

ASPECTOS GERAIS DE SAÚDE E MORTALIDADE NO CÁRCERE BRASILEIRO NO INÍCIO DO SÉCULO XX

TAMARA JURIATTI¹; BRUNO ROTTA ALMEIDA³

¹ Universidade Federal de Pelotas – tamara.juriatti@gmail.com
Bolsista CNPq

³ Universidade Federal de Pelotas – bruno.rotta@ufpel.edu.br

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho pretende abordar aspectos gerais acerca da saúde e mortalidade no cárcere brasileiro no início do século XX. A ideia é traçar um panorama de como a saúde e mortalidade eram tratados dentro das prisões no país, e como tais situações faziam parte de um contexto político, social e econômico nacional, ao mesmo tempo que possuíam uma idiossincrasia própria.

Para WITTER (2007, p. 20) o campo da História da Saúde pode ser entendido como um campo de pesquisa amplo e complexo, abarcando desde as práticas populares de cura até as políticas públicas, onde as enfermidades individuais e coletivas podem ser utilizadas para estudar a vida social, política e cultural dos agrupamentos humanos. A perspectiva apresentada por Witter destaca a amplitude da História da Saúde ao evidenciar como as doenças e curas além de fenômenos biológicos, são também expressões sociais, culturais e políticas. Já os estudos sobre mortalidade podem ser entendidos a partir de LAURENTI et. al (2008, p. 353) que explica que este fator pode ser usado como um indicador relevante da saúde coletiva, refletindo não apenas a ocorrência de óbitos, mas também as condições socioeconômicas, ambientais e de vida da população.

Desse modo, ao reconhecer a saúde e mortalidade como fenômenos que transcende a dimensão biológica e se articula profundamente com a organização social, é possível compreender que o estudo das práticas de saúde e das enfermidades e óbitos se torna uma via para analisar estruturas e dinâmicas históricas específicas, que no presente estudo dizem respeito ao tratamento dispensado a uma categoria social marginalizada: as pessoas privadas de liberdade.

FOUCAULT (2014) via a prisão contemporânea não só como um local que servia para a privação de liberdade, mas que ao mesmo tempo é pensada como um local para o isolamento do sujeito, no sentido de isolamento do mundo exterior, mas também em alguns projetos (e no contexto desta pesquisa isso se aplica, pelo menos em teoria, devido a superlotação que já se avistava nas prisões) o isolamento dos detentos em relação ao restante dos presos, onde o silêncio e a disciplina eram muito valorizados como instrumento de reforma. Além disso como um local de trabalho que transforma o prisioneiro violento em uma peça que desempenha um papel sistêmico, lhe dando instrumentos para refletir sobre a importância do trabalho. Além disso a prisão é entendida como um instrumento de modulação da pena, ela passa a ser usada para ajustar, prolongar ou flexibilizar o castigo, não apenas como retribuição pelo crime, mas como forma de intervir na conduta do indivíduo, com base em avaliações morais, médicas e psicológicas. Segundo este autor a prisão também é o local onde o guarda tem uma independência carcerária, onde ele possui não só independência administrativa, como também soberania punitiva.

2. METODOLOGIA

Este estudo é uma revisão ampla da bibliografia encontrada sobre o tema. Para a sua realização foram buscados livros, dissertações, teses e artigos que tratam sobre a temática da prisão no período estudado. Não foram encontrados materiais que versassem especificamente sobre o tema, mas através da leitura e fichamento da bibliografia sobre as prisões produzidas nos últimos vinte anos foi possível traçar um quadro geral do problema. Ao ser realizada uma análise dos materiais encontrados é possível perceber que por mais que o recorte espacial das pesquisas seja o Brasil como um todo, o eixo de análise está nos estados do Rio de Janeiro (então capital da República) e São Paulo (eixo econômico e onde existia uma Casa de Correção vista pelos criminalistas positivistas do período com um modelo a ser seguido), sendo mencionadas prisões de outros estados, mas sem um grande foco analítico.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo ALVES (2011, p. 39) com a proclamação da República, a saúde pública passou por um processo de completa descentralização. A Constituição de 1891 estabeleceu os limites legais da atuação da União nesse campo, garantindo a autonomia dos estados e municípios. Ao governo federal restava a execução de algumas ações de saúde no Distrito Federal e a vigilância sanitária dos portos. As ações dos governos se voltavam principalmente ao isolamento de pessoas com doenças transmissíveis e a higienização das vias públicas. Apesar de um contexto nacional, que sem dúvidas exercia influência nas políticas públicas estaduais, em cada estado elas se formaram com idiossincrasias.

HOCHMAN (2005, p. 129) aponta que a partir de 1930 o novo regime político que se consolidou no Brasil passou a incorporar como elementos centrais de seu discurso e de suas ações públicas temas como a modernização, o desenvolvimento, o nacionalismo, o antiliberalismo, a centralização política e administrativa, o controle político e a ampliação da proteção social. Na área da saúde as mudanças foram sentidas já no ano de instauração do novo governo, quando é criado o Ministério da Educação e Saúde Pública (ALVES, 2011, p. 129). A criação desse ministério indica uma preocupação maior do governo no que diz respeito à centralização de políticas públicas em saúde, que na República Velha, ficavam muito a cargo dos estados.

Ações de assistência médica começaram a ser implementadas de maneira mais sistemática a partir deste período. Estas mudanças nas concepções e ações referentes a saúde pública também impactaram as instituições prisionais. Com a tipificação dos criminosos foi estipulada a criação de sanatórios e manicômios judiciários, para o isolamento de sujeitos com doenças transmissíveis e mentais. Além disso a medicina se aproxima das prisões através da eugenia e do higienismo, sendo o sujeito criminoso um doente que precisa ser tratado através de hábitos de higiene, silêncio e trabalho.

Segundo ANGOTTI (2018, p. 92) a ascensão do positivismo científico, com sua crença na objetividade, na observação e no determinismo biológico, influenciou diretamente a forma como o crime passou a ser compreendido. Nesse cenário, o criminoso passou a ser visto não apenas como alguém que cometia um delito, mas como um portador de uma anomalia (física, mental ou moral) passível de diagnóstico e tratamento. O crime foi medicalizado, passou a ser considerado um sintoma de uma patologia subjacente, muitas vezes associada à degenerescência hereditária ou à insanidade mental. Nesse sentido, a prisão se transformou em um

espaço terapêutico, onde o delinquente deveria ser estudado, classificado e, se possível, "curado".

Conforme PESAVENTO (2009, p. 56), consolidava-se o papel do médico legista ou antropologista na resolução dos problemas criminais na sociedade moderna. A intervenção no âmbito social passava a ser legitimada, cabendo ao Estado a responsabilidade pela profilaxia da criminalidade e afirmando-se a supremacia da ciência em uma época marcada pelo ideal de progresso. A questão social era, assim, racionalizada, e medidas preventivas de diversas naturezas (técnicas, higiênicas, morais e estéticas) eram justificadas como parte do processo de saneamento da cidade. Acreditava-se que os indivíduos considerados perigosos poderiam ser reintegrados à sociedade, desde que submetidos a controle, vigilância e disciplina. A violência, nesse contexto, seria evitável, o crime punível e o delinquente passível de regeneração ou de contenção de suas tendências.

Influenciado por este contexto afloram diversos exemplos de políticas estatais visando a tipificação do criminoso. Na virada do século XIX para o XX, o doutor Sebastião Leão, estudado por PESAVENTO (2009) propôs ao governo do estado do Rio Grande do Sul a instalação de um Laboratório de Antropologia Criminal na Casa de Correção da cidade, que aliado a um Laboratório Fotográfico, realizou pesquisas com a população carcerária.

Mas enquanto a criminologia discutia formas de “cura” para o crime e fazia estudos com a população presa, como era o cotidiano dentro das prisões? Como as pessoas eram afetadas pelas doenças do período? Elas tinham acesso à práticas de cura no interior das prisões? Para PEDROSO (2003, p. 156), a superlotação, a presença de doenças, a lentidão no tratamento dos detentos e a escassez de verbas e medicamentos se somavam a diversos outros problemas. O que comprometia tanto a busca profilaxia social quanto a saúde física dos presos. Esses fatores contribuíam para o distanciamento entre a prática real e os modelos utópicos idealizados para as penitenciárias.

Segundo ANGOTTI (2018, p. 59) os cárceres nacionais eram masmorras insalubres, onde a violência, a fome e as doenças conviviam, cotidianamente, com os condenados e com os guardas. De acordo com PEDROSO (2003, p. 154–155), as dificuldades causadas pela má gestão dos cárceres impactavam diretamente o atendimento médico e sanitário oferecido aos detentos, especialmente após 1930, quando a superlotação das celas com a Ditadura Vargas se agravou. Os casos de tuberculose entre os presos aumentavam diariamente nas masmorras úmidas das prisões. Dessa forma, os presídios revelavam-se inadequados para acomodar detentos com qualquer tipo de enfermidade.

CANCELLI (1993, p. 195) argumenta que os agentes prisionais agiam ativamente para o contágio das pessoas privadas de liberdade. Utilizando os relatos de Agildo Barata que dizia que na Casa de Correção do Rio de Janeiro os presos eram depositados em celas com contaminados para que contraíssem tuberculose. Ela argumenta que era uma prática policial dispor os presos às doenças contagiosas.

Durante o governo Vargas, a precariedade no sistema prisional demonstrava que não havia qualquer diferenciação no tratamento dos detentos, independentemente de sua posição social ou do tipo de crime cometido. Tanto presos comuns quanto presos políticos sofriam com a negligência e a ausência de cuidados básicos de saúde. CANCELLI (1993, p. 186) mostra que os próprios presos políticos da sessão militar expressavam insatisfação com a falta de assistência e questionavam o Ministro da Justiça sobre a aplicação de verbas destinadas àquela prisão. Essa negligência não se limitava aos detentos mais

pobres. De acordo com PEDROSO (2003, p. 157), até mesmo figuras de destaque, como o ex-governador da capital, Pedro Ernesto, enfrentavam condições extremamente precárias de saúde no sistema prisional. Internado no Hospital Militar, sua recuperação ficou comprometida pela falta de equipamentos adequados, evidenciando que nem mesmo os presos de maior prestígio recebiam o tratamento necessário.

4. CONCLUSÕES

A análise da saúde e mortalidade no sistema prisional revela uma trajetória histórica marcada pela medicalização do crime e pela aplicação de discursos científicos, como o positivismo, a eugenia e o higienismo, que visavam classificar e controlar o indivíduo criminoso. A realidade intramuros contrastava drasticamente com as propostas teóricas, expondo um cenário de insalubridade, superlotação e negligência. As prisões, longe de serem espaços de tratamento ou regeneração, tornaram-se ambientes propícios à proliferação de doenças e à alta mortalidade, onde a assistência médica era frequentemente negada e, em casos extremos, a contaminação era uma prática deliberada. Essa conjuntura, que afetava indistintamente presos comuns e políticos, evidencia a profunda desumanização e a falha sistêmica em garantir condições mínimas de saúde e dignidade, transformando o encarceramento em uma forma de deterioração física e moral progressiva.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANGOTTI, B. **Entre as leis da ciência, do estado e de Deus: o surgimento dos presídios femininos no Brasil**. Ed. San Miguel de Tucumán: Universidad Nacional de Tucumán. Instituto de Investigaciones Históricas Leoni Pinto, 2018.
- ALVES, G. W. **Políticas de saúde pública no Rio Grande do Sul: continuidades e transformações na Era Vargas (1928/1945)**. 2011. Dissertação (Mestrado em História)— Programa de Pós-Graduação Em História, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande Do Sul.
- CANCELLI, E. **O mundo da violência: a polícia na Era Vargas**. Brasília, DF: Editora Universidade de Brasília, 1993.
- FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes, 2014.
- HOCHMAN, G. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). **Educar em Revista**, p. 127–141, jun. 2005.
- LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. de M.; GOTLIEB, S. L. D. Mortalidade segundo causas: considerações sobre a fidedignidade dos dados. **Rev Panam Salud Publica**, v. 23, n. 5, p. 349–356, maio 2008.
- PEDROSO, R. C. **Os signos da opressão: história e violência nas prisões brasileiras**. São Paulo: Arquivo do Estado; Imprensa oficial do Estado, 2003.
- PESAVENTO, S. J. **Visões do cárcere**. Porto Alegre: Zouk, 2009.
- WITTER, N. A. **Males e Epidemias: Sofredores, governantes e curadores no sul do Brasil (Rio Grande do Sul, século XIX)**. Tese (Doutorado em História)— Programa de Pós-Graduação Em História, Universidade Federal Fluminense, 2007.