalho e, como consequência, dirige e avalia o trabalho de todas as restantes categorias profissionais sem, em contrapartida, ser objeto de direção e avaliação de ninguém” (CARAPINHEIRO, 1998, p. 54).

Friedson (1977) analisa as dimensões do poder dos profissionais nas organizações. A primeira dimensão refere-se ao poder de *gatekeeper*, monopólio exercido pelos profissionais credenciados nas organizações, reportando-se ao acesso dos clientes a certos bens, serviços e benefícios desejados. Esse poder varia de profissão para profissão e de organização para organização, mas, sem dúvida, tal exercício de poder é mais experimentado na profissão médica. A amplitude do exercício deste poder e a necessidade de regulação sobre ele produzida pode estar na origem de freqüentes conflitos entre os profissionais e a administração burocrática de determinada

organização ou até da administração central do Estado. O elevado estatuto social e a competência técnica específica da atividade médica manifestam sua autoridade em pareceres e diagnósticos, relegando a um segundo plano a autoridade administrativa. A segunda dimensão do poder profissional, apontada por Friedson (1977), também é geradora de constantes situações de tensão em relação à direção da organização e está associada à posição privilegiada dos profissionais da área médica na obtenção de recursos. Por outro lado, devido ao fato de a maioria dos clientes das organizações não deterem poder sobre os profissionais, a combinação do poder de *gatekeeper* com o monopólio dos conhecimentos e a capacidade de criar estratégias para a organização atribui-lhes um *poder interpessoal com os clientes*.

Nesse sentido, Carapinheiro (1998) afirma que todas as medidas políticas que afetam as carreiras profissionais hospitalares, ou que tratem das condições materiais e técnicas que envolvem o desempenho das práticas médicas, ou políticas que gerem alterações na gestão dos hospitais são, na maioria das vezes, interpretadas pelos analistas como sinais prévios de mudança da relação de forças dos protagonistas das políticas de saúde. Conhecendo-se a articulação entre as políticas de saúde com as restantes políticas setoriais e considerando-se que o hospital mantém-se como espaço privilegiado da disciplina médica, do aprendizado, do treinamento e do exercício da prática médica, sabe-se da adaptação constante das instituições hospitalares às novas necessidades decorrentes da evolução do lugar da saúde no contexto socioeconômico mais vasto.

No Brasil, no final da década de sessenta, as políticas de saúde caracterizaram-se através de um discurso médico assistencial privatista, impondo-se *progressivamente, com recuos provisórios e avanços posteriores, através de um conjunto de decretos-leis, de programas* (LUZ, 1986, p. 118). Nesse período, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) passou a ser o aparelho central do macro poder institucional de atenção à saúde. O hospital previdenciário foi crescentemente espaço privilegiado de reprodução do saber médico e paulatinamente tornou-se espaço universitário. Luz (1986) apresentou o novo modelo de ensino e ideologia médica que tentava implantar-se nas escolas de medicina da década de setenta.

“A medicalização da vida social - vista como impregnação da sociedade pelas instituições médicas -, torna-se projeto político prioritário do bloco no poder, a face que a hegemonia mostra na conjuntura 68/74. O discurso e as práticas médicas invadem as relações sociais conquistando espaços de outras instituições, ao mesmo tempo em que paradoxalmente o antigo aparelho médico, confinado no Ministério da Saúde, é despojado de muitos destes espaços, já que seu discurso dominante, campanhista, e suas práticas, rotinizantes, “burocráticas”, não podem acompanhar o grande salto racionalizador de planejamento que vai embebendo as instituições como um todo, estatais ou privadas” (LUZ, 1986, p. 119).

Essas transformações que se verificam no saber médico e na prática médica nas décadas de sessenta e setenta não podem ser imputadas unicamente às grandes mudanças que se dão na área das políticas públicas de saúde. Ocorreram mudanças no ensino universitário e, especificamente em relação ao ensino médico, tais mudanças foram ainda mais expressivas. Essas reformas também atingiram as práticas médicas realizadas em consultórios, departamentos médicos de empresas, empresas médicas e hospitais.

Até meados dos anos oitenta, segundo Pires (1998), poucos médicos trabalhavam em hospitais privados e poucos médicos eram assalariados. O hospital era utilizado para internar ou realizar determinados procedimentos com os pacientes. O pagamento pelo serviço prestado era feito diretamente pelos clientes ou através de convênios (pagamento por procedimento ou pelos atendimentos realizados). Os demais profissionais de saúde eram, na sua maioria, assalariados. Nos hospitais públicos, a maioria dos médicos, como os demais profissionais de saúde, era assalariada. Os profissionais que trabalhavam em instituições, mesmo com diferenciações, em função do caráter da relação trabalhista, sofriam constrangimentos das regras de funcionamento das instituições e das regras vigentes sobre o exercício profissional. Essas restrições são mais efetivas sobre a ação de trabalhadores e profissionais não médicos e menores em relação ao trabalho médico. Essa realidade denota o poder dos médicos e de suas organizações, e mostra também a capacidade de influenciar a política de gestão das instituições (PIRES, 1998). Os médicos ocupam cargos de

direção das instituições hospitalares, sendo a categoria, dentre os profissionais de saúde, que mais tem representação nos espaços legislativos e nos espaços de decisão das políticas de saúde no país. Não existem restrições legais à atuação dos médicos em qualquer atividade de saúde, o que não ocorre com as outras profissões da área.

A maioria do trabalho em saúde é realizada em hospitais, em ambulatórios ou em serviços de apoio diagnóstico e terapêutico. Na instituição hospitalar, o médico é a figura central do processo assistencial, decidindo sobre o diagnóstico, os procedimentos, a terapêutica e sobre o uso, ou não, de vários recursos em equipamentos de tecnologia avançada, que funcionam para auxiliar na manutenção de funções vitais, ou para controlar a evolução do estado clínico do paciente hospitalizado. O médico é o responsável ainda por decidir sobre a internação e a alta hospitalar. Dessa forma, o serviço médico detém o controle do processo assistencial na área da saúde e trabalha com relativa autonomia em relação às regras institucionais (PIRES, 1998).

A questão da saúde é reconhecida implícita ou explicitamente no seu aspecto multidimensional, inclusive no que tange à assistência médica, como um componente da qualidade de vida. O que determina no caso de formulação de um novo modelo de atenção - como da atenção à saúde da população encarcerada - que sejam contempladas não apenas as práticas sanitárias, mas também o processo de gestão das políticas propostas. O esforço administrativo, no sentido de prover a assistência médica aos indivíduos no âmbito do SUS será balizado pelos princípios da equidade e da universalidade das ações e dos serviços.

A partir da Constituição de 1988, o contexto geral em que se inseriam os serviços hospitalares foi marcado pela centralidade do hospital no sistema de saúde, pelo estilo de vida característico dessa realidade institucional e pela crise fiscal do governo federal brasileiro, principal financiador da maior parte dos serviços de saúde prestados no país. As políticas, desde então, procuraram restringir a produção de serviços de saúde no setor contratado e estimularam a recuperação e reestruturação do setor público.

No entanto, Gerschman S. e Santos M. A. B. (2006, p.183 a 185) apontam que, ao longo da década de 1990 e início do século XXI, o crescimento da atenção

ambulatorial básica e do Programa de Saúde de Família (PSF) foi simultâneo à diminuição relativa do financiamento de internações hospitalares e, em menor proporção, de procedimentos de média e alta complexidade. Na prática, ocorreu uma proliferação de hospitais públicos, apresentando baixo número de leitos e baixo grau de incorporação tecnológica, vinculados à rede do SUS. As autoras acrescentam que alguns segmentos de provedores privados mais qualificados tenderam a migrar para um nicho de oferta ao SUS significativamente mais remunerado, o de serviços de alta complexidade. Acrescentam também que o setor privado vem consolidando uma especialização no sentido oposto, sendo hoje detentor de mais de 80% do parque de equipamentos biomédicos mais sofisticados do país e o responsável pela realização de procedimentos de alta complexidade. Como alternativa para o financiamento desses procedimentos, o Ministério da Saúde criou em 1999 o Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC). O FAEC financia ações de interesse de provedores privados e de segmentos favorecidos da população, que fazem uso seletivo de alguns procedimentos do SUS, como terapia renal substitutiva, medicamentos excepcionais, testes para AIDS e transplantes.

A lógica implantada pelas novas políticas de saúde apresentou o hospital como uma instituição moderna, com alta complexidade no desenvolvimento dos serviços prestados, constituindo-se como campo fundamental de produção do saber médico e da prática da medicina. Entre as categorias profissionais envolvidas na instituição hospitalar destaca-se a profissão médica com privilegiada autonomia em relação a outras categorias que estão inseridas nessa realidade institucional. O médico aparece como figura central do processo assistencial hospitalar, evidenciado no poder decisório sobre diagnóstico, procedimentos na conduta terapêutica e na autonomia quanto a internação e alta do doente.

3.5 Conclusão

As análises sociológicas relacionadas à temática da violência tiveram início na década de setenta e consolidaram um espaço acadêmico próprio nos anos oitenta. A produção nas ciências sociais no Brasil de 1970-2004, que tratam do sistema

penitenciário, não apresentou estudos sobre a assistência à saúde da população encarcerada.

Esta tese aproxima-se das temáticas que tratam das políticas públicas de segurança. Em uma dimensão política, o Estado filia-se à corrente de análises dedicada aos problemas decorrentes do rápido crescimento da população penitenciária e suas conseqüências para a vida intra e extramuros. A margem de negociação dos presos aumentava na medida em que diminuía a capacidade do Estado de organização. A hierarquia estabelecida entre os presos seguia regras rígidas. O poder exercido pelos representantes dos reclusos, plantões e auxiliares de galerias ocorre paralelamente ao sistema formal oficial nos estabelecimentos prisionais. Entre os auxiliares do plantão de galeria, o auxiliar de faxina era o que mais influenciava no processo de atendimento ao preso doente negociando junto aos agentes penitenciários em favor das internações hospitalares dos presos doentes ou vetando o encaminhamento de doentes ao hospital.

As análises sociológicas em saúde relacionadas ao atendimento hospitalar também têm início nos anos setenta. Nesta década predominava o setor hospitalar privado contratado pelo Estado. Nos anos de 1980 houve avanços da universalização dos direitos do cidadão. Em relação aos serviços hospitalares as mudanças ocorreram no modo como se realizavam os pagamentos por serviços prestados: ampliaram-se os controles sobre o modo como a provisão era oferecida. Nos anos noventa e início do século XXI os estudos mostraram que as políticas vigentes preconizavam a universalização dos cuidados primários de saúde através da atenção ambulatorial básica e do PSF e paralelamente limitavam o financiamento de internações hospitalares. Foi neste contexto que ocorreu a criação de unidades hospitalares, em hospitais gerais, destinadas ao atendimento de presos doentes. Se do ponto de vista macro-político a implantação das novas políticas de saúde para a população encarcerada explica-se, em parte, pela natureza dos SUS, então a criação das micro-unidades penitenciárias de atendimento ao preso doente deve ser compreendida também levando em conta sua inserção no espaço institucional do hospital geral, enfocando as relações de poder estabelecidas na superposição de hierarquias do sistema hospitalar e do sistema penal.

O próximo capítulo trata do atendimento à saúde do preso doente no Hospital Penitenciário (HP) até o fechamento desta instituição e apresenta as novas políticas de saúde para o preso, que necessita de internação hospitalar.

CAPÍTULO 4

Trajetória da atenção à saúde do preso: desde a criação do Hospital Penitenciário até as novas ações para internação

4.1 Introdução

O objetivo deste capítulo é reconstruir o processo de atendimento à saúde do preso doente hospitalizado no Rio Grande do Sul. Buscou-se identificar nesse processo as formas de poder médico e de poder carcerário, características do sistema penitenciário. Preocupando-se em descrever as estratégias dos atores envolvidos no atendimento ao preso doente identificaram-se períodos em que, na ausência de poder médico e carcerário, os presos doentes desenvolveram estratégias de sobrevivência e busca de maior liberdade no espaço hospitalar.

O capítulo apresenta a trajetória da atenção à saúde do preso, desde a criação do Hospital Penitenciário (HP) em Porto Alegre até a implantação de novas políticas de saúde para o atendimento do preso, que necessitasse de internação hospitalar. A ênfase recai sobre cinco aspectos da estrutura institucional do HP e descreve o processo de fechamento da instituição, em abril de 2002. A seguir foi examinada a busca de novas estratégias de atendimento à saúde do preso em âmbito nacional, através de uma descrição das propostas políticas recentes para o atendimento hospitalar de presos doentes do sistema penitenciário no Rio Grande do Sul. A pesquisa que resultou nesta tese ocorreu simultaneamente à implantação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário.

4.2 Hospital Penitenciário

A assistência à saúde para a população carcerária é uma exigência formal do governo brasileiro, sustentada pela Lei de Execução Penal (BRASIL, 1995), nos artigos 11 e 14, que garante a assistência à saúde do preso e do internado. No caso do

estabelecimento penal não estar aparelhado para prover a assistência médica necessária, esta deverá ser prestada em outro local (BRASIL, 1991). No Rio Grande do Sul a Superintendência dos Serviços Penitenciários (SUSEPE) contava, até abril de 2002, com o HP.

Criado em 1974, este Hospital começou a funcionar, precariamente, em dois andares de um pavilhão do Presídio Central de Porto Alegre (PCPA). Em 1978, após uma decisão da SUSEPE, foi criado o Pavilhão Médico Hospitalar do Presídio Central de Porto Alegre, no qual funcionava o hospital. Em dezembro de 1985, a partir da Portaria nº 377 (RIO GRANDE DO SUL, 1985), o Pavilhão Médico passou a ser chamado Hospital Penitenciário. O objetivo dessa instituição era dar assistência, em âmbito hospitalar e ambulatorial, aos internos em regime fechado do sistema penitenciário do Estado. Entre o público alvo do Hospital também se encontravam as mulheres em regime fechado e, esporadicamente, presos do regime semi-aberto. Em 2002, o prédio onde localizava-se o Hospital foi transformado em mais um pavilhão do PCPA (HOSPITAL PENITENCIÁRIO, 2001).

4.2.1 Transferência da gestão do Hospital Penitenciário para a Brigada Militar

Até 1995, a administração do HP era de responsabilidade da SUSEPE. Os dirigentes do Hospital poderiam pertencer tanto a área administrativa quanto serem profissionais de saúde da Secretaria Estadual da Justiça e da Segurança. Essa alternância na direção dos estabelecimentos médico-penais entre profissionais da saúde e profissionais de segurança também foi identificada no Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso (IPFMC), em estudo realizado sobre a relação entre a saúde mental e a criminalidade (CHRISTOFF, 2001).

Em 1995 ocorreu a transferência da direção de várias casas prisionais e do HP da órbita da SUSEPE para a da Brigada Militar. A Secretaria da Justiça e da Segurança, através da Portaria nº 11 de 1995 (RIO GRANDE DO SUL, 1995) atribuiu a oficiais superiores da Brigada Militar a coordenação administrativa e operacional das maiores casas prisionais do Estado, sendo estas o PCPA, a Penitenciária Estadual do Jacuí (PEJ), a Penitenciária Estadual de Charqueadas (PEC), a Penitenciária de Alta Segurança de Charqueadas (PASC) e o HP. Dentre os argumentos apresentados para

justificar a transferência destas instituições da órbita administrativa da SUSEPE para a Brigada Militar destacaram-se: o aumento de índice de criminalidade no Estado, o aumento excessivo da população carcerária e o não correspondente crescimento no número de agentes penitenciários. Como consequência entre a disparidade da massa carcerária e dos agentes penitenciários teria havido a fragilização da segurança dos estabelecimentos penais. Também foram consideradas, para essa troca de administração, as tentativas e os incidentes de fuga, além das desordens generalizadas no interior dos presídios, o que, segundo a SUSEPE, colocava em risco a ordem pública e a própria integridade física dos presos e dos servidores penitenciários (RIO GRANDE DO SUL, 1995). Tais circunstâncias foram interpretadas pela Secretaria da Justiça e da Segurança como indicadores de uma situação de colapso dos serviços penitenciários, principalmente nos grandes estabelecimentos.

A partir da metade dos anos 1990, o aumento da população carcerária no sistema penitenciário do Rio Grande do Sul, a exemplo de todo país, e a incapacidade do Estado organizar e manter os serviços de segurança potencializaram a organização de grupos que passaram a disputar liderança entre a população encarcerada e criar estratégias de negociação em busca de maior liberdade de ação.

No caso específico do HP, havia ainda a questão da deficiência no sistema de atendimento médico ambulatorial nos estabelecimentos penais. Os presos doentes que chegavam no HP, muitas vezes, não foram submetidos a uma avaliação médica capaz de indicar ou não a necessidade de internação hospitalar (RIO GRANDE DO SUL, 1995). Esta situação de desordem do sistema penitenciário foi experimentada pelos servidores que trabalhavam no HP em 1994, em uma situação de motim, sendo relatada posteriormente por um agente administrativo da SUSEPE.

“(...) nós tínhamos um quadro na parede onde tinha o nome de todos os pacientes e o nome de seus médicos. De cada paciente. O médico que tratava deles, conforme eles iam melhorando, o médico procurava deixar o menos tempo possível, mesmo porque, como já tinha acontecido o motim em 94, no Hospital Penitenciário, nós tínhamos todo o cuidado, os médicos principalmente, de permanecer com aquele preso no hospital” (ENTREVISTA 33, 2005).

As deficiências no sistema de segurança no HP e o conflito decorrente da oscilação entre o poder médico e o poder dos agentes administrativos da SUSEPE também foi narrada, durante entrevista, por um médico contratado por período determinado para prestação de serviços a este Hospital. Atendendo a uma determinação da Divisão de Saúde da SUSEPE, o médico compareceu no Hospital no final da tarde de uma sexta-feira. O diretor do HP, na época um agente penitenciário, juntamente com o chefe da segurança aguardavam a chegada do profissional de saúde para discutir questões relacionadas à segurança do HP. O conteúdo do diálogo entre o profissional da saúde e os profissionais da segurança foi reproduzido pelo médico, durante entrevista. O depoimento revela que dado o descompasso, gerado pela perda de controle médico nas ações de saúde nos presídios e pela deficiência do serviço de segurança no HP, a população carcerária desenvolveu estratégias na busca de maior liberdade dentro da estrutura carcerária.

[Perguntei:] “(...) o que vocês querem comigo? A gente não quer se meter no seu trabalho, mas, (...) é que a última vez que ocorreu uma rebelião aqui, ela começou no Hospital Penitenciário. Os principais líderes adoeceram e se reuniram no Hospital Penitenciário. Coincidentemente estão todos aqui hoje de novo. Acabou de chegar o último. (...) tinha 20, 24 ou 26 internos lá, alguma coisa assim (...). Então vocês querem que eu faça uma limpa no hospital, é isso? É, pois é, a gente não quer se meter (...) Ah, tudo bem. O que tiver doente vai ficar, o que não tiver doente vai embora. Eu saí do hospital duas e meia da manhã. Das 26, eu acho que dei 22 altas. Tinha todo o tipo de paciente lá. Desde chefe de quadrilha simulando, simulações das mais grosseiras, simulando doença, até paciente que já podia ter tido alta uma semana antes. Tava lá porque não tinha médico pra ver. Paciente que não precisava tá lá, foi trazido porque como não tinha médico na cadeia pra atender. Eles não sabiam o que fazer, o cara ficou mal e trouxeram pro Hospital. Então nisso aí ficaram quatro ou cinco que precisavam realmente ficar internados (...)” (ENTREVISTA 2, 2003).

A partir de 1995, com a intervenção da Brigada Militar, o HP passou a ser administrado por um oficial dessa instituição na condição de diretor geral, responsável pela coordenação administrativa, operacional e pela atividade de segurança. O efetivo da Brigada Militar que passou a trabalhar no Hospital contava com um major, dois capitães, um tenente, dez sargentos, 35 soldados masculinos e dois soldados femininos totalizando 51 militares destinados às atividades de segurança e serviços administrativos do Hospital. Em relação à área específica da saúde, o HP dispunha de um diretor médico responsável pelo atendimento clínico dos pacientes internados e uma enfermeira responsável pelos serviços de enfermagem realizados pelos auxiliares (HOSPITAL PENITENCIÁRIO, 2001).

Na administração da Brigada Militar, o HP reorganizou os serviços disponibilizados pelo Hospital. Houve aumento no número de profissionais de saúde, viabilizando melhoria no atendimento à saúde dos presos oriundos das casas prisionais de todo o Estado. A responsável pela central de marcação de consultas do HP destacou alguns aspectos por ela considerados positivos na administração da Brigada Militar.

“(...) o que faltava, que havia necessidade, de ter mais alguém, mais funcionários, a gente comentava, a Brigada Militar, a administração deles sempre procurava trazer mais funcionários para nos ajudar. (...) A Brigada administrava, ia atrás de funções, procurava assim, manter o HP em condições de atendimento e eles tinham força pra isso. O pedido do funcionário era atendido, (...) medicação, eles davam um jeito de providenciar” (ENTREVISTA 33, 2005).

Ainda assim relatos de entrevistas de servidores da SUSEPE indicaram que se discutia, na área de segurança da gestão estadual, a possibilidade de fechamento do Hospital.

A Brigada Militar permaneceu administrando o HP até 2000. Em 2001, a gestão do HP voltou para a SUSEPE. Foi o último ano de atividades no Hospital, anterior ao fechamento da instituição. Embora a administração dos serviços penitenciários de grande porte tivesse permanecido no comando da Brigada Militar,

com o fechamento do HP as ações relacionadas à saúde dos presos retornaram à SUSEPE. A vigilância sobre os presos tratados no Hospital Vila Nova (HVN), como veremos no quinto capítulo, passou a ser incumbência de agentes penitenciários.

Como pode ser observado na Tabela 1, de 1995 até 2005, houve um rápido crescimento da população carcerária no Rio Grande do Sul, enquanto o número de leitos hospitalares manteve-se inicialmente inalterado. A partir de 2002, com o fechamento do HP, houve uma redução de 49% no número de leitos hospitalares no sistema penitenciário (de 65 para 33). Em 2004, com a interrupção das atividades do Centro Clínico do Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso (CCIPFMC), o número de leitos diminuiu ainda mais, passando para 21. O que correspondeu a uma redução de 68% dos leitos existentes em 2001. No mesmo período a população carcerária no estado do Rio Grande do Sul, cresceu 67% ao passar de 14.862 para 22.639.

Tabela 1 - Evolução da população carcerária¹, vagas no sistema prisional² e leitos³ destinados ao sistema prisional - Rio Grande do Sul - 1995-2005

Variáveis	Ano										
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
População carcerária	10.984	11.071	12.042	12.517	13.255	13.784	14.862	16.692	19.801	20.800	22.639
Vagas no sistema prisional	8.155	8.728	9.584	11.356	12.267	12.557	13.761	14.351	15.665	15.897	16.037
Leitos no sistema prisional	65	65	65	65	65	65	65	33	33	21	21

Fonte: (1) (2) Superintendência dos Serviços Penitenciários – SUSEPE/RS
(3) Hospital Penitenciário e Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso

4.2.2 Área física do Hospital Penitenciário

O Hospital Penitenciário (HP) estava localizado no interior da área física do Presídio Central de Porto Alegre (PCPA). Suas atividades realizavam-se em três pavimentos do pavilhão de número seis. O acesso ao Hospital dava-se pela portaria principal do PCPA, onde ficava um plantão de segurança permanente. Passada a portaria cruzava-se pelo pátio frontal do Presídio chegando à porta de grade do prédio administrativo. No interior do saguão, à direita, subindo um lance de escada, seguido de um corredor, deparava-se com outra porta de grade que dava acesso a um túnel que

conduzia até o Hospital. Neste segundo piso encontrava-se a administração e setores de apoio para o atendimento do preso hospitalizado: setor jurídico, almoxarifado, Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME), serviço social, laboratório, setor de pessoal, telefonia, provisionamento, cozinha, sala de enfermagem, sala de exames, sala de RX, sala de psicologia, sala de nutrição, sala de segurança, setor de esterilização de material hospitalar e farmácia. Segundo os servidores da SUSEPE, vinculados ao serviço de saúde, a farmácia era motivo de orgulho no HP, principalmente, pela abundância de medicamentos disponibilizados para os pacientes portadores de HIV/AIDS e tuberculose.

“(...) coquetéis, medicamentos antibióticos para o tratamento de tuberculose. (...) na farmácia sempre, nós tínhamos a farmacêutica, e nunca deixava faltar principalmente para AIDS e para tuberculose a medicação, sempre tinham os medicamentos todos para o tratamento, e muitos saiam de lá caminhando, chegavam mal das pernas, e saiam caminhando. Muitos morriam ali mesmo, houve muitos óbitos no Hospital Penitenciário e a causa da morte era a AIDS, a TBC” (ENTREVISTA 33, 2005).

O HP dispunha de 60 leitos, distribuídos no terceiro e quarto pavimentos. No terceiro andar encontravam-se os quartos de número 301 a 320, totalizando 40 leitos e um posto de enfermagem. No quarto andar, os quartos de número 401 a 410, totalizando 20 leitos e um posto de enfermagem. Os quartos dispunham de um ou dois leitos, camas de ferro e bidê individualizado (HOSPITAL PENITENCIÁRIO, 2001).

Para o atendimento de mulheres presas era utilizado um quarto no final do corredor. Havia cuidados especiais garantindo o distanciamento entre os homens e as mulheres.

“(...) quando a gente recebia mulheres, a gente procurava colocar as mulheres lá no último andar, sempre separado, bem no fundo, lá numa ala que a gente deixava reservada para elas. Para não misturarem e nem ficarem próximas,

a gente deixa vários quartos vazios até chegar nelas (...)” (ENTREVISTA 33, 2005).

Observou-se que a configuração arquitetônica do HP seguia os padrões dos pavilhões do PCPA. No interior, a estrutura era labiríntica, com múltiplos e longos corredores seguidos de escadas. A semelhança dos lugares dificultava a distinção entre eles. A idéia geral que se colhia é que o espaço físico hospitalar estava ocupado por vias de comunicação internas destinadas ao fluxo de profissionais da saúde e de agentes penitenciários, deixando às unidades de cuidados ao doente espaço de pequena dimensão.

De acordo com o relato do entrevistado (ENTREVISTA 1, 2001), em 2001, as condições de higiene, alimentação e o acesso a medicamentos eram bons. Entretanto, no que se refere ao quadro de profissionais da saúde, o entrevistado afirmou que houve redução de pessoal e maiores dificuldades para o acesso de presos doentes ao atendimento à saúde.

4.2.3 Acesso e tipos de serviços oferecidos através do Hospital Penitenciário

Entre os serviços disponibilizados no HP destacavam-se a assistência de saúde ambulatorial, destinada apenas aos presos do PCPA, e a hospitalar que atendia a todos os presos do sistema. No ambulatório, denominado Anexo do Hospital Penitenciário, localizado no andar térreo do PCPA, estavam disponíveis os serviços de assistência médica, de enfermagem e odontológica aos encarcerados do PCPA. O ambulatório contava ainda com o serviço de assistência psicossocial aos presos doentes internos no HP e presos trabalhadores²⁰ do HP e do PCPA.

No Hospital funcionava o serviço de marcação de consultas e exames especializados e o serviço de internação. O HP agendava para os presos do sistema

²⁰ A Lei de Execução Penal, capítulo III no artigo 28, apresenta “O trabalho do condenado, como dever social e condição de dignidade humana, terá finalidade educativa e produtiva”. Os trabalhadores encarcerados apresentavam-se em número reduzido, pela falta de oportunidade, pois não há vagas de trabalho para todos os presos. A competitividade em busca de uma oportunidade faz do trabalho na prisão uma premiação para presos tidos como bem comportados a partir de critérios dos agentes penitenciários. No PCPA foi mantida uma área de alojamento separada para os presos trabalhadores (HASSEN, 1999).

penitenciário consultas com especialistas e exames complementares para diagnósticos através da Central de Marcação de Consultas e Exames Especializados da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre²¹. O funcionário responsável pelo setor de marcação de consultas do HP dispunha de uma senha, garantindo acesso ao cadastro da rede pública. Este serviço era realizado por telefone, sendo que a Central de Marcação de Consultas e Exames Especializados disponibilizava apenas de uma hora diária para os agendamentos relativos aos presos doentes de todo o sistema penitenciário do Estado do Rio Grande do Sul.

Em 2001, considerando que a Central de Marcação de Consultas e Exames Especializados da Secretaria Municipal funcionava de segunda a sexta-feira, das 7 horas às 19 horas, era bastante limitado o tempo de marcação de consultas para população carcerária. No mesmo ano, havia elevado o número de solicitações de serviços de saúde, oriundo das casas prisionais do Estado, e o acesso a serviços especializados aos presos era muito reduzido (HOSPITAL PENITENCIÁRIO, 2001).

Por outro lado, mesmo considerando o limitado número de consultas agendadas, a estratégia administrativa da SUSEPE, de cadastramento do HP junto à Secretaria Municipal de Saúde, acabava funcionando como elemento facilitador do atendimento à saúde dos presos doentes. O vínculo do HP com a Central de Marcação de Consultas evitava o enfrentamento de filas características na atenção à saúde da rede pública.

Os presos doentes encaminhados para o atendimento na rede pública necessitavam de escolta permanente, o que gerava constrangimentos para usuários não presos e para a equipe de saúde do posto de atendimento. Também existia resistência por parte do serviço de segurança responsável pela escolta dos presos doentes. Havia preocupação com a segurança, e nos casos de assistência à saúde dos presos doentes do interior, que dependiam de longos deslocamentos, eram necessários pagamentos de diárias para os agentes penitenciários responsáveis pela escolta. Nos relatos da entrevista que segue podemos identificar algumas destas dificuldades.

²¹ A Central de Marcação de Consultas e Exames Especializados está em funcionamento desde fevereiro de 1997, tendo sido criada com o objetivo de centralizar o agendamento de primeiras consultas especializadas do município de Porto Alegre, permitindo: acesso de forma hierarquizada aos serviços de saúde, de acordo com o grau de complexidade necessária e identificação de áreas de desproporções entre a oferta e a demanda de consultas. (PORTO ALEGRE, 2001).

“(...) nem a Brigada Militar, nem os agentes [penitenciários] gostam de fazer escolta, fora, porque eles [presos doentes hospitalizados] têm que ter escolta permanente dentro do hospital, os riscos aumentam porque as condições de segurança não são ideais. Tu tem que dormir sentado, então, teoricamente não pode dormir. Tem outras pessoas desconhecidas circulando, nem sempre tu recebe as diárias em dia, às vezes atrasa para receber, o Estado sempre paga, mas, às vezes atrasa” (ENTREVISTA 2, 2003).

A ficha de referência e contra-referência utilizada no atendimento aos presos, nos postos de saúde, seguia o mesmo modelo exigido pela Secretaria Municipal de Saúde para a população em geral. Neste documento era registrada a unidade de saúde que prestou o primeiro atendimento ao preso doente, a identificação do paciente e a especialidade referenciada. Esta ficha também continha informações relacionadas às consultas especializadas, orientando a continuidade do tratamento a ser realizado na casa prisional de origem. No caso de atendimento à população carcerária, as solicitações eram requeridas pelo médico que atendia no ambulatório da casa prisional de origem do preso ou do médico clínico do posto de saúde mais próximo ao estabelecimento penal onde o preso estava recolhido. A solicitação médica de serviços especializados era enviada por fax ao setor de marcação de consultas do HP, que conseguia ou não o agendamento. Nos casos de sucesso do agendamento a confirmação do pedido era repassada por fax para a administração do presídio, indicando data e local do procedimento (ENTREVISTA 33, 2005).

A remoção do preso de seu presídio de origem até o HP ocorria um dia antes do procedimento agendado. O preso pernoitava no HP e no dia seguinte a Brigada Militar, administradora do HP neste período, conduzia o preso até o local e horário agendado para atendimento. Após a consulta o preso doente era escoltado novamente para o HP e, conforme disponibilidade do núcleo de remoção da SUSEPE, voltava para a casa penal de origem (DIÁRIO DE CAMPO, 2004a).

Resumidamente, o sistema de atendimento à saúde ambulatorial do preso doente, em regime fechado, passava pelo controle do setor de marcação de consultas

do HP. A indicação médica para realização de exames e consultas especiais era necessária para garantir a solicitação do procedimento junto a Secretaria Municipal de Saúde, mas não havia garantias de que a solicitação seria atendida. Se por um lado a centralização dos serviços de saúde no HP funcionava como facilitadora no acesso entre o sistema penitenciário e o sistema de saúde pública oferecido pelo município de Porto Alegre, por outro, ficou evidenciado que o trâmite burocrático entre as casas prisionais, HP e a Central de Marcação de Consultas, exigia uma sucessão de procedimentos administrativos, somados aos cuidados especiais de segurança no deslocamento dos presos das casas prisionais aos locais de atendimento médico, em Porto Alegre. Isso na prática dificultava o acesso aos serviços, mesmo quando havia evidente necessidade clínica como aponta o relato da entrevista com um dos médicos da Divisão de Saúde da SUSEPE.

“(...) a necessidade da gente triar caso a caso, porque que veio, da onde veio, passou pelo hospital, porque o médico do hospital mandou embora? Porque ele mandou pra cá [Porto Alegre] e não ficou com o paciente no hospital dele. E aí a gente foi descobrir que na grande maioria [dos casos], faltava pessoal pra fazer escolta, ou o pessoal que tinha não queria fazer escolta, ou o médico não tava afim, ou o hospital não queria o cara lá” (ENTREVISTA 2, 2003).

A partir das observações de campo e das entrevistas, o número de deslocamentos de presos, a necessidade de agentes penitenciários para a escolta e o tempo de circulação do preso fora da vida intramuros são alguns dos elementos que apontavam a necessidade de novas estratégias no atendimento à saúde do preso.

Nos casos em que havia necessidade de internação do preso doente no HP exigia-se encaminhamento médico justificando a hospitalização. Ao chegar ao HP o preso doente era avaliado pelo médico de plantão que confirmaria ou não a necessidade de internação. Confirmada a necessidade de hospitalização, o preso doente era conduzido à unidade para tratamento clínico, onde aguardaria a visita do médico que fora designado para assumir o caso. Outro procedimento realizado no processo de internação hospitalar era a verificação da situação prisional do preso. Entre

os elementos analisados para hospitalização estavam as condições disciplinares na vida intramuros. Observa-se o relato de um agente administrativo da SUSEPE vinculado ao serviço de saúde no HP.

”(...) antes de internar esse preso, era visto o prontuário penal²², a periculosidade dele, o artigo dele²³. Era uma série de fatores, para ver o tempo de permanência que ele poderia ter naquele hospital e assim era feito” (ENTREVISTA 33, 2005).

A periculosidade, o tipo de delito e o comportamento do preso eram elementos que, segundo os agentes penitenciários entrevistados (ENTREVISTAS 27, 29 e 30, 2004), influenciavam na disciplina do preso doente dentro do presídio e do HP. Deveriam ser examinados, porque poderiam gerar conflito entre os presos e a segurança ou entre os próprios presos. Entretanto, essa verificação, na prática, não se realizava a contento, como afirma um diretor da Divisão de Saúde da SUSEPE.

“(...) havia dois médicos lotados ali, naquele momento, um cirurgião o outro um traumatologista e nenhum clínico que desse atendimento para os pacientes. Então eles vinham, às vezes, ficavam semanas ali sem necessidade de internar, vinham porque faltou médico na cadeia e aí não tinham o que fazer com eles, vinha para o Hospital Penitenciário, era um grande depósito. Se o cara incomodasse na cadeia era pra vir pro Hospital Penitenciário. Se o cara adoecesse na cadeia era pra vir pro Hospital Penitenciário. Se o cara precisasse internar ou não precisasse internar não importava, ele vinha. Colocava no Hospital Penitenciário e ele parava de incomodar. (...) Ali mesmo não se fazia nada a não

²² Os prontuários, penal e clínico, eram encaminhados para o SAME, setor responsável pela administração das entradas e saídas do preso internado no HP.

²³ A Lei de Execução Penal, nº 7.210 de 11 de julho de 1984, no Título II, Capítulo I trata da classificação do condenado e do internado. “Art. 5º Os condenados serão classificados, segundo os seus antecedentes e personalidade, para orientar a individualização da execução penal. Art. 6º A classificação será feita por Comissão Técnica de Classificação que elaborará o programa individualizador e acompanhará a execução das penas privativas de liberdade e restritivas de direitos, devendo propor, à autoridade competente, as progressões e regressões dos regimes, bem como as conversões (BRASIL, 1995).

ser dar remédio quando tinha prescrição. Não tinha prescrição, não tinha avaliação nenhuma” (ENTREVISTA 2, 2003).

Segundo os relatos do médico contratado em 2001 e do diretor da Divisão de Saúde da SUSEPE, havia presos doentes no Hospital que, além de serem lideranças de facções, sequer tinham razões clínicas para lá estarem. Isto indica que as verificações relacionadas à segurança geralmente não se realizavam quando da internação no HP.

Em 2001 a equipe técnica responsável pela saúde dos presos no HP era composta de cinco médicos, um dentista, três enfermeiros, uma psicóloga, dez auxiliares de enfermagem, e um advogado somando 21 técnicos de nível superior. Entre as especialidades médicas disponíveis no HP destacavam-se a traumatologia, a cirurgia plástica, a anestesia, a urologia e a clínica geral (HOSPITAL PENITENCIÁRIO, 2001). Durante entrevista com o responsável pelo setor de saúde da SUSEPE no HP ele afirmou que os médicos, independentemente de suas especialidades, atuavam como clínicos gerais para satisfazer as necessidades do serviço médico do Hospital. O HP contava também com serviços de apoio como laboratório e radiologia (ENTREVISTA 33, 2005).

Em relação à entrada e à saída do preso doente verificou-se, através das entrevistas (ENTREVISTA 2, 2003; ENTREVISTA 33, 2005) e de observações durante visitas preliminares à elaboração do projeto de pesquisa, que no HP era do poder médico a decisão. Ainda que houvesse pressão de agentes penitenciários e da própria direção administrativa da SUSEPE para internação de presos doentes no Hospital, o poder de decisão final era dos médicos. No caso da alta, a pressão, em geral, era para o prolongamento da internação, mas também neste caso predominava a decisão médica. Tanto na avaliação de entrada quanto na avaliação da saída quando era assinada a alta hospitalar, atestando estado melhorado do paciente, o médico determinava o procedimento a ser adotado, conforme trecho da entrevista.

“(...) então no Hospital ele recebia aquele tratamento, quando os médicos achavam que ele já tava melhorando que já poderia continuar o tratamento na sua

casa [prisional] de origem, ele retornava. O médico assina a alta hospitalar, uma nota de alta, impressa, que o HP tinha, dizendo, retornando o preso pra sua origem, visto estar com o estado de saúde melhorando, e colocavam os procedimentos que deveriam dar continuidade na sua casa de origem” (ENTREVISTA 33, 2005).

Relações de poder entre os serviços de saúde e os serviços de vigilância podiam ser observadas no interior do HP. O Diretor do HP (ENTREVISTA 1, 2001), soldados da Brigada Militar e agentes administrativos da SUSEPE que trabalhavam no HP, em conversas informais, queixavam-se da falta de atenção médica aos presos doentes hospitalizados. Contudo, já era possível, desde o início da pesquisa, identificar a supremacia do poder médico no hospital.

Em 2001, além da internação no HP, a SUSEPE dispunha de cinco leitos no Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), em Porto Alegre, para baixar presos doentes. Conforme o Chefe da Divisão de Saúde da SUSEPE, antes do fechamento do HP, os leitos foram sendo ocupados pela SUSEPE no HNSC através de um processo de acomodação. Não havia convênio ou qualquer outro tipo de acordo verbal ou escrito. Os pacientes internavam-se pelo SUS nos leitos disponibilizados pelo Hospital e a SUSEPE mantinha 24 horas de vigilância sobre esses leitos. Os casos encaminhados para internação no HNSC, na maioria das vezes, exigiam intervenções cirúrgicas ou cuidados médicos especializados, que não poderiam ser realizados no HP (ENTREVISTA 2, 2003). Nos quartos ocupados pelos presos doentes, não era possível internar outros pacientes por motivos de segurança. A administração do HNSC oferecia à SUSEPE um quarto com cinco leitos. Desse modo, a SUSEPE podia concentrar o trabalho de vigilância em apenas uma equipe de agentes penitenciários, vigiando presos doentes internados em uma única enfermaria do HNSC (HOSPITAL PENITENCIÁRIO, 2001).

4.2.4 Quadro de doenças dos presos internados no Hospital Penitenciário

A caracterização aqui realizada tem como propósito identificar as doenças mais comuns responsáveis pelas internações dos presos no HP. Com o crescimento da

população penitenciária no Rio Grande do Sul, como demonstrado na Tabela 1, é provável que tenha crescido também o número de pedidos de internação hospitalar no HP. Além disso, a superlotação dos estabelecimentos penais resultava na alta incidência de doenças típicas de aglomerados humanos em situação de cárcere, tais como a tuberculose e a AIDS. Quando questionados nas entrevistas sobre as condições de saúde dos presos e em que condições físicas eles chegavam ao HP, os técnicos da área da saúde e os agentes penitenciários que trabalhavam na instituição responderam imediatamente: “em estado grave, em um processo acelerado da doença”. Eles estavam se referindo a presos doentes com doenças sexualmente transmissíveis, com AIDS e com tuberculose.

“(...) [As] coisas que chamaram mais atenção e mais graves dentro do sistema, que também são produto do convívio próximo, [eram] tuberculose e AIDS, as DSTs em geral. Isso tem aos montes. Então o objetivo era simplesmente aliviar a pressão. Poucos médicos para atender muita gente” (ENTREVISTA 2, 2003).

Outro aspecto identificado em relação ao quadro das doenças dos pacientes internados no HP estava relacionado à gravidade da doença e à resistência do preso ao tratamento. Ainda que os presos chegassem ao Hospital em estado avançado de doenças e sabendo do diagnóstico de AIDS, alguns recusavam o tratamento. Observe-se o seguinte relato de um agente administrativo da SUSEPE.

“E uns tinham medo da AIDS, sabiam que não tinha mais volta para eles, e se recusavam a receber tratamento. Mas só que chegava certo período (...) da doença deles, que eles tinham que realmente..., daí eles não queriam morrer, queriam porque queriam o tratamento. Aí então, quando eles chegavam lá, eles já estavam praticamente em estado terminal, daí eles começavam com os coquetéis, e começavam com a medicação forte” (ENTREVISTA 33, 2005).

Segundo todos os entrevistados, a AIDS e as doenças oportunistas daí resultantes como tuberculose, criptococose extra-pulmonar, herpes zoster ou simples e outras doenças de pele eram as principais causas de internação no HP.

4.2.5 Fechamento do Hospital Penitenciário

A partir de algumas visitas exploratórias ao HP, antes do seu fechamento, pôde-se constatar a situação precária, tanto da estrutura institucional, quanto das condições de saúde dos presos e dos cuidados de saúde que a eles eram oferecidos. A intenção da SUSEPE, ao tempo das visitas - abril de 2001 - já era de fechamento da instituição até o final daquele ano. O diretor do HP, oficial da Brigada Militar, acompanhou as visitas deixando clara sua posição contrária ao fechamento do Hospital. Da mesma forma também se manifestou a então responsável pelo setor de marcação de consultas do HP. Na ocasião da entrevista, em tom lamentoso, atribuiu a responsabilidade às autoridades e aos políticos pelos problemas e pelo fechamento eminente do HP (ENTREVISTA 33, 2005).

Havia o sentimento, entre os funcionários do HP, constatado nas entrevistas (ENTREVISTA 2, 2003; ENTREVISTA 33, 2005) e nas observações, de que o Hospital fora perdendo profissionais de nível superior e técnicos e de que nada fora feito no sentido de reverter este processo. O Estado do Rio Grande do Sul (1995-1998) adotou o Programa de Demissão Voluntária (PDV) e cortou Cargos em Comissão (CCs), além de outras gratificações. Dentre os setores que mais solicitaram demissões, no PDV, destacaram-se as áreas de educação, saúde e segurança (RÜCKERT, 2006). O programa afetou também os serviços penitenciários, provocando dificuldades adicionais para a vigilância e cuidado de presos, que já era grave, devido ao crescimento da população carcerária. Nesse contexto surgiram propostas de fechamento do HP.

“(...) foi assim, um ano mais ou menos eles só falaram que o Hospital ia fechar, que o Hospital ia fechar, que não tinha mais condições, e foi indo, foi indo, e a Brigada ia sair, e daí começou um rumor que a Brigada ia entregar o Hospital, que ia ficar só com o Central e foi no mês de janeiro, de 2001, que a SUSEPE

assumiu o Hospital Penitenciário de novo. Aí começaram muitos problemas, começou a faltar coisas” (ENTREVISTA 33, 2005).

A posição da SUSEPE em relação ao fechamento do HP ficou evidenciada nos argumentos utilizados pela chefia da Divisão de Saúde (ENTREVISTA 2, 2003), que defendia a interrupção das atividades na instituição. Tais argumentos estavam relacionados à falta de profissionais da saúde no HP e nos estabelecimentos penais espalhados pelo estado do Rio Grande do Sul.

Segundo o chefe da Divisão de Saúde, o número reduzido de profissionais no HP comprometia a assistência oferecida aos presos doentes, resultando em baixa credibilidade no tipo de tratamento junto a população carcerária. O próprio preso, muitas vezes, não aceitava o encaminhamento médico para internação no HP. Os pacientes em situações mais graves eram encaminhados ao HNSC. Os técnicos de nível superior da SUSEPE (RIO GRANDE DO SUL, 2002a) observavam ainda que o custo do atendimento no HP era elevado se comparado à baixa resolução nos atendimentos.

Outro argumento utilizado pelos técnicos da SUSEPE para o fechamento do HP estava vinculado à dificuldade de atendimento à saúde da população prisional nos estabelecimentos penais (ENTREVISTA 2, 2003). A falta de atendimento médico nos presídios dificultava o atendimento à saúde dos presos e as avaliações capazes de justificar a necessidade ou não de transferência dos presos para o HP. Segundo os entrevistados, na ausência de médicos nos presídios as avaliações das condições de saúde dos presos ficavam a critério de outros profissionais da saúde ou de agentes penitenciários. Ao identificarem alguma situação em que consideravam necessário atendimento acionavam o diretor do presídio, que autorizava a transferência ao HP. Segundo um diretor da Divisão de Saúde da SUSEPE, o crescimento no número de presos doentes exigia novas políticas de atendimento e mais profissionais de saúde para atender a demanda crescente.

“(...) nós éramos dois médicos mais o diretor da Divisão de Saúde que também atuava como clínico nos presídios. Em vários locais, para atender o

máximo, o maior número de pessoas possíveis, o atendimento era separado ao extremo da necessidade. Eu conseguia, tocando muito rápido, ver 20,15 caras em uma hora. Era uma coisa muito louca. Uma demanda muito grande, e num curto espaço de tempo pra atender todo aquele pessoal. Para tu teres idéia: a PEJ estava com 1.500, 1.600 presos. Então o que acumulava de gente para ser atendida, 60 pessoas em 4 horas. Era muita gente” (ENTREVISTA 2, 2003).

Os técnicos de enfermagem também estavam em número reduzido no HP e limitavam suas tarefas a administrar medicações analgésicas aos pacientes que tinham prescrições médicas.

“(...) quando o pessoal do quadro saiu, e o pouco do material que tinha foi estragando (...) foi ficando parado. Quando eu cheguei lá, restava um cirurgião e um traumato no quadro e mais nada, e o pessoal da enfermagem, meia dúzia de funcionários da enfermagem, nem equipamento de fisioterapia nada, o que não estragou, sumiu” (ENTREVISTA 2, 2003).

Observou-se que ao mesmo tempo em que a SUSEPE iniciava o processo de fechamento do HP, justificado pela falta de recursos humanos e materiais, a Superintendência demonstrava interesse em investir em novas estratégias de atendimento junto à rede pública de saúde, objetivando o tratamento de saúde do preso. Segundo o mesmo Diretor da Divisão de Saúde da SUSEPE

“(...) sempre que alguém morre ou adoce dentro do sistema prisional, sempre existe uma suspeita (...) a impressão que dá é que a gente é culpado, até que se prove o contrário. Se o cara morreu, ele morreu por falta de atendimento, até que se prove o contrário. Morreu por falta de recurso, (...) ele adoce e ele morre e tu tem que achar um culpado, o culpado é o sistema. (...) O culpado é o médico que não atendeu, o culpado é o sistema que não forneceu os remédios ou que não forneceu o atendimento. [Há] a suspeita de que as coisas não foram feitas como deveriam ter sido feitas, porque se fosse um outro hospital teria sido

diferente. Então oferecer um hospital da rede pública também resolve este problema de ordem, digamos assim, política e sociológica talvez da relação dentro do sistema. (...) No momento que tu tá oferecendo a mesma instituição, num hospital de rede pública, que os médicos são os mesmos que atendem outros pacientes, sob as mesmas condições. Bom, o máximo que tu pode acusar é os médicos de discriminação em relação aos pacientes. Mas está oferecendo teoricamente é a mesma coisa, as mesmas condições de atendimento. Essa era a idéia de fechar o Hospital” (ENTREVISTA 2, 2003).

Na busca de atendimento ao preso pela rede pública, posição defendida pela Divisão de Saúde da SUSEPE, também aparecia a tentativa de resolver uma questão antiga levantada pelos médicos do sistema penitenciário, relacionada à responsabilidade atribuída ao corpo clínico nos casos de fracasso do tratamento do preso, mais especificamente aos óbitos, já que para os médicos havia sempre uma suspeita sobre o atendimento à saúde dentro do sistema penitenciário.

Durante as observações no trabalho de campo e nas entrevistas ficou evidenciada a existência de posições contrastantes entre agentes administrativos da SUSEPE e soldados da Brigada Militar, que trabalhavam no HP, e os profissionais de saúde, na maioria médicos (ENTREVISTA 27,32, 2004). Para os agentes administrativos da SUSEPE e os soldados da Brigada Militar o funcionamento do HP deveria ser mantido. Diferente era a posição dos médicos, que defendiam a interrupção das atividades do Hospital. Existia, no entanto, consenso quanto ao fracasso no atendimento à saúde do preso no HP.

“(...) não tinha avaliação nenhuma. Isso já era assim, era o desmonte físico do Hospital, o desmonte humano do Hospital, não restava mais nada quer dizer, não fazia mais nada por ninguém, pagava remédio na gíria, na gíria do sistema tu não dá remédio, tu não medica os pacientes, tu paga os remédios para pacientes” (ENTREVISTA 2, 2003).

No encerramento das atividades do HP, a SUSEPE designou um médico para avaliar as condições de saúde dos presos internados e para determinar o destino dos mesmos. Nos casos em que havia melhora do paciente, ele retornava para as casas prisionais de origem. Nos casos em que havia necessidade de continuidade no tratamento, os presos doentes eram transferidos para outro estabelecimento de saúde da rede pública. Os pacientes crônicos ou em fase terminal, eram transferidos para o Centro Clínico, no Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso (CCIPFMC).

“Então assim, o processo final levou ali uns quatro ou cinco dias que foi o tempo da gente retirar os pacientes, que levou dois ou três dias, e mais dois ou três dias pra fazer a retirada dos equipamentos” (ENTREVISTA 2, 2003).

No final de abril de 2002 foram interrompidas definitivamente as atividades do HP. A SUSEPE propunha a substituição do atendimento oferecido no HP por atendimento a ser oferecido em unidades penitenciárias em hospitais da rede pública. Com o fechamento do HP, a população carcerária do Estado ficou na prática com a possibilidade de internação para tratamento médico em doze leitos do CCIPFMC e em três leitos no HNSC.

4.3 Busca de novas estratégias para o atendimento à saúde do preso

Havia indicações de que o atendimento oferecido no HP era deficiente devido principalmente ao crescimento acelerado da população encarcerada e, portanto, devido ao crescimento da demanda por atendimento de saúde dos presos. Havia dificuldades de financiamento dos serviços do HP, problemas institucionais de controle médico e de vigilância dos presos doentes no momento de avaliar a necessidade ou não de encaminhar presos para internação hospitalar. Entretanto, tais problemas não eram peculiares ao Rio Grande do Sul, na verdade, estas questões assumiam dimensão nacional. As modificações ocorridas a partir de 2001 na política nacional de atenção à saúde do preso expressavam a tentativa de construir estratégias nacionais de solução dos problemas.

A Portaria Interministerial nº 2.035, de oito de novembro de 2001, deu início a uma série de medidas que visavam modificar a atenção à saúde do preso no Brasil. Nesse sentido, uma comissão foi formada para definir e criar alternativas de promoção e assistência à saúde no âmbito do sistema penitenciário nacional. Técnicos da comissão visitaram estabelecimentos penais em todo país e constataram a existência de condições desfavoráveis de habitação e de salubridade. Nessas unidades prisionais foi observado que a população carcerária tinha taxas elevadas de HIV/AIDS, tuberculose, hepatite, hanseníase, hipertensão, diabetes e outras doenças sexualmente transmissíveis (BRASIL, 2003a).

Em abril de 2002, o governo federal realizou uma ação inédita no campo da saúde pública ao lançar o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Dando continuidade à criação das novas políticas, foi editada nova Portaria Interministerial nº 628, de dois de abril de 2002, cujo objetivo principal era reforçar o atendimento interno realizado nos estabelecimentos penais. A partir desta portaria ficou definido que a atenção integral às pessoas presas seria co-financiada pelos setores de saúde e de justiça em âmbito federal e estadual. No Art. 5º e seus parágrafos, a medida criou o incentivo para a atenção à saúde no sistema penitenciário e definiu as formas de transferências e de repasse dos recursos correspondentes, sendo o financiamento desse incentivo de responsabilidade dos Ministérios da Saúde e da Justiça. Ficou estabelecido no Art. 9º que em cada estabelecimento prisional deveria haver uma equipe de saúde composta por um médico, um enfermeiro, um dentista, um psicólogo, um auxiliar de enfermagem, um auxiliar de consultório odontológico e um assistente social. Por meio desse plano, o governo federal tentava organizar um conjunto abrangente de iniciativas nessa área, concentrando ações que antes eram isoladas e pontuais (BRASIL, 2003b).

Em 2002, a Portaria Conjunta nº 863, de sete de maio, dos Ministérios da Saúde e da Justiça estabeleceu que as Secretarias Estaduais da Saúde e da Justiça deveriam definir as suas contrapartidas para o desenvolvimento de ações relativas à implantação e implementação do já mencionado Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. A formalização do Termo de Compromisso, aprovado pela Portaria nº 863 (BRASIL, 2003c), pelas Secretarias Estaduais de Saúde dos Estados é condição para

que o respectivo Estado se habilite a receber o incentivo para a atenção integral às pessoas presas. Para aderir ao Plano Nacional e, portanto, receber os recursos financeiros correspondentes, os Estados, através das Secretarias Estaduais de Saúde e com o apoio das Secretarias Estaduais de Justiça, deveriam elaborar o Plano Operativo Estadual, cujo roteiro foi aprovado pela Portaria nº 863 (BRASIL, 2003c). As metas propostas no Plano Operativo Estadual deveriam estar consoantes àquelas definidas no Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, aprovado pela Portaria Interministerial nº 628 (BRASIL, 2003b).

Motivados por estas novas medidas, Estados como Minas Gerais, Paraná, Pernambuco, Rio de Janeiro e São Paulo organizaram-se com o objetivo de obter recursos federais para subsidiar as ações de atendimento médico aos presos doentes, tanto de seus Estados quanto de seus municípios. No mês de dezembro, o Ministro da Saúde assinou a Portaria nº 2287, de 11 de dezembro de 2002, habilitando os Estados de Minas Gerais, Paraná, Pernambuco, São Paulo e Rio de Janeiro a receber o incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário. O Fundo Nacional de Saúde adotou as medidas necessárias para a transferência, regular e automática, dos valores mensais para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde para as ações de saúde dirigida à população carcerária (BRASIL, 2005a).

Em 2003, a Portaria Interministerial nº 1777, de nove de setembro, revoga a Portaria Interministerial nº 682, de dois de abril de 2002, e passou a vigir sobre as definições e implementações de ações e serviços, consoantes com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS – na tentativa de viabilizar uma atenção integral à saúde da população compreendida pelo Sistema Penitenciário Nacional. Essa população era estimada, na época, em mais de 200 mil pessoas distribuídas em todas as unidades federadas. O plano compreendia aproximadamente 50 ações distribuídas em nove compromissos que estavam voltados para áreas diversas como controle de tuberculose, controle de hipertensão e diabetes, dermatologia sanitária – hanseníase, saúde bucal e saúde da mulher. Entre as ações complementares destacavam-se diagnóstico, aconselhamento e tratamento em DST/HIV/AIDS; atenção em saúde mental; protocolo para diagnóstico; desenvolvimento de ações de promoção da saúde e de prevenção por ocasião do ingresso da pessoa presa no sistema, além de agentes

promotores de saúde do próprio sistema para trabalhar em unidades prisionais classificadas como presídios, penitenciárias ou colônias penais. Também estava prevista no Plano Nacional a referência para alta e média complexidade, programas de imunizações, aquisição de medicamentos, condições salubres de confinamento e acesso a atividades laborais, implantação de equipes de saúde em unidades prisionais com número acima de 100 pessoas presas, considerando uma equipe para até 500 presos (BRASIL, 2005b).

No segundo semestre de 2003, a Portaria Interministerial nº 1778, de nove de setembro, reiterava a adesão dos Estados de Minas Gerais, Paraná, Pernambuco, Rio de Janeiro e São Paulo ao Plano Nacional, garantindo o repasse de recursos financeiros para essas unidades da federação, que já haviam iniciado o processo de implantação das ações e serviços de saúde, no primeiro semestre de 2003, em suas unidades prisionais. O total ficou definido em R\$ 3.575.715,00. O Ministério da Saúde aportou 70% desse total e o Ministério da Justiça 30%. Os créditos orçamentários e os recursos financeiros correspondentes ao Ministério da Saúde eram provenientes do Programa de Atendimento de Atenção Básica. Os créditos orçamentários e os recursos financeiros provenientes do Fundo Penitenciário Nacional (FUNPEN) do Ministério da Justiça, foram repassados ao Fundo Nacional de Saúde com vistas à sua transferência aos Estados (BRASIL, 2005c).

As dificuldades na articulação entre os diversos órgãos governamentais e entre os diferentes níveis de administração pública são apresentadas por Salla (2005), quando este autor destaca a existência de obstáculos às políticas transversais na máquina governamental, no plano federal. Estas são marcadas pelas relações de sustentação do governo federal com partidos políticos, com os governos estaduais e com as suas bancadas no Congresso Nacional. O Ministério da Justiça, principal articulador das políticas penitenciárias, foi ocupado por nove ministros, entre 1995 e 2002, que promoveram constantes alterações de prioridades para a pasta na forma de implementação de políticas, de composição de equipe administrativa e na geografia das relações com as administrações estaduais.

As diferentes metas estabelecidas por diversos gestores, somadas ao desgaste político dos governos estaduais junto à opinião pública, decorrente dos

problemas da área de segurança pública - como o aumento da criminalidade, o sentimento coletivo de insegurança, as rebeliões nos estabelecimentos penais em todo país divulgados na mídia - conduziram governos estaduais a buscar soluções imediatistas, em geral, aumentando o controle repressivo e violento nos presídios. As respostas aos problemas de superlotação, às precárias condições de habitação, à deficiência dos programas de reinserção social do preso, não raras, foram atos violentos e caracterizados como de maus tratos, enquanto as políticas de saúde do preso eram deixadas em segundo plano.

A adesão limitada a apenas cinco unidades da Federação ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário expressou o caráter secundário que a maioria dos governos estaduais atribuiu ao cuidado da saúde do preso. Portanto, é possível concluir que as políticas voltadas para a área da segurança pública no Brasil e, mais especificamente à saúde do sistema prisional, a partir de 2001, foram incapazes de reverter os problemas apresentados nos últimos anos. O país apresenta diferentes níveis de desequilíbrios nas diversas regiões que se refletem em diferentes indicadores econômicos e sociais nos Estados. A autonomia desses Estados, em relação à organização e administração dos sistemas policial e penitenciário, conduziu a ações de saúde na tentativa de resolver, em curto prazo, os problemas apresentados no interior de seus estabelecimentos penitenciários.

4.4 Alternativas ao atendimento médico hospitalar do preso no Rio Grande do Sul após o fechamento do Hospital Penitenciário

O Governo do Estado do Rio Grande do Sul não aderiu ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. As alternativas para o atendimento à saúde da população carcerária, após o fechamento do único Hospital da rede penitenciária do Estado em 2002, movimentaram-se sob a forma de acordo verbal com o HNSC, de combinações internas da SUSEPE entre a Divisão de Tratamento Penal e a administração do IPFMC e, posteriormente, de um convênio assinado entre a SUSEPE e o HVN.

O fechamento do HP é considerado nessa tese o marco inicial da implantação das novas políticas de atendimento médico hospitalar para a população

carcerária no Rio Grande do Sul, mesmo que o Estado não tenha aderido formalmente à política nacional que induz à mudança. É justamente nesse campo que se encontra o objeto de investigação da tese. Indaga-se como e onde está se desenvolvendo, na prática, o atendimento à saúde do preso doente hospitalizado.

No Rio Grande do Sul, em 2004, a rede penitenciária era composta de 92 estabelecimentos penais para uma população de 20.800 presos (SUPERINTENDÊNCIA DOS SERVIÇOS PENITENCIÁRIOS, 2005). Para atender a esta população o governo do Estado do Rio Grande do Sul, através de uma parceria entre as Secretarias da Justiça e da Saúde, vinha implantando novas políticas de atendimento aos presos. Este atendimento no interior dos estabelecimentos penais do Estado era realizado por profissionais médicos pertencentes ao sistema penitenciário e por uma Cooperativa de Trabalho Médico contratada pela SUSEPE (RIO GRANDE DO SUL, 2002). Nos casos que exigiam internação hospitalar, a nova orientação adotada pela SUSEPE estabelecia que o atendimento pudesse ser realizado em três espaços institucionais: HNSC, com três leitos; CCIPFMC, com doze leitos; e HVN, com dezoito leitos. Eram, portanto, 33 leitos disponíveis para o sistema penitenciário estadual.

Os presos doentes hospitalizados provinham de casas prisionais de todo o estado do Rio Grande do Sul, conforme o cartograma da figura 1.

Figura 1 – Cartograma de localização das Regiões penitenciárias²⁴ do Rio Grande do Sul – 2004



Fonte: SUSEPE/RS

²⁴ Ver Anexo F1.

A Tabela 2 apresenta o efetivo carcerário de todas as casas penitenciárias do estado do Rio Grande do Sul, em julho de 2003. Pode-se observar que dos 18.629 presos 46% pertenciam às casas especiais na Região Metropolitana de Porto Alegre, enquanto 54,4% pertenciam as oito Delegacias distribuídas pelo estado do Rio Grande do Sul. Cabe ressaltar que 62,7% dos presos encarcerados em regime fechado eram da Região Metropolitana de Porto Alegre e 38,3% dos presos pertenciam aos estabelecimentos prisionais distribuídos nas oito Delegacias Regionais do Estado. Para efeitos de análise desta tabela, os internos do Instituto Psiquiátrico Forense Dr. Maurício Cardoso foram considerados na população prisional em regime fechado na Região Metropolitana de Porto Alegre.

Tabela 2 - Efetivo carcerário do Rio Grande do Sul - julho 2003

Casas Especiais e Delegacias Penitenciárias Regionais	Total		Regime prisional						Provisório	
			Fechado (1)		Semi-aberto		Aberto			
	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo
Total	18.629	100,0	10.416	100,0	4.059	100,0	1.365	100,0	2.789	100,0
Casas Especiais (Região metropolitana de Porto Alegre)	8.685	46,6	6.529	62,7	1.460	36,0	470	34,4	226	8,1
1ª Delegacia Penitenciária Regional (Sede: São Leopoldo)	1.150	6,2	668	6,4	284	7,0	121	8,9	77	2,8
2ª Delegacia Penitenciária Regional (Sede: Santa Maria)	1.264	6,8	383	3,7	369	9,1	194	14,2	318	11,4
3ª Delegacia Penitenciária Regional (Sede: Santo Angelo)	1.262	6,8	509	4,9	399	9,8	84	6,2	270	9,7
4ª Delegacia Penitenciária Regional (Sede: Passo Fundo)	1.368	7,3	473	4,5	341	8,4	123	9,0	431	15,5
5ª Delegacia Penitenciária Regional (Sede: Pelotas)	1.255	6,7	446	4,3	315	7,8	77	5,6	417	15,0
6ª Delegacia Penitenciária Regional (Sede: Santana do Livramento)	1.437	7,7	595	5,7	366	9,0	110	8,1	366	13,1
7ª Delegacia Penitenciária Regional (Sede: Caxias do Sul)	1.302	7,0	525	5,0	287	7,1	89	6,5	401	14,4
8ª Delegacia Penitenciária Regional (Sede: Santa Cruz do Sul)	906	4,9	288	2,8	238	5,9	97	7,1	283	10,1

Fonte: SUSEPE/RS

Nota: (1) inclusive 481 internados no Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso, 13 no Hospital Vila Nova e 10 no Centro Clínico do Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso.

Os presos doentes, oriundos das casas especiais na Região Metropolitana ou das Delegacias Regionais, para chegar ao hospital passavam por três etapas antes

da internação. Inicialmente saiam do interior do cárcere, em função de queixa relacionada à doença dirigida ao “plantão da galeria” - denominação utilizada entre os presos designando um encarregado da galeria com maior poder e responsabilidades - ou ao agente penitenciário encarregado da vigilância na galeria. Caso a queixa fosse ouvida e fosse considerada, na segunda etapa, passavam pela avaliação do serviço de saúde ambulatorial do presídio, que podia dispor de serviços médicos ou de outros profissionais da saúde. Se a partir dessa avaliação fosse considerada necessária a internação hospitalar, os presos doentes eram encaminhados ao setor de triagem do CCIPFMC. Se a avaliação realizada no presídio não fosse conduzida por um médico, o profissional de saúde que tivesse atendido o preso deveria encaminhá-lo para unidade de saúde mais próxima ao estabelecimento prisional, que dispusesse de um médico, para que fosse indicada, ou não, a internação hospitalar. Por último, o preso doente era conduzido pelo núcleo de segurança da SUSEPE até o serviço de triagem do CCIPFMC. O médico de plantão do Centro Clínico fazia a segunda avaliação médica do preso doente, designando o local mais adequado para internação hospitalar em um dos três estabelecimentos credenciados – descritos a seguir - para receber os doentes do sistema penitenciário: Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), Centro Clínico do Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso (CCIPFMC) e Hospital Vila Nova (HVN).

O **Hospital Nossa Senhora da Conceição** (HNSC), juntamente com os hospitais Cristo Redentor, Fêmeina e Hospital da Criança Conceição, integra o Grupo Hospitalar Conceição, localizado em Porto Alegre. O HNSC está vinculado ao Ministério da Saúde, que é seu acionista majoritário. O Hospital possuía: 887 leitos, 22 leitos de unidade de tratamento intensivo, 35 vagas de hospital-dia, dezoito salas de cirurgias, seis salas de partos, 37 leitos de recuperação anestésica, 45 consultórios ambulatoriais, oito consultórios de emergência, um posto de saúde comunitária e treze cadeiras odontológicas. Para desenvolver as ações de saúde, o hospital dispunha de 3.182 funcionários e 143 residentes. O HNSC apresentava serviço de emergência 24 horas do dia, sendo que os serviços prestados estavam voltados para atendimento aos usuários do SUS. O HNSC é um hospital modelo universitário, formando especialistas e propiciando campo de estágio para alunos de 24 faculdades da área da saúde (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2004).

Ao tempo do fechamento do HP, a administração do HNSC reduziu o número de leitos disponibilizados para o atendimento aos presos doentes de cinco para três. O quarto oferecido pelo HNSC para a SUSEPE contava então com três leitos e um banheiro. Na visita realizada, em outubro de 2003, à enfermaria da SUSEPE no HNSC foi possível observar os pacientes acorrentados pelo tornozelo junto à cama de ferro e a presença de dois agentes penitenciários que eram responsáveis pela vigilância do quarto durante as 24 horas do dia. Aparelhados com arma de fogo não ostentavam o equipamento e conversavam com os presos doentes. Os dois agentes penitenciários de plantão eram substituídos a cada 24 horas. Eles improvisavam camas em um canto do quarto, separado com uma cortina de tecido, revezando horas de descanso à noite. Nos casos que exigissem isolamento, por motivos clínicos, os presos doentes ocupavam um quarto no segundo pavimento, onde era montada outra equipe para vigilância. Nos casos de solicitações de exames especializados os presos circulavam, sob vigilância, nas dependências do hospital.

Em 2003, durante a primeira visita em unidades prisionais no hospital geral, os agentes penitenciários centraram a conversa nas rotinas da enfermaria realizadas pelos profissionais de saúde pertencentes ao quadro funcional do HNSC, médicos e enfermagem. Afirmaram não conhecer a realidade da situação de atendimento à saúde dos presos pela SUSEPE e elogiaram a prioridade no atendimento do preso no HNSC: “eles passam na frente, não ficam na fila para fazer RX, são os primeiros a coletar exames de laboratório pela manhã” (DIÁRIO DE CAMPO, 2003).

O Centro Clínico do Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso (CCIPFMC) é uma unidade para atendimento de clínica médica do Instituto Psiquiátrico Forense Dr. Maurício Cardoso. O Instituto é um estabelecimento médico-penal da rede penitenciária do Estado do Rio Grande do Sul vinculado à SUSEPE. O Instituto tem como função a internação e a reabilitação de infratores doentes mentais submetidos à medida de segurança detentiva²⁵ e de sentenciados que foram acometidos de doença mental. O Instituto tem ainda o objetivo de realizar, durante o processo judicial, exames

²⁵ As medidas de segurança são: internamento em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, *in absentia*, em outro estabelecimento adequado; sujeição a tratamento ambulatorial (BRASIL, 1991).

e perícias para verificação de responsabilidade e de periculosidade do possível infrator doente mental (CHRISTOFF, 2001). O Instituto conta com um pavilhão administrativo e nove unidades de internação. Quatro delas operam em um sistema fechado de atendimento. As outras quatro operam em sistema aberto e, a única unidade feminina, apresenta um funcionamento misto, isto é, aberto e fechado (INSTITUTO PSIQUIÁTRICO FORENSE MAURÍCIO CARDOSO, 2003).

A SUSEPE tinha como objetivo, quando criou o CCIPFMC, prestar atendimento clínico aos internos do IPFMC, visto que os doentes desse Instituto, quando necessitavam de serviços hospitalares, também utilizavam o HP. Com a interrupção das atividades do Hospital e as dificuldades para agendar uma consulta na rede pública, o acesso ao tratamento desses doentes ficou ainda mais prejudicado. Com o fechamento do HP e ainda sem sucesso o convênio entre SUSEPE e o HVN, o CCIPFMC ficou responsável, quando necessário, pelas internações dos presos doentes do sistema penitenciário no Rio Grande do Sul. Nesse período de negociação entre a SUSEPE e o HVN para instalação da unidade penitenciária no hospital geral, o médico responsável pela Divisão de Saúde apontava as dificuldades enfrentadas pela equipe de saúde para atender os presos doentes do sistema penitenciário no Estado:

“(...) com o HP fechado (...) o Centro Clínico acabou abarcando a responsabilidade que cabia ao HP, só que a gente, até por necessidade, teve que trabalhar com muito mais critério, então inicialmente tinha um plantão de 24 horas, trabalhando aqui [a entrevista estava sendo realizada dentro do IPFMC], e eu passei a fazer o controle técnico de caso por caso que entrava” (ENTREVISTA 2, 2003).

Contudo, nem todos os doze leitos criados no CCIPFMC, em 2002, permaneceram ativados para receber os doentes do sistema penitenciário, devido à falta de profissionais da saúde. Em abril de 2004, com o encerramento do contrato com prestadoras de serviços médicos para SUSEPE²⁶, e conseqüentemente sem médicos

²⁶ Através de Of.nº 273/04DG/IPF, em 28 de abril de 2004, o Diretor do IPFMC informa ao Diretor do Departamento de Tratamento Penal da SUSEPE que a Centro Clínica não poderia continuar funcionando pela falta de médicos clínicos, e acrescenta um pedido a este Departamento, solicitando que as demais

para atender no CCIPFMC, foram interrompidas as atividades (INSTITUTO PSIQUIÁTRICO FORENSE MAURÍCIO CARDOSO, 2004). Em 2005, cinco leitos voltaram a funcionar no CCIPFMC após contratos emergenciais para serviços médicos.

O **Hospital Vila Nova** (HVN) é uma instituição privada sem fins lucrativos de utilidade pública municipal e estadual. Conta com um total de 293 leitos, sendo que 95% das internações são destinadas ao SUS. O Hospital dispõe de diferentes unidades dentre elas uma direcionada para o atendimento aos presos, foco desta pesquisa, disponibilizando dezoito leitos. Dentre as demais unidades há uma destinada ao atendimento de portadores de HIV/AIDS com 40 leitos; outra unidade para atendimento de dependentes químicos com 29 leitos; e a unidade de tratamento intensivo, que dispõe de 23 leitos; além de outras unidades para tratamento clínico e cirúrgico, apresentando um total de 183 leitos. O HVN possui 372 funcionários somados ao atendimento médico autônomo (ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR VILA NOVA, 2005).

4.5 Formação das micro-unidades penitenciárias no hospital geral

Embora não tenha aderido ao plano nacional, as novas políticas de atendimento à saúde do preso no Rio Grande do Sul foram influenciadas pelo Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, visto que o atendimento hospitalar ao preso doente passou a ser realizado no hospital geral.

Foi criada em cada um dos hospitais, HNSC e HVN, uma micro-unidade penitenciária com atendimento médico para presos doentes. Nessas unidades interligam-se características institucionais do sistema penitenciário e da instituição hospitalar. Os agentes penitenciários realizam o serviço de custódia para os doentes hospitalizados e estão subordinados diretamente à SUSEPE. O objetivo deste serviço é vigiar, disciplinar e, a exemplo das instituições prisionais, a ênfase dessa atividade profissional recai sobre as práticas de controle e punição.

A política de coerção das instituições penais estende-se, através dos atores que as representam, para o interior do hospital geral, reiterando a necessidade de cumprir as normas de tutela do Estado pelo preso e as normas da instituição

casas prisionais do estado não mais enviassem pacientes para avaliação e/ou tratamento (INSTITUTO PSIQUIÁTRICO FORENSE MAURÍCIO CARDOSO, 2004).

hospitalar na qual este tipo de doente está internado. A vigilância, característica das práticas da instituição penal, controla os doentes encarcerados no hospital e os agentes penitenciários deles encarregados estão aptos a informar sobre todo o tipo de movimentação do preso doente pelas dependências hospitalares ou pelo deslocamento deste para qualquer outro estabelecimento dentro do sistema prisional.

Os médicos que prestam atendimento aos presos doentes hospitalizados no HNSC e do HVN fazem parte da equipe médica da própria instituição. As práticas médicas características da instituição hospitalar estão organizadas a partir de saberes tecnológicos que também desempenham a função de vigiar e disciplinar, mas o objetivo dessas práticas de examinar detalhadamente o corpo do preso doente é combater a doença. Na instituição hospitalar, em que predomina o saber médico, podem-se identificar quatro princípios mediante os quais operam a vigilância e a disciplina: seleção, normalização, hierarquização e centralização (FOUCAULT, 1999). O estudo detalhado da micro-unidade penitenciária do HNV possibilitou examinar a organização interna de cada saber e as formas de relações sociais no processo de tratamento do preso doente no combate à doença.

A instituição hospitalar apresenta-se como um espaço privilegiado da disciplina médica, do aprendizado, do treinamento e do exercício da prática dessa profissão. Estes aspectos são importantes à medida que a organização hospitalar moderna diferencia-se de outras instituições empresariais de nossa sociedade, destacando o hospital como instituição de controle social, e considerando as formas que o poder médico assume na definição da condição de doente no hospital. A partir desta complexidade da estrutura hospitalar, de sua função social e do seu objetivo em combater a doença, somada à implantação de novas políticas para o atendimento do preso doente, até então tratado dentro do sistema penitenciário, buscou-se examinar o cunho inovador que a micro-unidade prisional no hospital geral apresenta, mais especificamente em uma instituição hospitalar com poucos recursos financeiros, tecnológicos e de recursos humanos como o HVN.

4.6 Conclusão

Este capítulo tratou da trajetória da atenção à saúde do preso desde a criação do HP até as novas políticas de atendimento ao preso doente no hospital geral.

Desde 1974 a população carcerária doente usufruía atendimento médico hospitalar no HP. O objetivo do HP era atender a saúde de homens e de mulheres presos em regime fechado. Esta instituição manteve-se em funcionamento até abril de 2002, quando foram interrompidas suas atividades e o espaço físico do HP transformado em mais um pavilhão do PCPA.

Na metade da década de noventa a administração do HP passou da SUSEPE para a Brigada Militar. Na justificativa apresentada pela Secretaria da Justiça e da Segurança, para a transferência de administração hospitalar, estava focado, a fragilização do serviço de segurança nos estabelecimentos penais e no HP. Entre as doenças responsáveis pelas internações identificou-se TBC, AIDS e doenças de aglomerado humano.

Os anos que antecederam o fechamento do HP foram marcados por manifestações contra e a favor do seu fechamento. Para a Divisão de Saúde da SUSEPE deveriam ser interrompidas as atividades do hospital enquanto que para a Brigada Militar atuante no HP a instituição deveria manter o funcionamento. A Brigada Militar contava com o apoio dos agentes penitenciários que trabalhavam no HP. Simultaneamente ao debate sobre o fechamento ou não do HP, no Rio Grande do Sul, iniciava-se uma série de medidas em âmbito nacional, que visavam modificar a atenção à saúde do preso doente.

Em 2002 o governo federal lançou o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Questões econômicas, políticas e burocráticas impediram que grande número das unidades da federação aderissem ao Plano. Apenas estados como Minas Gerais, Paraná, Pernambuco, São Paulo e Rio de Janeiro estavam habilitados a receber o incentivo para atenção à saúde no sistema penitenciário. Embora o estado do Rio Grande do Sul não tenha aderido formalmente à política nacional que induzia a mudanças na atenção à saúde da população carcerária, considerou-se nesta tese o fechamento do HP como o marco inicial da implantação das novas políticas de atenção ao atendimento ao preso doente. As estratégias utilizadas entre as Secretarias da

Justiça e da Saúde objetivavam o atendimento do preso doente em hospital da rede pública.

Os três espaços institucionais acordados para internação do preso doente foram três leitos no HNSC, 12 leitos no CCIPFMC e posteriormente 18 leitos no HVN. Portanto, observou-se o hospital geral abrindo espaço para unidades penitenciárias destinadas ao atendimento do preso que necessitasse internação hospitalar.

O formato desta composição, entre sistema hospitalar e carcerário, será descrito no quinto capítulo, mais especificamente quando for caracterizada a micro-unidade penitenciária criada no interior do hospital geral.

CAPÍTULO 5

Hospital geral: Hospital Vila Nova implanta unidade para atender presos doentes

5.1 Introdução

Este capítulo apresenta a caracterização do Hospital Vila Nova (HVN). A ênfase recai sobre três aspectos: o primeiro é o processo de criação da unidade de atendimento ao preso doente no hospital, ressaltando as motivações e resistências dos atores à sua instalação; o segundo aspecto destacado são os serviços oferecidos pelo hospital; por último, é descrita a área física da unidade cinco caracterizada como uma micro-unidade penitenciária introduzida em hospital geral.

5.2 Hospital Vila Nova

Fundado em 1965 o HVN iniciou suas atividades como Casa de Saúde. Dois médicos vindos do interior do Estado do Rio Grande do Sul fundaram o Hospital como sociedade privada graças ao apoio de investidores da comunidade local. As atividades iniciaram com a oferta de 40 leitos (ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR VILA NOVA, 2005). Os recursos financeiros garantindo a ocupação de leitos por segurados do Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Empregados em Transporte e Cargas (IAPTEC)²⁷ constituíam a base dos atendimentos do Hospital. Um dos Presidentes da Associação Hospitalar Vila Nova caracterizou da seguinte forma os primeiros anos de funcionamento do HVN:

²⁷ A partir de 1933, o governo criou entidades de âmbito nacional que englobavam trabalhadores de uma mesma atividade ou de atividades afins, dando origem aos Institutos de Aposentadorias e Pensões: Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Marítimos – IAPM (1933); Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Bancários – IAPB (1934); Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Industriários- IAPI (1936); Instituto de Aposentadoria e Pensão dos empregados em transporte e cargas – IAPTEC (1938); Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Comerciantes – IAPC (1940) OLIVEIRA e TEIXEIRA (1989).

“(...) na época não tinha nem SUS, nem INSS. Era ainda o IAPTEC, IAPB. Tanto que o que acontecia na época era assim, o pessoal ia para o Moinhos [Hospital Moinhos de Vento] gastava o dinheiro, não tinha onde morrer e acabava vindo para a Casa de Saúde Vila Nova. Desde então levamos nas costas esse pejorativo de que os caras vão lá para morrer. Na época era porque o pessoal terminava o dinheiro e não tinha para onde ir. A Santa Casa estava em crise, essas coisas (...)” (ENTREVISTA, 3).

Em 1992, o HVN aumentava progressivamente o número de leitos e o corpo funcional. Neste período o Sindicato dos Profissionais de Enfermagem, Técnicos, Duchistas, Massagistas e Empregados em Casas de Saúde (SINDISAÚDE) ajuizaram uma reclamatória trabalhista em nome dos empregados. Com a vitória da causa trabalhista a favor dos funcionários, o Hospital foi entregue aos empregados em quitação da dívida. Desta forma, a administração do HVN passou a ser responsabilidade dos empregados juntamente com o Sindicato (ENTREVISTA, 34).

Em 1994, através de acordo trabalhista homologado pela 5ª Junta de Conciliação e Julgamento (JCJ) de Porto Alegre, o Hospital passou a pertencer a 178 funcionários e ex-funcionários. Nesse mesmo acordo ficou determinado que a administração estaria sob o poder do Sindicato por um período de trinta dias, o que na prática prolongou-se por quatro anos (ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR VILA NOVA, 2005).

Em 1998, o Sindicato retirou-se e os funcionários assumiram diretamente a administração do Hospital, herdando as dívidas junto ao Sistema Único de Saúde (SUS).

“(...) Na época [1994 a 1998], houve uma série de desmandes. Fechou, abriu, não pagavam os funcionários, deixavam de atender o SUS (...). Sempre foi um Hospital privado, então o timbre de hospital particular faz com que se pague um caminhão de impostos, apesar do Hospital atender basicamente SUS” (ENTREVISTA, 3).

Em 2002, um grupo de médicos fundaram a Associação Hospitalar Vila Nova, sem fins lucrativos, que tinha como objetivo a manutenção do Hospital. Esta Associação passou a administrar a instituição através de Termo de Compromisso de Cessão de Uso da Área Física assumindo direitos e deveres para com o Poder Público, pacientes, médicos, empregados, fornecedores e convênios. O relato abaixo de um diretor médico deixa transparecer as dificuldades financeiras e administrativas que marcaram a história do HVN.

“(...) nós médicos fundamos a Associação Hospitalar Vila Nova, uma entidade que atende a esfera pública municipal e estadual. Estamos buscando a federal por que precisamos buscar a filantropia. Para continuar atendendo o SUS, não tendo a carga tributária que é altíssima (...). Desde 1999, nós fizemos a seguinte opção: vamos abrir o Hospital, vamos tocar, atender o povo, vamos pagar os funcionários, os fornecedores e não vamos pagar os impostos, para depois, mais adiante tentar negociar isso aí. Então o Hospital está nessa situação” (ENTREVISTA, 3).

Entre as novas estratégias da administração médica do HVN estava previsto, desde o início de 2002, a montagem de unidades de atendimento especializado para portadores de HIV/AIDS e para presos doentes oriundos do sistema penitenciário. Assim, o Hospital aumentaria as possibilidades, segundo eles, de corresponder às exigências necessárias para transformar o HVN em uma instituição filantrópica, isenta de grande parte dos impostos. Outra vantagem descrita pelo diretor do HVN, no atendimento à população penitenciária, era os incentivos financeiros, pagos pela Secretaria da Justiça e da Segurança, para garantir a disponibilidade permanente de 18 leitos exclusivos para os presos. Pois, com a redução do número de leitos após o fechamento do HP e chegando ao fim o contrato com a Prestadora de Serviços Médicos no Centro Clínico do Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso (CCIPFMC), a SUSEPE teria que buscar espaço para internar seus presos gravemente doentes, incapazes de permanecer no estabelecimento penal.

Conforme os relatos dos representantes da administração do HVN foram muitas as resistências no processo de instalação e funcionamento das unidades voltadas para ações de saúde a doentes estigmatizados tanto no caso de portadores de HIV/AIDS, quanto de presos.

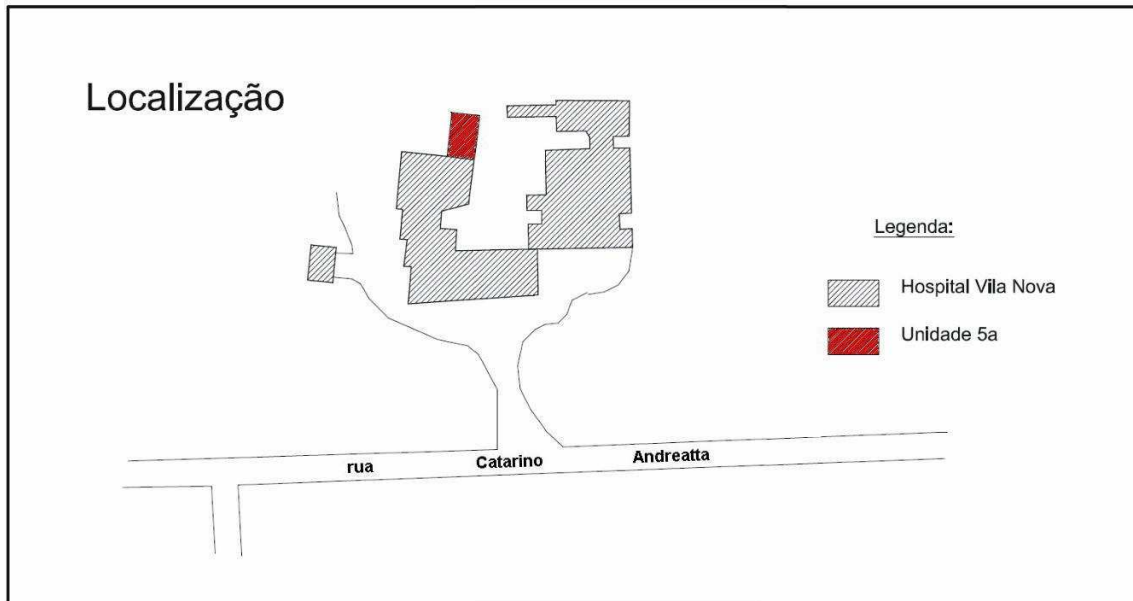
“(...) gerou para comunidade uma certa hostilidade. (...) um hospital de AIDS (...) queríamos dizer para comunidade que não estávamos tratando do presidiário, mas de um ser humano, esse foi o enfoque usado para vencer a barreira da comunidade. Era uma pessoa que estava precisando do Hospital e que o HVN também estava precisando. Seria bom para todo mundo. Seria uma maneira do Hospital permanecer aberto (...) teria um aporte financeiro em torno de 41 mil reais por mês e isso ajudaria a comunidade, garantindo o Hospital aberto. Então passou essa fase crítica, passou seis meses, um ano (...) Foi realizado uma avaliação junto ao conselho municipal local, não teve problema nenhum” (ENTREVISTA, 3).

Durante as conversas informais com funcionários aparecia constantemente a angústia em relação às “dívidas” e à conseqüente ameaça de interromper as atividades do HVN, o que significaria desemprego tanto para profissionais, quanto para demais trabalhadores. Identificou-se um discurso dos dirigentes comprometido com a manutenção da Instituição “ativa”. A diretoria exercia suas funções com cargos não remunerados e os funcionários mantinham sua assiduidade ao trabalho, mesmo com meses de pagamento atrasado, conforme os relatos das entrevistas.

5.2.1 Área física e serviços oferecidos pelo Hospital Vila Nova

O HVN está localizado no número 155 da rua Catarino Andreatta no bairro Vila Nova, Zona Sul da cidade de Porto Alegre conforme ilustra a figura 2.

Figura 2 – Localização espacial do Hospital Vila Nova



Desenho: Gabriel O. Koucher

Em 2004, a direção do HVN era composta por presidente, vice-presidente, primeiro tesoureiro, segundo tesoureiro, primeiro secretário e segundo secretário. As áreas de atuação oferecidas pelo HVN concentravam-se em anestesiologia, clínica geral, cirurgia geral, urologia, radiologia, psiquiatria, infectologia, cardiologia, pneumologia, otorrinolaringologia, neurologia, nefrologia e cirurgia plástica. Os 293 leitos disponibilizados pelo Hospital estavam distribuídos em seis setores de um prédio com dois pavimentos, organizados na seguinte forma: 166 leitos para clínica médica e cirúrgica; 40 leitos para HIV; 23 leitos para UTI; 18 leitos para SUSEPE; 17 leitos para pacientes crônicos e 29 leitos para a unidade de dependência química. Sendo que 278 leitos estavam disponíveis para atendimento ao SUS e 15 leitos para outros convênios ou internações particulares.

Entre os serviços disponibilizados pelo HVN encontravam-se os serviços de ambulatório, ecografia, eletrocardiografia, urgência e emergência, endoscopia, fisioterapia, hemodiálise, infectologia, unidade de dependência química, terapia ocupacional, laboratório de análises clínicas, psicologia, radiologia, hemoterapia e serviço social.

No HVN, a organização dos serviços oferecidos estava relacionada à natureza das patologias ali tratadas e aos equipamentos utilizados nos tratamentos adotados pela equipe médica. As estratégias médicas adotadas buscavam realizar atendimento de clientela, em sua maioria formada pela população local e presidiária, com os poucos recursos disponíveis. Utilizando a classificação de Carapinheiro (1998) foi possível concluir que os serviços do HVN estavam fundamentados no trabalho médico dirigido aos cuidados dos doentes, característicos do hospital geral e não à investigação clínica, típica do hospital universitário. Não eram serviços de ponta, nos quais a produção de cuidados médicos é mais sofisticada e onde há a utilização de tecnologia avançada na produção de atos de diagnóstico e terapêutica. Em 2005, os serviços oferecidos no Hospital eram os seguintes: urgência e emergência, clínica médica e cirúrgica, unidade de portadores de doenças infecto-contagiosas, unidade de dependência química, unidade de tratamento intensivo, serviço de nefrologia, serviços de apoio técnico e administrativo, e serviço de atendimento ao preso doente.

O serviço de **urgência e emergência** está localizado no saguão da entrada principal do HVN. Este serviço atende aproximadamente 9.300 pacientes/mês, oriundos da comunidade local, de outros bairros da Zona Sul da cidade e da Região Metropolitana (ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR VILA NOVA, 2005).

Quanto ao serviço de **clínica médica e cirúrgica** havia nítida divisão entre as ações clínicas e cirúrgicas. O número de internações em clínica médica atingia em torno de 920 pacientes/mês. Entre essas internações havia pacientes que eram encaminhados às enfermarias para pacientes crônicos, cada uma com até 8 leitos. Muitas vezes, esses pacientes crônicos necessitavam de cuidados intensivos e, em geral, vinham transferidos de outros estabelecimentos médicos hospitalares de Porto Alegre ou do interior do estado Rio Grande do Sul (ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR VILA NOVA, 2005).

O centro cirúrgico contava com três salas cirúrgicas em condições de uso. Eram realizadas aproximadamente 205 cirurgias/mês, sendo a maioria dos procedimentos de cirurgia geral e de varizes. Para atender aos cuidados específicos dos pacientes submetidos a intervenções cirúrgicas, o Hospital dispunha de uma

unidade de internação cirúrgica, com até 4 leitos, acolhendo os pacientes no pré e pós-operatório (ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR VILA NOVA, 2005).

A **unidade de portadores de doenças infecto-contagiosas** dispunha de 10 enfermarias com até 4 leitos. A maioria dos pacientes internados era portadores do vírus HIV. Em 2005, foram atendidos 160 pacientes/mês. Com relação à procedência desses pacientes, 80% eram de Porto Alegre, 15% advinham da Região Metropolitana e 5% eram do interior do estado do Rio Grande do Sul (ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR VILA NOVA, 2005).

A **unidade de dependência química** dispunha de 10 enfermarias com até 3 leitos. Em 2005 foram atendidos, aproximadamente, 75 pacientes por mês. Observou-se que, entre as instalações do HVN, a unidade de dependência química era a que se encontrava em piores condições. Esta unidade, segundo um dos diretores (ENTREVISTA 3, 2005) do Hospital, não havia passado por reforma na sua estrutura física. Faltava reboco, em partes das paredes do interior e exterior das enfermarias, além de manchas que denunciavam a pintura envelhecida dos corredores.

A **unidade de tratamento intensivo (UTI)** possuía 23 leitos e internava, aproximadamente, 68 pacientes/mês. Os doentes transferidos para UTI em estado grave eram provenientes das próprias unidades do HVN ou de outros estabelecimentos hospitalares do estado do Rio Grande do Sul. Segundo os relatórios do Hospital a média de permanência dos pacientes era de 9,4 dias (ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR VILA NOVA, 2005).

O **serviço de nefrologia** disponibilizava 17 máquinas para hemodiálise, atendendo em média 74 pacientes/mês, perfazendo 900 diálises/mês. Este serviço oferecia transporte aos pacientes, da residência ao HVN e retorno (ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR VILA NOVA, 2005).

Os **serviços de apoio técnico e administrativo** englobavam a administração geral do Hospital, serviços de nutrição e dietética, oxigênio, materiais e farmácia, higienização, manutenção, lavanderia e serviços auxiliares ao diagnóstico e terapia. Cabe ressaltar que, além da direção, o serviço administrativo era composto pelos setores de faturamento, compras e almoxarifado, financeiro, departamento de

pessoal, centro de processamento de dados, segurança do trabalho, psicologia organizacional e medicina do trabalho.

O **serviço de atendimento ao preso doente** funcionava na unidade cinco do HVN, conhecida como unidade da SUSEPE, criada especificamente para atender pacientes privados de liberdade. Este serviço nasceu de uma parceria entre o HVN, a Prefeitura Municipal de Porto Alegre e o Estado do Rio Grande do Sul. O HVN, com recursos da SUSEPE, restaurou uma área física no subsolo do Hospital, disponibilizando 18 leitos para os presos doentes com o objetivo de internar 40 pacientes por mês. Foi justamente este espaço institucional o local escolhido como foco desta pesquisa. Nesta unidade somava-se aos cuidados de saúde dirigidos aos presos doentes internados o controle vigilante dos serviços penitenciários da SUSEPE.

Os presos doentes encaminhados para internação não passavam pela recepção do Hospital. Do lado direito da entrada principal do HVN estava localizada uma guarita, onde os vigilantes controlavam entradas e saídas de funcionários e o movimento da capela e dos presos doentes que eram recepcionados diretamente na unidade cinco. O acesso direto do preso doente à unidade cinco, segundo o diretor médico, era para evitar o contato de pacientes presos com outros usuários do Hospital e seus familiares.

“Temos o cuidado de que o preso não seja ostensivamente colocado na frente da população, ele chega lá na enfermaria, que tu conheces [unidade cinco], ele é atendido quando chega pelo nosso plantonista, depois é indicado um especialista para cada patologia do paciente” (ENTREVISTA, 34).

Embora o diretor médico do HVN tenha mencionado a oferta de atendimentos médicos especializados para presos doentes internados na unidade cinco, na prática, durante as observações do trabalho de campo [julho a outubro de 2004] constatou-se o contrário. Apenas dois médicos atuavam na unidade: um clínico e cirurgião geral, que era responsável pelo tratamento oferecido aos presos doentes, e um neurologista que foi solicitado para avaliação, principalmente, dos pacientes com

suspeita de meningite. Não houve registro de encaminhamento dos presos doentes para serviços especializados oferecidos pelo HVN.

5.3 Processo de instauração da unidade de atendimento ao preso doente no Hospital Vila Nova

A idéia de substituir o Hospital Penitenciário (HP) por uma unidade penitenciária em um hospital geral tem seus primeiros registros em dezembro de 2000. Neste período, em reunião na Assembléia Legislativa, a Comissão de Saúde e Meio Ambiente debateu a situação de atendimento à saúde dos presos doentes internados no HP e dos internos no Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso (IPFMC). Nesta ocasião, a SUSEPE anunciou que o Estado estava formalizando um acordo com o HVN. Os objetivos, descritos pela direção da SUSEPE, a partir desse acordo, previam resolver a questão do atendimento médico aos presos e amenizar a falta de profissionais de saúde no IPFMC, pois com o fechamento do HP os funcionários seriam transferidos para o Instituto (RIO GRANDE DO SUL, 2001).

Os presos doentes do sistema penitenciário do Rio Grande do Sul dispuseram, desde o fechamento do HP, em abril de 2002, até a assinatura do convênio com o HVN, em dezembro de 2002, da opção de internação em 3 leitos no HNSC e em 12 leitos no CCIPFMC.

Durante entrevista com o responsável pela Divisão de Saúde da SUSEPE foram apontados três motivos para a substituição do atendimento do preso do sistema penitenciário para rede pública de saúde.

“primeiro, independente de qualquer coisa, eles tinham direito à saúde, direito de acesso aos serviços de saúde como qualquer outra pessoa. Segundo, por uma racionalização de custos, não tem cabimento manter uma estrutura hospitalar dentro do sistema [penitenciário], para beneficiar uma determinada comunidade, se é possível utilizar a rede pública e a fonte é o mesmo Estado (...). Tu podes utilizar a rede pública por um custo menor para o Estado. [Em terceiro]

(...) sempre existe uma eterna suspeita (...) uma cobrança, em relação à qualidade do atendimento médico dentro do sistema penitenciário” (ENTREVISTA 2, 2003).

Em novembro de 2002, o estado do Rio Grande do Sul através da Secretaria da Saúde com a interveniência da SUSEPE e a Secretaria da Saúde de Porto Alegre assinou o convênio nº 023/2002 (PORTO ALEGRE, 2002) com o objetivo de desenvolver ações para melhorar a operacionalização do atendimento hospitalar aos presos doentes da Região Metropolitana. Ficou acordado, a partir desse documento, que a custódia dos presos internados seria de responsabilidade da SUSEPE e o local de internação seria em uma instituição da rede hospitalar do SUS, sob gestão da Secretária Municipal de Saúde.

Entre as atribuições determinadas pelo convênio, a Secretaria Municipal de Saúde teria a responsabilidade de pesquisar junto aos hospitais da rede SUS, em Porto Alegre, aqueles que, com interesse em receber a população carcerária, ofereceriam condições necessárias para o atendimento ao preso doente. O hospital deveria disponibilizar leitos exclusivos aos presos, sob custódia da SUSEPE, em uma única enfermaria, garantindo condições de manter um serviço de vigilância e de segurança (PORTO ALEGRE, 2002).

O chefe da Divisão de Saúde da SUSEPE afirmou que o único hospital interessado no convênio foi o HVN. Outros hospitais, como o Hospital Parque Belém, foram consultados para possível instalação de unidade de atendimento a presos, mas não manifestaram interesse (ENTREVISTA 2, 2003). As justificativas giravam ao redor da falta de área física que garantisse a segurança adequada para isolar esta população específica. Os administradores hospitalares enfatizaram o risco a que ficariam expostas as clientela hospitalizadas. Contudo, um médico da Divisão de Saúde apontou outras resistências no atendimento ao preso. Segundo esse médico a busca de leito sem garantia de serviço exclusivo demonstrava tais resistências.

“Normalmente não tem leito para preso. Preso é o paciente que mais dá de cara com não tem leito. (...) antes da periculosidade, pela antipatia, muito antes da periculosidade, eu sempre trabalhei com a idéia e isso foi uma coisa que eu

vivenciei aqui no dia-a-dia de que o médico não gosta de atender preso. O hospital não quer ter o preso lá dentro e a polícia não quer ficar com o preso lá, junta esses três e aí tu vê os motivos de transferências mais absurdos (...)" (ENTREVISTA 2, 2003).

O olhar dos profissionais de saúde sobre os presos reflete a existência de relações sociais marcadas pelo estigma no sentido atribuído ao termo por Goffman (1988, p. 13): atributo profundamente depreciativo, que é lançado a outrem. Eles resistiam à instalação de uma micro-unidade penitenciária de atendimento ao preso doente no hospital geral. Ao olhar estigmatizado dos profissionais de saúde do hospital somava-se a visão de que os transgressores das normas sociais mereciam punição.

As resistências existiam tanto entre profissionais de saúde quanto, entre representantes de usuários de serviços de saúde.

Dificuldades no atendimento ao preso eram enfrentadas pela SUSEPE, principalmente no interior do Estado. A orientação da Divisão de Saúde, da SUSEPE, para as casas prisionais era de encaminhar o preso doente para o posto de saúde mais próximo do estabelecimento penal ou, quando necessário, em casos mais graves, para hospitais da região. Mas, a resistência para prestar atendimento médico aos presos era vivenciada pelos agentes penitenciários a cada tentativa, conforme a experiência na 7ª Região Penitenciária:

"Levaram um preso com convulsões à emergência do Hospital de Caxias e o médico disse que ele tinha que ser transferido para Porto Alegre, porque ele não tinha condições de investigar, de fazer os exames necessários. (...) é um hospital universitário, portanto, um hospital de nível terciário, tem uma emergência, tem uma estrutura (...) uma residência com um plantão neurológico. Se eles não conseguem investigar uma convulsão, tem algo aí. Convulsão precisa de neurologista, punção lombar, tomografia, sendo que a punção quem faz é o próprio neurologista. (...) não tem desculpas" (ENTREVISTA 2, 2003).

Ficou evidenciado, através do relato desta entrevista e das observações (DIÁRIO DE CAMPO, 2004b. 163 e 164), que não era somente por falta de condições nos serviços de emergência das instituições hospitalares que o preso doente não recebia atendimento. Aqueles que ofereciam assistência, por vezes, relacionavam os presos doentes a estereótipos que podiam levar à negação do atendimento. O lugar de atendimento ao preso doente, nesse caso, deveria ser distinto daquele utilizado pelo restante de usuários de serviços de saúde.

As dificuldades para o atendimento à saúde do preso também foram descritas por agentes penitenciários. Durante o trabalho de campo era freqüente, a partir de conversas informais, os agentes penitenciários em tom de desabafo relatarem suas experiências frustradas na busca de atendimento médico. No mês de agosto de 2004, um agente penitenciário aproximou-se e apresentou-se como agente penitenciário de Charqueadas, perguntou sobre a pesquisa e mesmo antes da resposta acrescentou: “Tratar de saúde no sistema é uma questão muito complicada”. O agente penitenciário continuou a conversa apresentando problemas enfrentados diariamente nos estabelecimentos penais. “Estamos diretamente ligados aos presos. Vemos as necessidades e o sofrimento. Levamos os presos até o posto de saúde, porque há um ano não tem médico lá em Charqueadas”. As dificuldades no acesso ao atendimento do preso doente também foram relatadas a partir das experiências dos agentes nos postos de saúde: “O centro de saúde não quer atender, mandam a gente de volta. As assistentes sociais marcam consulta em Porto Alegre e a gente tem que trazê-los para cá. (...) A gente denuncia, registra ocorrência na delegacia pelos médicos negarem atendimento para os presos, mas não dá em nada” (DIÁRIO DE CAMPO, 2004b. p. 82 e 83).

Essas dificuldades para obter atendimento médico ambulatorial e hospitalar levaram a SUSEPE à assinatura do contrato com o HVN.

Embora o HVN, por razões de ordem financeira, quisesse oferecer o serviço, houve resistências durante o processo de abertura da unidade de atendimento aos presos doentes, principalmente por parte de lideranças da comunidade local, conforme os relatos da direção do Hospital.

“Depois do trâmite com as Secretarias da Saúde e da Justiça, o projeto foi encaminhado, discutido e aprovado no Conselho Municipal de Saúde. Quando o Conselho Local de Saúde fez uma visita manifestou-se contra a aprovação, visto os riscos que ia trazer para a comunidade” (ENTREVISTA 3, 2005).

O Conselho Local de Saúde manifestou à Direção do HVN o medo da comunidade em acolher na região uma população considerada perigosa. A solução encontrada pela administração do HVN foi reunir os Conselhos Municipal e Local de Saúde, representantes da comunidade local e autoridades da Brigada Militar no HVN para discutir a instalação da unidade da SUSEPE. Uma seqüência de reuniões e visitas, na área física reservada à nova unidade de atendimento, e o compromisso assumido pela Brigada Militar, garantindo por quatro meses o serviço de segurança no interior das dependências do hospital e nas imediações conduziram à aprovação da instalação da unidade pelo Conselho Local de Saúde.

“(...) o pessoal da Brigada, na época, ficava na frente. Então se tinha idéia de fazer uma guarita, uma torre. Tinha a idéia de fazer um mini-presídio” (ENTREVISTA 34, 2005).

Entre as estratégias utilizadas pela administração do HVN para instalação da micro-unidade penitenciária estava o emprego de regras disciplinares e de vigilância do sistema penitenciário. Foi feito um acordo de práticas de controle com Brigada Militar e houve garantia, para a população local, de que haveria um espaço exclusivo para os presos. Isso levou o conselho local de saúde a aprovar a proposta, conduzindo à aprovação da comunidade.

A administração do HVN estava determinada a instalar a micro-unidade no hospital. O motivo dessa determinação era obter uma fonte de recursos suplementar, os R\$ 41.000,00 mensais oferecidos pela SUSEPE. O Hospital também seria beneficiado pela disponibilização permanente e exclusiva de leitos para SUSEPE, através de Autorização de Internações Hospitalares (AIHS), pagas mensalmente. Esta foi a

estratégia utilizada pela direção do HVN: garantir o atendimento ao preso doente e ajudar a resolver os problemas relacionados às dificuldades financeiras da Instituição.

“Então da parte da Justiça havia interesse. A Secretaria da Saúde também, na época o pessoal concordou. Da nossa parte havia interesse basicamente financeiro e tínhamos como atender os pacientes, porque a maioria da população carcerária tem AIDS, ou grande número da população, e nós temos aqui o maior serviço de AIDS do Estado” (ENTREVISTA 34, 2005).

O HVN passou a atender a população carcerária sem desviar-se da política de orientação médica, tanto em relação ao cuidado dos doentes, utilizando os recursos humanos e materiais disponíveis do Hospital, quanto à ocupação de leitos, no sentido de manter 18 leitos exclusivos e ocupados, para o sistema penitenciário (ENTREVISTA 34, 2005). Essa dinâmica, de rapidez no atendimento e rotatividade na utilização dos leitos, também respondia aos interesses da SUSEPE, que com a redução dos leitos para presos a partir do fechamento do HP, necessitava de alternativas para atender a demanda das casas prisionais em relação ao atendimento médico hospitalar.

Além do Convênio nº 023/2002 (PORTO ALEGRE, 2002a), foi assinado igualmente o Contrato de Metas, entre Secretaria Estadual de Saúde, Secretaria Estadual da Justiça e da Segurança, Secretaria Municipal de Saúde e a Associação Hospitalar Vila Nova. O compromisso assinado pelo HVN foi prestar serviços médico-hospitalares e ambulatoriais à população com restrição de liberdade, sob custódia da SUSEPE, cumprindo pena no Sistema Prisional da Região Metropolitana de Porto Alegre.

Ainda que no contrato o atendimento ficasse restrito aos presos da Região Metropolitana de Porto Alegre, na prática os presos internados no HVN vinham de diversas regiões do Estado conforme mostra a Tabela 3.

Tabela 3 - Procedência dos presos doentes internados no Hospital Vila Nova durante o período de trabalho de campo.

Procedência	Presos doentes	
	Quantidade	Percentual
Total	113	100,0
Casas Especiais (Região metropolitana de Porto Alegre)	76	67,3
Atendimento de urgência (Porto Alegre)	12	10,6
5ª Delegacia Penitenciária Regional (Sede: Pelotas)	9	8,0
1ª Delegacia Penitenciária Regional (Sede: São Leopoldo)	7	6,2
7ª Delegacia Penitenciária Regional (Sede: Caxias do Sul)	6	5,3
4ª Delegacia Penitenciária Regional (Sede: Passo Fundo)	2	1,8
8ª Delegacia Penitenciária Regional (Sede: Santa Cruz do Sul)	1	0,9

Fonte: SUSEPE-RS

Nota: (1) Os estabelecimentos penais pertencentes às casas especiais e as oito Delegacias Regionais estão relacionados no Anexo F1 dessa tese.

Dos 113 presos doentes internados no HVN, durante o período do trabalho de campo (julho a outubro de 2004), a maioria, 67,3% estava lotada em casas prisionais pertencentes à Região Metropolitana de Porto Alegre, 22,1% pertenciam a casas prisionais localizadas fora da Região Metropolitana de Porto Alegre e 10,6% eram presos transferidos de atendimentos de urgência.

As internações no HVN, dos presos doentes oriundos das casas prisionais localizadas fora da Região Metropolitana de Porto Alegre, eram viabilizadas porque a SUSEPE, antes da internação, transferia os presos doentes dos presídios regionais para a unidade jumbo²⁸ do Presídio Central de Porto Alegre (PCPA). Deste Presídio os presos doentes eram levados para avaliação do médico de plantão do Centro Clínico do Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso CCIPFMC) e, caso fosse constatada a necessidade de internação, o médico deveria encaminhar o preso doente para baixa no HVN. Desse modo, todos os presos do sistema penitenciário do Estado poderiam usufruir internação na unidade cinco do HVN. Para a SUSEPE, que considerava como residência do preso a casa prisional onde ele estava lotado no momento, a Divisão de

²⁸ Jumbo era uma sala, localizada no pavilhão central do PCPA, para alojar presos considerados em trânsito (presos deslocados para Porto Alegre para audiência ou mesmo para atendimento médico) pela SUSEPE. Apresentava-se na maioria das vezes com superlotação, local úmido, sem cama, sem colchões. Bancos de cimento eram improvisados como camas. Sem banheiro os presos usavam uma turca. As refeições eram servidas em pratos acomodados no colo do preso. Nos presídios do interior do estado existe a sala Jumbo, também conhecida como Boi. Esta é utilizada para alojar presos que estão ingressando no sistema penitenciário e ou como sala de castigo (DIÁRIO DE CAMPO, 2004b. p. 141).

Saúde estava não só atendendo as necessidades do preso doente como cumprindo o contrato.

Apesar das resistências oferecidas pelas instituições hospitalares, profissionais da saúde e comunidade local a unidade cinco, para o atendimento dos presos doentes, foi criada no HVN. Ficou evidenciado que, entre as estratégias articuladas pela Secretaria da Justiça e da Segurança para o atendimento da população carcerária, após o fechamento do HP, a abertura de uma micro-unidade penitenciária no hospital geral resolveria, ainda que parcialmente, o problema das internações hospitalares dos presos das casas prisionais do Rio Grande do Sul. Ainda que com um número limitado de leitos (18), os presos passariam a dispor não apenas de um leito no hospital, mas de acesso a outros serviços disponíveis no HVN, conforme ficou estabelecido no Contrato de Metas assinado pelo Hospital.

“No nosso ponto de vista funciona. Porque os pacientes chegam no Hospital e são atendidos no global, se precisa de UTI vai para UTI, se precisa de diálise vai para diálise, se precisa de cirurgia vai para cirurgia. Por exemplo: tem um paciente hoje internado lá que teve um acidente vascular cerebral. Ele fez todos os exames de laboratório, RX, tomografia, coisas que muitas vezes no sistema aí fora tem dificuldades para conseguir, então no geral o paciente é abordado em todas as suas patologias” (...) (ENTREVISTA 34, 2005).

Diferentemente do que ocorria nos últimos anos de funcionamento do Hospital Penitenciário (HP), onde os pacientes aguardavam pelas marcações e realizações de exames e procedimentos especializados, os presos doentes internados no HVN foram beneficiados pelo acesso mais rápido aos recursos de diagnóstico e terapia, quando internados no hospital geral. Assim, apesar das resistências de atores envolvidos com a saúde do preso doente, o interesse do HVN e da SUSEPE em implantar serviços de internação de presos doentes no HVN levou à criação da unidade cinco no Hospital. Trataremos a seguir do espaço físico destinado ao atendimento hospitalar do preso doente.

5.4 Área física da micro-unidade penitenciária no hospital geral

O acesso dos presos doentes e de seus familiares à unidade cinco do HVN dava-se pela lateral à direita da entrada principal do Hospital. Mesmo acesso utilizado para chegar à capela do Hospital. Uma grade de ferro antecedia a porta de entrada da unidade. Através de um pequeno orifício na porta, também de ferro, o agente penitenciário podia identificar quem soasse a campainha anunciando a chegada na unidade. Ao entrar na unidade, descendo uma rampa chegava-se ao corredor principal, de 2,85 metros de largura e 15,45 metros de comprimento. À esquerda, subindo dois lances de escada, cruzava-se outra grade, através da qual era possível chegar ao primeiro piso do Hospital. Esta passagem era utilizada pelos profissionais de saúde, profissionais de apoio, agentes penitenciários e pelos pacientes presos que apresentassem condições de se locomover para dirigirem-se aos serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, sempre acompanhados dos agentes penitenciários. Em baixo dessa escada foi improvisado, pelos agentes penitenciários, uma cama (colchão sobre papelões), na qual se revezavam para o descanso noturno, durante as longas horas de vigilância na unidade.

“E acomodação para os agentes [penitenciários] é difícil. O pessoal tá dormindo em baixo da escada. Foi pedido alojamento. Sempre é muito demorado. (...) eles já pediram, a gente já pediu. Como não deram, eles se acomodaram” (ENTREVISTA 27, 2004).

No final da rampa, no corredor à direita, ficava uma mesa utilizada pelos agentes penitenciários, tanto para registros administrativos, como para apoiar um pequeno aparelho televisor, que permanecia sempre ligado durante o dia e parte da noite. Imediatamente, em frente dessa mesa ficava uma poltrona e duas cadeiras que acomodavam os agentes penitenciários, permitindo-lhes visualizar a movimentação na unidade. Seguindo no corredor, sempre do lado direito, uma pequena sala era destinada aos serviços da SUSEPE. Neste local, em um armário, os agentes penitenciários guardavam seus pertences e utensílios utilizados no serviço de segurança com os presos, como algemas, nos casos de deslocamento dos presos nas

dependências do Hospital ou quando esses, com alta hospitalar, retornassem aos estabelecimentos penitenciários. Essa sala também dispunha de mesa, com telefone, exclusivo para os agentes penitenciários, e cadeira. Ao lado desta sala ficava o posto de enfermagem, com pequenas dimensões (2,30 metros de largura por 1,70 metros de comprimento), que acomodava um balcão com pia, acima deste um escaninho para os prontuários clínicos dos presos doentes, abaixo um armário utilizado como rouparia. O posto dispunha ainda de mesa e cadeira para os profissionais de saúde acomodarem-se para atividades de exame de evoluções nos prontuários e para prepararem os medicamentos dos pacientes. Ao lado do posto havia um banheiro que era dividido entre os agentes penitenciários e os profissionais de enfermagem.

Do lado esquerdo do corredor ficavam os quartos de número 124 (o maior quarto da unidade com 5 leitos e 1 banheiro), 125 (com 3 leitos e 1 banheiro), 126 (com 3 leitos e 1 banheiro), 127 (com 3 leitos e 1 banheiro) e, no final do corredor, o quarto 128 com somente 4 leitos. No total havia 18 leitos na unidade. Os presos doentes deste último quarto, na maioria das vezes, eram mais dependentes dos cuidados de enfermagem e utilizavam, quando necessário, o banheiro disponível em um dos outros quartos ou utilizavam comadres e papagaios que ficavam acomodados embaixo das camas. Os banheiros dispunham de box para banho, vaso sanitário e pia.

Os quartos 125 e 126 ficavam em frente ao espaço de acomodação dos agentes e da enfermagem, respectivamente. Através de uma janela de vidro os pacientes do quarto 125 podiam assistir a televisão dos agentes penitenciários. Este quarto, quando necessário, era utilizado para pacientes com diagnóstico de tuberculose ou de outras doenças que necessitassem isolamento. O quarto 126, durante a noite, permanecia iluminado devido à proximidade com o posto de enfermagem, que mantinha as luzes acesas para que os profissionais da saúde realizassem suas atividades.

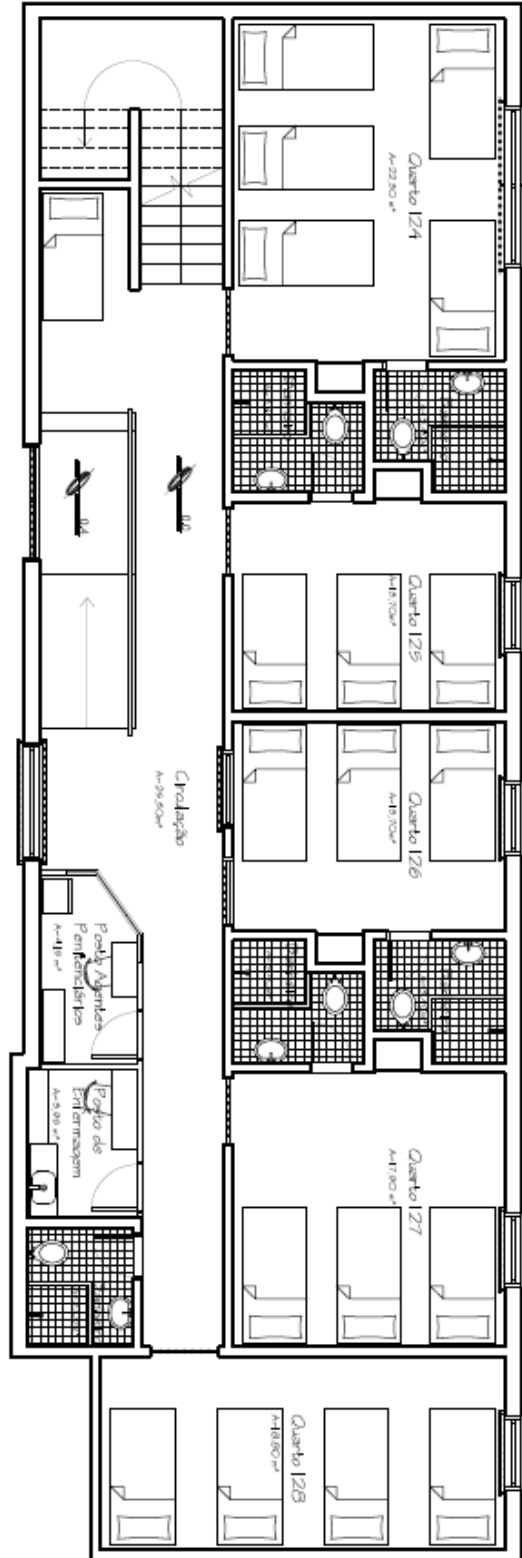
Todos os quartos da unidade contavam com uma basculante com grade, localizada na parte superior da parede que dava para o pátio. Assim, os pacientes acompanhavam o movimento de deslocamento dos pacientes falecidos nas unidades do HVN para capela, inclusive os presos doentes que estavam internados na unidade

cinco. Os quartos não tinham porta. Grades permaneciam fechadas com cadeados que só eram abertos pelos agentes penitenciários.

O espaço físico no interior dos quartos era muito pequeno e as camas ficavam a um metro de distância umas das outras, dificultando os procedimentos dos profissionais de saúde. Os presos doentes queixavam-se da falta de privacidade durante as conversas com familiares, no período de visita. A falta de privacidade também foi experimentada durante as entrevistas no trabalho de campo. Era comum durante a entrevista outro responder a pergunta solicitada. Mesmo informados que poderiam participar em outro momento como entrevistados, eles usavam a presença da pesquisadora para conversar sobre suas dificuldades, lançar suas queixas sobre a vida no cárcere, as injustiças cometidas pelos juízes, no momento da decisão por penas duras. Outros, em tom alto, iniciavam conversas paralelas com o preso doente de outro leito relatando, não raro, casos trágicos que resultaram em morte, por falta de atendimento médico no interior do presídio ou mesmo na unidade cinco.

Em relação à área física da unidade cinco ficou evidenciado que, além do número restrito de 18 leitos para atender a população do sistema penitenciário do estado do Rio Grande do Sul, o espaço exíguo dificultava o desenvolvimento de procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Havia ainda dificuldades no deslocamento do preso doente da unidade para outras dependências do Hospital. Isso acontecia quando os presos doentes necessitavam ir para a unidade de tratamento intensivo (UTI), para sala de cirurgia ou precisavam realizar exames. Para serem transferidos, os pacientes eram transportados em macas ou cadeira de rodas, conduzidos pelos técnicos de enfermagem, que subiam a única rampa disponível na unidade com acesso para o pátio externo, contornando o prédio do Hospital, entrando novamente nas dependências do HVN pela portaria principal. Estas situações de transporte dos pacientes ocorriam inclusive em dias de chuva. Os técnicos de enfermagem, com auxílio dos agentes penitenciários que faziam a vigilância do preso, usavam guarda-chuva na tentativa de proteger a máximo possível os pacientes e a eles próprios até o destino do procedimento prescrito pelo médico (DIÁRIO DE CAMPO, 2004b. 91).

Figura 3 – Planta baixa da unidade 5



Desenho: Gabriel O. Koucher

Foi possível observar que, embora tenha havido interesse tanto por parte da SUSEPE quanto por parte do HVN para abrir a unidade de atendimento ao preso doente no interior do hospital geral, a unidade cinco assumiu características físicas muito próximas de estabelecimentos penais, conforme foi identificado tanto pelos presos quanto pelos agentes penitenciários. Durante as observações, em um dia muito frio e chuvoso, em tom de desabafo, um dos agentes penitenciários manifestou curiosidade sobre o que motivava alguém que, segundo ele não era obrigado, a ficar na unidade cinco. “Tu acha que alguém do DEPEN²⁹ já teve aqui? O Superintendente [da Superintendência dos Serviços Penitenciários]. Eles não sabem que isso daqui é um porão do Hospital. Que não tem ventilação, que é úmido, gelado. Tu achas que alguém que vem para cá com pneumonia vai se curar”? (DIÁRIO DE CAMPO, 2004b. 162).

Em relação especificamente à localização dessa unidade, mais uma vez, tanto os agentes penitenciários quanto os presos doentes emitiam suas queixas sempre que se oportunizava uma conversa. A presença da capela ao lado da unidade cinco gerava para os presos o medo da morte e para os agentes penitenciários irritação por não terem sossego:

“A senhora não sabe o que morre de gente nesse Hospital. A capela, olha só [aponta com a mão a entrada para capela] é aqui do lado. Toda hora passa morto por aqui. Até de madrugada batem na porta são os familiares do defunto procurando a capela” (DIÁRIO DE CAMPO, 2004b. 163).

O pequeno espaço destinado à unidade cinco anunciava as condições de vida já conhecidas no cárcere: lugares insalubres, aglomerados humanos. No interior dessa unidade permaneciam mais de 23 pessoas por turno, entre profissionais da saúde, profissionais da segurança e presos doentes.

5.5 Conclusão

Esse capítulo caracterizou o HVN e descreveu a implantação da unidade cinco para atendimento ao preso no hospital geral. O HVN é um estabelecimento de

²⁹ Departamento Penitenciário Nacional.

saúde destinado a prestar assistência médica em regime de internação e urgência, nas especialidades médicas básicas (clínica médica e clínica cirúrgica). O hospital contava ainda com a infra-estrutura mínima necessária à sua operação, como apoio diagnóstico através de laboratório de patologia clínica e radiodiagnóstico.

A administração do HVN ao longo de sua história sempre enfrentou dificuldades econômicas que ameaçavam a continuidade do funcionamento da instituição. A idéia de instalar uma unidade de atendimento para presos doentes era motivada pela necessidade do Hospital obter uma fonte de recursos suplementar, capaz de contribuir para o pagamento dos fornecedores e funcionários.

Com a assinatura do convênio entre a Secretaria Estadual de Saúde, a Secretaria Estadual da Justiça e da Segurança, a Secretaria Municipal de Saúde e o HVN foi possível à Superintendência dos Serviços Penitenciários atender, ainda que parcialmente, as necessidades de atendimento hospitalar aos presos doentes de todo o Estado.

No processo de instauração da unidade para atendimento do preso doente no hospital geral houve resistência por parte de profissionais de saúde, por parte dos profissionais de segurança e por parte da comunidade local. Com a aprovação do Conselho Local de Saúde, o HVN concluiu a reforma da unidade cinco que tomou formas de uma micro-unidade penitenciária.

As grades que separavam a unidade cinco dos acessos para o restante da área física do Hospital não eram os únicos elementos anunciadores da vida carcerária que transcorria na unidade cinco. As pequenas dimensões dos quartos, a falta de ventilação, o difícil acesso aos serviços do Hospital e o número elevado de pessoas em um mesmo ambiente, não eram a principal queixa dos presos doentes, já que muitas dessas dificuldades eram conhecidas por eles nos estabelecimentos penais. O que chamava mais a atenção eram as queixas dos presos doentes de se sentirem mais prisioneiros na unidade cinco, não pelo significado das grades, mas pelo limite da liberdade, quando acorrentados aos leitos e pelo limite físico estabelecido pela doença.

O próximo capítulo identifica e caracteriza os trabalhadores da unidade cinco, funcionários do hospital, agentes penitenciários e os presos doentes. Apresenta

ainda as condições clínicas da internação deste tipo especial de paciente no hospital geral.

CAPÍTULO 6

Do cárcere as rotinas hospitalares

6.1 Introdução

Este capítulo apresenta a caracterização da unidade cinco de atendimento ao preso doente do Hospital Vila Nova (HVN). Em primeiro lugar são identificados e caracterizados os principais tipos de atores que interagem com os presos doentes, quais sejam: diferentes tipos de profissionais de saúde, os agentes penitenciários e os trabalhadores de apoio da unidade. Em segundo lugar são apresentados os dados sociodemográficos e jurídicos dos presos doentes internados. Em terceiro, descreve-se como, e em que condições clínicas, estes presos doentes chegaram à unidade cinco. Por último, analisa-se a relação entre o regime do cumprimento de pena dos presos doentes e as medidas de controle prisional na unidade cinco.

6.2 Profissionais de saúde e agentes penitenciários responsáveis pelo atendimento ao preso doente

Uma equipe constituída por técnicos de enfermagem, enfermeiras, médicos, agentes penitenciários e auxiliares de nutrição e de limpeza trabalhava na micro-unidade penitenciária no hospital geral, prestando atendimento ao preso doente.

Os **técnicos de enfermagem** trabalhavam junto aos presos doentes nos cuidados de higiene, ministrando medicamentos prescritos pelo médico e oferecendo outros cuidados de rotinas, como transportá-los para outras dependências do HVN, trocar curativos, verificar sinais vitais, auxiliar no banho, entre outros. Quatro técnicos de enfermagem trabalhavam na unidade cinco: um no turno da manhã, um no turno da tarde e os outros dois em noites alternadas. Nos dias de folga desses funcionários, uma por semana, técnicos de enfermagem de outras unidades do HVN os substituíam.

Também ocorria do técnico de enfermagem do turno inverso substituir o colega de folga, ficando o funcionário até 12 horas de plantão.

A **enfermeira** responsável pela unidade cinco era uma profissional de nível superior que também atendia em outras unidades do HVN. Diferentemente de outras unidades, onde a enfermeira detém o controle do processo assistencial de enfermagem e delega atividades paralelas a profissionais de enfermagem de nível médio ou trabalhadores treinados para atividades específicas, na unidade cinco, a enfermeira era solicitada pelo técnico de enfermagem para realizar alguns procedimentos junto ao paciente. À noite e nos finais de semana, se fosse necessária a presença de enfermeira na unidade, o técnico de enfermagem solicitava à enfermeira de plantão do HVN.

O **médico** assumia o controle do trabalho coletivo, na maior parte das vezes, delegando atividades. Dois médicos atendiam na unidade cinco: um clínico e cirurgião geral e um neurologista. A visita do médico à unidade ocorria no final das tardes, de segunda-feira a sexta-feira, para avaliação dos doentes presos e para prescrição da medicação e de cuidados, anotados no prontuário dos pacientes. Algumas vezes, em ocasião de altas hospitalares, o médico visitava a unidade no turno da manhã. Nos finais de semana não havia nenhuma rotina de visitas médicas. Quando necessário, por agravamento das condições de saúde dos presos doentes, era chamado o médico de plantão do HVN ou avisado o médico responsável pela unidade cinco.

Os **agentes penitenciários** que faziam plantão no HVN eram do quadro funcional da SUSEPE e trabalhavam nas casas prisionais. Colocavam-se a disposição no Núcleo de Segurança e Disciplina da SUSEPE para atuar no serviço de vigilância no HVN. O principal objetivo desses agentes penitenciários, que se candidatavam para a tarefa, era receber as diárias pagas pela SUSEPE. Também alegavam que no Hospital o trabalho era mais tranquilo que dentro dos presídios (DIÁRIO DE CAMPO, 2004b). Mantiveram-se basicamente os mesmos agentes durante todo o período do trabalho de campo (julho a outubro de 2004). Só eram substituídos diante de alguma queixa registrada pelo supervisor, que também era um agente penitenciário. Divididos em duas

equipes composta de três agentes, seis agentes trabalhavam quinze dias ao mês, alternando as equipes.

Os **auxiliares de nutrição e de limpeza** também trabalhavam nas demais unidades do HVN. Não havia uma equipe definida a unidade cinco para esses serviços. Com exceção dos agentes penitenciários que pertenciam ao quadro funcional da SUSEPE, as demais pessoas que trabalhavam na unidade cinco eram funcionários do HVN. Cabe ainda ressaltar que a maioria dos trabalhadores da unidade cinco eram homens. Os quatro técnicos de enfermagem eram experientes e já haviam trabalhado em todas as unidades do HVN. As atividades desenvolvidas na unidade cinco junto aos presos doentes no interior do quarto ou fora dele eram realizadas conjuntamente com o serviço de vigilância, o que, algumas vezes, provocava divergências e conflitos entre esses atores.

6.3 Presos doentes internados no Hospital

Os presos doentes internados na unidade cinco do HVN, de julho a outubro de 2004, eram na maioria homens, brancos, jovens entre 20 e 29 anos, solteiros, com ensino fundamental incompleto, de religião católica, nascidos no interior do estado do Rio Grande do Sul, conforme apresenta a Tabela 4. Ao comparar os presos doentes internados na unidade cinco com a população penitenciária do Rio Grande do Sul, verificou-se que seus perfis sociodemográficos eram similares, no que tange ao sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade, cor e religião (FANDIÑO, 1999, p. 491).

Tabela 4 - Dados sociodemográficos dos presos doentes internados no Hospital Vila Nova durante o período de trabalho de campo

Variáveis sociodemográficas		Frequência	Percentual
Grupo de idade	18 a 19 anos	5	4,4
	20 a 29 anos	50	44,2
	30 a 39 anos	41	36,3
	40 a 49 anos	11	9,7
	50 anos e mais	6	5,3
Sexo	Homens	108	95,6
	Mulheres	5	4,4
Naturalidade	Rio Grande do Sul - interior	71	62,8
	Rio Grande do Sul - Porto Alegre	37	32,7
	Outras unidades da federação	4	3,5
	Sem informação	1	0,9
Estado civil	Solteiro	66	58,4
	Amigado / Casado	44	38,9
	Divorciado / Separado	3	2,7
Escolaridade	Não alfabetizado	13	11,5
	Alfabetizado	12	10,6
	Fundamental incompleto	60	53,1
	Fundamental completo	21	18,6
	Médio incompleto	3	2,7
	Médio completo	2	1,8
	Superior incompleto	1	0,9
	Sem informação	1	0,9
Religião	Católica	91	80,5
	Evangélica	10	8,8
	Umbanda	8	7,1
	Sem religião	2	1,8
	Sem informação	2	1,8
Cor	Branca	66	58,4
	Mista	26	23,0
	Preta	20	17,7
	Indiática	1	0,9

Fonte: SUSEPE/RS

Quanto à profissão exercida anteriormente ao encarceramento, a Tabela 5 mostra que a maioria dos presos doentes, internados na unidade cinco, eram trabalhadores de atividades auxiliares sem definição, da construção civil e de serviços gerais igualmente sem definição.

Tabela 5 - Dados ocupacionais dos presos doentes internados no Hospital Vila Nova durante o período de trabalho de campo

Atividades	Frequência	Percentual
Total	113	100,0
Atividades auxiliares sem definição	35	31,0
Construção civil	32	28,3
Serviços gerais sem definição	23	20,4
Sem informação	12	10,6
Agrícolas	5	4,4
Industriais	3	2,7
Serviços domésticos	2	1,8
Serviço público	1	0,9

Fonte: SUSEPE/RS

Agrupando-se os crimes conforme as categorias do Código Penal Brasileiro, Tabela 6, percebe-se que os crimes contra o patrimônio foram a principal causa de prisão, representando 40,7% do total de crimes cometidos pelos presos doentes internados na unidade cinco, no período de julho a outubro de 2004. Em segundo lugar os crimes contra a pessoa, representam 13,3%. Em terceiro lugar o porte/tráfico de drogas, representando 9,7% dos crimes cometidos.

Tabela 6 – Enquadramento legal dos presos doentes internados no Hospital Vila Nova durante o período de trabalho de campo

Enquadramento Legal	Frequência	Percentual
Total	113	100,0
Crimes contra o patrimônio	46	40,7
Presos sem sentença	33	29,2
Crimes contra a pessoa	15	13,3
Porte / tráfico de drogas	11	9,7
Crimes contra os costumes	3	2,7
Sem informação	2	1,8
Crimes contra a paz pública	1	0,9
Crimes contra a fé pública	1	0,9
Armas e explosivos	1	0,9

Fonte: SUSEPE/RS

Em relação ao tempo de pena dos presos doentes internos na unidade cinco, os resultados apontados na Tabela 7 indicaram 22,1 % com até quatro anos de pena. Os presos doentes com penas de cinco a nove anos representavam 17,7% e os presos doentes com 10 a 15 anos de pena representavam 12,4%.

Tabela 7 – Tempo de pena dos presos doentes internados no Hospital Vila Nova durante o período de trabalho de campo

Tempo de pena	Frequência	Percentual
Total	113	100,0
Até 4 anos	25	22,1
5 a 9 anos	20	17,7
10 a 15 anos	14	12,4
15 a 20 anos	5	4,4
20 anos e mais	9	8,0
Presos com medida de segurança	7	6,2
Presos sem sentença	33	29,2

Fonte: SUSEPE/RS

Relativamente ao tempo de prisão, de modo similar, pesquisas realizadas no Rio de Janeiro, tratando sobre a saúde de presos em regime fechado e as condições de habitabilidade, mostraram que os internos, em sua maioria cumpriam penas de aproximadamente cinco anos de reclusão (CARVALHO, 2005 e SÁNCHEZ, 2007). O ambiente prisional marcado pela existência de celas úmidas, camas improvisadas sobre laje de concreto e superlotação dificultava a recuperação do preso doente que recebia alta hospitalar, em estado de melhora. O longo tempo de exposição a ambiente prisional insalubre, tornava o preso mais vulnerável a doenças como tuberculose, pneumonias e a doenças sexualmente transmissíveis. A volta à prisão o expunha novamente as mesmas condições, provocando reincidência das doenças e reinternações hospitalares. Por outro lado, como será visto no sétimo capítulo, na medida em que a maior parte dos internos padecia de doenças crônicas ou infecciosas incuráveis, o hospital servia apenas para aliviar sintomas graves em períodos de crise. No período de trabalho de campo, julho a outubro de 2004, dos 113 presos doentes que receberam alta hospitalar 25,6% retornou à unidade cinco.

6.4 Presos doentes no Hospital: do cárcere às rotinas hospitalares sob o poder médico e penal

No cárcere concentram-se comportamentos de risco, tais como abuso e dependência de substâncias tóxicas, ocorrendo com frequência traumatismos, violência, doenças mentais, epilepsia, manifestações de estresse, suicídio, doenças sexualmente transmissíveis como AIDS e hepatite B e C com prevalência elevada

(OSTI, 1999). Por isso os níveis de saúde são marcadamente piores que o observado no resto da população (DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL, 2003).

Na prisão ao sentir-se mal os presos doentes primeiro pediam ajuda para outro preso conhecido entre eles como o plantão da galeria. Este preso, considerado como uma liderança, poderia ou não buscar soluções junto à guarda. Quando atendidos pelo serviço de segurança, os presos doentes eram conduzidos até a enfermaria do presídio. Após a verificação das condições de saúde do preso pelo serviço de saúde disponível no presídio, este era encaminhado para avaliação do médico no Centro Clínico do Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso (CCIPFMC), que decidia sobre seu encaminhamento para internação no HVN. Esta foi a trajetória mais freqüentemente descrita pelos pacientes internados na unidade cinco do Hospital (ENTREVISTA 5; 9; 11; 14; 17; 18, 2004). Algumas vezes ocorreu do preso buscar ajuda diretamente com a guarda no momento de revistas rotineiras nas galerias, realizadas pelo serviço de vigilância. Nas entrevistas e durante conversas informais com os presos doentes da unidade cinco foi possível compreender melhor o funcionamento do espaço prisional e identificar estratégias, por eles elaboradas, de sobrevivência e de busca por maior liberdade em um espaço de reclusão.

“Eu comecei a perde fome. O que eu comia eu vomitava. Comecei a fica fraco. Não conseguia caminha. Aí, comecei a emagrace, pedi pra i na enfermaria. Pedi Pro guarda. Pro PM. Um dia de geral. Fique esperando o dia de Geral. Lá é PM. Falei direto pro guarda. (...) O guarda pergunto, tu não ta bem, eu respondi que não to bem. Ai o tenente tava junto, né. Porque o dia da geral o tenente tá junto. Aí o tenente disse: Pega o nome dele aí. Espera ali no pátio que vai se encaminhado pra enfermaria. (...) um médico e a enfermera me atenderam na enfermaria. (...) Aí eles me truxeram pra cá” (ENTREVISTA 18, 2004).

Decidida na enfermaria a necessidade de internação, as administrações dos presídios buscavam leitos hospitalares. A Divisão de Saúde da SUSEPE adotou como critério para disponibilizar leitos no HVN a ordem do pedido de internação. Os responsáveis pelos estabelecimentos penais telefonavam em busca de um leito

desocupado. Os telefones tocavam insistentemente na secretaria do CCIPFMC. Eram chamadas de presídios à procura de leito no HVN. Os 18 leitos estavam a maior parte do tempo ocupados. A responsável pelo serviço de internações do CCIPFMC tentava justificar para os Diretores das casas prisionais o motivo pelo qual não podia atender o pedido de internação: “Eu disse para ti falar na Divisão de tratamento penal. Porque eu falando tu não acreditas. Eu não tenho leito” (DIÁRIO DE CAMPO, 2004a).

Outra situação em que os presos internavam no Hospital decorria de transferências do Hospital Pronto Socorro de Porto Alegre (HPS) ou de outros hospitais após atendimentos de urgências, por consequência de tentativas de fugas ou do confronto com a polícia [ou com outra pessoa], quando atingidos por arma de fogo. Após receber os primeiros cuidados eram identificados pela SUSEPE e posteriormente transferidos para o HVN para recuperação de seu estado clínico ou ainda, para avaliação de especialistas em casos de trauma.

“Eu tava na rua. Tomei tiro. Assalto. (...) foi do filho da vítima que eu tava assaltando. Não foi da Brigada nem da Civil. Eu tava algemado quando ele me deu o tiro. Já tava preso. A Brigada me levou pro pronto socorro, depois me trouxeram pra cá” (ENTREVISTA 15, 2004).

A chegada ao Hospital era o momento em que o preso doente deparava-se com a restrição de liberdade, diferentemente do espaço prisional no qual sabiam como se utilizar das regras de controle, criadas pelos próprios presos. No espaço hospitalar os presos doentes necessitavam adaptar-se às novas regras e construir estratégias capazes de ampliar a margem de negociação entre profissionais de saúde e de vigilância. Buscavam, assim, ampliar sua influência sobre as condições de hospitalização e decisões sobre diagnóstico e terapêutica. Na micro-unidade penitenciária o preso doente passava a conviver com práticas características da instituição hospitalar, que estavam organizadas a partir de saberes tecnológicos, e que também desempenhavam a função de vigiar e disciplinar, objetivando examinar o corpo do doente para combater a doença.

Independente das situações que geravam as internações dos presos no Hospital, eles chegavam para o atendimento médico através do Núcleo de Segurança e Disciplina (NSD) pertencente à SUSEPE. Este núcleo é responsável pela movimentação dos presos para audiências e para remoções e escoltas em hospitais. Os presos eram transportados em viatura ou em uma pequena ambulância do IPFMC, conduzida por agentes penitenciários.

“Às vezes eles vêm na ambulância da SUSEPE [ambulância do IPFMC] ou eles vêm no trovão azul. É um carro pequeno, onde acomoda os pacientes só sentados (...) muitos chegam apresentando quase nada e outros vem bem acamados. Estado bem mais grave” (ENTREVISTA 23, 2004).

Para os profissionais da SUSEPE, as maiores dificuldades na recepção do preso doente, internado na unidade cinco, giravam ao redor da adaptação do preso às medidas de segurança adotadas nesta unidade, principalmente para aqueles presos oriundos de casas prisionais do interior do estado do Rio Grande do Sul. Segundo os agentes penitenciários esses presos estavam acostumados a transitar com maior liberdade dentro do estabelecimento penal e a usufruir determinadas regalias pela proximidade e acesso aos familiares. Através das visitas recebiam alimentos, roupa limpa e produtos de higiene pessoal, diferente do que ocorria na unidade cinco onde esses presos estavam muitas vezes longe da família e conseqüentemente longe desses cuidados. Também era proibido que o preso doente permanecesse com suas roupas. Por questões de segurança, a SUSEPE exigia o uso de um avental padrão do hospital:

“Porque a questão da roupa (...) Em caso de fuga ele vai ta com a roupa, é mais fácil de fugir, com o avental vai ficar no mínimo constrangedor para ele. Fica mais fácil de identificar na rua” (ENTREVISTA 29, 2004).

Para os agentes penitenciários a maior dificuldade do preso doente era aceitar colocar as correntes no tornozelo e prendê-las à cama. Este procedimento realizado pelos agentes gerava discussões entre presos e agentes.

“O problema é a corrente. A corrente aí que não dá. Fica ruim do cara urinar. Perdeu a pele já, de tanto roça (...). É ruim ficar aqui. A gente fica porque é obrigado (...) [quando perguntado porque era tão ruim ficar na unidade cinco] O motivo é esse corrente aqui. [o preso doente levanta o lençol e aponta para a corrente fixada aos pés da cama] Ninguém é bicho aqui. Ninguém é cachorro aqui pra ta acorrentado. A corrente ta incomodando. Incomoda mesmo (...)” (ENTREVISTA 5, 2004).

As práticas de controle, características do sistema penitenciário, eram aplicadas de modo ainda mais repressivo no interior da micro-unidade penitenciária no hospital geral, mais especificamente em relação à contenção física do preso doente ao leito. Com ou sem risco de fuga, independente de suas condições clínicas de saúde, os presos doentes eram acorrentados à cama. Estavam, portanto, fisicamente constrangidos pelo serviço de vigilância a permanecerem presos à cama e qualquer deslocamento dependia de negociações com os agentes penitenciários. O preso negociava seu deslocamento no espaço hospitalar em condição de subordinação aos agentes penitenciários, que tinham poder para aceitar ou não a solicitação do preso. Os profissionais de saúde, no entanto, impunham aos presos e agentes penitenciários os percursos necessários para o tratamento. Eram eles, em última instância, que controlavam a movimentação dos presos doentes no hospital.

Exatamente na chegada do preso doente na unidade cinco era possível perceber a superposição do modo institucional ideológico (cultura do sistema hospitalar) e o repressivo (cultura do sistema penitenciário): o primeiro era identificado através dos primeiros cuidados de enfermagem e o segundo através das primeiras medidas de contenção dos agentes penitenciários.

Os entrevistados da equipe de enfermagem (ENTREVISTA 22; 23; 24; 25; 26, 2004) afirmaram que as dificuldades na recepção e primeiros cuidados aos presos

doentes eram os mesmos que atingiam a todos os doentes internados no hospital. Havia problemas em relação aos serviços de lavanderia.

“A dificuldade é maior por parte do Hospital do que com a SUSEPE, porque muitas vezes a gente tá com o leito livre, mas não tem nem lençol pra colocar ali [leitos da unidade cinco], daí a gente acaba recebendo o paciente, [e ele fica] sentado na cama sem o lençol, até a lavanderia fornecer o material, pra gente poder vestir o leito” (ENTREVISTA 22, 2004).

Havia ainda, segundo eles, falta de serviços médicos para atendimento na chegada do preso doente, mais especificamente para aqueles presos doentes internados no final de semana. Muitas vezes o plantonista prescrevia medicamentos para dor, mas a prescrição e cuidados adequados para doentes com suspeitas de doenças infecto-contagiosas viriam somente na segunda-feira, com a chegada do médico responsável pela unidade cinco.

Na recepção do preso doente envolviam-se os serviços de saúde e de segurança. Retirado do veículo, o doente era conduzido pela enfermagem para o leito disponível na unidade. A seguir a roupa era trocada pelo avental, e eram verificados os sinais vitais³⁰. Em seguida, era solicitado o serviço médico.

As primeiras orientações da equipe de enfermagem tratavam das rotinas da unidade cinco. Após a avaliação do estado geral do preso doente e sua acomodação ao leito, o preso doente submetia-se às rotinas relacionadas à higiene, realizadas no turno da manhã, à rotina das refeições, das medicações e das visitas, realizadas em dias da semana alternados para cada quarto da unidade cinco. Na maioria das vezes os presos sentiam-se bem pela equipe de enfermagem.

Os agentes penitenciários eram responsáveis pela identificação do preso, recolhimento de suas roupas e objetos pessoais. Esses eram acondicionados em um saco plástico, os quais eram identificados e guardados em um armário localizado na lavanderia do Hospital. Os presos doentes ficavam apenas com material de higiene,

³⁰ Sinais vitais são indicativos do funcionamento normal do organismo e dizem respeito à frequência respiratória, frequência cardíaca, pressão arterial, temperatura corporal, nível de consciência, dilatação de pupilas e cor da pele.

toalha, cueca e chinelo. Após prendê-los com a corrente à cama, os agentes providenciavam a baixa hospitalar no setor de internação do Hospital.

“(...) depois que ele senta na cama e o pessoal bota a corrente no pé dele. Eu como supervisor do Vila Nova [agente penitenciário supervisor do serviço de segurança da SUSEPE] entro e converso com ele. Explico que eu posso informar para família dele que ele está aqui. Eu digo para ele que para visita é determinado dia e horário. Só que as medidas de segurança que têm no presídio, eu também tenho aqui. Disso eu não abro mão” (ENTREVISTA 27, 2004).

As primeiras orientações dos agentes penitenciários estavam relacionadas às medidas de segurança adotadas na unidade cinco. Elas tratavam basicamente da contenção do preso ao leito através de correntes. Explicava-se a eles que não haveria a possibilidade de usufruto do banho de sol, usual nos estabelecimentos prisionais.

O modo como o preso doente chegava e submetia-se às rotinas da unidade cinco evidenciava que desde a saída deste do cárcere ele estava duplamente preso. Além de contido e vigiado 24 horas pelo serviço de segurança, era submetido às rotinas hospitalares, impostas pelo poder médico, e preso às suas condições físicas de saúde.

6.5 Condições clínicas em que os presos doentes chegavam na micro-unidade penitenciária

A chegada, assim como a saída, do preso doente na unidade cinco sempre era acompanhada de tensão e expectativa para o serviço de segurança. Para os agentes penitenciários o deslocamento do preso sempre representa risco. Risco de fuga, de resgate, de reação do preso. Entretanto, era consenso entre os profissionais da unidade cinco - agentes penitenciários, técnicos de enfermagem, enfermeira e médico - que os doentes presos chegavam, em geral, em estado clínico grave, o que diminuía a possibilidade de fuga.

“O maior motivo que eles interna é a tuberculose, a Aids principalmente, que já tá num estado mais avançado da doença, eles já vêm muito debilitado, ficam fraco dentro da cadeia e vêm pra cá” (ENTREVISTA 30).

Entre as preocupações com o estado clínico dos presos doentes que chegavam, os agentes penitenciários destacavam o risco que representava para os profissionais envolvidos nesse trabalho a falta de avaliação médica e um diagnóstico definido, mais especificamente para os casos de tuberculose. Mesmo os doentes em estado de saúde grave eram acomodados nos leitos disponíveis e somente após a confirmação do diagnóstico de tuberculose ou meningite eram isolados dos demais pacientes e dos profissionais.

“Normalmente é o próprio diagnóstico do preso a dificuldade. Porque a gente não sabe realmente o que ele tem aqui. Muitas vezes eles são tuberculosos e ficam alojados no meio de outros presos que não são tuberculosos. Então eles enfrentam problemas, nós enfrentamos problemas, porque pode pega tuberculose. Ele pode prolifera essa doença pros outros apenados que vão repassa pros familiares nos dias de visitas” (ENTREVISTA 32, 2004).

Além dos depoimentos de entrevistas, as observações realizadas permitem afirmar que a equipe de enfermagem recebia os presos doentes de modo similar à maneira como recepcionava outros pacientes. A experiência profissional dos técnicos de enfermagem em outras unidades do Hospital, que também atendiam doentes crônicos pobres portadores do vírus HIV, dependentes químicos e os internados na UTI, funcionava como um aprendizado que lhes conferia agilidade para agir rapidamente na chegada de presos doentes em estado grave de saúde.

“(...) os casos mais graves que vêm aí tem que passa por um médico. Chamamos a enfermeira e o médico. Ai o médico vem aí e avalia e vai direto pra UTI” (ENTREVISTA 26, 2004).

Os conjuntos de sintomas que os presos doentes apresentavam no momento de entrada na unidade cinco estão descritos na Tabela 8.

Tabela 8 – Presos doentes internados no Hospital Vila Nova durante o período de trabalho de campo, segundo o motivo da internação.

Motivo da internação	Frequência	Percentual
Total	113	100,0
Síndrome respiratória	39	34,5
Síndrome dolorosa e febril	30	26,5
Síndrome digestiva	15	13,3
Ferimento de arma de fogo	11	9,7
Síndrome infecciosa de pele	7	6,2
Síndrome pós-cirúrgica	5	4,4
Internação para cirurgia	4	3,5
Síndrome depressiva	1	0,9
Síndrome cardio-circulatória	1	0,9

Fonte: Hospital Vila Nova

A síndrome respiratória, com 34,5%, configura-se como o maior conjunto de sintomas que conduziam os presos doentes para internação, tais como dor torácica, febre, tosse com secreção amarela, expectoração com sangue e fraqueza. A síndrome dolorosa e febril aparecia em 30% dos presos doentes levados para internação, os sintomas mais comuns eram febre alta (acima de 38,5 graus de temperatura), dor generalizada (os presos doentes usavam a expressão “dói tudo”, “dói muito” ou ainda “dói demais”) e fraqueza. Em terceiro, a síndrome digestiva, com 15%, reunindo sintomas de vômitos com sangue, fezes com sangue, dor abdominal e febre, e em quarto os doentes presos internados por ferimento de arma de fogo, 11%.

Quando comparado o motivo de internação do preso doente baixado no HVN com o do preso doente que era internado no Hospital Penitenciário (HP), verificou-se que os entrevistados, que conheciam a realidade de um hospital e de outro, reclamavam da avaliação médica feita no sistema penitenciário, que levava à baixa hospitalar. Tanto entrevistados da equipe de saúde quanto da área de segurança questionavam as causas da internação. Como afirma um dos profissionais de saúde do HVN, alguns presos não necessitavam internação e ocupavam o leito de outros pacientes mais necessitados:

“(...) chega pacientes que não tem nada. Pacientes que se impõem, até na hora da consulta diz to ruim, to aquilo. Se tivesse uma triagem no sistema penitenciário (...) ele não precisaria ter vindo. Pacientes que vem operar a hérnia e não têm hérnia, pacientes que vêm com patologias, com suspeita de pneumonia. Coisas mínimas que poderiam ter sido resolvidas, no sistema interno dos presídios” (ENTREVISTA 34, 2005).

Para os agentes penitenciários a avaliação médica mal feita favorecia as estratégias de fuga dos presos.

“Alguns são agressivos, vem até com outro intuito nada vê com tratamento. Vêm pensando em uma fuga. Isso a gente sabe quando tem registro em livro [os agentes penitenciários têm acesso ao prontuário penal do preso]. Normalmente eles chegam debilitados, realmente com problemas de saúde. Claro que, na grande parte, sem ter passado por uma avaliação, que seria altamente necessária devido à grande quantidade de HIV e tuberculose. Então, eles chegam aqui com necessidade realmente de internação. Mas não é a regra básica, sempre tem aqueles casos que eles vêm dá uma banda, uma saída” (...) (ENTREVISTA 27 e 32, 2004).

No sistema penitenciário, havia um espaço vazio de poder médico e de poder penal que era, por vezes, ocupado pelo poder dos presos, para buscar maior liberdade no sistema penitenciário, ou para dele se libertar através da fuga. Durante a coleta de dados acompanhou-se uma seqüência de dias tensos devido à tentativa de fuga de um dos presos doentes internado no quarto 125. O preso do leito 3 cavou um buraco na parede. A tentativa frustrada de fugir resultou na transferência imediata deste preso para o PCPA (DIÁRIO DE CAMPO, 2004b).

Como o número de leitos disponíveis era menor que a demanda que vinha dos presídios, os agentes administrativos do Centro Clínico do Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso (CCIPFMC) – que decidiam sobre quem ocuparia o leito que viesse a vagar – pressionavam a direção do HVN para acelerar o processo de alta

hospitalar dos presos doentes. Essa pressão esbarrava, no entanto, no limite do poder administrativo da SUSEPE diante do poder técnico do médico para avaliar as condições de saúde do paciente. Para os presos doentes encarcerados, aguardando disponibilidade de um leito, este tempo de espera corroborava para agravar ainda mais seu estado de saúde. Por isso, em grande parte, as condições clínicas dos presos doentes eram tão graves no momento de internação.

6.6 Regime do cumprimento de pena dos presos doentes internados no Hospital

A partir do momento em que se identificou o tipo de regime de cumprimento de pena (Tabela 9) foi possível compreender melhor a resistência do preso doente às medidas de controle impostas pela SUSEPE na unidade cinco e sua relação com o tratamento.

Tabela 9 – Presos doentes internados no Hospital Vila Nova durante o período de trabalho de campo, segundo o regime de cumprimento de pena.

Regime de cumprimento da pena	Frequência	Percentual
Total	113	100,0
Fechado	29	25,7
Fechado sem sentença	40	35,4
Aberto	7	6,2
Semi Aberto	36	31,9
Sem informação	1	0,9

Fonte: SUSEPE - RS

As informações sobre o regime de cumprimento de pena dos presos doentes mostram que a maioria dos presos doentes, 61,1%, cumpria pena em regime fechado. Sendo que destes, 35,4% ainda não tinham sentença definida e 25,7% estavam em regime fechado. Para estes presos doentes as medidas de segurança adotadas na unidade cinco eram melhor aceitas, diferentemente dos 31,9% de presos doentes que cumpriam suas penas em regime semi-aberto. Estes presos queixavam-se mais da falta de liberdade que gozavam dentro dos estabelecimentos penais (ENTREVISTAS 5; 11; 12; 13; 14; 17). Isso gerava conflitos entre agentes penitenciários e presos doentes em regime semi-aberto. Os problemas disciplinares daí

resultantes acabavam por se refletir no atendimento à saúde do preso o qual resistia às medidas de segurança.

“(...) um preso do fechado chega ele acata. É que tem duas diferenças, do fechado e do semi-aberto ou aberto. O fechado quando chega acata normalmente, é tranqüilo, ele já tá acostumado com as grades. E aqui eles ficam acorrentados. E então, normalmente não tem problemas. Do semi-aberto sim. Sempre tem uma resistência. Ele não quer ficar acorrentado. Ele quer mais regalia do que o normal dos presos aqui dentro. Então é... eles recebem todas as orientações, eles têm horário pra toma banho, que a gente abre [a corrente], deixa que eles vão, volta pra cama, ficam sempre acorrentado, 24horas. Alguns resistem, criam problemas. Muitos nem ficam no Hospital (...) então eles voltam e ficam sem atendimento (ENTREVISTA 31, 2004).

O médico responsável pela unidade cinco exigia que os presos doentes que insistissem em sair do Hospital e que não chegassem a receber atendimento assinassem um termo de responsabilidade pela alta hospitalar. Os presos doentes em regime semi-aberto, em piores condições de saúde, não tinham essa opção: tinham que se submeter à ordem disciplinar da unidade cinco. Nesses casos, os conflitos gerados no âmbito do poder penal eram superados pela ordem disciplinar do poder médico no hospital. Além disso, a fragilidade física do apenado impedia sua reação às correntes e rotinas rígidas.

A primeira pessoa que os presos doentes queriam falar ao chegar na unidade cinco era o médico, sobretudo quando o preso doente apresentava um quadro clínico muito grave. Para estes, o médico era a única salvação. O preso doente, premido por sua precária saúde, demandava ao poder médico que exercesse sua habilidade técnica, resolvesse o problema, não se importando muito com as disciplinas do poder penal a que estava submetido. Os pacientes em melhores condições clínicas focavam sua atenção nas alterações das rotinas disciplinares penais, tentando recriar no espaço hospitalar condições similares àquelas que tinham no cárcere e que lhes permitiam o usufruto de pequenos privilégios pessoais. Eles pediam para avisar os

familiares da internação, para receber visitas e ter acesso a materiais de higiene, toalha de banho, chinelo e alimentos de suas preferências.

6.7 Conclusão

A equipe de trabalho da unidade de atendimento ao preso doente do Hospital Vila Nova (HVN) era constituída por técnicos de enfermagem, enfermeiras, médicos, agentes penitenciários e trabalhadores auxiliares de nutrição e de limpeza.

A população analisada na unidade cinco durante o trabalho de campo (113 presos doentes), pertencia às casas prisionais distribuídas em todo estado do Rio Grande do Sul. Eles eram na sua maioria homens, brancos, jovens, solteiros, com ensino fundamental incompleto, trabalhadores de atividades auxiliares sem definição ou da construção civil e naturais do interior do estado do Rio Grande do Sul. Haviam praticado crimes contra o patrimônio e estavam sob custódia em regime fechado. Dos presos doentes que já haviam recebido a sentença judicial, a maioria cumpria penas de até nove anos.

Os presos doentes internados no HVN primeiro solicitavam ajuda ao preso responsável pela galeria onde estavam encarcerados. Após, eram atendidos no ambulatório do presídio onde o responsável pela saúde encaminhava-os para avaliação médica, momento em que era orientada internação hospitalar. Acionada, a Divisão de Saúde da SUSEPE providenciava leito na unidade cinco do HVN.

Os maiores conflitos no momento de internação do preso doente estavam relacionados às medidas de controle impostas ao preso pela SUSEPE. O principal desencadeador de resistência era a imposição de contenção através de correntes. Somava-se a isso a restrição à circulação dos presos ao espaço dos quartos.

Do ponto de vista dos técnicos de enfermagem as dificuldades na chegada do preso doente estavam relacionadas aos serviços oferecidos pelo hospital como o serviço de lavanderia que fornecia roupas de cama e avental. O número de técnicos de enfermagem trabalhando na unidade cinco, um por turno, dificultava a recepção de pacientes graves, tornando-se necessária a colaboração dos agentes penitenciários em atividades relacionadas ao cuidado em saúde.

Foi consenso entre agentes penitenciários, técnicos de enfermagem, enfermeira e médicos que os presos doentes muitas vezes eram internados em estado clínico grave, inclusive em fase terminal. No entanto, outros eram internados sem necessidade, impedindo, nestes casos, que presos efetivamente doentes ocupassem os leitos da micro-unidade penitenciária do hospital geral. Os trabalhadores de saúde e de vigilância apontavam para uma questão já conhecida no sistema penitenciário: a falta de avaliação e tratamento médico nos estabelecimentos penais do Estado.

A maioria dos presos internados apresentava, no momento da internação, quadro clínico de síndrome respiratória e síndrome dolorosa e febril. Independentemente do estado clínico, no momento da internação, os presos que cumpriam pena em regime semi-aberto eram os que manifestavam maior resistência às medidas de controle e contenção imposta pela SUSEPE, e às rotinas rígidas e restritivas de liberdade de circulação impostas pelo hospital.

Em contraste, com o estilo de vida do cárcere, onde as margens de negociação com as práticas de vigilância eram mais flexíveis, no espaço hospitalar os presos doentes estavam sujeitados às práticas de controle médico hospitalar e às fronteiras estabelecidas pela doença.

O próximo capítulo apresenta o funcionamento da unidade cinco, no segundo semestre de 2004. O exame dos dados empíricos buscou caracterizar o atendimento à saúde do preso doente e a dinâmica social que se estabelecia entre os principais atores presentes no cotidiano da unidade.

CAPÍTULO 7

Dinâmica social que se estabeleceu entre os principais atores presentes no cotidiano da micro-unidade penitenciária e o atendimento à saúde do preso doente

7.1 Introdução

Este capítulo trata das relações entre os atores e do atendimento ao preso doente na unidade cinco, apresentando, no final, como se processa a alta hospitalar. Auxiliares de nutrição e de limpeza, técnicos de enfermagem, enfermeiras, médicos, agentes penitenciários e presos doentes conviviam na unidade cinco, orientando suas ações pelas rotinas hospitalares e penais preestabelecidas, cumprindo, cada um, o papel por elas determinadas. Todos, inclusive os presos, procuravam ampliar sua autonomia frente aos papéis que as regras institucionais lhes atribuíam. As regras institucionais e os diferentes objetivos das duas instituições – hospital e cárcere – manifestavam-se na superposição, por vezes conflituosa, das práticas de saúde e de vigilância.

7.2 Auxiliares de nutrição e de limpeza

Os auxiliares de nutrição e de limpeza trabalhavam no HVN em um sistema de escalas nas unidades, e pouco interagiam com os presos doentes. A rotatividade entre as unidades dificultava a possibilidade de se estabelecer vínculo.

Segundo os técnicos de enfermagem, a enfermeira, o médico e os agentes penitenciários, a relação dos presos doentes com os auxiliares de nutrição e da limpeza estava marcada pela arrogância do preso e pelo medo dos auxiliares quando eram obrigados a se aproximar dos presos doentes.

“O pessoal da limpeza chega aqui e faz o serviço. Mas, eles não chegam a conversar. Porque o pessoal da limpeza vou te contar, não é mole mesmo. Eles

têm medo, é normal. Eles não conhecem. Eu sempre digo para eles, perigo tem para todos, mas sempre tem alguém junto deles, ou é o agente penitenciário ou o técnico de enfermagem. Mas não tem jeito. (...) e depois eles estão sempre acorrentados. Mas não adianta”. (ENTREVISTA 6, 2004).

Para os agentes penitenciários e o médico, a arrogância do preso doente na relação com os auxiliares seria uma estratégia para amedrontar e persuadir esses trabalhadores, sempre com o objetivo de levar alguma vantagem.

“Com o pessoal da alimentação eles tentam manter um diálogo querendo algum benefício em troca. Uma alimentação diferenciada, um pouquinho mais de sal. Eles negociam tudo. Com o pessoal da faxina eles tentam obter outros favores, cigarro. Tentam persuadir aquela pessoa. Me arruma um cigarro? Quando escutamos [agentes penitenciários], livramos a cara da faxina. Para cada grupo de pessoas eles têm um tratamento diferente, mesmo que eles não se dêem conta disso” (ENTREVISTA 29, 2004).

Durante as observações ficou evidenciado que não havia confronto direto na relação dos presos doentes com os auxiliares. Mas o preso doente procurava pressionar ou mesmo intimidar os auxiliares para obter privilégios. Como sujeito histórico, no sentido atribuído ao termo por Foucault, o preso buscava ampliar sua liberdade, na micro-unidade penitenciária do hospital geral, através de negociações que ele estabelecia individualmente com cada trabalhador da unidade. Quando os agentes penitenciários percebiam que os presos doentes estavam pressionando os auxiliares de nutrição ou de limpeza, eles os advertiam. Isso por vezes resultava em conflito entre agentes penitenciários e presos doentes, chegando a desencadear um processo de alta hospitalar.

“(...) já querem discutir com o médico, discutir com o pessoal da comida, eles discutem por tudo. Tendo um motivo para complicar eles complicam. Mas são

poucos. E geralmente eles começam assim, a gente tenta conversar com eles. Se não o médico dá alta e eles voltam para o presídio” (ENTREVISTA 30, 2004).

Era uma transgressão disciplinar das rotinas penais, que ameaçava a segurança do preso e de outros, mas era também uma ameaça à rígida hierarquia de funções do pessoal hospitalar. O auxiliar pressionado poderia quebrar as restrições relacionadas ao que entra e sai, no hospital, e ao que recebem os pacientes (remédios, alimentos e informações). Seria assim uma grave subversão à hierarquia local do hospital: auxiliares devem unicamente obedecer a ordens de profissionais de saúde. A conduta social inadequada ao papel de preso doente frente as regras das duas instituições poderia resultar em sua retirada do âmbito médico hospitalar e o retorno à condição de preso, independentemente de suas condições de saúde.

Os presos doentes, no entanto, queixavam-se muito dos serviços de nutrição e de limpeza da unidade cinco. O que leva a supor que muitas vezes o que era visto pelos agentes penitenciários e médicos como atitude arrogante e estratégia de manipulação exercida pelos presos fosse também revolta frente às más condições de alimentação e higiene.

7.3 Técnicos de Enfermagem

Para os técnicos de enfermagem a relação com os presos doentes não apresentava maiores dificuldades, mas, algumas características os diferenciavam dos demais pacientes. Eles seriam mais resistentes em aceitar administração de medicamento via oral, intramuscular ou intravenosa. Esta tarefa, para ser realizada a contento, exigia desses profissionais um bom manejo verbal capaz de convencer os presos doentes sobre o benefício de tais medicamentos.

“Eles são sestrosos para tudo. Para uma injeção Deus o livre. A coisa é cruel. Tem que chegar ali para eles e dizer: Como é que é meu amigo tu estas sentindo uma dor assim, né? Que nem esse dia, teve um rapaz que não aceitou puncionar, colocar um acesso venoso. Aí eu expliquei para ele. Olha meu chapa, tu estás desidratado, tá precisando de líquido. Não é só tomar líquido. Entra por

aqui [apontou para boca] sai por baixo. Tu precisas coisa em nível venoso. Então eu vou te medicar, tu estas hipotenso, precisas de volume de líquido, fazendo um ou dois litros de soro já empata (...)" (ENTREVISTA 26, 2004).

Por outro lado, segundo os técnicos de enfermagem os presos doentes eram mais tolerantes com as condições gerais do hospital e mais agradecidos, reconhecendo os serviços prestados pela enfermagem.

"Já passei por todas as unidades do Hospital Vila Nova. Eles não são diferentes. Eu até prefiro trabalhar aqui na unidade cinco com esses pacientes. Eles sabendo que são bem atendidos, não se queixam por qualquer coisinha" (ENTREVISTA 23, 2004).

Através de contatos informais, no entanto, alguns técnicos afirmaram, que eram pacientes de "outro tipo". Acrescentando ainda que "não concordavam com isso aqui", um técnico de enfermagem apontou para os quartos onde estavam os presos doentes. "É muita moleza para eles. Faz quarenta anos que eu trabalho com bandido. (...) aqui eles reclamam da comida ou qualquer outra coisa. Eu respondo para eles que aqui está bom demais para eles. Bom demais! Para eles a vida não vale nada. Eles vivem num outro mundo. Tem outra lógica" (DIÁRIO DE CAMPO, 2004b. p. 104).

Segundo a enfermeira responsável pela unidade cinco, embora os presos doentes criassem afinidades com os técnicos de enfermagem eles expressavam preferência por determinados técnicos. O maior desconforto com os presos doentes – "aqui está bem demais para eles" – partiu de técnico de enfermagem do turno da noite. Foi justamente sobre os técnicos deste turno que apareceram reclamações dos apenados (ENTREVISTA 23, 2004).

A enfermeira também afirmou que os presos doentes eram muito desconfiados com os procedimentos realizados pela equipe de enfermagem. Eles freqüentemente questionavam os efeitos e benefícios das medicações.

“(...) com os técnicos eles acabam criando uma afinidade e a gente percebe que têm técnicos que se dedicam mais, outros menos e os pacientes também percebem isso. (...) então às vezes não tomam a medicação, não aceitam os cuidados ficam esperando até o outro funcionário chegar, eles criam um vínculo com determinados técnicos” (ENTREVISTA 22, 2004).

Ao selecionar os técnicos de enfermagem que atenderiam o preso doente, o médico responsável pela unidade cinco e a enfermeira levaram em conta, além da experiência e capacidade de manejo firme com pacientes, o sexo do técnico: deveriam ser profissionais homens.

“(...) mas eles [técnicos de enfermagem] têm que ter alguma diferença para tratar o preso. Eles têm que ter perfil, saber quem é o malandro, saber realmente quem têm uma queixa verídica e aquele que está querendo ganhar algo com aquilo. Têm que ter jogo de cintura, só homens trabalham na unidade cinco, antigamente tinham mulheres mas elas foram excluídas” (ENTREVISTA 22, 2006).

Também o médico responsável pela unidade cinco chamou atenção para o forte vínculo existente entre técnicos de enfermagem e presos doentes, o que seria fruto de sua intensa convivência. Segundo o médico, os apenados manipulavam esse vínculo buscando interferir no tratamento. Esse seria o caso dos presos doentes dependentes químicos, que pressionavam os técnicos para obter maiores doses medicamentosas.

“Pelo tempo que ficam juntos com os técnicos de enfermagem criam um vínculo maior com esses funcionários. Especialmente os dependentes de morfina, dolantina. Tentam manipular o funcionário e são mais solicitantes. Eventualmente até oferecem alguma coisa quando eles vão sair [ter alta hospitalar], para ter um melhor atendimento” (ENTREVISTA 34, 2004).

Para os agentes penitenciários, a relação dos técnicos de enfermagem com os presos doentes, além dos cuidados de saúde oferecidos, era marcada pelo interesse dos presos doentes em obter benefícios pessoais e garantir melhor atendimento.

“São diferentes com os técnicos. [quando comparado com a relação dos presos doentes com os agentes penitenciários]. Eles tentam conseguir alguma coisa com os técnicos de enfermagem. Eles contam uma história triste e os técnicos de enfermagem acreditam. Então eles [técnicos de enfermagem] ficam com pena. Aí eles [presos doentes] conseguem alguma coisa. Tentam da forma deles, o que é melhor para eles. Um atendimento diferenciado ou alguma coisa assim, um recado que eles querem mandar para a família. Eles têm um relacionamento mais amigável com os técnicos de enfermagem” (ENTREVISTA 31, 2004).

Os presos doentes afirmavam que suas relações com os técnicos de enfermagem eram tranquilas. Chamou a atenção durante as observações, que os pacientes esperavam pacientemente, por longos períodos, serviços solicitados, sem que estes emitissem queixas ou insatisfações. Ficou registrada no diário de campo a solicitação de água às 15 horas por um dos pacientes do quarto 127. Foi informado pelo técnico de enfermagem que teria de aguardar, porque a água dos canos estava saindo com ferrugem. Outros pacientes também já haviam pedido água, avisando que as jarras estavam vazias. Às 17 horas e 30 minutos foi distribuída água para os pacientes da unidade cinco (DIÁRIO DE CAMPO, 2004b. p. 48).

Durante o trabalho de campo (julho a outubro de 2004) não foram presenciadas situações de conflito direto entre técnicos de enfermagem e presos doentes. Segundo os entrevistados a relação era boa, o que foi corroborado pela observação de longas conversas entre presos doentes e técnicos. Em geral tratavam da vida criminosa dos apenados. Os técnicos de enfermagem manifestavam-se curiosos com as histórias dos delitos e queriam saber detalhes sobre o crime que o levara ao cárcere. No quarto 128, leito um, o técnico de enfermagem indagou sobre o

crime que o preso doente cometera e pelo qual fora condenado. O paciente em voz alta contou detalhadamente um roubo à supermercado. Seguiu a conversa ensinando como roubar carros. A seguir, retomou o relato do roubo ao supermercado, explicando o que teria feito com o dinheiro roubado. Segundo ele, com sete mil reais comprou cocaína e com cinco mil reais comprou um carro para a mulher (DIÁRIO DE CAMPO, 2004b. p. 149 e 150).

Este tipo de conversa, recorrente na unidade, aproximava os técnicos de enfermagem e os presos doentes. Se por um lado, os técnicos de enfermagem manifestavam curiosidade pela transgressão, por outro, o preso doente poderia aproveitar a intimidade adquirida através da conversa para influir sobre as condições de seu tratamento.

7.4 Enfermeira responsável pela unidade cinco

A relação da enfermeira com os presos doentes, segundo os técnicos de enfermagem, praticamente não existia. Raramente havia um diálogo entre essa e um preso doente, nem ocorriam visitas de rotina aos pacientes pela enfermeira. Segundo os técnicos, por vezes os presos doentes solicitavam a presença da enfermeira. Especialmente os presos doentes em estado clínico mais grave, queriam através da chefia de enfermagem intervir junto ao médico para permanecer no Hospital, prolongando o tratamento. Havia em contraste, os presos doentes que buscavam a alta hospitalar.

Para a enfermeira responsável pela unidade cinco seu relacionamento com os presos doentes era marcado por uma postura técnica, sendo o diálogo restrito às rotinas e orientações médicas. A enfermeira afirmou que procurava ignorar a história criminal dos presos doentes, para evitar a formação de eventuais preconceitos.

“Tento manter a relação como com qualquer outro paciente. Muitos colegas querem saber porque o paciente está aqui, eu nem me interesso. O paciente chegou, eu não quero saber porque ele está preso, porque para mim não vai fazer diferença, eu acho que só ia piorar. Se eu soubesse porque ele está preso, aí sim eu poderia querer até manter uma distância dele, então não me interesso. Ele

chegou, ele é um paciente qualquer, a diferença é que ele está em uma cela e os outros de outras unidades não, o meu atendimento para com eles é o mesmo, tento tratar com o maior respeito como os outros” (ENTREVISTA 22, 2004).

O médico responsável pela unidade cinco salientou, do mesmo modo que os técnicos de enfermagem, que a enfermeira tinha contato restrito com os presos doentes. Acrescentou que a enfermeira só recentemente tinha iniciado seu trabalho na unidade cinco, o que dificultava a avaliação, mas considerava sua determinação e exigência profissional como elementos positivos para contribuir com o atendimento à saúde dos pacientes.

Os agentes penitenciários reafirmaram que a relação da enfermeira com os presos doentes era distante. Tanto que um entrevistado afirmou que não havia este serviço na unidade cinco (ENTREVISTA 28, 2004). Também vários presos doentes afirmaram que não havia enfermeira na unidade cinco ou que a viram apenas de passagem (ENTREVISTAS, 5; 6; 12; 16; 17; 18; 21, 2004).

Observou-se durante o trabalho de campo, que de fato não havia rotina de visitas da enfermeira na unidade cinco. A chefia de enfermagem somente comparecia na unidade para realizar procedimentos técnicos específicos de sua função, tais como acompanhar a troca de turno dos técnicos de enfermagem, quando obtinha informações gerais sobre os pacientes internados. Não foi observada relação direta com o paciente. Em uma ocasião, durante as observações, o técnico de enfermagem ausentou-se da unidade para buscar medicamento na farmácia, como não havia outro profissional da saúde que o substituísse, a unidade ficou aos cuidados dos agentes penitenciários. A enfermeira chegou à unidade, solicitando informações sobre o estado geral dos pacientes e foi informada pelos agentes que o técnico de enfermagem estava na farmácia. Neste momento presos doentes do quarto 126 e 128 estavam solicitando a presença do técnico, aos gritos. Um agente penitenciário informava aos presos doentes sobre a saída temporária do técnico. Na ocasião, não houve manifestação da enfermeira. Ela apenas dirigiu-se ao agente penitenciário, informando que voltaria mais tarde (DIÁRIO DE CAMPO, 2004b, p. 156).

Os serviços da enfermeira supriam as expectativas da administração médica hospitalar quanto aos cuidados aos presos doentes da unidade cinco. Entretanto, era evidente o atributo depreciativo que a enfermeira conferia aos presos doentes. O estigma presente na relação aparecia no esforço da enfermeira em se distanciar “destes” pacientes e no seu esforço em tratá-los como se fossem “como os outros”, denotando que para ela os presos doentes não eram iguais aos outros pacientes do Hospital.

7.5 Médicos

Os técnicos de enfermagem dividiam-se quanto às suas percepções sobre a relação do médico com os presos doentes. Aqueles que trabalhavam durante o dia salientaram que a visita médica era muito rápida e não atendia as necessidades dos pacientes.

“Bá! A relação deles com o médico. Terrível. É assim, reclamam que o médico vê a cada dois dias. E às vezes o médico não ouve mesmo o paciente, sabe. Chegam ali, em seguida tão virando as costas, entendeu? Não tem... o médico para eles não têm um bom respaldo. O médico dá pouca atenção para eles” (ENTREVISTA 23, 2004).

Diferentemente, os técnicos de enfermagem do turno da noite acreditavam que a relação dos médicos com os presos doentes era boa. Acrescentavam que os médicos orientavam o necessário para os pacientes e deixavam prescritas as medicações e cuidados básicos. Para eles as queixas dos apenados em relação ao atendimento médico seriam injustificadas, pois os médicos não os salvariam da situação em que se encontravam.

Novamente observa-se que os técnicos de enfermagem do turno da noite avaliavam positivamente o atendimento oferecido ao preso doente. Provavelmente porque os consideravam merecedores dos serviços oferecidos, mesmo que fossem precários. Afinal “estava bom demais para eles” (ENTREVISTA 25, 2004).

A enfermeira também apontou que os pacientes queixavam-se de pouco contato com os médicos. Mas as queixas não eram feitas diretamente para o médico. No momento da visita médica, o preso doente apresentava-se receptivo, realizando seus pedidos de forma submissa.

“(...) às vezes o médico não vai, ou vai e passa rapidinho. Então eles querem atenção e até aumentam. ‘Ah! To aqui 15 dias e eles não aparecem’. Eles [presos doentes] querem a presença mais efetiva deles [médicos] (...) na nossa frente [da enfermeira] eles desfilam um rosário falando do médico, ele chegou [o médico] não reclamam de nada. Na frente do médico eles se retraem” (ENTREVISTA 22, 2004).

O médico responsável pela unidade cinco descreveu da seguinte forma sua relação com os presos doentes. Na primeira visita ao apenado internado ele ouvia suas queixas em relação à doença e a história clínica que o conduziu para o Hospital. Eventualmente, discutiam sobre o tratamento adotado especialmente quando poderia haver indicação de transferência para Unidade de Tratamento Intensivo (UTI). Segundo o médico, raramente surgia atrito entre eles. Entretanto, no relato do responsável pelo serviço médico ficaram evidenciadas as tentativas de interferência de presos doentes no tratamento de outros presos doentes companheiros de quarto. Conforme o médico:

“em alguns casos os pacientes vão para Unidade de Tratamento Intensivo, daí o questionamento é maior, eles são resistentes. (...) mas em alguns casos, os colegas apenados de melhor condições, dizem ‘oh doutor, vê se o senhor não consegue uma vaga na UTI pro colega que tá mal das pernas’, é freqüente isso” (ENTREVISTA 34, 2004).

Para os agentes penitenciários a relação do médico com o preso doente era marcada por dois aspectos: o distanciamento do médico em relação aos presos doentes e o respeito dos presos à autoridade do médico. O distanciamento estaria relacionado diretamente ao tempo limitado que o médico passava na unidade cinco.

“O problema aqui no Hospital Vila Nova é que o médico vem às vezes. Às vezes de dois em dois dias. Às vezes ele vem uma vez no dia, mas é rápido, o atendimento é veloz [risos]” (ENTREVISTA 27, 2004).

Foi observado durante o trabalho de campo (julho a outubro de 2004) que o respeito dos presos doentes à autoridade do médico estava vinculado ao poder exercido através do saber médico. O estado grave de saúde de determinados pacientes os colocavam completamente submissos à autoridade médica.

“É uma relação bem distante. Porque o médico não é aquela pessoa que está todo dia ali. Eles [os presos doentes] vêem o médico como alguém que tem o controle nas mãos, tem poder na mão, mas está longe. Então eles procuram conversar tudo que podem com o médico naquele espaço de tempo [momento da consulta médica]. Mas é uma relação mais distante, uma relação muito fria, muito técnica. Para eles doutor é uma pessoa que está muito distante do nível deles” (ENTREVISTA 29, 2004).

A autoridade médica estaria associada ao poder do médico em relação ao desfecho do tratamento do preso doente e do conhecimento e autonomia de decisão do médico sobre as condições de saúde do apenado.

“A relação dele com o médico é... em se tratando do escalão mais alto, eles vão respeitar, sempre. Até porque é do médico que depende tudo, para saúde deles. É um remédio, de um lugar melhor para ficar, um atendimento mais atencioso. Então um médico eles sempre respeitam. Nunca tive caso que o preso se envolvesse em discussão com o médico, bem pelo contrário, um médico já tentou várias vezes com alguns deles, e eles mantiveram a calma” (ENTREVISTA 28, 2004).

Os presos doentes que mais reclamavam dos médicos eram principalmente aqueles que internavam nos finais de semana. Para estes havia desatenção do médico, ao permitir que aguardassem até quatro dias pela avaliação e início do tratamento. Pacientes queixavam-se para enfermagem e para os agentes penitenciários da ausência do médico. Estes presos doentes internaram na unidade cinco na sexta-feira (29 de julho de 2004) e solicitaram a presença do médico para avaliação e tratamento, que ocorreu no dia 2 de agosto de 2004, às 15 horas e 45 minutos, após contato do técnico de enfermagem (DIÁRIO DE CAMPO, 2004b. p. 80).

A observação permitiu constatar que a relação entre os presos doentes e os médicos muitas vezes provocava conflitos, porque o médico não permitia qualquer questionamento sobre o tratamento. A autoridade incontestável do médico, já identificada pelos agentes penitenciários, quando minimamente posta em questão, era reafirmada de forma contundente. Os recursos para tanto eram verbais e também técnicos, através da prescrição de medicamentos sedativos e indutores do sono. O relato a seguir, transcrito do diário de campo, é exemplar dessa situação: o médico entrou na unidade para elaborar prescrições sobre os cuidados a serem adotados e as medicações a serem administradas aos presos doentes. Quando entrou no quarto 128, um dos pacientes reclamou do atendimento que vinha recebendo, argumentando que estava sentindo-se pior. Ao final disse: “Quero ir para outro hospital. Me transfere doutor!” A isso o médico respondeu: “o tratamento que deveria ser feito foi feito. Agora tem que esperar o efeito da medicação”. Os dois discutem. O técnico de enfermagem perguntou para o médico o que deveria ser feito com o paciente. O paciente apresentava febre (38,9°C) e expelia secreção purulenta no local da incisão cirúrgica que havia sido realizada no hospital. O médico sai do quarto dizendo aos gritos: “Fica falando besteira, só enchendo lingüiça. Esse cara não tem razão nenhuma e fica enchendo. Ninguém é obrigado a agüentar isso”. Em seguida prescreve medicação para o paciente queixoso: Haldol³¹ e Midazolam³². O médico acrescenta: “Dá isso para

³¹ Haldol é um neuroléptico do grupo das butirofenonas. É um bloqueador potente dos receptores dopaminérgicos centrais e classificado como um neuroléptico incisivo. É um sedativo eficiente, o que explica seus efeitos favoráveis na mania, agitação psicomotora e outras síndromes de agitação (CORDIOLI, 2005).

³² Midazolam é um hipnoindutor benzodiazepínico. É um hipnótico, ansiolítico, anticonvulsivante e miorrelaxante (CORDIOLI, 2005).

ele, que ele esquece tudo que aconteceu aqui”. O técnico de enfermagem pergunta: “Esquece mesmo doutor?”. “Esquece”, respondeu o médico. Esta cena ocorreu na presença da enfermeira, dos agentes penitenciários e da pesquisadora, que acompanharam atentos a discussão sem interferir. O técnico de enfermagem e a enfermeira foram providenciar os medicamentos na farmácia. O médico seguiu falando: “Eles fazem de tudo para bater boca com a gente”. Dirigindo o olhar para pesquisadora continua: “Essa unidade (unidade cinco) e a de HIV são as que eu menos freqüento no Hospital. Eu passo por aqui faço a prescrição e me mando”. (DIÁRIO DE CAMPO, 2004b. p. 125 a 128).

O serviço médico era responsável pelas diretrizes e condutas terapêuticas no atendimento ao preso doente. O saber técnico garantia ao médico o poder decisório na classificação das doenças, qualificação ou não do atendimento e também na vigilância que permitia punir nos casos de transgressões disciplinares através das regras impostas pela instituição hospitalar.

Ficou evidenciado que o exame clínico, realizado pelo médico no paciente do quarto 128, estava além da atividade clínica que o saber técnico afiançava. Tratava-se da *combinação da hierarquia que vigia e da sanção que normaliza* e pune como mostrou Foucault (1991, p.164).

7.6 Agentes penitenciários

As relações entre agentes penitenciários e presos doentes segundo os técnicos de enfermagem variavam conforme as equipes de agentes penitenciários. Alguns eram mais tolerantes e outros mais irritados.

“Isso depende de cada guarda. Cada guarda tem um sistema de trabalho. Então depende da equipe. Tem uns que levam mais manso. Outros procuram encrenca” (ENTREVISTA 23, 2004).

Talvez devido à sua relativa ausência do cotidiano da unidade cinco, a enfermeira não avaliou a relação dos agentes com os presos doentes. No entanto ela percebeu que eles representavam o poder penal, que no hospital se confrontava com o

poder médico. As prioridades no atendimento ao preso doente seriam diferentes, no hospital, que o manejo realizado pelo serviço de segurança dentro das instituições penais.

“(...) eu vejo alguma dificuldade. Existem determinados agentes penitenciários que tentam interferir, coordenar o que a gente vai fazer, eu sei que eles já perceberam que comigo é diferente, que vou fazer o que eu considerar mais importante (...) na saúde as coisas não são assim, automático, demora, mas eles dizem [agentes penitenciários]: ah não, como se a gente não tivesse fazendo as coisas. Tomando providências no atendimento” (...) (ENTREVISTA 22, 2004).

Para o médico a relação entre o agente penitenciário e o preso doente apresentava algumas particularidades. Os presos doentes já conheciam alguns dos agentes penitenciários de estabelecimentos penais em que o preso esteve recolhido. Nesses casos havia maior aproximação, principalmente se o agente penitenciário considerava que esse preso tinha bom comportamento. Segundo o médico, agentes penitenciários chegavam a interceder em favor do preso, solicitando a atenção do médico.

“Tem alguns agentes penitenciários que a gente vê que existe uma parceria [com o preso], uma preocupação. Muitas vezes até nos procuram, ‘Oh doutor o fulano, aquele que o senhor viu pela manhã deu uma piorada de tarde. A enfermagem pediu para o senhor dá uma olhada nele’. Tem outros que são diferentes” [outros agentes penitenciários] (ENTREVISTA 34, 2004).

Por outro lado, segundo o médico, alguns agentes tratam o preso doente com indiferença.

“Tem uns que abrem a porta, fecham a porta, botam a corrente e não estão nem aí. Tem os que não se interessam” (ENTREVISTA 34, 2004).

Mais grave, segundo o médico, é que havia queixas dos pacientes de que agentes penitenciários estariam agredindo fisicamente, principalmente no turno da noite. A conduta médica nesses casos era de, juntamente com a enfermeira responsável pela unidade cinco, registrar a queixa do paciente e de comunicá-la à chefia de vigilância.

Para os agentes penitenciários a relação com o preso doente internado no Hospital era diferente da relação com o preso dentro dos estabelecimentos prisionais. Segundo os agentes, havia diferenças também entre presos doentes oriundos de casas prisionais do interior do estado e de casas prisionais da Região Metropolitana de Porto Alegre. No relato dos agentes penitenciários, o preso doente hospitalizado era mais disciplinado, mais dócil e comunicativo. A busca de liberdade, diferentemente das casas prisionais, estava limitada pelas condições físicas decorrentes da enfermidade.

“Aqui tem diferença. Quando eles estão no presídio eles querem obter de qualquer maneira a liberdade. Aqui eles também querem ter liberdade, porém as condições físicas, a parte clínica deles está bem debilitada. Mas a gente procura estar sempre atento ao que eles estão fazendo” (ENTREVISTA 27, 2004).

Os próprios presos doentes consideravam que os agentes penitenciários auxiliavam no processo de tratamento aos quais eles estavam submetidos. Do mesmo modo que os agentes penitenciários, reconheciam que as relações entre eles e os agentes eram mais amigáveis que no presídio.

“Graças a Deus eles são corretos. Os agentes fazem tudo que a gente pede. Abri cadeado, fecha cadeado, para fazer a higiene, para tomar banho. Chamam o enfermeiro. Pelo menos esses guardas que estão aqui. Já não é o mesmo tratamento da penitenciária. Já é bem diferente. Na penitenciária é mais rústico. Aqui eles são bem humanitários” (ENTREVISTA 13, 2004).

Os presos doentes oriundos das casas prisionais do interior do estado seriam mais tranquilos, mais receptivos às orientações do serviço de segurança.

Entretanto, os presos do interior eram mais queixosos devido à distância dos familiares. Os agentes penitenciários apontaram ainda diferenças, entre os presos doentes com mais tempo de vida intramuros e aqueles que ingressaram no sistema penitenciário mais recentemente. Os presos doentes com mais tempo de vida prisional já estavam acostumados às normas existentes no sistema penitenciário, conseqüentemente evitavam confrontos e conflitos com o serviço de segurança, principalmente dentro do Hospital. Diferentemente, os presos doentes com menos tempo de vida prisional, em geral mais jovens, adaptavam-se com dificuldade às normas de segurança que impunham medidas de contenção, principalmente em relação ao uso de correntes.

Mesmo assim, segundo os agentes penitenciários, predominava a docilidade dos presos doentes.

“Dentro do Hospital é uma questão interessante. O comportamento deles é melhor do que dentro do presídio, da cela, da galeria. Aqui eles conversam, eles se abrem. Eles vêem no agente penitenciário uma pessoa que pode ajudar. São mais dependentes. Eles querem ir ao banheiro, eles pedem para a guarda abrir o cadeado, então eles têm uma liberdade que no presídio eles não têm. Até porque aquela questão da massa carcerária. Eles estão em grupo muito grande. Então eles não querem se mostrar amigo do guarda. Precisam dizer para os outros que são bandido e quando eles estão sozinhos eles são outras pessoas. Eles são até acessíveis. É possível conversar com eles coisas que na cadeia não se consegue. É bem tranquilo aqui” (ENTREVISTA 29, 2004).

Os agentes penitenciários manifestavam estranheza por vigiarem os presos dentro do hospital e conviverem com profissionais de saúde na unidade cinco (ENTREVISTAS; 28; 29; 31; 32, 2004). Para os agentes, a vigilância nos presídios funcionava diferente em dois aspectos, considerado por eles fundamentais. Um deles é o distanciamento físico dos agentes penitenciários em relação aos presos nos estabelecimentos penais. Diferentemente na unidade cinco, presos e agentes conviviam a poucos metros e às vezes centímetros durante várias horas por dia. Outro aspecto, gerador de estranheza, era justamente a conseqüência dessa proximidade do

preso doente. Os agentes passavam a saber e conviver com aspectos da vida e da doença dos presos doentes em contraste com o que ocorria dentro dos presídios. A experiência do serviço de vigilância na unidade hospitalar, para os agentes penitenciários, era vista como excesso de liberdade e como risco de fugas, conforme o relato do agente penitenciário.

“No início é complicado. Porque têm a questão do agente penitenciário não estar acostumado com essa liberdade do preso. Esse outro lado assim (...) mais humano. Estamos acostumados dentro dos presídios que tudo é questão de segurança mesmo, e aqui a questão de segurança é um pouco deixada de lado, porque a gente trabalha três agentes [penitenciários] para 18 presos [doentes]. Nós não temos guardas do lado de fora fazendo controle como nos presídios. A questão de segurança é prioritária no presídio, essa é a maior diferença que a gente tem aqui” [na unidade cinco do HVN] (ENTREVISTA 31, 2004).

Entretanto, para os agentes penitenciários a relação com o preso doente deveria ser balizada pelas regras de controle impostas na vida intramuros. Estas práticas de controle eram exercidas sobre as pessoas e os objetos que chegassem até os presos doentes. Eram revistadas roupas íntimas, chinelos, materiais de higiene e alimentos. O exame minucioso sobre os alimentos como bolo e frutas, somava-se a revista à procura de embalagens fechadas, que quando encontradas eram abertas e cuidadosamente observadas. A unidade cinco do HVN caracterizava-se como micro-unidade prisional, e portanto, as regras de convívio deveriam ser as mesmas do sistema penitenciário.

“Eles também precisam de normas, regras. Agora sim, eu te digo, para gravar inclusive. É totalmente impossível não usar a força. Não existe, porque eles são muitos salientes, eles vão tentando, vão tentando em determinados momentos até que é necessário o uso da força” (ENTREVISTA 29, 2004).

O recurso à agressão física, pelos agentes penitenciários na relação com preso doente, também foi narrado pelos agentes administrativos responsáveis pelo serviço de saúde da SUSEPE. Durante conversas informais, relataram que os agentes penitenciários mais antigos estavam acostumados a bater. “Mesmo que a fachada tenha mudado um pouco, por dentro são sempre os mesmos. Sempre que podem, num escurinho dão uma apertada nos presos. Aprenderam a bater sem marcar. (...) depois foi ao contrário. Não podia nada. Mas assim era melhor. (...) eles [os presos] tiveram mais direitos humanos (...) Não é só crime. Tem uma história” (DIÁRIO DE CAMPO, 2004b. p. 98).

Durante as observações no trabalho de campo chamou atenção a forma ríspida, e por vezes debochada, com que os agentes penitenciários dirigiam-se aos presos doentes, sem qualquer constrangimento com a presença dos técnicos de enfermagem e da pesquisadora, após algumas poucas semanas de trabalho, conforme registrado no diário de campo. Um preso doente com alta hospitalar chegou até a porta de grade do quarto 127 perguntando para o agente penitenciário quando eles (núcleo de segurança) viriam buscá-lo. O agente penitenciário rispidamente respondeu “(...) quando eles quiserem”. Outro agente penitenciário, na tentativa de amenizar um pouco o clima tenso e o silêncio que gerou na unidade, replicou em tom de voz ameno “o núcleo já foi avisado, agora depende deles” (DIÁRIO DE CAMPO, 2004b. p. 87).

Havia ambivalência na relação dos agentes penitenciários com os doentes presos. Por vezes observava-se agressividade e desrespeito dos agentes penitenciário em relação aos presos, como a experiência que segue: a campainha da unidade cinco tocou anunciando a chegada do núcleo de remoção da SUSEPE para buscar um dos paciente com alta hospitalar. Um dos agentes penitenciários de plantão na unidade cinco buscou o preso do quarto 128 e após algemá-lo iniciou uma série de perguntas, exigindo respostas imediatas com o objetivo de realizar uma atividade de rotina de identificação do preso. Gritando perguntou: “nome? idade? data e local de nascimento? estado civil? [o agente penitenciário acrescentou em risos, antes mesmo da resposta do preso] solteiro, casado, desquitado, divorciado, tico-tico no fubá? profissão?” O preso respondeu rapidamente as perguntas. Em determinado momento, na tentativa de reagir ao cenário marcado pelo poder dos agentes, dirigiu-se ao agente penitenciário dizendo

“o meu”. Rapidamente o agente interrompeu a fala do preso acrescentando: “meu é o teu irmão. Não sou teu irmão, vê como fala comigo”. Outros agentes penitenciários assistiam a cena. Uns quietos, outros aos risos (DIÁRIO DE CAMPO, 2004b. p. 103).

Mesmo quando os agentes penitenciários dirigiam-se, aos presos de forma irônica ou agressiva raras foram às vezes em que os pacientes responderam as provocações. Eles temiam retaliações e necessitavam do tratamento hospitalar.

“(...) até agora tô na paz. Mas já briguei muitas vezes na cadeia. (...) neurose. Um pega neurose do outro. Aí quando a gente vê, a gente já fez (...) Com eles aqui não dá para brigar. Se não eles quebram o cara” (ENTREVISTA 6, 2002).

Diferentemente, quando se tratava da relação dos presos doentes com outros atores do hospital os agentes penitenciários defendiam os apenados. Por vezes, entravam em conflito com os técnicos de enfermagem, reclamando da demora do atendimento ou do modo como o atendimento médico se realizava. O agente penitenciário por vezes intercedia junto ao médico buscando atenção no processo de tratamento de determinados presos como a experiência que segue: o médico entrou na unidade e foi imediatamente recepcionado pelo coordenador dos agentes penitenciários. “Dr. dá uma prioridade para os (presos doentes) do quarto 128”. O médico não comentou sobre o pedido, mas dirigiu-se imediatamente ao quarto 128. Os pacientes iniciaram uma lista de reclamações: “Dr. eu queria saber quando vou embora”. (outro paciente) “O meu problema é a comida Dr., só apareceu chuchu e cenoura, não dá para mudar?” O médico sai do quarto depois de escutá-los e anuncia a alta de dois dos quatro pacientes internados no quarto 128, acrescentando ironicamente “claro que ele vai ter chuchu e cenoura (risos)” (DIÁRIO DE CAMPO, 2004b. p. 80 e 81).

Durante as atividades rotineiras de limpeza na unidade cinco também foi possível verificar a posição dos agentes penitenciários em defesa do preso doente, solicitando melhores condições de higiene. O agente penitenciário responsável pelo serviço de segurança da SUSEPE reclamou em voz alta para o auxiliar de limpeza

dizendo: “Isso aqui não é cadeia, é um Hospital e tem que ser limpo”. O funcionário seguiu limpando sem emitir comentários (DIÁRIO DE CAMPO 2004b. p. 46).

Outra forma de manifestarem apoio para os presos doentes ocorria quando os agentes permitiam que o cadeado das correntes ficasse aberto, facilitando caminhadas do preso pelo quarto. Isso ocorria principalmente nos finais de semana, quando havia menos pessoas transitando pela unidade.

Alguns agentes penitenciários permitiam inclusive entrada de familiares fora do horário permitido de visitas hospitalares, pois desse modo os apenados recebiam objetos de uso pessoal como sabonete, pasta de dente, toalha de banho – não fornecido pelo hospital - e alimentos (DIÁRIO DE CAMPO, 2004b. p. 118). Eles ainda transmitiam recados telefônicos de familiares ou de namorada dos presos doentes, conforme foi verificado durante as observações. Um dos agentes estava posicionado próximo ao quarto 127 onde um dos presos doentes chorava compulsivamente. Jovem, com 20 anos, baleado com quatro tiros, entrando no sistema penitenciário pela primeira vez. O agente penitenciário vem ao meu encontro [pesquisadora] e comenta: “ele ficou assim depois que dei o recado da namorada. Até me arrependi de dar” (DIÁRIO DE CAMPO, 2004b. p. 102).

Os limites e privações impostos aos presos doentes na micro-unidade penitenciária no hospital geral, identificados a partir das descrições de experiências observadas, das análises do processo de atendimento e da capacidade de sobrevivência física e emocional dos presos doentes, revelaram as formas de relações sociais de poder estabelecidas na unidade cinco. As resistências dos presos doentes e as estratégias de negociação por eles construídas buscavam ampliar sua capacidade de interferir no modo como era tratado na micro-unidade penitenciária hospitalar. Ao menos em parte, era esse o sentido das pressões sobre os auxiliares, das longas conversas com os técnicos de enfermagem, das queixas aos médicos, enfermeiras e agentes penitenciários. Além das correntes que os prendiam à cama e das duas ordens institucionais que regulavam rigorosamente seu comportamento, havia ainda a debilidade física imposta pela doença, que limitava sua capacidade de negociação.

7.7 Presos doentes: a relação entre eles

Foi possível observar (DIÁRIO DE CAMPO, 2004b) a relação de companheirismo estabelecida entre os presos doentes da unidade cinco. Eles eram solidários, principalmente quando entre os companheiros de quarto havia um paciente com o estado clínico mais grave e dependendo de ajuda, por exemplo, para comer ou para ir ao banheiro. Os quartos não dispunham de nenhum sistema de campainha para solicitar os serviços de enfermagem ou de segurança e as correntes utilizadas para contenção dos presos doentes ao leito dificultavam ainda mais a possibilidade de estabelecer comunicação entre esses pacientes e o serviço de saúde hospitalar. O único recurso restante era gritar chamando os profissionais. Por exemplo, no quarto 127 um paciente pediu para ir ao banheiro, um agente penitenciário abriu as grades, soltou a corrente e o técnico de enfermagem conduziu o paciente até o banheiro. Este ficou sozinho 20 minutos, gritando a seguir que estava pronto. Não foi ouvido. O companheiro de quarto, então, gritou para o técnico de enfermagem avisando que ele estava pronto e o técnico de enfermagem, por sua vez, gritou solicitando a presença do agente para conter novamente o paciente ao leito (DIÁRIO DE CAMPO, 2004b. p.79).

Durante o trabalho de campo foram presenciadas outras cenas de colaboração entre os presos doentes em situações de emergência, por exemplo, quando a pesquisadora, saindo da unidade cinco para providenciar fotocópias de documentos, ao passar pelo quarto 125, escutou gritos de presos doentes pedindo socorro para o preso doente do leito um que estava se afogando em secreção. Aos gritos, os presos chamavam o técnico de enfermagem e os agentes penitenciários. O técnico de enfermagem estava trocando curativo de um preso doente de outro quarto e não respondeu. Um dos agentes penitenciários entrou no quarto 125 e virou de lado o paciente que tossia reagindo à quantidade de líquido que se acumulava na região da orofaringe (DIÁRIO DE CAMPO, 2004b).

Sobre a relação entre os presos doentes, um dos médicos que trabalhava na unidade cinco relatou que observou durante as visitas médicas que havia uma liderança entre eles na tentativa de resolver as dificuldades presentes no cotidiano da unidade.

“Para o paciente apenado existe liderança. Tem praticamente a cada quarto. Tem um que coordena os outros. Interessante isso aí. Acho que isso vem de lá da própria estrutura de onde eles vêm que faz com que isso acaba aparecendo ao natural para própria sobrevivência. Aqui [no Hospital] muitas vezes eles questionam. Tem uns que muitas vezes querem dar as coordenadas: doutor esse quem sabe vai para UTI, eles eventualmente sugerem, preocupados com os companheiros de quarto” (ENTREVISTA 34, 2005).

O sistema de hierarquias presente no cotidiano dos estabelecimentos refletia-se nas relações dos presos doentes na unidade cinco. Durante o trabalho de campo foi observado que em cada quarto era comum um dos presos doentes representar os outros companheiros. Ele solicitava para os serviços de saúde ou para os serviços de vigilância providências em relação à limpeza dos papagaios, medicação analgésica ou cuidados médicos em favor aos pacientes necessitados.

Os presos doentes conversavam sobre o tempo de penas a serem cumpridas e o tipo de regime determinado na sentença. Não foram observadas conversas sobre assuntos pessoais ou da vida no interior das prisões e era comum observar longos períodos de silêncio entre os presos doentes. Entretanto, no espaço de circulação da unidade cinco os agentes penitenciários e técnicos de enfermagem conversavam sobre os programas assistidos no aparelho de televisão, que pertencia aos agentes penitenciários e, simultaneamente escutavam música em um pequeno rádio de pilha pertencente aos técnicos de enfermagem somando, às vezes, atividades de jogo de cartas.

O espaço de privação de liberdade na micro-unidade penitenciária do HVN e as carências do próprio hospital, requeriam a montagem de um jogo que envolvia negociações e concessões mútuas realizadas entre a administração médico hospitalar, os trabalhadores de saúde, os trabalhadores de vigilância e os presos doentes. Para fazer cumprir as regras rígidas de contenção e de respeito à ordem hospitalar, todos os envolvidos nas relações sociais que se estabeleciam na unidade cinco, em alguma medida, buscavam ampliar seu espaço de decisão, ao mesmo tempo em que barganhavam favores e permissões.

7.8 Atendimento à saúde do preso doente no hospital

Os procedimentos realizados com o preso doente seguiam orientação médica. De modo geral havia uma separação profissional no contexto de uma relação de superioridade do médico sobre a equipe de enfermagem e de segurança, a última responsável pela custódia do preso doente. Nesta unidade do hospital geral, o trabalho era organizado em uma linha de cuidados polivalentes e pela oposição comando/execução na organização da divisão do trabalho.

O preso doente era internado na unidade cinco para tratamento no momento agudo da doença, isto é, dores vivas e doenças de curso rápido. O serviço médico estava organizado à natureza das patologias majoritariamente ali tratadas, que não pertenciam a domínios especializados do saber médico, dispensando uma base normalizada para o diagnóstico assente em exames complementares especializados e sofisticados. Isso explica, em parte, a pouca freqüência com que eram solicitados exames especializados para o tratamento dirigido ao preso doente na unidade cinco do HVN. Os técnicos de enfermagem e os agentes penitenciários seguiam rotinas sob orientação médica e do sistema penitenciário para atender este tipo específico de paciente, como mostra o relato da enfermeira responsável pelo serviço de enfermagem da unidade cinco.

“(...) para os tratamentos dos presos vai do estado que o paciente chegou. Muitas vezes fica um tempo ali, o médico só faz a visita e ele faz o diagnóstico dele pelo histórico do paciente e o que ele esta vendo nessa hora. Outras vezes é solicitado exame, mas ali [na unidade cinco] não são solicitados tantos exames como na parte de fora [outras unidades do Hospital]. Fazem os exames básicos, RX, exame de sangue. Quando eles têm suspeita de tuberculose, uma coleta de escarro, mas ecografia, tomografia, essas coisas mais específicas eu não vejo muito ali em baixo [unidade cinco]” (ENTREVISTA 22, 2004).

Os médicos eram responsáveis pelo diagnóstico e na determinação de cuidados com o paciente. A elaboração do diagnóstico dependia fundamentalmente do raciocínio do médico, da história clínica do paciente e, se o médico considerasse

necessário, da análise de exames radiológicos e laboratoriais. As solicitações de exames radiológicos e laboratoriais, no período de julho a outubro de 2004, estão apresentadas na Tabela 10. Tornou-se impossível a comparação das solicitações de exames auxiliares ao diagnóstico médico dos pacientes da unidade cinco com os pacientes das demais unidades do HVN devido à falta de registros sistematizados, por parte do hospital geral.

Tabela 10 – Presos doentes internados no Hospital Vila Nova, durante o período de trabalho de campo, segundo a solicitação de serviços de apoio à diagnose

Serviços de apoio à diagnose	Frequência			Percentual		
	Total	Sim	Não	Total	Sim	Não
Serviço de diagnóstico por imagem	113	88	25	100,0	77,9	22,1
Serviços de laboratório	113	100	13	100,0	88,5	11,5

Fonte: Hospital Vila Nova

Dos 113 pacientes internados na unidade cinco, para 88 (77,9%) foram solicitados exames de RX e para 100 (88,5%) foram solicitados exames laboratoriais. Segundo as observações (DIÁRIO DE CAMPO, 2004b. p. 45 e 53) os exames solicitados eram RX de tórax, dosagem de CD4, contagem de carga viral e coleta de escarro. Eles permitiam diagnosticar pneumonia, tuberculose e a doença pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). Um dos médicos que prestava atendimento na unidade cinco relata a confirmação de diagnóstico realizada na unidade de atendimento do preso doente.

“Os pacientes apenados, chegam com casos agudos (...). Os pacientes crônicos que vem com HIV, tuberculose, e os pacientes do IPF (Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso), já vem com diagnóstico presuntivo. Estou internando um paciente que tem HIV que está com uma complicação. Recebemos o paciente, elaboramos uma lista de problemas que ele apresenta. É comum no sistema médico com uma abordagem rápida do doente, ter uma lista de problemas, AIDS, tuberculose, pneumonia. Então no momento da urgência é olhado o prontuário e já tem uma idéia geral do paciente. Esses aqui já vêm com o diagnóstico, de certeza que são aidéticos, na grande maioria, fazemos uma

avaliação de que nível está o comprometimento, com a contagem de CD4. Fazemos isso na terça-feira e quinta-feira” (ENTREVISTA 34, 2005).

A doença pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) representava a maioria dos diagnósticos da população interna, 44,2 %, como pode ser observado na Tabela 11, seguida pelos casos de agressão por meio de disparo de arma de fogo, 15,9% e tuberculose respiratória com 9,7%. O serviço médico do HVN utilizava a Classificação Internacional de Doenças (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003) como instrumento de orientação nos diagnósticos dos internos da unidade cinco. A mesma foi utilizada no tratamento dos dados referentes à distribuição da população total da unidade cinco, no período de coleta destes dados de julho a outubro de 2004, por tipo de diagnóstico.

Tabela 11 – Presos doentes internados no Hospital Vila Nova, durante o período de trabalho de campo, segundo o diagnóstico

Diagnóstico	Frequência	Percentual
Total	113	100,0
Doença pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV)	50	44,2
Agressão por meio de disparo de arma de fogo	18	15,9
Tuberculose respiratória	11	9,7
Pneumonia por microorganismo não especificada (broncopneumonia)	8	7,1
Lesões de pele	4	3,5
úlcera gástrica	3	2,7
Hérnia inguinal	3	2,7
Síndrome nefrítica aguda	3	2,7
Asma	2	1,8
Peritonite	2	1,8
Doença alcoólica do fígado	2	1,8
Episódios depressivos	1	0,9
Sinusite aguda	1	0,9
Abscesso do pulmão e do mediastino	1	0,9
Insuficiência respiratória	1	0,9
Colelitíase	1	0,9
Pancreatite aguda	1	0,9
Outras artroses	1	0,9

Fonte: Hospital Vila Nova

Como foi visto no item 6.4 desta tese, os pacientes internados por agressão por meio de disparo de arma de fogo, ou aqueles que sofreram ferimentos com arma branca como faca, estilete ou outro instrumento cortante, chegavam na

unidade cinco após terem sido atendidos em serviços de urgência de outra instituição hospitalar, em geral no Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre (HPS) (DIÁRIO DE CAMPO, 2004b). Nesses casos os pacientes chegavam com boletim de ocorrência do atendimento de urgência que apresentava uma descrição rápida do caso e os primeiros procedimentos adotados pelo serviço médico (DIÁRIO DE CAMPO, 2004b).

Embora tivessem sido atendidos nos serviços de urgência, os pacientes muitas vezes apresentavam um quadro clínico grave em decorrência dos ferimentos.

Pode-se constatar a partir dos relatos e das observações, que o serviço médico para os presos doentes no HIV focava o tratamento das doenças oportunistas de portadores de HIV como pneumonia, infecção intestinal, meningite ou as complicações decorrentes de ferimentos de arma de fogo. Os diagnósticos realizados pelo serviço médico da unidade cinco eram de confirmação da doença e o tratamento adotado era baseado na eliminação dos sintomas que conduziam à internação, conforme o relato de um dos médicos.

“(...) trata-se as complicações do HIV. São três áreas, no SNC [sistema nervoso central]. A meningite por *cryptococcus*³³ que é comum, neurotoxoplasmose³⁴ e no pulmão, a pneumocistose³⁵ e as pneumonias de tuberculose. Todos eles (...) A maioria tem problemas intestinais, a diarreia crônica do aidético. Pacientes que têm anemia” (ENTREVISTA 34, 2005).

O tratamento realizado pelo serviço médico da unidade cinco contava com o uso de medicação, conforme apresenta a Tabela 12. Os fármacos mais utilizados pertenciam à classe dos antibióticos, antiinflamatórios, analgésicos, tranqüilizantes,

³³ A meningite por *cryptococcus* ou criptococose acompanha os indivíduos com Aids, preferencialmente quando os níveis de CD4 estão abaixo de 100 células/ mm³. A manifestação mais freqüente da criptococose é o acometimento do sistema nervoso central, como meningite subaguda ou crônica, (MENEZE, 2002).

³⁴ A neurotoxoplasmose ou encefalite toxoplásmica é um tipo de complicação oportunista do sistema nervoso central que pode ser vista na infecção pelo HIV. A neurotoxoplasmose tem tendência a apresentar-se nesta população como uma lesão de massa do Sistema Nervoso Central e clinicamente o que pode ser visto são sinais associados ao efeito de massa, (FRAGOSO, 2007).

³⁵ Pneumocistose é uma doença infecciosa que afeta principalmente doentes com as defesas do organismo reduzidas, como doentes com AIDS e transplantados. É causada por um microorganismo chamado *Pneumocystis jiroveci* e transmitida através de gotículas de saliva de pacientes com a doença, (MARCHIORI, 2001).

hipnoindutores, complexo vitamínicos, anti-hipertensivos, antieméticos, antiespasmódico, sedativos e antipsicóticos (DIÁRIO DE CAMPO, 2004b. p. 50 e 51).

Tabela 12 – Presos doentes internados no Hospital Vila Nova, durante o período de trabalho de campo, segundo o uso de medicação

Uso de medicação	Frequência	Percentual
Total	113	100,0
Sim	109	96,5
Não	4	3,5

Fonte: Hospital Vila Nova

Dos 113 presos doentes internados na unidade cinco, no período de julho a outubro de 2004, 109, 96,5%, fizeram uso de medicamentos durante o tratamento.

Nos casos em que o preso doente não respondesse clinicamente ao tratamento médico oferecido na unidade cinco e houvesse agravamento de seu estado de saúde, a indicação médica era de transferi-lo para a Unidade de Tratamento Intensivo (UTI). A Tabela 13 apresenta os pacientes que se beneficiaram dos serviços da UTI, no período de trabalho de campo.

Tabela 13 – Presos doentes internados no Hospital Vila Nova, durante o período de trabalho de campo, segundo a internação na UTI

Internação CTI	Frequência	Percentual
Total	113	100
Sim	10	8,8
Não	103	91,2

Fonte: Hospital Vila Nova

Conforme os dados apresentados na Tabela 13, somente 8,8% dos presos doentes receberam cuidados intensivos. Havia temor e resistência dos presos doentes em aceitar a transferência de atendimento da unidade cinco para UTI. Os pacientes internados na unidade cinco associavam a transferência para a UTI como o caminho à morte, conforme o relato do preso doente.

“Naquela UTI não quero. Nem pensa de ir pra lá. Cada vez que o cara vai para lá, ele não desce. Só na maca ali do lado [o preso doente aponta para o pátio indicando o acesso ao necrotério]. Mas Deus o livre! A última vez os dois foram

daqui [os presos doentes transferidos para UTI, que eram companheiros de quarto do paciente entrevistado] para UTI não voltaram mais. Passaram ali do ladinho” (ENTREVISTA 11, 2004).

Alguns presos doentes já haviam testemunhado casos de colegas de quarto, ou escutado histórias, de parceiros das casas prisionais, sobre as complicações em pacientes com a AIDS o que, algumas vezes, resultava em transferências da unidade cinco para a UTI. O estágio avançado da doença e as formas de tratamento na UTI geravam medo nos presos doentes.

Durante as observações houve um caso em que o preso doente apresentou piora no seu estado clínico. Dias após a uma intervenção cirúrgica, este preso ficou ainda pior, mas manteve-se resistente em relação à indicação de transferência para UTI. A cirurgia havia infectado, eliminava grande quantidade de secreção purulenta no local da cirurgia. Não aceitava alimentação, enfraquecido, febre alta, desidratado, voltou a fazer uso de soroterapia, antibióticos e antitérmicos. Fraco, ele pedia transferência para outro hospital, temia morrer ali (unidade cinco) por falta de cuidados médicos. Acrescentava que estava desesperado por ver através da basculante do quarto o número de cadáveres que passavam pelo pátio em direção à capela. O paciente internado no leito quatro, do mesmo quarto, entrou no diálogo somando comentário sobre os óbitos: “aqui do lado da minha cama só passa presunto” (DIÁRIO DE CAMPO, 2004b. p. 91).

Para os técnicos de enfermagem e agentes penitenciários, a transferência do preso doente para UTI também estava associada à morte, conforme o diálogo transcrito entre estes profissionais: “O M. está na UTI?” Perguntou o técnico de enfermagem. O agente penitenciário responde: “morreu”. “Morreu!?” Exclamou o técnico de enfermagem. O agente em tom irônico acrescentou: “Da UTI morreu todos. Sobe para UTI morrem. Desde que estou aqui não vi ninguém sair de lá. Vão para lá para morrer”. Os presos doentes do quarto 126 e 127, localizados em frente ao posto de enfermagem escutavam em silêncio e atentos a conversa (DIÁRIO DE CAMPO, 2004b. p. 90 e 91).

Entre as estratégias utilizadas pelos presos doentes para influenciar a decisão do médico sobre o tratamento estava a pressão direta a este profissional no momento da visita. O preso doente planejava o que dizer ao médico no momento do encontro. Conversas longas entre colegas de quarto resultavam em lista de problemas e soluções a serem apresentadas ao médico (DIÁRIO DE CAMPO, 2004b). Os médicos percebiam as tentativas de interferência do preso doente na busca de atendimento.

“Todos sabem da doença, 100%. A maioria sabe que tem HIV, eles sabem o que já tomaram, o que não tomaram, o que estão tomando, eles têm um domínio bom da situação. (...) Eles pedem. Doutor preciso de um sorinho, vitamina, preciso que o senhor me deixe um calmante, um remédio para dor. Eles exigem remédio para dormir” (ENTREVISTA 34, 2005).

Havia outras formas do preso doente influenciar a decisão sobre o tratamento. Alguns buscavam recursos externos através de familiares, que recorriam a advogados ou a Divisão de Saúde da própria SUSEPE. Um dos presos doentes entrevistados relata a ajuda que solicitou aos familiares na busca de tratamento, ao seu ver, adequado.

“Só era trocada minha bolsa de colostomia [paciente internou por ferimento de arma de fogo. Perfuração de intestino], meus curativos e os remédios que estão me dando. Desde que eu cheguei só estavam me dando paracetamol. Só paracetamol. Só agora comecei tomar antibiótico e agora está parando de sair secreção. Pus. Antes era só paracetamol. Saia um monte [secreção purulenta]. Se não fosse o advogado vim aí eu não teria tomado antibiótico” (ENTREVISTA 8, 2004).

Pode-se constatar que, na maioria das vezes, quando os presos doentes procuravam influir sobre a decisão de tratamento, obtinham sucesso. Os presos doentes constituíram formas oficiais ou camufladas para influenciar médicos, equipe de enfermagem, ou mesmo agentes penitenciários para obter informações sobre o

diagnóstico e prognóstico de sua doença. Em alguns casos conseguiam até mesmo modificar o tratamento. Para esta finalidade desenvolviam simultaneamente estratégias de ocultação e estratégias de controle das informações fornecidas aos profissionais médicos, de forma a projetarem as imagens adequadas para permanecerem na unidade cinco ou obter alta hospitalar.

Conforme Carapinheiro (1998), os serviços de enfermagem no hospital geral são pontos de encontro entre diferentes formas de poder, seus respectivos universos simbólicos e estratégias recíprocas. Na unidade cinco dominavam as estratégias médicas, delimitando o campo de ação e as estratégias dos profissionais da enfermagem, dos agentes penitenciários e o comportamento estratégico dos presos doentes.

Os técnicos de enfermagem administravam os cuidados de saúde aos presos doentes a partir das determinações médicas prescritas. Basicamente, os cuidados estavam relacionados a ministrar medicamentos, trocas de curativos e auxiliar o preso doente na coleta de material para exames de laboratório. Foi possível observar durante o trabalho de campo (DIÁRIO DE CAMPO, 2004b) que não havia fiscalização, nem cobranças diretas dos médicos em relação ao serviço dos técnicos de enfermagem. Entretanto, na maioria das vezes os técnicos de enfermagem seguiam rigorosamente as prescrições, sem qualquer questionamento. Nos relatos das entrevistas dos presos doentes ficaram evidenciadas as tentativas dos técnicos de enfermagem em buscar soluções para os problemas que se apresentavam no cotidiano dos pacientes internados.

“O pessoal do hospital é mais legal [técnicos de enfermagem]. A gente fala com eles, são bem atenciosos. O que eles podem fazer por nós eles fazem. Mas tem prescrição médica. Tem que ter o médico. Esses dias eu tinha até me entupido. Ba! Estava empedrado. Estava brabo de come. O arroz é seco. Eu tenho problema de intestino, de ir aos pés. Aí, ba! Tive que usa uma luva. Eu mesmo ia tirando aos pouquinhos. Aí até foi o enfermeiro [técnico de enfermagem] que conseguiu um óleo mineral. Ele e o outro enfermeiro [técnico de enfermagem]. Eu

pedi para eles e eles me conseguiram. Aí hoje eu consegui ir normal” [evacuar] (ENTREVISTA 7, 2004).

Observou-se que os presos doentes tentavam persuadir os técnicos de enfermagem para resolver seus problemas e na maioria das vezes obtinham sucesso.

A ação dos técnicos de enfermagem era subordinada à chefia da enfermagem. Mesmo distante do cotidiano dos serviços de enfermagem da unidade cinco, que resultava em pouco diálogo entre a enfermeira e seus funcionários, esta chefia solicitava a presença dos técnicos para repassar as orientações e as formas de tratamento que deviam ser seguidas para o atendimento dos pacientes na unidade.

Em relação aos cuidados de higiene dos presos doentes não existia uma rotina específica. A única orientação tratava do horário dos banhos, que deveriam ser no turno da manhã. A maior dificuldade enfrentada pelo serviço de enfermagem estava relacionada à falta de lençóis e avental (única roupa utilizada pelo preso doente na unidade cinco), que eram disponibilizados pelo serviço de lavanderia do HVN. Como as roupas de camas e os aventais não chegavam na unidade cinco, os pacientes permaneciam até sete dias sem troca. Os pacientes impossibilitados de caminhar até o chuveiro necessitavam de banho no leito, o que se tornava inviável pela falta de roupas (ENTREVISTA 22, 2004).

Esta questão relacionada à falta de roupa, lençóis e avental, também era motivo de embates entre técnicos de enfermagem e presos doentes. Os pacientes com sintomas de diarreia e vômitos, comuns na unidade cinco em decorrência das complicações dos presos doentes com diagnósticos de AIDS, sujavam com mais frequência a roupa de cama e o avental. Insatisfeitos com a demora de roupas limpas reclamavam para os técnicos de enfermagem, os quais não tinham como resolver o problema. Durante as observações registrou-se um dos embates, que será transcrito a seguir, entre os presos doentes e os técnicos de enfermagem tendo como mote a falta de avental limpo. Um paciente grita pela segunda vez ao técnico de enfermagem: “preciso ir ao banheiro, quero outro avental. Como eu vou levantar pelado para ir ao banheiro”. Este paciente estava sem as correntes para que tivesse maior liberdade de ir

ao banheiro nos seus vários episódios de diarreia decorrentes de complicações da AIDS (DIÁRIO DE CAMPO, 2004b. p. 63).

Todas as atividades realizadas pelos técnicos de enfermagem com os presos doentes, no interior dos quartos, deveriam ser acompanhadas pelos agentes penitenciários. Nos casos de pacientes mais graves os agentes penitenciários deixavam o quarto com a grade sem cadeado, facilitando a entrada dos técnicos de enfermagem.

Na ausência dos profissionais de saúde, na unidade cinco, os agentes penitenciários também participavam dos cuidados à saúde dos presos doentes, como conduzi-los até o banheiro, esvaziar o papagaio para que o paciente pudesse usá-lo, alcançar água e ajudar o técnico de enfermagem a transportá-los para exames de RX ou mesmo para UTI.

Os dois serviços mais criticados pelos presos doentes eram o de nutrição e o de limpeza. A nutrição era questionada pela qualidade dos alimentos distribuídos. As queixas dos presos doentes foram relatadas nas entrevistas.

“A comida faz parte do tratamento e aqui é ruim. Sempre a mesma coisa. Arroz, guisado com cenoura ou guisado com chuchu e feijão, as vezes uma salada. O cara fica com fome. É pouco e não tem sal. O café é uma caneca de leite fino e um pão. Sempre a mesma coisa” (ENTREVISTA 10, 2004).

Para os presos doentes a maior dificuldade era à noite devido ao horário, a janta era distribuída às 17 horas. As queixas estavam relacionadas ao longo período que teriam de esperar até o café da manhã.

O serviço de limpeza era realizado pelos funcionários do HVN. Não havia escala de trabalho ou rotina estabelecida para a limpeza dos quartos. Os auxiliares passavam na unidade cinco recolhendo o lixo dos banheiros e do posto de enfermagem. No interior dos quartos dos presos doentes o piso era lavado quando solicitado pelos pacientes, pelos técnicos de enfermagem ou pelos agentes penitenciários. Isso ocorria, principalmente, quando transbordava urina dos papagaios que ficavam em baixo da cama, formando poças de urina. Os pacientes precisavam

desviá-las quando saíam do leito. O piso da área de circulação da unidade cinco raramente era lavado. (DIÁRIO DE CAMPO, 2004b).

Durante entrevista os presos doentes relatavam sobre o medo que sentiam de agravar ainda mais o quadro clínico devido à falta de higiene e cuidados com os papagaios que permaneciam lotados de urina.

“(...) no outro hospital que eu estava não podia ter nada no chão. Eu deixei uma garrafa de dois litros no chão e eles me chamaram a atenção. Toda hora vinha uma mulher passar desinfetante e um bagulho para tirar o pó. Qual hospital que não vai ver aquilo ali e limpa na mesma hora [o paciente aponta para a poça de urina acumulada em baixo da cama do colega de quarto] Aqui falta desinfecção hospitalar. Quando me disseram que eu tinha que ir para o Vila Nova [Hospital Vila Nova] eu disse não vô ir. Não vô para esse hospital. Eles diziam tu vai. Não vô, mas aí me obrigaram, tive que vim. Expliquei para eles eu tô indo por causa de uma doença e posso pegar outra. Na verdade é que eu não posso pegar infecção. Não posso tomar antiinflamatório por causa dos outros remédios que eu tomo. Fiz uma cirurgia cardíaca antes. Aí eu venho aqui e eles dão um papagaio usado. Todo amarelo. Vô coloca meu pênis ali. Meu pênis tem uma uretra, pode entra infecção. Aí eu vim com um problema de joelho e pego uma infecção de urina. Outra coisa é o cobertor. Pedi um cobertor e me deram do cara que estava ali e morreu. Passaram para minha cama sem lavar. Eu posso pegar outra coisa” (ENTREVISTA 12, 2004).

As observações foram imprescindíveis para compreensão do ambiente em que ocorriam as relações sociais na unidade cinco. Os presos doentes, sempre que oportuno, manifestavam suas queixas e tentavam negociar melhores condições de tratamento. As reclamações eram elaboradas e expressas com argumentos fundamentados no objetivo final de cura de sua doença, ou ao menos melhoria do seu quadro sintomático. Observe-se que tanto os pacientes da unidade cinco, quanto os técnicos da SUSEPE responsáveis pelas internações dos presos no HVN, demonstraram-se insatisfeitos em relação à higiene da unidade e à qualidade do

tratamento oferecido aos presos doentes. Durante uma visita dos técnicos da SUSEPE à unidade cinco foi possível observar suas críticas em relação às condições de limpeza. Uma assistente social reclamou, em voz alta, do mau cheiro da unidade: “aqui tem um cheiro característico do presídio”. A assistente social olhou para a pesquisadora e perguntou: “Tu sabes aquele cheiro das galerias? Os cobertores fedem a mijó”. Os agentes penitenciários e os técnicos de enfermagem reconheceram que os cobertores tinham uma “murrinha” e as roupas de cama só eram trocadas quando estavam muito sujas (DIÁRIO DE CAMPO, 2004b. p. 76 e 77).

Contudo, não foi possível observar ações capazes de mudar as condições de higiene no interior dos quartos. Os papagaios continuaram transbordando e os presos doentes insistindo junto aos agentes penitenciários e técnicos de enfermagem para deixá-los em condição de uso.

Verificou-se que o atendimento do preso doente era dirigido pelos médicos que comandavam os serviços de enfermagem. Por outro lado, aparecia a deficiência dos serviços oferecidos pelo HVN, que se intensificava na unidade cinco como os serviços de: lavanderia, limpeza, nutrição e inclusive a redução do número de técnicos de enfermagem (um por turno), que muitas vezes resultava na necessidade do agente penitenciário realizar serviços de saúde.

7.9 Alta hospitalar

A alta hospitalar ocorria, em princípio, por determinação médica, quando havia melhora no estado clínico do paciente. No entanto, problemas relacionados com o comportamento do preso, atestados por agentes penitenciários, podiam induzir o médico a dar alta (ENTREVISTA 30, 2004). Mas a prerrogativa de decidir cabia ao médico.

Os pacientes eram orientados sobre o tratamento, que na maioria das vezes deveria continuar nas casas prisionais. Os presos doentes levavam receita médica e cópia dos procedimentos realizados no Hospital, este material era anexado no prontuário clínico que acompanhava o paciente nas suas casas prisionais de origem (DIÁRIO DE CAMPO, 2004b). O serviço médico liberava o paciente com alta no momento em que os sintomas que conduziram à internação desapareciam.

“(...) quando o paciente está se alimentando melhor do que quando chegou, se está sem febre, se já fez RX de controle para ver se curou a pneumonia, se não está mais com diarreia, se não está vomitando, então ele recebe alta. Quando estão com o quadro de sintomas gerais melhor e se estão com o estado físico melhor a gente libera” (ENTREVISTA 34, 2005).

A Tabela 14 apresenta o motivo de saída dos presos doentes da unidade cinco.

Tabela 14 – Presos doentes internados no Hospital Vila Nova, durante o período de trabalho de campo, segundo o motivo da saída

Motivo da saída	Frequência	Percentual
Total	113	100,0
Alta	105	92,9
Óbito	8	7,1

Fonte: Hospital Vila Nova

Os presos doentes, conforme a Tabela 14, em sua maioria 92,9%, saíam da unidade cinco pelo motivo de alta hospitalar. Ainda que os pacientes tenham usufruído de cuidados médicos na unidade cinco e de atendimento na Unidade de Tratamento Intensivo 8,8% não resistiram ao tratamento, resultando em óbitos.

7.10 Conclusão

A unidade cinco do HVN é destinada ao atendimento dos presos doentes do sistema penitenciário do Rio Grande do Sul que necessitassem de internação hospitalar. Trabalhavam nesta unidade técnicos de enfermagem, enfermeira, médico, auxiliares de nutrição e de limpeza, funcionários do HVN e agentes penitenciários servidores da SUSEPE.

Verificou-se que nas relações sociais dos atores da unidade cinco havia nítida divisão entre profissionais e presos doentes. Mesmo que se tenha observado uma maior aproximação dos técnicos de enfermagem com os presos doentes no momento da realização de procedimentos, suas conversas estavam vinculadas a

especulações e curiosidades dos técnicos em relação às histórias dos crimes e, não ao estado de saúde do preso doente. A relação da enfermeira com os presos doentes limitava-se a breves encontros em situações específicas de cuidado com a saúde do preso doente. A presença desta profissional, na unidade cinco, era reivindicada pelos técnicos de enfermagem quando considerada necessária. Para os agentes penitenciários e médicos, o distanciamento era característica básica e necessária na relação com os presos doentes. Segundo esses profissionais, os presos doentes estavam sempre em busca de estratégias para conquistar maior liberdade ou privilégios. Eram destes profissionais que partiam exigências ao cumprimento de regras rígidas e punições aos presos doentes, por eles considerados, transgressores das regras hospitalares e penitenciárias. Os agentes penitenciários exerciam seu poder pelo controle vigilante e os médicos pelo controle do corpo.

Para os auxiliares de nutrição e limpeza, o distanciamento estava fundamentado no medo que este tipo específico de paciente despertava.

Entre os presos doentes a relação era, na maioria das vezes, de solidariedade. No espaço hospitalar não foi observada rivalidade entre grupos de presos. Eles desenvolviam estratégias para buscar melhores condições de atendimento junto aos profissionais de saúde e ao serviço de segurança. Nos quartos um dos presos doentes destacava-se como representante do grupo, buscando alternativas para solucionar questões do cotidiano da unidade e do tratamento dos presos doentes.

As resistências dos presos doentes e suas estratégias de negociação com os outros atores sociais da unidade cinco articulavam possibilidades de alargar suas capacidades de interferir no modo de tratamento e de usufruir pequenos privilégios. A capacidade de negociação do preso doente tornava-se ainda mais limitada quando, este tipo de paciente, deparava-se com a gravidade da doença e com atributos depreciativos lançados sobre ele pelos demais atores sociais no interior da unidade cinco.

Esta unidade seguia na sua estrutura administrativa o modelo médico hospitalar e na sua estrutura física o modelo carcerário. É justamente intersecção entre modelo hospitalar e carcerário que se processava o atendimento à saúde do preso doente. Enquanto os profissionais da saúde procuravam seguir as diretrizes do modelo

médico hospitalar os agentes penitenciários tentavam fazer cumprir as diretrizes do sistema penitenciário.

A estrutura de serviços oferecida na unidade cinco era deficiente. O mínimo de atendimento ao preso doente dependia mais da criatividade e capacidade de improvisação dos profissionais de saúde, do que da capacidade técnica que esta instituição hospitalar oferecia. O atendimento do preso doente internado na unidade cinco era de responsabilidade do poder médico que exercia poder sobre a baixa hospitalar, o diagnóstico, o tratamento e a alta do paciente.

Entre os presos doentes internados na unidade cinco a maioria recebeu diagnóstico de portador de HIV e foi tratada a partir dos sintomas apresentados na internação. Foi constatado que para auxílio à diagnose o serviço médico utilizou na maioria dos casos tratados na unidade cinco o apoio do serviço de RX e exames de laboratório. Para os pacientes em estado clínico grave, na maioria em fase terminal, foi utilizado a Unidade de Tratamento Intensivo.

Em relação à alta hospitalar a maioria dos pacientes recebeu alta em estado clínico de melhora, isto é, com ausência dos sintomas que conduziram à internação. Entre os 113 pacientes observados durante o trabalho de campo (julho a outubro de 2004) ocorreram oito óbitos. Todos estes oito presos doentes haviam utilizado os serviços da Unidade de Tratamento Intensivo.

Cabe acrescentar que as casas prisionais de origem dos presos doentes não usufruíam recursos suficientes para dar continuidade ao tratamento médico indicado no momento da alta hospitalar, o que determinou reincidências nas internações. Dos 113 pacientes observados, de julho a outubro de 2004, três haviam sido internados quatro vezes; seis três vezes e vinte duas vezes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta tese tratou da assistência à saúde no sistema penitenciário do Rio Grande do Sul, focalizando as relações sociais e de poder que ocorreram na micro-unidade penitenciária do Hospital Vila Nova, no período compreendido entre julho e outubro de 2004. As análises sobre a superposição das práticas médicas e penitenciárias no interior dessa micro-unidade, no contexto das novas políticas de atenção à saúde do preso doente, apontaram para a supremacia do poder médico no processo de atendimento à saúde do preso doente hospitalizado, evidenciada pelo poder de controle sobre o processo de baixa hospitalar, a definição do diagnóstico, as condições e tipo de tratamento e o processo de alta hospitalar.

Desde a entrada no Hospital para observação e coleta de dados, ficou confirmado que tomar a micro-unidade penitenciária como unidade principal de observação e de análise da questão da intersecção dos poderes médico e penal representou um ponto de partida de relevante valor sociológico. De fato, foi nos serviços – prática médica e penitenciária - que foi possível investigar os modelos que sustentaram o exercício das diversas formas de poder, não só dos profissionais do hospital que se ocuparam dos cuidados médicos diretos, mas também dos agentes penitenciários que vigiavam, gerenciavam e se ocupavam do controle penal na micro-unidade penitenciária.

Assim, as práticas de saúde e penitenciárias – de vigilância - distinguiram-se como lugares privilegiados. Isto porque eram unidades de produção de cuidados médicos e de vigilância, que reuniam profissionais, saberes, tecnologias e infra-estruturas materiais; e eram também configurações médico-sociais e penitenciárias específicas, constituídas tanto pelos poderes/saberes que conferiam conteúdo e sentido para as práticas ali realizadas, quanto pelas estratégias particulares que visavam conservar ou maximizar cada um dos dois tipos particulares de saber-poder.

A tese analisou, principalmente, as seguintes dimensões do atendimento à saúde do preso: os antecedentes do atual padrão de atenção hospitalar ao preso, através da análise do atendimento que era oferecido no Hospital Penitenciário (HP); o processo de instauração de unidade de atendimento ao preso doente no hospital geral

Vila Nova; a área física da micro-unidade penitenciária no Hospital Vila Nova; as características sociodemográficas e jurídicas dos presos doentes internados na micro-unidade penitenciária; a relação entre o regime do cumprimento de pena dos presos doentes e as medidas de controle prisional na micro-unidade penitenciária; e as relações sociais que se estabeleciam entre os principais atores sociais da micro-unidade penitenciária. A análise permitiu constatar que os serviços hospitalares e os serviços penitenciários superpostos no novo espaço institucional destinado ao cuidado do preso doente hospitalizado, distinguam-se em suas características estruturais e técnicas, que permitiam denominá-las como instituição predominantemente ideológica, no caso do hospital, e instituição principalmente repressiva, no caso do cárcere. Foi importante identificar as instituições de caráter ideológico e repressivo presentes na micro-unidade penitenciária do hospital geral, de forma que ao se aprofundar as análises tornava-se mais evidente as estratégias de negociação utilizadas pelos presos doentes, com os diferentes atores, na busca de maior liberdade de ação no processo do tratamento. Assim foi possível evidenciar o caráter voluntário de filiação do preso doente ao modelo ideológico hospitalar, diferentemente do tipo de sujeição a que o preso doente estava contido no modelo repressivo penitenciário.

No entanto, a constatação mais importante a que se chegou foi a de que estes modelos teóricos eram muito rígidos para as análises das relações sociais estabelecidas entre os atores da micro-unidade penitenciária. Principalmente pela natureza dos saber/poder médico e penitenciário investido na produção de modalidades diversas de funcionamento e circulação das coisas e das pessoas, e algumas vezes nas práticas quotidianas dos serviços oferecidos na micro-unidade. Portanto, observou-se que os dois modelos, ideológico e repressivo, estavam presentes nas relações sociais entre profissionais de saúde e agentes penitenciários no processo de atendimento ao o preso doente.

Salienta-se ainda, que as relações sociais dos trabalhadores da micro-unidade penitenciária com os presos doentes eram carregadas de atributos depreciativos. Mas, estes pacientes estigmatizados elaboravam estratégias de negociação, na tentativa de libertar-se do controle maciço, do poder disciplinar médico

e penitenciário exercido sobre eles através de intervenções normatizadoras durante o tratamento oferecido na micro-unidade penitenciária.

Desde 1974 até abril de 2002, a população carcerária do Rio Grande do Sul que necessitasse de internação hospitalar era atendida nos 60 leitos disponíveis no Hospital Penitenciário (HP). Nessa instituição, o saber-poder médico era exercido no interior de um complexo prisional. Na metade da década de noventa a administração do HP passou da Superintendência dos Serviços Penitenciários para a Brigada Militar. Na justificativa apresentada pela Superintendência estava focada a fragilização do serviço de vigilância nos estabelecimentos penais e no HP. Neste mesmo período, o aumento da população carcerária no sistema penitenciário do Rio Grande do Sul, a exemplo de todo país, e a incapacidade do governo do estado organizar e manter os serviços de segurança, potencializaram a organização de grupos de apenados que passaram a disputar liderança dos presídios com a administração dos mesmos. No caso do HP, a exemplo do que ocorria na maior parte do país, havia a questão da deficiência no atendimento médico ambulatorial no interior dos estabelecimentos penais. Os presos doentes que chegavam ao HP, muitas vezes não tinham sido submetidos à avaliação médica capaz de identificar ou não a necessidade de internação hospitalar. A administração penal constatava que problemas na administração prisional, relacionados ao aumento vertiginoso da população carcerária, permitiam que as baixas no HP, a permanência prolongada e fugas de apenados internados escapassem ao controle médico e penal e fossem determinadas pelo poder paralelo dos apenados nos presídios e no próprio HP. Após o fechamento do HP, a Divisão de Saúde da SUSEPE passou a preconizar, em consonância com a política nacional, que os presos doentes necessitando de internação hospitalar fossem atendidos em hospital geral ou nos 12 leitos disponíveis do Centro Clínico do Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso.

Apenas o Hospital Vila Nova (HVN) e o Grupo Hospitalar Conceição (GOC) aceitaram a tratar apenados de forma regular em seus estabelecimentos. O HVN ficou com a maior parte dos leitos, 18, e o GOC com apenas 3. A resistência à instalação de uma unidade de atendimento ao preso refletia a posição de administradores hospitalares e de profissionais de saúde sobre o atendimento a população carcerária: além do temor ao preso, enxergavam os apenados somente

como transgressores das normas sociais que mereciam punição. No processo de instauração da micro-unidade penitenciária no HVN esta visão manifestou-se tanto na resistência dos profissionais de saúde como nos representantes dos usuários regulares do Hospital, residentes na região. Mas, prevaleceu no final a determinação da administração do HVN em estabelecer o contrato com a SUSEPE e assim receber recursos financeiros fundamentais para a manutenção do HVN.

Os presos doentes internados na micro-unidade penitenciária eram homens, brancos, jovens entre 20 e 29 anos, solteiros, com ensino fundamental incompleto, de religião católica, nascidos no interior do estado do Rio grande do Sul. O trabalho exercido anteriormente ao encarceramento estava vinculado a atividades auxiliares da construção civil e de serviços gerais. A principal causa de prisão foram os crimes contra o patrimônio e em relação ao tempo de pena os resultados apontaram para um período de até nove anos. Observou-se que o ambiente insalubre dos estabelecimentos penais, ao qual os presos estavam submetidos, constituiu um poderoso ingrediente na emergência de manifestações de revolta dos apenados no cárcere. Entre as queixas, manifestadas durante o período de internação na micro-unidade penitenciária, aparecia a falta de atendimento médico na prisão para os portadores de doenças infecto-contagiosas, característica do aglomerado humano e do longo período de tempo de exposição que eles estavam submetidos.

Foi consenso entre os principais atores sociais que desenvolviam suas atividades na micro-unidade penitenciária: técnicos de enfermagem, enfermeira, médicos e agentes penitenciários que os presos doentes, muitas vezes, internavam em estado clínico grave, inclusive em fase terminal, e, outras sem necessidade emergencial de internação impedindo, neste caso, que outros presos doentes ocupassem os poucos leitos disponíveis para população carcerária. Os trabalhadores de saúde e de vigilância apontavam para uma questão já conhecida no sistema penitenciário: a falta de avaliação e tratamento médico nos estabelecimentos penais do Estado.

A maioria dos presos internados apresentava, no momento da internação, quadro clínico de síndrome respiratória e síndrome dolorosa e febril. Independentemente do estado clínico no momento da internação, os presos que cumpriam pena em regime semi-aberto eram os que manifestavam maior resistência às

medidas de controle e contenção imposta pelas práticas penitenciárias, e às rotinas rígidas e restritivas de liberdade de circulação impostas pelo hospital.

Os maiores conflitos no momento de internação do preso doente, cumprindo pena em regime semi-aberto, estavam relacionados às medidas de controle impostas pelos agentes penitenciários. O principal desencadeador de resistência era a imposição de contenção através de correntes.

Em contraste com o estilo de vida do cárcere, onde as margens de negociação com as práticas de vigilância eram mais flexíveis, no espaço hospitalar os presos doentes estavam sujeitados às práticas de controle médicas hospitalar e penitenciárias e as fronteiras estabelecidas pela doença.

O atendimento à saúde do preso doente na micro-unidade penitenciária não se desviou da orientação médica geral vigente no HVN, tanto em relação aos cuidados dos pacientes, quanto à ocupação de leitos. Os serviços hospitalares disponíveis para os presos eram praticamente os mesmos disponibilizados para os demais pacientes. Não havia pessoal de enfermagem em número adequado para o atendimento aos pacientes. As condições de higiene, alimentação e as restrições no fornecimento de material para higiene pessoal dos internos eram similares para todos os pacientes, fossem eles presos ou não. Vigoravam rapidez no atendimento e rotatividade na utilização dos leitos. Essas dinâmicas, priorizando a rapidez no atendimento, também respondiam aos interesses da SUSEPE, que com a redução para 21 leitos disponíveis para presos doentes, a partir de 2004, necessitava apresentar novas opções aos pedidos de leitos pelas administrações das casas prisionais.

Constatou-se que o atendimento ao preso doente no HVN estava direcionado para tratar as doenças oportunistas dos pacientes portadores de HIV/AIDS como: pneumonia, infecção intestinal, meningite ou as complicações decorrentes de ferimentos de arma de fogo. Os diagnósticos realizados pelo serviço médico da micro-unidade penitenciária eram de confirmação da doença e o tratamento adotado era baseado na eliminação dos sintomas que conduziam à internação. Nessas práticas predominava o poder médico, enquanto nas instalações físicas que regulavam o acesso ao mundo fora da instituição e a liberdade de circulação das coisas e das pessoas dentro da micro-unidade predominava o modelo arquitetônico e administrativo das

casas prisionais. Havia grades nas janelas e portas que ficavam fechadas com cadeados somente abertos pelos agentes penitenciários. Nos dias de visita, familiares e amigos dos presos doentes eram revistados. Não era permitida a entrada de sacolas e os alimentos eram rigorosamente inspecionados. Essas práticas de controle sobre quem e o que entrava e saía da micro-unidade eram típicas do poder penal.

A partir da análise das relações sociais que se estabeleceram no interior da micro-unidade penitenciária de atendimento hospitalar ficou evidenciada a predominância do poder médico. Isso foi constatado através de exame da natureza das regras que foram se estabelecendo e do tipo de ordem social hierárquica que ali se constituiu. Embora houvesse a preocupação constante e subjacente com a segurança, a regra fundamental era que o poder médico decidia sobre tudo relativo ao preso doente, à exceção de sua pena. A nova instituição configurou-se principalmente como produto do regime disciplinar médico. O modelo ideológico do hospital dominava o modelo repressivo do cárcere, mais especificamente no que estava relacionado à produção de cuidados ao preso doente no espaço da micro-unidade penitenciária do hospital geral.

Os resultados desta pesquisa dizem respeito também à análise das relações sociais que se estabeleceram entre os principais atores presentes no cotidiano da unidade cinco: auxiliares de nutrição e de limpeza, enfermagem, médico, agentes penitenciários e os presos doentes. Nas relações dos presos com os auxiliares hospitalares, constatou-se que o preso doente aproveitava-se do temor destes trabalhadores para pressioná-los ou, mesmo intimidá-los, para obter pequenos privilégios. Esta relação com os auxiliares era o momento em que o preso doente mais ampliava sua liberdade para poder usufruir pequenos confortos. Dos auxiliares de limpeza podia obter papel higiênico, limpeza de comadres e papagaios. Dos auxiliares de nutrição podia conseguir sal, uma fatia de pão extra, um pouco mais de café, água.

A relação dos técnicos de enfermagem com os presos doentes era a mais intensa. Constatou-se uma divisão clara entre técnicos de enfermagem do turno da noite e técnicos de enfermagem que trabalhavam durante o dia. Os técnicos que trabalhavam à noite seguiam com maior rigidez as regras estabelecidas pela administração médica hospitalar, mantendo-se à distância e lançando atributos

depreciativos aos presos doentes. Era uma relação carregada de estigma. Diferentemente, os técnicos do dia apresentavam forte vínculo nas relações com os presos doentes. Eles mediavam as relações entre os médicos e os presos doentes. Muitas vezes, atendiam solicitações dos presos em relação a procedimentos, como troca de curativos, medicações laxativas ou materiais de higiene, rompendo com as regras hospitalares. Na relação dos técnicos com os presos doentes percebeu-se que o saber dos técnicos, que era garantido pela experiência profissional no trabalho hospitalar, podia, por vezes, favorecer a ampliação da margem de liberdade do preso e melhorar as suas condições de tratamento.

Especificamente, em relação à enfermeira concluiu-se que os serviços por ela realizados supriam as expectativas da administração médica hospitalar e do médico responsável pela unidade cinco. As práticas da enfermeira e sua relação com os presos doentes não eram diferentes de outras experiências de enfermeiras em outras instituições hospitalares. A enfermeira desenvolvia atividades de administração dos serviços de enfermagem e realizava procedimentos com equipamentos mais sofisticados, que requeriam maior especialização dos serviços de enfermagem, como por exemplo aspiração oro-traqueal e monitoração cardíaca. Assim como em outras instituições hospitalares brasileiras, a relação direta de enfermeira com os doentes, neste caso presos, não era intensa e os laços existentes entre ela e os pacientes eram frágeis. Ela raramente dialogava com um preso doente, nem existiam visitas de rotina aos pacientes da unidade cinco. O que diferia de outras instituições hospitalares eram os atributos depreciativos que a enfermeira conferia aos presos doentes. A estigmatização aparecia quando a enfermeira esforçava-se para manter-se à distância desses pacientes e no esforço em tratá-los “como se fossem iguais aos outros” pacientes do hospital.

A relação dos médicos com os presos doentes estava fundada no seu saber técnico e no poder decisório que ele detinha na classificação das doenças, na definição do tipo de controle a ser exercido e tratamento a ser ministrado aos pacientes. Havia também sua ascendência sobre a equipe de enfermagem e mesmo sobre os agentes penitenciários, que lhe permitia punir os presos doentes nos casos de transgressões disciplinares às regras impostas pela instituição hospitalar. A relação dos

médicos com os presos doentes estava marcada por dois aspectos fundamentais: o seu distanciamento, carregado de atributos depreciativos em relação ao preso doente e a filiação deliberada do preso doente ao saber-poder do médico. Poder este, que poderia garantir ou não o tratamento e, ainda, nos casos de transgressões dos presos doentes, poderia impor punições, inclusive na forma de alta hospitalar, interrompendo o tratamento tão desejado pelo preso doente.

As relações dos agentes penitenciários com os presos doentes eram marcadas pelo controle que exerciam sobre as pessoas que circulavam na unidade e entre a unidade e o mundo exterior e sobre as coisas que poderiam chegar aos presos. Nos dias de visita todos os objetos trazidos, pelos familiares ou amigos dos presos doentes, eram rigorosamente revistados. O controle também era exercido sobre os presos doentes, nos momentos em que se fazia necessário o seu deslocamento pelas dependências do hospital. O controle do preso no interior dos quartos, simbolizado pelas correntes, evidenciava o poder penal e a posição dos agentes penitenciários na micro-unidade penitenciária do hospital geral, elemento coercitivo já conhecido das prisões.

Na relação entre os presos constatou-se que prevalecia a colaboração. No interior dos quartos, na maioria das vezes, um preso representava o grupo junto ao poder médico buscando, ampliar suas condições de liberdade através de benefícios no tratamento. Na relação dos presos doentes com outros atores sociais da micro-unidade penitenciária constatou-se que as resistências e as estratégias de negociação articulavam possibilidades de alargar sua capacidade de interferir no modo de tratamento e de usufruir pequenos benefícios. Mas, é importante ressaltar que a capacidade de negociação do preso doente tornava-se mais limitada quando, este tipo de paciente, deparava-se com a gravidade de seu estado clínico e com a estigmatização por ele experienciada nas dinâmicas das relações da micro-unidade penitenciária. Os presos doentes internados no hospital geral detinham saberes adquiridos na vida prisional que, em relação aos saberes centrais dos médicos e aos saberes periféricos dos agentes penitenciários, se convertiam em poder de negociações nas relações sociais com os técnicos de enfermagem e com os auxiliares de nutrição e limpeza.

Os presos doentes queriam internar-se no hospital, filiavam-se voluntariamente ao aparelho ideológico hospitalar, ao mesmo tempo em que aceitavam a sujeição imposta pelo aparelho repressivo carcerário, presente na micro-unidade penitenciária do HVN. O caráter voluntário de filiação do preso doente ao modelo ideológico era firmado pela necessidade de controlar os sintomas das doenças e garantir o prolongamento da vida. O preso doente também resistia às regras impostas pela instituição hospitalar, mas quando este paciente deparava-se com os limites da vida cedia ao saber/poder médico.

Uma vez respondidas as questões mais relevantes que desencadearam esta pesquisa, espera-se que muitas outras surjam e que esta tese colabore para investigações futuras, que possam promover uma análise ainda mais criteriosa e aprofundada desta problemática da superposição dos poderes médico e penal no atendimento à saúde do preso doente. Espera-se ainda, que esta pesquisa auxilie a reflexão sobre o processo de implementação e avaliação de políticas de saúde para a população carcerária.

Neste sentido, a pesquisa revelou que é indispensável a implementação de estratégias de controle de doenças infecciosas na população prisional, principalmente para aqueles presos imunocomprometidos. A gravidade da situação da tuberculose nas prisões durante o período de cumprimento de pena, implica a melhoria das condições de encarceramento e a definição de estratégias coerentes e eficazes que devem ser adaptadas para a população carcerária em função das especificidades de cada unidade prisional. Com base nos resultados obtidos, pôde-se concluir que a alta prevalência de HIV / AIDS justifica a necessidade do diagnóstico precoce, da avaliação médica individual e da elaboração de programas de educação / prevenções mais eficazes. Assim, a necessidade de internações hospitalares restringiriam-se somente aqueles casos de pacientes em estado clínico grave, evitando baixas hospitalares para diagnósticos de HIV / AIDS, o que na prática vem reduzindo ainda mais o acesso de presos doentes ao serviço hospitalar no âmbito das novas políticas de atendimento do preso doente no hospital geral.

REFERÊNCIAS

ADORNO, Sergio. A prisão sob a ótica de seus protagonistas: itinerário de uma pesquisa. **Tempo Social: Revista de Sociologia**, São Paulo, n.3, p.7- 40, 1991a.

ADORNO, Sergio. Sistema penitenciário no Brasil: problemas e desafios. **Revista USP**, São Paulo, n.9, p.65 -78, mar./abr./maio, 1991b.

ALBUQUERQUE, J. A. Guilhon. **Instituição e poder**: a análise concreta das relações de poder nas instituições. 2.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986. 163p.

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR VILA NOVA. **Organização e serviços**. Porto Alegre, 2005. Não Publicado. Arquivo do Hospital Vila Nova.

BRAGA, José Carlos de Souza; PAULA, Sergio Góes. **Saúde e previdência**: estudos de política social. São Paulo: CEBES – HUCITEC, 1981. 226p.

BRASIL. **Código Penal Comentado**. Atualizado e ampliado por Roberto Delmanto. 3.ed. Rio de Janeiro: Renovar, 1991. 860p.

BRASIL. **Constituição federal, código penal, código de processo penal**. Organizador Luiz Flávio Gomes. 6. ed. São Paulo: revista dos Tribunais, 2004.

BRASIL. **Lei de Execução Penal n. 7.210, de 11 de julho de 1984**: anotada e acompanhada da exposição de motivos, índice sistemático e índice alfabético-remissivo. Organizada por Juarez Oliveira. São Paulo: Saraiva, 1995. 103p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 863 de 07 de maio de 2002**. Aprova o Termo de Compromisso a ser firmado entre o Ministério da Saúde e as Secretarias de Estado da Saúde com vistas ao co-financiamento das ações de saúde no Sistema Penitenciário sob gestão estadual. Disponível em: <<http://www.mj.gov.br/Depen/legislacao/2002portaria863.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2003c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2287 de 11 de dezembro de 2002**. Habilita determinados estados para receberem o Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário. Disponível em: <<http://www.mj.gov.br/Depen/legislacao/2002portaria2287.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. **Portaria nº 1777 de 09 de setembro de 2003**. Aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, destinado a prover a atenção integral à saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20n%201.777%20de%202003.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. **Portaria Interministerial nº 1778 de 09 setembro de 2003**. Repassa recursos financeiros às Unidades Federadas que deram início ao processo de implantação de ações e serviços de saúde em unidades prisionais. Disponível em: <<http://www.mj.gov.br/depen/legislacao/2003portaria1778.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2005c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. **Portaria Interministerial nº 2.035 de 08 de novembro 2001**. Institui Comissão Interministerial com a atribuição de definir estratégias e alternativas de promoção e assistência à saúde no âmbito do Sistema Penitenciário Nacional. Disponível em: <<http://www.mj.gov.br>>. Acesso em: 15 abr. 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. **Portaria Interministerial nº 628 de 02 de abril de 2002**. Aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Disponível em: <http://www.cff.org.br/legis/portarias/port_628_2002.htm>. Acesso em: 24 jan. 2003b.

CAMPOS, Gastão W. S. **Os médicos e a política de saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1989. v.1, 189p.

CAMPOS, Gastão W. S. **Reforma sanitária: Itália e Brasil**. São Paulo: HUCITEC – CEBES, 1988.

CARAPINHEIRO, Graça. **Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares**. Lisboa: Afrontamento, 1998. 295p.

CARVALHO, Márcia Lazaro de; VALENTE, Joaquim Gonçalves; ASSIS, Simone Gonçalves de et al. Perfil dos internos no sistema prisional do Rio de Janeiro: especificidades de gênero no processo de exclusão social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.2, p.461-471, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000200023&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 mar. 2007.

CHIES, Luiz Antônio Bogo. **A capitalização do tempo social na prisão**: a remição no contexto das lutas de temporalização na pena privativa de liberdade. 2006. 292p. Tese (doutorado em sociologia) – Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

CHRISTOFF, Margareth Uarth. **A relação entre a criminalidade e a doença mental no Rio Grande do Sul**: o Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso. 2001. 126 p. Dissertação (mestrado em sociologia) - Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

COHEN, Cláudio; AUGUSTINIS, Emílio José. É possível a autonomia do sentenciado no sistema penitenciário. **Revista Bioética**, Brasília, v.6, n.1, 1998. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/revista/bio1v6/possauto.htm>> Acesso em: 16 jul. 2001.

CORDEIRO, Hésio. **A indústria da saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

CORDIOLI, Aristides Volpato et al. **Psicofarmacos**. 3.ed. Porto Alegre: ArtMed, 2005.

CORTES, Soraia M. Vargas. Técnicas de coleta e análise quantitativa de dados. **Cadernos de sociologia**: Revista do Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Porto Alegre, v.9, p.11-47, 1998.

COSTA, Nilson Rosário. **Lutas urbanas e controle sanitário**: origens das políticas de saúde no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1985.

DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL - DEPEN. **Perfil da População Carcerária**. Dezembro de 2003. Disponível em: <<http://www.mj.gov.br/.depen/sistema-brasil.htm>>. Acesso em: 7 jun. 2003.

DIÁRIO DE CAMPO. **Observações participantes no Hospital Nossa Senhora da Conceição**. Porto Alegre, outubro de 2003. Não paginado. Não publicado. Arquivo da pesquisadora.

DIÁRIO DE CAMPO. **Observações participantes no Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso**. Porto Alegre, de março a julho de 2004a. Não paginado. Não publicado. Arquivo da pesquisadora.

DIÁRIO DE CAMPO. **Observações participantes no Hospital Vila Nova.** Porto Alegre, de julho a novembro de 2004b. Não publicado. Arquivo da pesquisadora. 173 p.

DONNANGELO, Maria C. F. **Medicina e sociedade:** o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira, 1975. 174p.

DRAIBE, Sônia M. **Brasil:** a proteção social após vinte anos de experimentação reformista. Trabalho apresentado no Taller Inter-Regional “Protección Social em uma Era insegura: Um Intercambio Sur-Sur sobre Políticas Sociales Alternativas en Respuesta a la Globalización”. Santiago, Chile, Mayo 14-16, 2002. 17p

ENTREVISTA 1. Porto Alegre, 11 de julho de 2001. Entrevista concedida pelo(a) diretor(a) do Hospital Penitenciário de Porto Alegre a Margareth U. Christoff. Manuscrito. Arquivo da entrevistadora.

ENTREVISTA 2. Porto Alegre, 10 de janeiro de 2003. Entrevista concedida pelo(a) diretor(a) do Setor de saúde da Divisão de Tratamento Penal a Margareth U. Christoff. Secretaria da Justiça e da Segurança. Manuscrito. Arquivo da entrevistadora.

ENTREVISTA 3. Porto Alegre, 11 de março de 2004. Entrevista concedida pelo(a) administrador(a) do Hospital Vila Nova a Margareth U. Christoff. Manuscrito. Arquivo da entrevistadora.

ENTREVISTA 4. Charqueadas, 13 de dezembro de 2002. Entrevista concedida pelo(a) Sub-diretor(a) do presídio Modulado de Charqueadas a Margareth U. Christoff. Manuscrito. Arquivo da entrevistadora.

ENTREVISTA 5. Porto Alegre, 20 de julho de 2004. Entrevista concedida pelo(a) Preso Doente internado no Hospital Vila nova em Porto Alegre a Margareth U. Christoff. Manuscrito. Arquivo da entrevistadora.

ENTREVISTA 6. Porto Alegre, 14 de agosto de 2004. Entrevista concedida pelo(a) Preso Doente internado no Hospital Vila nova em Porto Alegre a Margareth U. Christoff. Manuscrito. Arquivo da entrevistadora.

ENTREVISTA 7. Porto Alegre, 14 de agosto de 2004. Entrevista concedida pelo(a) Preso Doente internado no Hospital Vila nova em Porto Alegre a Margareth U. Christoff. Manuscrito. Arquivo da entrevistadora.

ENTREVISTA 8. Porto Alegre, 23 de agosto de 2004. Entrevista concedida pelo(a) Preso Doente internado no Hospital Vila nova em Porto Alegre a Margareth U. Christoff. Manuscrito. Arquivo da entrevistadora.

ENTREVISTA 9. Porto Alegre, 23 de agosto de 2004. Entrevista concedida pelo(a) Preso Doente Internado no Hospital Vila Nova em Porto Alegre a Margareth U. Christoff. Manuscrito. Arquivo da entrevistadora.

ENTREVISTA 10. Porto Alegre, 19 de agosto de 2004. Entrevista concedida pelo(a) Preso Doente internado no Hospital Vila nova em Porto Alegre a Margareth U. Christoff. Manuscrito. Arquivo da entrevistadora.

ENTREVISTA 11. Porto Alegre, 20 de agosto de 2004. Entrevista concedida pelo(a) Preso Doente internado no Hospital Vila nova em Porto Alegre a Margareth U. Christoff. Manuscrito. Arquivo da entrevistadora.

ENTREVISTA 12. Porto Alegre, 20 de agosto de 2004. Entrevista concedida pelo(a) Preso Doente internado no Hospital Vila nova em Porto Alegre a Margareth U. Christoff. Manuscrito. Arquivo da entrevistadora.

ENTREVISTA 13. Porto Alegre, 25 de agosto de 2004. Entrevista concedida pelo(a) Preso Doente internado no Hospital Vila nova em Porto Alegre a Margareth U. Christoff. Manuscrito. Arquivo da entrevistadora.

ENTREVISTA 14. Porto Alegre, 25 de agosto de 2004. Entrevista concedida pelo(a) Preso Doente internado no Hospital Vila nova em Porto Alegre a Margareth U. Christoff. Manuscrito. Arquivo da entrevistadora.

ENTREVISTA 15. Porto Alegre, 22 de agosto de 2004. Entrevista concedida pelo(a) Preso Doente internado no Hospital Vila nova em Porto Alegre a Margareth U. Christoff. Manuscrito. Arquivo da entrevistadora.

ENTREVISTA 16. Porto Alegre, 26 de agosto de 2004. Entrevista concedida pelo(a) Preso Doente internado no Hospital Vila nova em Porto Alegre a Margareth U. Christoff. Manuscrito. Arquivo da entrevistadora.

ENTREVISTA 17. Porto Alegre, 28 de agosto de 2004. Entrevista concedida pelo(a) Preso Doente internado no Hospital Vila nova em Porto Alegre a Margareth U. Christoff. Manuscrito. Arquivo da entrevistadora.

ENTREVISTA 18. Porto Alegre, 25 de agosto de 2004. Entrevista concedida pelo(a) Doente Preso internado no Hospital Vila nova em Porto Alegre a Margareth U. Christoff. Manuscrito. Arquivo da entrevistadora.

ENTREVISTA 19. Porto Alegre, 15 de setembro de 2004. Entrevista concedida pelo(a) Preso Doente Internado no Hospital Vila Nova em Porto Alegre a Margareth U. Christoff. Manuscrito. Arquivo da entrevistadora.

ENTREVISTA 20. Porto Alegre, 15 de setembro de 2004. Entrevista concedida pelo(a) Preso Doente Internado no Hospital Vila Nova em Porto Alegre a Margareth U. Christoff. Manuscrito. Arquivo da entrevistadora.

ENTREVISTA 21. Porto Alegre, 15 de setembro de 2004. Entrevista concedida pelo(a) Doente Preso internado no Hospital Vila nova em Porto Alegre a Margareth U. Christoff. Manuscrito. Arquivo da entrevista dora.

ENTREVISTA 22. Porto Alegre, 30 de outubro de 2004. Entrevista concedida pelo(a) Enfermeiro da unidade cinco do Hospital Vila Nova a Margareth U. Christoff. Manuscrito. Arquivo da entrevistadora.

ENTREVISTA 23. Porto Alegre, 13 de setembro de 2004. Entrevista concedida pelo(a) Técnico de Enfermagem da unidade cinco do Hospital Vila Nova a Margareth U. Christoff. Manuscrito. Arquivo da entrevistadora.

ENTREVISTA 24. Porto Alegre, 16 de setembro de 2004. Entrevista concedida pelo(a) Técnico de Enfermagem da unidade cinco do Hospital Vila Nova a Margareth U. Christoff. Manuscrito. Arquivo da entrevistadora.

ENTREVISTA 25. Porto Alegre, 29 de setembro de 2004. Entrevista concedida pelo(a) Técnico de Enfermagem da unidade cinco do Hospital Vila Nova a Margareth U. Christoff. Manuscrito. Arquivo da entrevistadora.

ENTREVISTA 26. Porto Alegre, 26 de setembro de 2004. Entrevista concedida pelo(a) Técnico de Enfermagem da unidade cinco do Hospital Vila Nova a Margareth U. Christoff. Manuscrito. Arquivo da entrevistadora.

ENTREVISTA 27. Porto Alegre, 18 de outubro de 2004. Entrevista concedida pelo(a) Agente Penitenciário Supervisor da unidade cinco do Hospital Vila Nova a Margareth U. Christoff. Manuscrito. Arquivo da entrevistadora.

ENTREVISTA 28. Porto Alegre, 18 de outubro de 2004. Entrevista concedida pelo(a) Agente Penitenciário da unidade cinco do Hospital Vila Nova a Margareth U. Christoff. Manuscrito. Arquivo da entrevistadora.

ENTREVISTA 29. Porto Alegre, 18 de outubro de 2004. Entrevista concedida pelo(a) Agente Penitenciário da unidade cinco do Hospital Vila Nova a Margareth U. Christoff. Manuscrito. Arquivo da entrevistadora.

ENTREVISTA 30. Porto Alegre, 20 de outubro de 2004. Entrevista concedida pelo(a) Agente Penitenciário da unidade cinco do Hospital Vila Nova a Margareth U. Christoff. Manuscrito. Arquivo da entrevistadora.

ENTREVISTA 31. Porto Alegre, 20 de outubro de 2004. Entrevista concedida pelo(a) Agente Penitenciário da unidade cinco do Hospital Vila Nova a Margareth U. Christoff. Manuscrito. Arquivo da entrevistadora.

ENTREVISTA 32. Porto Alegre, 20 de outubro de 2004. Entrevista concedida pelo(a) Agente Penitenciário da unidade cinco do Hospital Vila Nova a Margareth U. Christoff. Manuscrito. Arquivo da entrevistadora.

ENTREVISTA 33. Porto Alegre, 17 de março de 2005. Entrevista concedida pelo(a) Ex-responsável do setor de marcação de consultas médicas da SUSEPE no Hospital Penitenciário a Margareth U. Christoff. Manuscrito. Arquivo da entrevistadora.

ENTREVISTA 34. Porto Alegre, 9 de março de 2005. Entrevista concedida pelo(a) Presidente do Hospital Vila Nova a Margareth U. Christoff. Manuscrito. Arquivo da entrevistadora.

FANDIÑO, Juan Mário Marino; SCHABBACK, Letícia Maria; TIRELLI, Cláudio e GRIZA, Aida. O sistema prisional no Rio Grande do Sul. In: SANTOS, José Vicente Tavares dos. (Org.). **Violência em tempo de globalização**. São Paulo: Hucitec, 1999. p.485-502.

FOUCAULT, Michel. **Arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1987. 239p.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**: curso no Collège de France. São Paulo: Martins Fontes, 1999. 382p.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1989. 295p.

FOUCAULT, Michel. O sujeito e o poder. In: RABINOW, Paul; DREYFUS, Hubert **Uma trajetória filosófica**: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1995. p 231-249.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**: história da violência nas prisões. Petrópolis: Vozes, 1991. 277p.

FRAGA, César. **Um dia na cidade do crime**. Disponível em: <http://www.sinpro-rs.org.br/extra/jun00/polêmica3.asp>. Acessado em: 06 mar.2007.

FRAGOSO, Yára Dadalti; MENDES, Vanessa, ADAMO, Ana Paula Margonari et al. Neurologic manifestations of AIDS: a review of fifty cases in Santos. **São Paulo Medical Journal**, São Paulo, v.116, n.3, p.1715-1720. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31801998000300005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 6 mar. 2007.

FRIEDBERG, Erhard. Organização. In: BOUDON, Raymond (Dir.). **Tratado de Sociologia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995. p.375-412.

FRIEDSON, Eliot. **La profesión médica**: un estudio de sociología del conocimiento aplicado. Barcelona: Península, 1977.

GERSCHMAN, Silvia; SANTOS, Maria Angélica Borges. O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v.21, n.61, p.177-227, 2006.

GIORDANI, Anney T. **Pesquisa-ação com mulheres detentas do sistema penitenciário brasileiro sobre sexualidade, AIDS/DST e drogas**. 2000. 162 p. Dissertação (mestrado em enfermagem psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

GIOVANI, Geraldo. **A questão dos remédios no Brasil**. São Paulo: Pólis, 1980.

GOFFMAN, Erving. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988. 158p.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1992. 312p.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. **Conselho de Administração do Grupo Hospitalar Conceição**. Disponível em: <<http://www.ghc.com.br/ghc/>>. Acesso em: 28 jan. 2004.

GUIRÃO, Leonardo Junior. **Vigiar e assistir**: acesso e adesão ao tratamento de detentos portadores do HIV/AIDS: Estudo de Caso. 2001. 151p. Dissertação (mestrado em serviço social), Universidade de Brasília, Brasília, 2001.

HASSEN, Maria de Nazareth Agra. **O trabalho e os dias**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 1999. 246p.

HOSPITAL PENITENCIÁRIO. **Atividades do Hospital Penitenciário de Porto Alegre**. Força tarefa. Porto Alegre: 2001. Não publicado.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Centro de Documentação e Disseminação de Informações. **Normas de apresentação tabular**. 3. ed. Rio de Janeiro: Fundação IBGE, 1993. 61p.

INSTITUTO PSIQUIÁTRICO FORENSE MAURÍCIO CARDOSO. Direção Geral. **Ofício n. 273/04/DG/IPF**. Porto Alegre, 2004. Não publicado. Arquivo do IPF.

INSTITUTO PSIQUIÁTRICO FORENSE MAURÍCIO CARDOSO. **Relatório resumido das atividades desenvolvidas em 2003**. Porto Alegre, 2003. 8p.

LEMGRUBER, Julita. **Cemitério dos vivos**: análise sociológica de uma prisão de mulheres. Rio de Janeiro: Achiamé. 1983. 142p.

LEMONS, Valéria M. C. Lins. **Os serviços técnicos penitenciários e a questão da AIDS na sexualidade da mulher encarcerada**: Colônia Penal Feminina do Bom Pastor. 1998. 136p.

Dissertação (mestrado em direito) – Faculdade de Direito, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 1998.

LIMA, R. Kante de; MISSE, Michel; MIRANDA, A. P. Mendes de. Violência, criminalidade, segurança pública e justiça criminal no Brasil: uma bibliografia. **Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, n.50, 2º semestre, p.45–123, 2000.

LOPES, Fernanda. **Prevalência de HIV, HPV e sífilis na penitenciária feminina da capital**. 1999. 102 p. Dissertação (mestrado em saúde pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

LUZ, Madel Therezinha. **As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia**. Rio de Janeiro: Graal, 1986. 295p.

LUZ, Madel Therezinha. **Medicina e ordem política brasileira: políticas e instituições de saúde (1850 – 1930)**. Rio de Janeiro: Graal, 1982. 218p.

LUZ, Madel Therezinha. **Natural racional social: razão médica e racionalidade científica moderna**. Rio de Janeiro: Campus, 1988. 152p.

MACHADO, M. H. A Participação da Mulher na Força de Trabalho no Brasil. In: MÉDICI, André Cesar; MACHADO, Maria Helena (Org.). [**Textos de apoio: planejamento I**] 2º ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1988. p.51-64.

MARCHIORI, Edson; PEREIRA, Cyntia Inez Guedes Soares; MOREIRA, Luiza Beatriz Melo et al. Pneumocistose na síndrome da imunodeficiência adquirida: correlação da tomografia computadorizada de alta resolução com a anatomopatologia. **Radiologia Brasileira**, São Paulo, v.34, n.6, p.317-321, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-39842001000600003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 6 mar. 2007.

MENEZES, Everardo Albuquerque; MONTEIRO, Maria Neuman Ricarte; ANGELO, Maria Rozelê F. et al. Meningite causada pelo *Cryptococcus neoformans* em pacientes com AIDS. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v.35, n.5, p.537-539, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822002000500021&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 6 mar. 2007.

MERHY, Emerson Elias. **A rede básica como eixo do modelo tecno-assistencial do SUS: planejamento e gestão dos serviços em defesa às vidas.** São Paulo: Cefor/SMS-SP/PMSP, 1992. (Cadernos Cefor, série Textos, nº 5).

MIRANDA, Angélica E. Barbosa. **Doenças sexualmente transmissíveis na Penitenciária Feminina do Espírito Santo: perfil clínico e fatores de risco.** 1998. 89p. Dissertação (mestrado em doenças fisiológicas) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro Biomédico, Vila Velha, 1998.

MIRANDA, Angélica E. Barbosa; MERCON-DE-VARGAS, Paulo Roberto; VIANA, Maria Carmen. Saúde sexual e reprodutiva em penitenciária feminina, Espírito Santo, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.38, n.2, p.255-260, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000200015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 mar. 2007.

NUNES, Edison. **A gramática política do Brasil.** Brasília; Rio de Janeiro: ENAP; Jorge Zahar, 1997.

NUNES, Everaldo Duarte. **Sobre a sociologia da saúde origens e desenvolvimento.** São Paulo: Hucitec, 1999. 234p.

OLIVEIRA, Helenice Bosco; CARDOSO, Janaina Corrêa. Tuberculose no sistema prisional de Campinas, São Paulo, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v.15, n.3, p.94-199, 2004.

OLIVEIRA, Jaime A. de Araújo; TEIXEIRA, Sonia M. Fleury. **(IM) Previdência Social: 60 anos de história da previdência no Brasil.** Petrópolis: Vozes, 1989. 335p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE **CID- 10:** classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 9.ed. rev. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2003.

OSTI, Neusa Maria. **Determinação do perfil sorológico para marcadores de hepatite B e C em amostras de soro positivas e negativas para anticorpos anti-HIV entre presidiários da região de Campinas - SP.** 1999. 110p. Tese (doutorado em microbiologia) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Biologia, Campinas, 1999.

PIRES, Denise. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil.** São Paulo: Annablume, 1998. 253p.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Procuradoria Geral do Município. **Convênio Nº 023/2002**. Livro: 375-D. Registro: 24978. Processo: 01.010421.01.7. Folhas: 0–233. Novembro, 2002.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Procuradoria Geral do Município. **Contrato de Metas**. Livro: 375-D. Registro: 24977. Novembro, 2002a.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. PROCEMPA. **Central de Marcação de Consultas e Exames Especializados**. Manual do Usuário. Janeiro de 2001. Não paginado. Mimeografado.

POSSAS, Cristina A. **Saúde e trabalho no Brasil: a crise da previdência social**. São Paulo: Hucitec, 1981.

RABINOW, Paul; DREYFUS, Hubert. **Uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1995. 291p.

RIO GRANDE DO SUL. Comissão de Saúde e Meio Ambiente. **Hospital Vila Nova deverá atender apenas gaúchos**. Assembléia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul, 22 de dezembro de 2000. Disponível em: <http://www.al.rs.gov.br/diario/diarios_anteriores/2000/dezembro/001222/comiss%C3%B5es.htm> Acesso em: 16 jul. 2001.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Justiça e da Segurança. Portaria Nº 11 de 25 de julho de 1995. **Diário Oficial**, Porto Alegre, 26 jul. 1995. p.27.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Justiça e da Segurança. Portaria Nº 377 de 26 de dezembro de 1985. **Diário Oficial**, Porto Alegre, 26 dez. 1985. p.27.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Justiça e da Segurança. Superintendência dos Serviços Penitenciários. Departamento Administrativo. **Termo de Contratação Emergencial de Prestação de Serviços Contínuos nº 003/2002 – SUSEPE**. Porto Alegre: Divisão de Tratamento Penal, 2002.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Justiça e da Segurança. Superintendência dos Serviços Penitenciários. Divisão de Tratamento Penal. **Hospital Penitenciário - SUSEPE**. Porto Alegre: Divisão de Saúde, 2002a.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Justiça e da Segurança. Superintendência dos Serviços Penitenciários. Departamento de Planejamento. **Evolução da população carcerária e vagas no sistema prisional**. Porto Alegre, 2005.

ROESE, Mauro. A metodologia do estudo de caso. **Cadernos de sociologia**, Revista do Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Porto Alegre, v.9, p.189-200, 1998.

RÜCKERT, Isabel Noemia. **As Finanças estaduais e os gastos sociais do RS pós Plano Real**. Primeiro encontro de Economia Gaúcha, 16 e 17 maio de 2002. Disponível em: <http://www.fee.rs.gov.br/sitefee/download/eeq/1/mesa_9_ruckert.pdf> Acesso em: 28 dez. 2006.

SALLA, Fernando. Os impasses da democracia brasileira: o balanço de uma década de políticas para as prisões no Brasil. **Lusotopie**, Violences et controle de la violence au bresil, en afrique et a goa, Bordeaux, p.419-435, 2003. Disponível em: <<http://www.lusotopie.sciencespobordeaux.fr/salla2003.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2005.

SALLA, Fernando. As rebeliões nas prisões: novos significados a partir da experiência brasileira. **Sociologias**: Revista do Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Porto Alegre, ano 8, n.16, p.274-307, jul./dez. 2006.

SANCHEZ, Alexandra Roma; MASSARI, Véronique; GERHARDT, Germano et al. A tuberculose nas prisões do Rio de Janeiro, Brasil: uma urgência de saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v.23, n.3, p.545-55, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000300013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 mar. 2007.

STRAZZA, Leila; MASSAD, Eduardo; AZEVEDO, Raymundo S. et al. Estudo de comportamento associado à infecção pelo HIV e HCV em detentas de um presídio de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v.23, n.1, p.197-205, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000100021&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 mar. 2007.

SUPERINTENDÊNCIA DOS SERVIÇOS PENITENCIÁRIOS Centro de Observações Criminológicas. **Delegacias regionais penitenciárias, casas especiais, coordenadorias regionais de saúde**. SUSEPE. Porto Alegre, 2001. Não publicado. Documento de acesso restrito.

SUPERINTENDÊNCIA DOS SERVIÇOS PENITENCIÁRIOS. Divisão de Controle Legal. **Efetivo carcerário semanal**. Porto Alegre: Divisão de Tratamento Penal, 2003. 10p.

SUPERINTENDÊNCIA DOS SERVIÇOS PENITENCIÁRIOS. Divisão de Controle Legal. **Efetivo carcerário semanal**. Porto Alegre: Divisão de Tratamento Penal, 2005. 10p.

SUPERINTENDÊNCIA DOS SERVIÇOS PENITENCIÁRIOS. Divisão de Controle Legal. **Efetivo carcerário semanal**. Porto Alegre: Divisão de Tratamento Penal. Março, 2006. 10p.

SUPERINTENDÊNCIA DOS SERVIÇOS PENITENCIÁRIOS. **Mapa das Regiões Penitenciárias**. Porto Alegre, 2005. Disponível em: <<http://www.susepe.rs.gov.br>>. Acesso em: 11 mar. 2005a.

TOURINHO, Denise. **Castigo e cura na prisão**. 1999. 105 p. Dissertação (mestrado em saúde coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1999.

WEBER, Max. **Max Weber: sociologia**. Organizado por Gabriel Cohn. 5.ed. São Paulo: Ática, 1991. 167p. (Coleção Grandes Cientistas Sociais, 13)

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e método**. Porto Alegre: Bookman, 2001. 205p.

ANEXO A – Roteiro de entrevistas

ANEXO A1 – Roteiro de entrevistas – médicos

ANEXO A2 - Roteiro de entrevista – enfermeira

ANEXO A3 – Roteiro de entrevistas – técnicos de enfermagem

ANEXO A4 – Roteiro de entrevistas – agentes penitenciários

ANEXO A5 – Roteiro de entrevistas – presos doentes

Roteiro de entrevista – médicos

a) Como foi o processo de instalação da unidade cinco no Hospital Vila nova.

- Como foram os primeiros contatos com a Secretaria de Segurança para instalação da unidade cinco.
- Como foram os primeiros contatos com a Secretaria da Saúde para instalação da unidade cinco.
- Como foram os primeiros contatos com a SUSEPE para instalação da unidade cinco.
- Como foi a relação com a Brigada militar para instalação da unidade cinco.
- Como foram as relações com a comunidade do bairro para instalação da unidade cinco.
- Como foi para a comunidade interna do hospital Vila Nova instalar a unidade cinco no seu complexo hospitalar.
- Quais foram as vantagens e as desvantagens nesta nova proposta de atendimento a população penitenciária no hospital geral.

b) Como o doente apenas chega ao HVN.(Acesso)

- Como o doente apenas chega ao HVN?
- Quais são as dificuldades na recepção do doente apenas no HVN?
- O que leva o doente apenas a procurar atendimento hospitalar?
- O que ele tem?
- Com quem ele quer falar?
- Como ele recebe a orientação sobre o procedimento médico no desenvolvimento do tratamento?

c) Caracterização da relação dos médicos com o doente apenas, com os agentes penitenciários e com os profissionais da enfermagem.

- Como é a relação do doente apenas com os médicos?
- Como é a relação do doente apenas com os profissionais da enfermagem?

- Como é a relação do doente apenado com os agentes penitenciários?
- Como é a relação do doente apenado com outros profissionais? Tais como os auxiliares de limpeza, os auxiliares de nutrição, os auxiliares de laboratório e com os técnicos de RX.
- Como é a relação entre os doentes apenados?
- Como é a relação da enfermagem com os agentes penitenciários?
- Como é a relação dos médicos com os agentes penitenciários?
- A unidade 5 apresenta que características. Prisionais ou hospitalares.
- Quem tem mais poder na unidade 5. A segurança ou a saúde.

d) Como ocorre o processo diagnóstico, o processo terapêutico e a alta.

- Qual o problema do doente apenado? O que é feito em relação à saúde do preso?
- O que tu achas do tratamento do doente apenado?
- O doente apenado sabe da sua doença? O que ele sabe?
- O doente apenado influencia no diagnóstico? Como?
- O doente apenado interfere no processo de tratamento? Como?
- Como ocorre à alta do doente apenado? Quem tem alta? Como o doente apenado sai do hospital? O doente apenado interfere no processo de alta?

e) A relação do doente apenado com o processo de internação hospitalar.

- O doente apenado queixa-se das internações? Queixa-se do que?
- Quais são os problemas que os médicos enfrentam no atendimento ao doente apenado?

Roteiro de entrevista - enfermeira

a) Como o doente apenado chega ao HVN. (Acesso)

- Quem trás o doente apenado para o HVN?
- Como ele estava quando chegou ao HVN?
- Como veio?
- Quais são as dificuldades na recepção do doente apenado no HVN?
- O que leva o doente apenado a procurar atendimento hospitalar?
- Quem presta os primeiros atendimentos?
- Qual é a rotina de chegada para o doente apenado?
- Com quem ele quer falar?
- Como ele recebe os primeiros cuidados e orientações das rotinas hospitalares?

b) Caracterização da relação da enfermagem com o doente apenado, com os médicos e com os agentes penitenciários.

- Como é a tua relação com o doente apenado?
- Como é a relação do doente apenado com os outros profissionais da enfermagem?
- Como é a relação do doente apenado com outros profissionais? Tais como os auxiliares de limpeza, os auxiliares de nutrição, os auxiliares de laboratório e com os téc. de RX.
- Como é a relação do doente apenado com os médicos?
- Como é a relação entre os doentes apenados?
- Como é a relação da enfermagem com os agentes penitenciários?
- Como é a relação dos apenados com os médicos?
- Como é a relação dos técnicos de enfermagem e auxiliares com a enfermeira?
- Quem é que manda aqui? Manda no que.?

c) Como ocorre o processo diagnóstico, o processo terapêutico e a alta.

- Qual o problema do doente apenado?

- Como foi constatada a patologia?
- Quem definiu a patologia?
- Como eles formaram esta convicção?
- Baseado em que tipo de evidências?
- O que foi feito?
- Quem decidiu o que deveria ser feito?
- O que tu achas do tratamento do doente apenado?
- Tu concordas com o tratamento adotado?
- Quando o doente apenado quer ser atendido ele chama por quem? O que ele faz para ser atendido?
- O doente apenado sabe da sua doença? O que ele sabe?
- Como o doente apenado participa na definição do diagnóstico?
- O apenado participa, interage com os profissionais de saúde no processo de tratamento? Explica a resposta.
- Como ocorre à alta do doente apenado?
- Quem tem alta?
- Como o doente apenado sai do hospital?
- Como o doente apenado participa na definição da alta? Explica.

e) A relação do doente apenado com o serviço hospitalar.

- O doente apenado volta a internar no HVN?
- O doente apenado já passou por outras internações no HVN?
- Quando eles passam por mais de uma internação isso interfere no tratamento e na conduta do paciente hospitalizado?
- Como o doente apenado encara a internação?
- Como ele se sente por ser internado?
- Quais as conseqüências para o serviço de enfermagem ter o apenado como paciente?
- Quais são os problemas que a enfermagem enfrenta no atendimento ao doente apenado?

Roteiro de entrevista - técnicos de enfermagem

a) Como o doente apenado chega ao HVN. (Acesso)

- Quem trás o doente apenado para o HVN?
- Como ele estava quando chegou ao HVN?
- Como veio?
- Quais são as dificuldades na recepção do doente apenado no HVN?
- O que leva o doente apenado a procurar atendimento hospitalar?
- Quem presta os primeiros atendimentos?
- Qual é a rotina de chegada para o doente apenado?
- Com quem ele quer falar?
- Como ele recebe os primeiros cuidados e orientações das rotinas hospitalares?

b) Caracterização da relação da enfermagem com o doente apenado, com os médicos e com os agentes penitenciários.

- Como é a tua relação com o doente apenado?
- Como é a relação do doente apenado com os outros profissionais da enfermagem?
- Como é a relação do doente apenado com outros profissionais? Tais como os auxiliares de limpeza, os auxiliares de nutrição, os auxiliares de laboratório e com os técnicos de RX.
- Como é a relação do doente apenado com os médicos?
- Como é a relação entre os doentes apenados?
- Como é a relação da enfermagem com os agentes penitenciários?
- Como é a relação dos apenados com os médicos?
- Quem é que manda aqui? Manda no que.?

c) Como ocorre o processo diagnóstico, o processo terapêutico e a alta.

- Qual o problema do doente apenado?
- Como foi constatada a patologia?

- Quem definiu a patologia?
- Como eles formaram esta convicção?
- Baseado em que tipo de evidências?
- O que foi feito?
- Quem decidiu o que deveria ser feito?
- O que tu achas do tratamento do doente apenado?
- Tu concordas com o tratamento adotado?
- Quando o doente apenado quer ser atendido ele chama por quem? O que ele faz para ser atendido?
- O doente apenado sabe da sua doença? O que ele sabe?
- Como o doente apenado participa na definição do diagnóstico?
- O apenado participa, interage com os profissionais de saúde no processo de tratamento? Explica a resposta.
- Como ocorre à alta do doente apenado?
- Quem tem alta?
- Como o doente apenado sai do hospital?
- Como o doente apenado participa na definição da alta? Explica.

e) A relação do doente apenado com o serviço hospitalar.

- O doente apenado volta a internar no HVN?
- O doente apenado já passou por outras internações no HVN?
- Quando eles passam por mais de uma internação isso interfere no tratamento e na conduta do paciente hospitalizado?
- Como o doente apenado encara a internação?
- Como ele se sente por ser internado?
- Quais as consequências para o serviço de enfermagem ter o apenado como paciente?
- Quais são os problemas que a enfermagem enfrenta no atendimento ao doente apenado?

Roteiro de entrevista - agentes penitenciários

a) Como o doente apenado chega ao HVN. (Acesso)

- Quem trás o doente apenado para o HVN?
- Como ele estava quando chegou ao HVN?
- Como veio?
- Quais são as dificuldades na recepção do doente apenado no HVN?
- O que leva o doente apenado a procurar atendimento hospitalar?
- Quem presta os primeiros atendimentos?
- Qual é a rotina de chegada para o doente apenado?
- Com quem ele quer falar?
- Como ele recebe os primeiros cuidados e orientações das rotinas hospitalares?
- Como ele recebe as orientações da equipe de segurança?

b) Caracterização da relação do serviço de segurança com o doente apenado, com a enfermagem e com os médicos.

- Como é a tua relação com o doente apenado?
- Como é a relação do doente apenado com os outros profissionais do serviço de segurança?
- Como é a relação do doente apenado com outros profissionais? Tais como os auxiliares de limpeza, os auxiliares de nutrição, os auxiliares de laboratório e com os técnicos de RX.
- Como é a relação do doente apenado com os médicos?
- Como é a relação entre os doentes apenados?
- Como é a relação da enfermagem com os agentes penitenciários?
- Como é a relação dos apenados com os médicos?
- Como é a relação das enfermeiras com os agentes penitenciários?
- Quem é que manda aqui? Manda no que?

c) Como ocorre o processo diagnóstico, o processo terapêutico e a alta.

- Qual o problema do doente apenado?
- Como é a relação do doente apenado com a doença?
- Como foi constatada a patologia?
- Quem definiu a patologia?
- Como eles formaram esta convicção?
- Baseado em que tipo de evidências?
- O que foi feito?
- Quem decidiu o que deveria ser feito?
- O que tu achas do tratamento do doente apenado?
- Tu concordas com o tratamento adotado?
- Quando o doente apenado quer ser atendido ele chama por quem? O que ele faz para ser atendido?
- O doente apenado sabe da sua doença? O que ele sabe?
- Como o doente apenado participa na definição do diagnóstico?
- O apenado participa, interage com os profissionais de saúde no processo de tratamento? Explica a resposta.
- Como ocorre à alta do doente apenado?
- Quem tem alta?
- Como o doente apenado sai do hospital?
- Como o doente apenado participa na definição da alta? Explica.

e) A relação do doente apenado com o serviço hospitalar.

- O doente apenado volta a internar no HVN?
- O doente apenado já passou por outras internações no HVN?
- Quando eles passam por mais de uma internação isso interfere no tratamento e na conduta do paciente hospitalizado?
- Como o doente apenado encara a internação?
- Como ele se sente por ser internado?

- Quais as conseqüências para o serviço de segurança do doente apenado hospitalizado?
- Quais são os problemas que o serviço de segurança enfrenta no atendimento ao doente apenado?

Roteiro de entrevista – presos doentes

a) Como chegou ao HVN.(Acesso)

- O que tu sentias (sintomas) quando pediu ajuda. O que levou a procurar atendimento.
- Quem tu procura-se. Como foi. Quem atendeu. Como foi o exame.
- O que tu querias. Porque tu procuraste.

b) Caracterização da relação agente penitenciário, médico, enfermagem.

- Como é a tua relação com o agente penitenciário.
- Como é a tua relação com os enfermeiros.
- Como é a tua relação com a enfermeira.
- Como é a tua relação com os médicos.
- Como é entre eles (médicos, enfermeiros, agentes)
- Quem é que manda aqui. Manda no que. (Manda na roupa, limpeza, comida, alta).
- E tu, brigas com quem.

c) Como interfere na decisão diagnóstica, no processo terapêutico e na alta.

- O que tu tens. Qual é o teu problema. O que vai ser feito. O que foi feito.
- Tu achas que este tratamento esta bem.
- Quando tu queres ser atendido como tu fazes. Quem tu chamas.
- Tu tens alta. Quem teve alta. Como conseguiu.
- Como tu consegues ser atendido. (Como o doente apenas influencia no diagnóstico)

d) Comparação com as políticas anteriores a Portaria Interministerial. (Hospital Penitenciário)

- O doente apenas já passou por outras internações.
- Como foi atendido durante as internações. Foi bem tratado.

- Se tu comparares essa internação com as anteriores qual a diferença. Porque.
- Quem conduz ao tratamento hospitalar.

e) O doente apenas passou por internações hospitalares antes de estar cumprindo pena.

- Como foram estas internações
- Porque foi internado.
- Como foi o atendimento.

ANEXO B – Processo administrativo da Superintendência dos Serviços Penitenciários autorizando a pesquisa



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL



 003811-12.02/03-2
DATA: 26 MAR 2003

REQUERENTE: _____


LOCALIDADE: PI 003811-12.02/03-2
 Origem : PORTO ALEGRE
 Nome : MARGARETH DARTH CHRISTOFF
 Assunto : 0207 - SOLICITACAO
 ACESSO - ACESSO
 DOCUMENTOS - DOCUMENTOS

ASSUNTO: _____

SUS
Gabi:

Protocolo nº 10711

Recabido em 31 03 03

Ass.: 

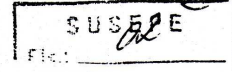


SUSEPE
DTP

Protocolo nº 153
Recebido em 21.03.03

Ass.:

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA JUSTIÇA E DA SEGURANÇA
SUPERINTENDÊNCIA DOS SERVIÇOS PENITENCIÁRIOS
DEPARTAMENTO DE TRATAMENTO PENAL



003811-12.02/03-2

Folha de Informação

Proc. Nº

Fl.nº

AO Protocolo,
para abertura de Processo,
após retorne a este DTP.

Em 26/03/03

Elaine Maria Guimarães
Matr. 1352.1179
Depto. de Tratamento Penal

AO
Dr. Paulo Oscar,
para conhecimento e
manifestações.

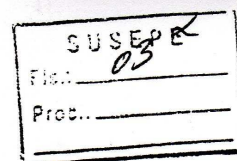
Em 27/03/03

Elaine Maria Guimarães
Matr. 1352.1179
Depto. de Tratamento Penal

RECEBIDO NA N.M.P. SUSEPE

EM

26 MAR 2003



**INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA**

Porto Alegre, 14 de janeiro de 2003.

Prezado Senhor.

Para fins de elaboração de tese de doutorado neste Programa de Pós-Graduação, gostaríamos de solicitar acesso aos documentos abaixo relacionados.

- Portaria nº 628 de 02 de abril de 2002- publicada em 04 de abril de 2002;
- Organograma da Superintendência dos Serviços Penitenciários - SUSEPE;
- Boletim diário informando a população das casas especiais;
- Cópia do Convênio com o Hospital Vila Nova para atendimento das casas especiais;
- Prontuários clínicos dos presos que receberam atendimento de saúde;
- Documentos administrativos dos presos que receberam atendimento;
- Escala dos profissionais da saúde que prestam atendimento aos presos que pertencem a Primeira Vara de Execuções Criminais de Porto Alegre;
- Prontuários e documentos administrativos dos pacientes que estiveram internados no Hospital Penitenciários (Documentos que estão atualmente arquivados no Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso);
- Outros documentos que estejam vinculados ao atendimento à saúde dos presos pertencentes à Primeira Vara de Execuções de Porto Alegre;

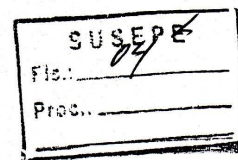
Bento Gonçalves, 9500 - Bloco III, IFCH-Campus do Vale - CEP 91.509-900 Porto Alegre -RS

☎ (051) 3316-6635 - FAX: (051) 3316-6646 · E-Mail: ppgsoc@vortex.ufrgs.br

Resumo de Saúde:

- Considerando o conteúdo do Projeto em anexo e o fato de tratar-se de TCC de Doutorado que atende à SUSPE dados importantes e conteúdos sem visto para o Brasil.
- Considerando a seriedade das instituições envolvidas e o fato de aluno já ter realizado Dissertação e Mestrado dentro do Sistema, com grande sucesso.
- Sem reservas e, portanto, atende os requisitos e se dá todo o apoio possível ao trabalho proposto.
- Ao Diretor do DTP p/contato, mento e manutenção

SAMI A. R. J. EL JUNDI
 Mat. 442.354-5
 Diretor da Divisão de Saúde
 12/26/03/p3

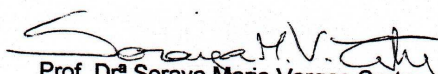


**INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA**


Gostaríamos ainda de solicitar acesso

- ao Centro Clínico do Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso, assim como aos prontuários e papeletas administrativas dos pacientes lá internados;
- ao profissional de saúde responsável pelos dados epidemiológicos relativos à população das casas especiais;
- aos prontuários dos ex-pacientes do Hospital Penitenciário que estão arquivados no Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso; e
- às casas penitenciárias pertencentes à Primeira Vara de Execuções Criminais de Porto Alegre.

Certas de sua compreensão, desde já agradecemos.


Prof. Dr^a Soraya Maria Vargas Cortes
Orientadora

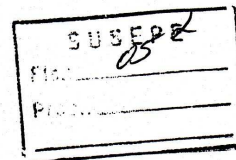
Atenciosamente


Margareth Uarth Christoff
Aluna do Doutorado

À Superintendência dos Serviços Penitenciários – SUSEPE
Divisão de Saúde
N/CAPITAL

Bento Gonçalves, 9500 - Bloco III, IFCH-Campus do Vale - CEP 91.509-900 Porto Alegre -RS

☎ (051) 3316-6635 - FAX: (051) 3316-6646 E-Mail: ppgsoc@vortex.ufrgs.br



**INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA**

Porto Alegre, 14 de janeiro de 2003.

Prezados Senhores,

Apresentamos a Vossa Senhoria Margareth Uarth Christoff, aluna regularmente matriculada neste Programa de Pós-Graduação.

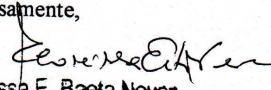
A referida aluna está elaborando sua tese de doutorado, intitulada "O atendimento de saúde no sistema penitenciário do Rio Grande do Sul".

Solicitamos a sua autorização para que a doutoranda possa realizar a coleta de dados nessa Superintendência.

Cumpre informar que os dados serão usados apenas para tratamento científico, onde os nomes envolvidos serão mantidos em total sigilo.

Desde já agradecemos sua colaboração, colocando-nos à disposição para maiores informações.

Atenciosamente,


Clarissa E. Baeta Neves

Coordenadora
Programa de Pós-Graduação em Sociologia
IFCH - UFRGS

À Superintendência de Serviços Penitenciários – SUSEPE
Divisão de Saúde
N/CAPITAL

Bento Gonçalves, 9500 - Bloco III, IFCH-Campus do Vale - CEP 91.509-900 Porto Alegre -RS

☎ (051) 3316-6635 - FAX: (051) 3316-6646 E-Mail: ppgsoc@vortex.ufrgs.br



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA JUSTIÇA E DA SEGURANÇA
SUPERINTENDÊNCIA DOS SERVIÇOS PENITENCIÁRIOS
GABINETE DO SUPERINTENDENTE



Folha de Informação

Proc. n.º 003811-12.02/03-2

Fl. n.º 37

De ordem, remeta-se ao DTP, para providências.

Em 07 de maio de 2003.

Manuel Leopoldo Lima Aristimunha
Chefe de Gabinete da SUSEPE.

R.H. Ao Setor Educacional p/ dar ciência à interessada da autorização concedida pelo Sr. Superintendente, bem como para operacionalizar o desenvolvimento da pesquisa.

em 08/05/03

Dr. Paulo Oscar Teitelbaum
Médico Psiquiatra Forense
Diretor do Departamento de Tratamento Penal



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA JUSTIÇA E DA SEGURANÇA
SUPERINTENDÊNCIA DOS SERVIÇOS PENITENCIÁRIOS
DEPARTAMENTO DE TRATAMENTO PENAL



Folha de Informação

Proc. Nº 003811-12.02/03-2

Fl.nº 36

Sr. Superintendente,

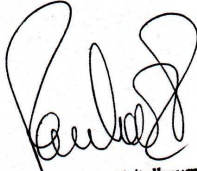
Levo ao conhecimento de V.S. solicitação recebida por este DTP para que seja autorizado o acesso a informações relativas ao atendimento de saúde no Sistema Penitenciário, como parte de Projeto de Pesquisa para tese de Doutorado, de aluna do Curso de Pós Graduação em Sociologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

O referido projeto vem apresentado pela Coordenadora do Programa de Pós Graduação em sociologia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da UFRGS (fl. 05).

O parecer do Chefe da Divisão de Saúde deste DTP (fl. 03-verso) é favorável ao projeto pelas razões ali expostas.

Respeitosamente,

Em 28/03/03


Dr. Paulo Oscar Tettelbaum
Médico Psiquiatra Forense
Diretor do Departamento de Tratamento Penal

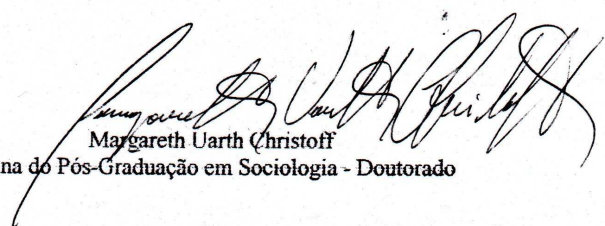
De acordo com a posição
adotada pelo DTP.
Em 28/04/03

Ao Senhor Diretor
Instituto Psiquiátrico Forense Mauricio Cardoso

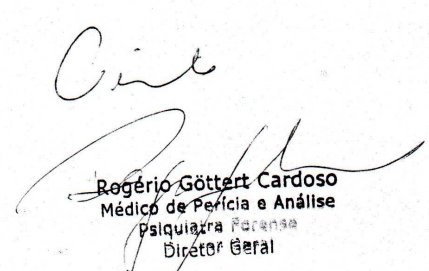
Conforme combinação verbal anterior, solicito o acesso as informações sobre o atendimento da saúde dos presos hospitalizados, bem como a formalização para realização de entrevistas com a população internada no Centro Clínico e Hospitais credenciados para recebê-los e com os profissionais da área da saúde. Estes dados serão utilizados especificamente para elaboração de tese de doutorado, que realizo junto a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, no Programa de Pós-Graduação de Sociologia, na linha de pesquisa de Saúde Pública. Segue em anexo as autorização do Superintendente dos Serviços Penitenciário, do Diretor do Departamento de Tratamento Penal e parecer favorável do Diretor da Divisão de Saúde. Acrescento ainda a apresentação formal da Coordenadora do Programa de Pós-Graduação, ao qual estou vinculada, para a divisão de Saúde da Superintendência dos Serviços Penitenciários e a relação de documentos e canais de acesso solicitados a esta Superintendência pela orientadora da pesquisa, os quais já foram autorizados pelo Superintendente.

Desde já agradeço,

Porto Alegre, 16 de junho de 2003



Margareth Uarth Christoff
Aluna do Pós-Graduação em Sociologia - Doutorado



Rogério Göttert Cardoso
Médico de Perícia e Análise
Psiquiatria Forense
Diretor Geral



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA JUSTIÇA E DA SEGURANÇA
SUPERINTENDENCIA DOS SERVIÇOS PENITENCIÁRIOS
INSTITUTO PSIQUIÁTRICO FORENSE DR. MAURÍCIO CARDOSO
DIREÇÃO GERAL

Of. nº 335/03-ipf/dg

Porto Alegre, 11 de julho de 2003.

Senhora Responsável:

Pelo presente, encaminhamos a Vossa Senhoria, a pesquisadora da UFRGS, MARGARETH UARTH CHRISTOFF, para que a mesma possa ter acesso aos dados abaixo relacionados, para sua pesquisa de Doutorado, informando que a mesma já realizou pesquisa nesta Instituição, possuindo autorização do Senhor Superintendente dos Serviços Penitenciários, conforme documentação em anexo:

01. Programa CIA: Data de nascimento, cútis, naturalidade, profissão, estado civil, instrução, religião, cidade onde reside e situação.

Atenciosamente,

Dr. Rogério Göfert Cardoso
Médico Psiquiatra
Diretor Geral

Ilustríssima Senhora Márcia Baretto
M.D. Responsável Programa CIA Procergs
N/CAPITAL

32103564
R: 3564

ANEXO C – Formulário de dados dos pacientes do sistema prisional do
Rio Grande do Sul - 2004

Formulário de dados dos presos doentes do sistema prisional do RS – 2004

Código	Variáveis	Descrição
V1	Ordem numérica dos registros	
V2	Nome do paciente	
V3	Identificação	
V4	Data de nascimento	
V5	Sexo	
V6	Naturalidade (município)	
V7	Unidade da Federação	
V8	Estado civil	
V9	Filhos	
V10	Instrução	
V11	Religião	
V12	Profissão / Ocupação	
V13	Cor	
V14	Movimentação no sistema penal	
V15	Primeira guia de recolhimento	
V16	Última guia de recolhimento	
V17	Comunicação de pena	
V18	Registro de entrada (última)	
V19	Recolhimento	
V20	Pena	
V21	Regime	
V22	Enquadramento legal 1	
V23	Enquadramento legal 2	
V24	Enquadramento legal 3	
V25	Internação 1: Procedência	
V26	Internação 1: Local	
V27	Internação 1: Data de entrada	
V27a	Motivo da internação 1	
V28	Internação 1: Diagnóstico 1	
V29	Internação 1: Diagnóstico 2	
V30	Internação 1: Diagnóstico 3	
V31	Internação 1: Uso de medicação	
V32	Internação 1: Serviço de diagnóstico por imagem	
V33	Internação 1: Serviço de laboratório	
V34	Internação 1: Centro de tratamento intensivo	
V35	Internação 1: Data de saída	
V36	Internação 1: Motivo da saída	
V37	Internação 1: Causa óbito 1	
V38	Internação 1: Causa óbito 2	

Código	Variáveis	Descrição
V39	Internação 1: Causa óbito 3	
V40	Internação 2: Procedência	
V41	Internação 2: Local	
V42	Internação 2: Data de entrada	
V42a	Motivo da internação 2	
V43	Internação 2: Diagnóstico 1	
V44	Internação 2: Diagnóstico 2	
V45	Internação 2: Diagnóstico 3	
V46	Internação 2: Uso de medicação	
V47	Internação 2: Serviço de diagnóstico por imagem	
V48	Internação 2: Serviço de laboratório	
V49	Internação 2: Centro de tratamento intensivo	
V50	Internação 2: Data de saída	
V51	Internação 2: Motivo da saída	
V52	Internação 2: Causa óbito 1	
V53	Internação 2: Causa óbito 2	
V54	Internação 2: Causa óbito 3	
V55	Internação 3: Procedência	
V56	Internação 3: Local	
V57	Internação 3: Data de entrada	
V57a	Motivo da internação 3	
V58	Internação 3: Diagnóstico 1	
V59	Internação 3: Diagnóstico 2	
V60	Internação 3: Diagnóstico 3	
V61	Internação 3: Uso de medicação	
V62	Internação 3: Serviço de diagnóstico por imagem	
V63	Internação 3: Serviço de laboratório	
V64	Internação 3: Centro de tratamento intensivo	
V65	Internação 3: Data de saída	
V66	Internação 3: Motivo da saída	
V67	Internação 3: Causa óbito 1	
V68	Internação 3: Causa óbito 2	
V69	Internação 3: Causa óbito 3	
V70	Internação 4: Procedência	
V71	Internação 4: Local	
V72	Internação 4: Data de entrada	
V72a	Motivo da internação 4	
V73	Internação 4: Diagnóstico 1	
V74	Internação 4: Diagnóstico 2	
V75	Internação 4: Diagnóstico 3	

Código	Variáveis	Descrição
V76	Internação 4: Uso de medicação	
V77	Internação 4: Serviço de diagnóstico por imagem	
V78	Internação 4: Serviço de laboratório	
V79	Internação 4: Centro de tratamento intensivo	
V80	Internação 4: Data de saída	
V81	Internação 4: Motivo da saída	

ANEXO D – Pareceres das comissões de ética

ANEXO D1 – Parecer da comissão de ética do Instituto Psiquiátrico
Forense Maurício Cardoso

ANEXO D2 – Parecer da comissão de ética do Hospital Vila Nova



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA JUSTIÇA, DO ESTADO E DA CIDADANIA
SUPERINTENDÊNCIA DOS SERVIÇOS PENITENCIÁRIOS
INSTITUTO PSIQUIÁTRICO FORENSE "MAURÍCIO CARDOSO"
PORTO ALEGRE, 20 DE MARÇO DE 2004.

PARECER SOBRE PROJETO DE PESQUISA (02/ 040320)

AUTORA: Margareth Uarth Christoff

ORIENTADORA: Profª Drª Soraya Maria Vargas Cortes

TÍTULO: "Políticas Públicas de atendimento à saúde de apenados hospitalizados no Rio Grande do Sul"

INSTITUIÇÃO ORIGEM: Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de filosofia e ciências humanas

1. PARECER:

O projeto destina-se a embasar a Tese de Doutorado da autora no curso de Pós-Graduação Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Instituto de filosofia e ciências humanas.

Os aspectos éticos, de respeito aos direitos humanos dos participantes, bem como privacidade dos seus dados, foram resguardados pelo projeto da autora.

A pesquisadora já apresentou carta de apresentação de sua instituição, bem como conta com o apoio da Direção do IPF para sua efetivação.

Além disso, a pesquisadora já realizou sua dissertação de mestrado no IPF, produzindo trabalho científico importante sobre a Instituição e que em muito auxiliou na sua compreensão, bem como instrumentalizou outros trabalhos científicos posteriores.

A pesquisa, aparentemente, não apresenta riscos para a integridade e a privacidade dos indivíduos pesquisados, bem como dos profissionais envolvidos, tendo potenciais benefícios com sua realização.

2. CONCLUSÃO:

Consideramos eticamente adequado o projeto "Políticas Públicas de atendimento à saúde de apenados hospitalizados no Rio Grande do Sul", de autoria de Margareth Uarth Christoff.



RUBEN DE SOUZA MENEZES
MÉDICO PSIQUIATRA FORENSE
RELATOR

SECRETARIA DA JUSTIÇA E DA SEGURANÇA
SUPERINTENDÊNCIA DOS SERVIÇOS PENITENCIÁRIOS
INSTITUTO PSIQUIÁTRICO FORENSE DR. MAURICIO CARDOSO

Of. n° 194/04/DG/IPF Porto Alegre, 29 de março de 2004.

Prezada Senhora:

Encaminho através deste o Parecer sobre Projeto de Pesquisa (02/040320) o qual foi recebido nesta Direção.

Atenciosamente,


Rogério Bortert Cardoso
Médico de Perícia e Análise
Psiquiatra Forense
Diretor Geral

A

Sra. Margareth Uarth Christoff



Porto Alegre, 08 de julho de 2004.

PARECER SOBRE PROJETO DE PESQUISA

Autora: Margareth Uarth Christoff

Orientadora: Profª. Soraya Maria Vargas Cortes

Título: "Políticas Públicas de Atendimento à Saúde de Apenados Hospitalizados no Rio Grande do Sul"

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas

1 Parecer

O projeto destina-se embasar a tese de doutorando da autora no curso de pós-graduação UFRGS – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas.

Os aspectos éticos, de respeito aos direitos humanos dos participantes, bem como privacidade dos seus dados, foram resguardados pelo projeto da autora.

A pesquisadora já apresentou carta à instituição, bem como conta com o apoio da direção do HVN para sua efetivação.

Além disso, a pesquisadora já realizou sua dissertação de mestrado sobre a saúde da população carcerária no IPF, produzindo trabalho científico importante sobre a instituição e que em muito auxiliou na sua compreensão, bem como instrumentalizou outros trabalhos científicos posteriores.

A pesquisa, aparentemente, não apresenta riscos para a integridade e a privacidade dos indivíduos pesquisados, bem como dos profissionais envolvidos, tendo potencial benéfico com sua realização.

2 Conclusão

Consideramos eticamente adequado o projeto "Políticas Públicas de atendimento à saúde de apenados hospitalizados no Rio Grande do Sul", de autoria de Margareth Uarth Christoff.


FLAVIO RENATO BHER
Presidente Comissão de Ética


DIRCEU BELTRAME DAL'MOLIN
Diretor Técnico



**INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA**

Porto Alegre, 06 de julho de 2004.

Prezado Senhor,

Apresentamos a Vossa Senhoria **Margareth Uarth Christoff**, aluna regularmente matriculada neste Programa de Pós-Graduação.

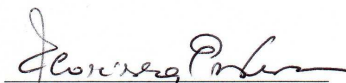
A referida aluna está elaborando sua tese de doutorado, intitulada "*Política de atendimento à saúde de apenados hospitalizados no Rio Grande do Sul*".

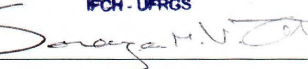
Solicitamos a autorização de Vossa Senhoria para que a doutoranda possa realizar a coleta de dados em documentos e realização de entrevistas com os profissionais desse setor.

Cumpre informar que os dados serão usados apenas para tratamento científico, onde os nomes envolvidos serão mantidos em total sigilo.

Desde já agradecemos sua colaboração, colocando-nos à disposição para maiores informações.

Atenciosamente,


Clarissa E. Baeta Neves
 Profa. Clarissa Eckert Baeta Neves
 Coordenadora
 Programa de Pós-Graduação em Sociologia
 IFCH - UFRGS


 Profa. Soraya Maria Vargas Cortes
 Vice-Coordenadora
 Programa de Pós-Graduação em Sociologia
 IFCH - UFRGS

Ilmo. Sr.
 Dr. Dal Molin
 Administração do Hospital Vila Nova
 N/Capital

ANEXO E – Consentimento informado

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

7

Eu,, abaixo assinado, aceito participar da pesquisa sobre saúde no sistema penitenciário. O entrevistador compromete-se a tratar as informações concedidas de forma sigilosa, mantendo privacidade e anonimato. Estou ciente que a participação na pesquisa não me expõe a qualquer tipo de risco ou prejuízo no tratamento. Os resultados da pesquisa visam atingir a coletividade, não atendendo necessidades individuais imediatas. Tenho o direito de participar ou não do estudo ou de retirar-me a qualquer momento que desejar, sem que isso represente qualquer tipo de prejuízo no atendimento.

.....

Porto Alegre, setembro de 2004.

ANEXO F – Quadro esquemático do banco de dados dos presos doentes do sistema prisional do Rio Grande do Sul – 2004

ANEXO F1 - Grupos da variável procedência – V25, V40, V55, V70

ANEXO F2 - Grupos da variável local de internação – V26, V41, V56, V71

ANEXO F3 - Grupos da variável causa óbito - V37, V38, V39, V52, V53, V54, V67, V68, V69

ANEXO F4 - Grupos da variável diagnósticos - V28, V29, V30, V43, V44, V45, V58, V59, V60, V73, V74, V75

ANEXO F5 - Grupos da variável motivo da internação – V27a, V42a, V57a, V72a

ANEXO F6 - Grupos da variável enquadramento legal – V22, V23, V24

Quadro esquemático do banco de dados dos presos doentes do sistema prisional do RS - 2004

Variáveis				Categoria1		Categoria2		Categoria3	
Código	Descrição	Tipo	Formato	Descrição	Código	Descrição	Código	Descrição	Código
V1	Ordem numérica dos registros	Número	xxx						
V2	Nome do paciente	Texto	Nome						
V3	Identificação	Categoria	Sigla	Entrevistado	EM	Não entrevistado	NE		
V4	Data de nascimento	Data	dd/mm/aaaa						
V5	Sexo	Categoria	Sigla	Masculino	M	Feminino	F		
V6	Naturalidade (município)	Texto	Nome						
V7	Unidade da Federação	Texto	Sigla						
V8	Estado civil	Categoria	Sigla	declarado					
V9	Filhos	Número	xx						
V10	Instrução	Categoria	Nome	declarada					
V11	Religião	Categoria	Nome	declarada					
V12	Profissão / Ocupação	Categoria	Nome	declarada					
V13	Cor	Categoria	Nome	declarada / anotada					
V14	Movimentação no sistema penal	Categoria	Sigla	Guia de recolhimento	GR	Comunicação de pena	CP	Registro de entrada	RE
V15	Primeira guia de recolhimento	Data	dd/mm/aaaa						
V16	Última guia de recolhimento	Data	dd/mm/aaaa						
V17	Comunicação de pena	Data	dd/mm/aaaa						
V18	Registro de entrada (última)	Data	dd/mm/aaaa						
V19	Recolhimento	Categoria	Sigla	Pena	PE	Medida de segurança	MS	Sem definição	SD
V20	Pena	Tempo	xxxa xxm xxd						
V21	Regime	Categoria	Sigla	Fechado	FE	Semi-aberto	SA	Aberto	AB
V22	Enquadramento legal 1	Número	xx	Anexo F6					
V23	Enquadramento legal 2	Número	xx	Anexo F6					
V24	Enquadramento legal 3	Número	xx	Anexo F6					

Variáveis				Categoria1		Categoria2		Categoria3	
Código	Descrição	Tipo	Formato	Descrição	Código	Descrição	Código	Descrição	Código
V25	Internação 1: Procedência	Número	xx	Anexo F1					
V26	Internação 1: Local	Número	xx	Anexo F2					
V27	Internação 1: Data de entrada	Data	dd/mm/aaaa						
V27a	Motivo da internação 1	Número	xx	Anexo F5					
V28	Internação 1: Diagnóstico 1	Alfanumérico	CID	Anexo F4					
V29	Internação 1: Diagnóstico 2	Alfanumérico	CID	Anexo F4					
V30	Internação 1: Diagnóstico 3	Alfanumérico	CID	Anexo F4					
V31	Internação 1: Uso de medicação	Texto	Sim / Não						
V32	Internação 1: Serviço de diagnóstico por imagem	Texto	Sim / Não						
V33	Internação 1: Serviço de laboratório	Texto	Sim / Não						
V34	Internação 1: Centro de tratamento intensivo	Texto	Sim / Não						
V35	Internação 1: Data de saída	Data	dd/mm/aaaa						
V36	Internação 1: Motivo da saída	Categoria	Sigla	Alta	A	Óbito	O		
V37	Internação 1: Causa óbito 1	Alfanumérico	CID	Anexo F3					
V38	Internação 1: Causa óbito 2	Alfanumérico	CID	Anexo F3					
V39	Internação 1: Causa óbito 3	Alfanumérico	CID	Anexo F3					
V40	Internação 2: Procedência	Número	xx	Anexo F1					
V41	Internação 2: Local	Número	xx	Anexo F2					
V42	Internação 2: Data de entrada	Data	dd/mm/aaaa						
V42a	Motivo da internação 2	Número	xx	Anexo F5					
V43	Internação 2: Diagnóstico 1	Alfanumérico	CID	Anexo F4					
V44	Internação 2: Diagnóstico 2	Alfanumérico	CID	Anexo F4					
V45	Internação 2: Diagnóstico 3	Alfanumérico	CID	Anexo F4					
V46	Internação 2: Uso de medicação	Texto	Sim / Não						

Variáveis				Categoria1		Categoria2		Categoria3	
Código	Descrição	Tipo	Formato	Descrição	Código	Descrição	Código	Descrição	Código
V47	Internação 2: Serviço de diagnóstico por imagem	Texto	Sim / Não						
V48	Internação 2: Serviço de laboratório	Texto	Sim / Não						
V49	Internação 2: Centro de tratamento intensivo	Texto	Sim / Não						
V50	Internação 2: Data de saída	Data	dd/mm/aaaa						
V51	Internação 2: Motivo da saída	Categoria	Sigla	Alta	A	Óbito	O		
V52	Internação 2: Causa óbito 1	Alfanumérico	CID	Anexo F3					
V53	Internação 2: Causa óbito 2	Alfanumérico	CID	Anexo F3					
V54	Internação 2: Causa óbito 3	Alfanumérico	CID	Anexo F3					
V55	Internação 3: Procedência	Número	xx	Anexo F1					
V56	Internação 3: Local	Número	xx	Anexo F2					
V57	Internação 3: Data de entrada	Data	dd/mm/aaaa						
V57a	Motivo da internação 3	Número	xx	Anexo F5					
V58	Internação 3: Diagnóstico 1	Alfanumérico	CID	Anexo F4					
V59	Internação 3: Diagnóstico 2	Alfanumérico	CID	Anexo F4					
V60	Internação 3: Diagnóstico 3	Alfanumérico	CID	Anexo F4					
V61	Internação 3: Uso de medicação	Texto	Sim / Não						
V62	Internação 3: Serviço de diagnóstico por imagem	Texto	Sim / Não						
V63	Internação 3: Serviço de laboratório	Texto	Sim / Não						
V64	Internação 3: Centro de tratamento intensivo	Texto	Sim / Não						
V65	Internação 3: Data de saída	Data	dd/mm/aaaa						
V66	Internação 3: Motivo da saída	Categoria	Sigla	Alta	A	Óbito	O		
V67	Internação 3: Causa óbito 1	Alfanumérico	CID	Anexo F3					
V68	Internação 3: Causa óbito 2	Alfanumérico	CID	Anexo F3					

Variáveis				Categoria1		Categoria2		Categoria3	
Código	Descrição	Tipo	Formato	Descrição	Código	Descrição	Código	Descrição	Código
V69	Internação 3: Causa óbito 3	Alfanumérico	CID	Anexo F3					
V70	Internação 4: Procedência	Número	xx	Anexo F1					
V71	Internação 4: Local	Número	xx	Anexo F2					
V72	Internação 4: Data de entrada	Data	dd/mm/aaaa						
V72a	Motivo da internação 4	Número	xx	Anexo F5					
V73	Internação 4: Diagnóstico 1	Alfanumérico	CID	Anexo F4					
V74	Internação 4: Diagnóstico 2	Alfanumérico	CID	Anexo F4					
V75	Internação 4: Diagnóstico 3	Alfanumérico	CID	Anexo F4					
7	Internação 4: Uso de medicação	Texto	Sim / Não						
V77	Internação 4: Serviço de diagnóstico por imagem	Texto	Sim / Não						
V78	Internação 4: Serviço de laboratório	Texto	Sim / Não						
V79	Internação 4: Centro de tratamento intensivo	Texto	Sim / Não						
V80	Internação 4: Data de saída	Data	dd/mm/aaaa						
V81	Internação 4: Motivo da saída	Categoria	Sigla	Alta	A	Óbito	O		

Observações: Quando não existia a informação foi usada a sigla SI (Sem informação)

Quando o quesito não admitia informação foi usada a sigla NA (Não se aplica)

ANEXO F1 - Grupos da variável procedência – V25, V40, V55, V70**Relação das casas especiais e dos presídios da Superintendência dos Serviços Penitenciários do Rio Grande do Sul - 2004****10. Casas Especiais**

- Casa do Albergado Feminino
- Casa do Albergado Padre Pio Buck
- Centro de Observação Criminológica
- Colônia Penal Agrícola
- Instituto Penal Escola Profissionalizante
- Instituto Penal de Mariante
- Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso
- Instituto Miguel Dario
- Patronato Lima Drummond
- Presídio Central de Porto Alegre
- Penitenciária de Alta Segurança de Charqueadas
- Penitenciária Estadual de Charqueadas
- Penitenciária Estadual do Jacuí
- Penitenciária Feminina Madre Pelletier
- Penitenciária Modulada Estadual de Charqueadas
- Penitenciária Modulada Estadual de Montenegro
- Núcleo de Segurança e Disciplina

11. 1ª Delegacia Penitenciária Regional (Sede: São Leopoldo)

Relação de presídios:

- Casa do Albergado Santos e Medeiros
- Instituto Penal de Canoas
- Presídio Estadual de Novo Hamburgo
- Presídio Estadual de Osório

- Presídio Estadual de São Francisco de Paula
- Presídio Estadual de São Leopoldo
- Presídio Estadual de Taquara
- Presídio Estadual de Torres
- Penitenciária Modulada Estadual de Osório

12. 2ª Delegacia Penitenciária Regional (Sede: Santa Maria)

Relação de presídios:

- Albergue Estadual de Santa Maria
- Presídio Estadual de Agudo
- Presídio Estadual de Cacequi
- Presídio Estadual de Jaguari
- Presídio Estadual de Julio de Castilhos
- Presídio Estadual de Cachoeira do Sul
- Presídio Estadual de Santiago
- Presídio Estadual de São Francisco de Assis
- Presídio Estadual de São Sepé
- Presídio Estadual de São Vicente do Sul
- Presídio Regional de Santa Maria
- Presídio Estadual de Cruz Alta

13. 3ª Delegacia Penitenciária Regional (Sede: Santo Ângelo)

Relação de presídios:

- Albergue Estadual de Ijuí
- Albergue Estadual de Santo Ângelo
- Presídio Estadual de Cerro Largo
- Presídio Estadual de Santa Rosa
- Presídio Estadual de Santo Cristo
- Presídio Estadual de São Borja

- Presídio Estadual de São Luiz Gonzaga
- Presídio Estadual de Três Passos
- Presídio Regional de Santo Ângelo
- Penitenciária Modulada Estadual de Ijuí

14. 4ª Delegacia Penitenciária Regional (Sede: Passo Fundo)

Relação de presídios:

- Presídio Estadual de Carazinho
- Presídio Estadual de Erechim
- Presídio Estadual de Espumoso
- Presídio Estadual de Frederico Westphalen
- Presídio Estadual de Getúlio Vargas
- Presídio Estadual de Iraí
- Presídio Estadual de Sarandi
- Presídio Estadual de Soledade
- Presídio Regional de Passo Fundo
- Presídio Estadual de Palmeira das Missões

15. 5ª Delegacia Penitenciária Regional (Sede: Pelotas)

Relação de presídios:

- Presídio Estadual Camaquã
- Presídio Estadual de Canguçu
- Presídio Estadual de Jaguarão
- Presídio Estadual de Rio Grande
- Presídio Estadual de Santa Vitória do Palmar
- Presídio Regional de Pelotas

16. 6ª Delegacia Penitenciária Regional (Sede: Santana do Livramento)

Relação de presídios:

- Albergue Estadual de Uruguaiana
- Presídio Estadual de Alegrete
- Presídio Estadual de Caçapava do Sul
- Presídio Estadual de Itaqui
- Presídio Estadual de Quarai
- Presídio Estadual de Rosário do Sul
- Presídio Estadual de São Gabriel
- Presídio Regional de Bagé
- Penitenciária Estadual de Santana do Livramento
- Penitenciária Modulada Estadual de Uruguaiana
- Presídio Estadual de Dom Pedrito
- Presídio Estadual de Lavras do Sul

17. 7ª Delegacia Penitenciária Regional (Sede: Caxias do Sul)

Relação de presídios:

- Presídio Estadual de Bento Gonçalves
- Presídio Estadual de Canela
- Presídio Estadual de Guaporé
- Presídio Estadual de Lagoa Vermelha
- Presídio Estadual de Nova Prata
- Presídio Estadual de Vacaria
- Penitenciária Industrial de Caxias do Sul

18. 8ª Delegacia Penitenciária Regional (Sede: Santa Cruz do Sul)

Relação de presídios:

- Presídio Estadual de Montenegro

- Presídio Estadual de Arroio do Meio
- Presídio Estadual de Candelária
- Presídio Estadual de Encantado
- Presídio Estadual de Encruzilhada do Sul
- Presídio Estadual Lajeado
- Presídio Estadual de Rio Pardo
- Presídio Estadual de São Jerônimo
- Presídio Estadual de Sobradinho
- Presídio Regional de Santa Cruz do Sul

19. Atendimento de urgência

ANEXO F2 - Grupos da variável local de internação – V26, V41, V56, V71**Relação de instituições de atendimento médico vinculadas à Superintendência dos Serviços Penitenciário do Rio Grande do Sul - 2004.**

10. Centro clínico Instituto Psiquiátrico Forense
11. Hospital Vila Nova
12. Hospital Nossa Senhora da Conceição
13. Outros

ANEXO F3 - Grupos da variável causa óbito - V37, V38, V39, V52, V53, V54, V67, V68, V69

Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão - 2003.

- A15. Tuberculose respiratória
- A41. Outras septicemias
- B17. Outras hepatites virais agudas
- B24. Doença pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) não especificada
- C34. Neoplasia maligna dos brônquios e dos pulmões
- D09. Carcinoma *in situ* de outras localizações e das não especificadas
- D62. Anemia aguda pós-hemorrágica
- G00. Meningite Bacteriana
- I10. Hipertensão essencial
- I50. Insuficiência cardíaca
- I64. Acidente vascular cerebral
- J18. Pneumonia por microorganismo não especificada (broncopneumonia)
- J43. Enfisema
- J96. Insuficiência respiratória
- K65. Peritonite
- K70. Doença alcoólica do fígado
- X93. Agressão por meio de disparo de arma de fogo de mão

ANEXO F4 - Grupos da variável diagnósticos - V28, V29, V30, V43, V44, V45, V58, V59, V60, V73, V74, V75

Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão, (2003).

- A15. Tuberculose respiratória
- A41. Outras septicemias
- B09. Lesões de pele
- B16. Hepatite aguda B
- B17. Outras hepatites virais agudas
- B24. Doença pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) não especificada
- C15. Neoplasia maligna do esôfago
- F32. Episódios depressivos
- G00. Meningite bacteriana
- H65. Otite média não-supurativa
- J01. Sinusite aguda
- J18. Pneumonia por microorganismo não especificada (broncopneumonia)
- J45. Asma
- J85. Abscesso do pulmão e do mediastino
- J96. Insuficiência respiratória
- K25. úlcera gástrica
- K40. Hérnia inguinal
- K65. Peritonite
- K70. Doença alcoólica do fígado
- K80. Colelitíase
- K85. Pancreatite aguda
- M19. Outras artroses
- N00. Síndrome nefrítica aguda
- X93. Agressão por meio de disparo de arma de fogo de mão

ANEXO F5 - Grupos da variável motivo da internação – V27a, V42a, V57a, V72a

Hipóteses diagnósticas de baixa hospitalar, a partir dos registros do conjunto de sintomas, apresentados pelos pacientes na avaliação médica - 2004. Elaborado pela pesquisadora.

10. Síndrome dolorosa e febril
11. Ferimento de arma de fogo
12. Síndrome digestiva
13. Síndrome respiratória
14. Síndrome infecciosa de pele
15. Síndrome pós-cirúrgica
16. Internação para cirurgia
17. Síndrome depressiva
18. Síndrome cardio-circulatória

ANEXO F6 - Grupos da variável enquadramento legal – V22, V23, V24**Elaborado com base no Código Penal. Obra coletiva de autoria da Editora Revista dos tribunais - 2002.**

Parte Especial (Título I, II, V, VI, IX, X, XI)

10. Dos crimes contra a pessoa
11. Dos crimes contra o patrimônio
12. Dos crimes contra o sentimento religioso e contra o respeito aos mortos
13. Dos crimes contra os costumes
14. Dos crimes contra a paz pública
15. Dos crimes contra a fé pública
16. Dos crimes contra a administração pública

Índice temático da legislação complementar

17. Contravenções penais
18. Armas e explosivos
19. Entorpecentes