

OFÍCIO N.º 010/2021/NUDEM/DPPR

Curitiba, 25 de janeiro de 2021

Ao Ilustríssimo Diretor do Complexo Médico Penal do Paraná, Bruno Henrique Lopes

E-mail: cmp@depen.pr.gov.br

Ao Ilustríssimo Diretor Geral do Departamento Penitenciário do Paraná, Francisco Alberto Caricati

E-mail: depen@depen.pr.gov.br

Ao Excelentíssimo Secretário de Estado da Saúde do Paraná, Carlos Alberto Gebrim Preto

E-mail: gabinete@sesa.pr.gov.br

Ao Ilustríssimo Diretor da 2.^a Regional de Saúde do Paraná, José Dalmi Dissenha

E-mail: jose.dissenha@sesa.pr.gov.br

À Excelentíssima Secretária Municipal de Saúde de Pinhais, Adriane da Silva Jorge Carvalho

E-mail: saude@pinhais.pr.gov.br

Assunto: Recomendação sobre o direito à saúde das mulheres gestantes privadas de liberdade no Complexo Médico Penal do Paraná

RECOMENDAÇÃO CONJUNTA N.º 01/2021 – NÚCLEO DE PROMOÇÃO E DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER (NUDEM) E SETOR DE EXECUÇÃO PENAL DE CURITIBA - DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO PARANÁ

A DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO PARANÁ, por meio do **NÚCLEO DE PROMOÇÃO E DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER - NUDEM**, por sua coordenadora infra-assinada, e por meio do **SETOR DE EXECUÇÃO PENAL DE CURITIBA**, por meio de sua coordenadora infra-assinada, no exercício de suas atribuições institucionais de promoção da tutela dos direitos das mulheres paranaenses, com fulcro no art. 4.º, incisos II, VII, VIII, X e XI, todos da Lei Complementar n. 80/94 e

CONSIDERANDO que a Defensoria Pública é *instituição essencial à função jurisdicional* do Estado, incumbindo-lhe, como *expressão e instrumento do regime democrático, a orientação, a promoção dos direitos humanos e a defesa, em todos os graus, dos direitos coletivos* das pessoas *necessitadas*, por meio da adoção de *quaisquer espécies de medidas, judiciais ou extrajudiciais*, notadamente em prol de *grupos que mereçam especial proteção* do Estado em decorrência de sua *vulnerabilidade* econômica, jurídica, social ou organizacional, na forma dos art. 5.º, LXXIV e 134 da Constituição da República, 1.º e 4.º, II, III, VII, VIII, X e XI e § 5.º da Lei Complementar 80/1994, art. 1.º, 4.º, I, II, III, VII, VIII, XI, §1º e §3º da Lei Complementar Estadual n.º 136/2011, e art. 1.º, IV, 5º, II e 21 da Lei n.º 7.347/1985;

CONSIDERANDO que à Defensoria Pública compete promover, prioritariamente, a *solução harmoniosa e pacífica* dos litígios por meio de *técnicas de composição e administração de conflitos*, conforme se extrai dos art. 4.º, II e § 4.º da

Lei Complementar n.º 80/1994 e art. 4º, II da Lei Complementar Estadual n.º 136/2011, bem como do art. 3º, §3º, do Código de Processo Civil;

CONSIDERANDO que as *funções institucionais* da Defensoria Pública são exercidas *contra as Pessoas Jurídicas de Direito Público, inclusive*, consoante o § 2º do art. 4º da Lei Complementar n.º 80/94 e art. 4º, §1º da Lei Complementar Estadual n.º 136/2011;

CONSIDERANDO que, segundo os artigos 1º e art. 3º, incisos I e IV da Constituição Federal de 1988, constituem fundamentos e objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil, a “dignidade da pessoa humana” (art. 1º, inc. III), e a construção de “uma sociedade livre, justa e solidária” (art. 3º, inc. I), livre de “preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação” (art. 3º, inc. IV);

CONSIDERANDO que conforme o artigo 196, da Constituição Federal: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que vise à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”;

CONSIDERANDO que conforme o artigo 227, da Constituição Federal, “É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.” (Redação dada Pela Emenda Constitucional nº 65, de 2010);

CONSIDERANDO que a Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra as mulheres (CEDAW), aprovado em 1979 e ratificado pelo Brasil, elucida em seu artigo 12:“1. Os Estados-parte adotarão todas as medidas apropriadas para eliminar a discriminação contra a mulher na esfera dos cuidados médicos a fim de assegurar, em condições de igualdade entre homens e mulheres, o acesso a serviços médicos, inclusive os referentes ao planejamento familiar”;

CONSIDERANDO que o Brasil é signatário da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher - "Convenção de Belém do Pará" – a qual, em seu artigo 1, estabelece que “Para os efeitos desta Convenção, deve-se entender por violência contra a mulher qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado”;

CONSIDERANDO que a supracitada convenção elenca que entender-se-á que a violência perpetrada contra a mulher inclui violência física, sexual e psicológica, não apenas aquela cometida no âmbito doméstico, familiar, interpessoal ou nas relações íntimas de afeto, mas também a “que tenha ocorrido na comunidade e seja perpetrada por qualquer pessoa e que compreende, entre outros, violação, abuso sexual, tortura, maus tratos de pessoas, tráfico de mulheres, prostituição forçada, sequestro e assédio sexual no lugar de trabalho, bem como em instituições educacionais, **estabelecimentos de saúde** ou qualquer outro lugar, e também aquela “que seja **perpetrada ou tolerada pelo Estado ou seus agentes**, onde quer que ocorra”.

CONSIDERANDO que a Conferência Internacional sobre população e desenvolvimento (Conferência do Cairo), da qual o Brasil fez parte, em seu Princípio 4, dispõe que: “O progresso na igualdade e equidade dos sexos, a emancipação da

mulher, a eliminação de toda espécie de violência contra ela e a garantia de poder ela própria controlar sua fecundidade são pedras fundamentais de programas relacionados com população e desenvolvimento. Os direitos humanos da mulher e da menina são parte inalienável, integral e indivisível dos direitos humanos universais. A plena e igual participação da mulher na vida civil, cultural, econômica, política e social, nos âmbitos nacional, regional e internacional, e a erradicação de todas as formas de discriminação com base no sexo são objetivos prioritários da comunidade internacional”.

CONSIDERANDO que a Convenção Sobre Direitos da Criança foi adotada pela Assembleia Geral da ONU em 20 de novembro de 1989, entrando em vigor em 2 de setembro de 1990, sendo que o Brasil ratificou a Convenção sobre os Direitos da Criança em 24 de setembro de 1990, tornando-se signatário e comprometendo-se a, conforme dispõe o artigo 24 reconhecer “o direito da criança de gozar do melhor padrão possível de saúde e dos serviços destinados ao tratamento das doenças e à recuperação da saúde”. Também os “Os Estados Partes devem envidar esforços para assegurar que nenhuma criança seja privada de seu direito de usufruir desses serviços de cuidados de saúde.” e “(...) devem garantir a plena aplicação desse direito e, em especial, devem adotar as medidas apropriadas para: (...) reduzir a mortalidade infantil; e (...) desenvolver assistência médica preventiva, orientação aos pais e educação e serviços de planejamento familiar”.

CONSIDERANDO que a Lei nº. 8069/90 (Estatuto da Criança e do Adolescente) consagrou, nos artigos 1º ao 6º, o princípio da prioridade absoluta e da proteção integral às crianças e adolescentes, bem como considerou-os sujeitos de direitos, em todas as políticas públicas, inclusive na área da saúde, sendo que em seu artigo 18 vetou qualquer tratamento vexatório, degradante ou desumano a crianças e adolescentes;

CONSIDERANDO que a promoção da saúde e a prevenção de agravos em saúde junto à população prisional feminina é uma das diretrizes da POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER – PNAISM.

CONSIDERANDO que mulheres privadas de liberdade apresentam maiores índices de vulnerabilidade referentes à escolaridade, raça/etnia, gênero, condições de saúde, renda, acesso a políticas de planejamento familiar e a serviços públicos e outros;

CONSIDERANDO que a Linha Guia do programa Mãe Paranaense instituiu uma Estratificação de Risco enfrentado pela gestante, resultado de estudos dos nascimentos e da mortalidade materna e infantil no estado no período de 2006 a 2010, e que, a partir dessa análise, foram identificadas as principais causas de óbitos e fatores de risco para a mortalidade materna e infantil, os quais podem ser resumidos em:

Risco Habitual: Gestantes que não apresentam fatores de risco individual, sociodemográficos, de história reprodutiva anterior, de doença ou agravo.

Risco Intermediário: Gestantes que apresentam fatores de riscos relacionados às características individuais (raça, etnia e idade), sociodemográficas (escolaridade) e de história reprodutiva anterior, relacionados a seguir:

Raça e/ou etnia da mãe: no período de 2006 a 2010, a mortalidade infantil de mães negras e indígenas foi de 25,17 óbitos por mil nascidos vivos enquanto nas mães brancas foi de 12,35 óbitos por mil nascidos vivos, representando um risco relativo de morte de 2,03 vezes maior para negros e indígenas quando comparado ao risco das mães brancas.

Idade da mãe: no período de 2006 a 2010, a mortalidade infantil para crianças cujas mães tinham idade abaixo de 20 anos e maior de 40 anos foi de 20,75, enquanto para o grupo entre 20 a 40 anos foi 10,52,

representando um risco relativo de 1,97 vezes maior para menores de 20 anos e acima de 40 anos.

Grau de escolaridade da mãe: no período de 2006 a 2010, a mortalidade infantil para crianças cujas mães eram analfabetas ou tinham menos de 3 anos de estudo foi de 22,64 óbitos por mil nascidos vivos enquanto que nas mães com mais de 12 anos de estudo foi de 9,05 óbitos por mil nascidos vivos, representando um risco relativo de morte de 2,5 vezes maior para filhos com mães de baixa escolaridade.

Mães com pelo menos um filho morto em gestação anterior: no período de 2006 a 2010, a mortalidade infantil para crianças cujas mães tinham pelo menos um filho anterior morto foi de 26,25 enquanto que naquelas que não tiveram nenhum filho morto foi de 11,91 óbitos por mil nascidos vivos, representando um risco relativo para as mães que tiveram filhos mortos de 2,2 vezes maior para aquelas que não tiveram filho morto.

Mães que tiveram pelo menos 3 filhos vivos em gestações anteriores: no período de 2006 a 2010, a mortalidade infantil para crianças cujas mães tinham mais de 3 filhos vivos foi de 29,61 enquanto que naquelas que tiveram menos de 3 filhos vivos foi de 12,59 óbitos por mil nascidos vivos, representando um risco relativo para as mães que tiveram mais de 3 filhos vivos de 2,3 vezes maior em relação às mulheres com menos de 3 filhos.

Alto risco: Gestantes que apresentam fatores de riscos relacionados a seguir:

Condição clínica pré-existente: Hipertensão arterial; Dependência de drogas lícitas e ilícitas; Cardiopatias; Pneumopatias; Nefropatias; Endocrinopatias (principalmente diabetes e tireoidopatias); Hemopatias; Epilepsia; Doenças infecciosas (considerar a situação epidemiológica local); Doenças autoimunes; Ginecopatias; Neoplasias; Obesidade mórbida; Cirurgia bariátrica; Psicose e depressão grave.

Intercorrências clínicas: Doenças infectocontagiosas vividas durante a gestação atual (infecção de repetição do trato urinário, doenças do trato respiratório, rubéola, toxoplasmose, etc.); Doença hipertensiva específica da gestação, na gestação atual; Doenças clínicas diagnosticadas pela primeira vez na gestação (cardiopatias, endocrinopatias); Retardo do crescimento intrauterino; Trabalho de parto prematuro; Placenta prévia; Amniorrexe prematura (abaixo de 37 semanas); Sangramento de origem uterina;

Isoimunização Rh (Rh negativo); Má-formação fetal confirmada;
Macrossomia do concepto com patologias

CONSIDERANDO que a referida Linha Guia do Programa Mãe Paranaense prevê, no Fluxo da Gestante na Atenção Primária, resumidamente: o cadastramento da gestante no canal SISPRENATAL WEB; o **preenchimento da carteira de gestante, calendário de vacinas e orientações e a solicitação de exames de rotina**; a vinculação da gestante ao serviço hospitalar de referência da Unidade/Município, ou de acordo com a Estratificação de Risco Gestacional; **a realização de 7 consultas durante a gravidez, sendo 6 de pré-natal e uma no puerpério**; a relação de procedimentos que devem ser realizados na Unidade de Atenção Primária e a relação de exames que devem ser solicitados;

CONSIDERANDO que a resposta do Complexo Médico Penal ao Ofício nº 91/2020/NUDEM/NUPEP/DPPR demonstra a precariedade do atendimento às gestantes atualmente recolhidas no CMP, informando que não é realizado atendimento às gestantes na Unidade de Atenção Primária de Pinhais; que não há referência do Centro Mãe Paranaense às gestantes do CMP; **que não há ginecologista ou obstetra no Sistema e que as consultas de pré-natal e exames laboratoriais são realizados no próprio Complexo Médico Penal, em desconformidade com o fluxo estabelecido na Linha Guia do Programa Mãe Paranaense**;

CONSIDERANDO que a resposta ao Ofício nº 91/2020/NUDEM/NUPEP/DPPR informa também que, ainda que não se tenha notícias de mortalidade de mães ou recém-nascidos nas dependências do CMP, existem casos de bebês nascidos prematuros e de abortos espontâneos, e explica que **“estas gestantes chegam ao Sistema Penitenciário sem nenhum acompanhamento.”**

CONSIDERANDO que o fluxo de atendimento atual determina que, na entrada no CMP, a apenada deve passar por um período de triagem em cela separada das demais internas;

CONSIDERANDO que, diante da pandemia de Covid-19, mulheres gestantes, lactantes e crianças de até 5 anos são considerados pelo Ministério da Saúde como pertencentes ao grupo de risco da doença¹;

CONSIDERANDO a alta rotatividade do número de gestantes recolhidas no CMP, implicando em interrupções no fluxo de atendimento pré-natal após a prisão/transferência para o CMP;

CONSIDERANDO a falta de informações sobre o número de internas e o estado de saúde das gestantes do CMP, dificultando a atuação desta Defensoria Pública e de outros órgãos interessados nesses casos;

EXPEDE-SE a presente RECOMENDAÇÃO sobre a atenção integral à saúde de mulheres gestantes presas. RECOMENDA-SE que os órgãos responsáveis:

- a) **Elaborem protocolo de atendimento às gestantes que garanta, no mínimo:**
 - a.1) **as 6 consultas de pré-natal, conforme determina a Linha Guia do Programa Mãe Paranaense, buscando informações junto à Unidade de origem e à própria gestante acerca de consultas realizadas anteriormente à entrada no CMP;**

¹ Disponível em: <https://bit.ly/2VBArbn>. Acesso em 20/11/2020.

- a.2) os três exames de ultrassom (um por trimestre de gestação), conforme determina a Linha Guia do Programa Mãe Paranaense;
- a.3) acesso às medicações, suplementos vitamínicos e nutrição adequados, conforme cada gestação, de forma individualizada;
- b) Elaborem uma base de dados acessível com atualizações acerca da evolução da gestação das apenadas, das consultas e exames realizados no pré-natal, bem como da entrada e saída de gestantes da Unidade;
- c) Busquem, junto à Regional de Saúde responsável, criar um protocolo de acompanhamento com ginecologista/obstetra dentro do CMP;
- d) Elaborem protocolo que permita, já na entrada da gestante no CMP, determinar o grau de risco da gestação, a fim de tomar as medidas necessárias durante o período de pré-natal e puerpério;

Por fim, colocamo-nos à disposição para sanar eventuais dúvidas acerca da presente RECOMENDAÇÃO, consignando que sempre objetivamos contribuir com os anseios dos Poderes Públicos e instituições em geral, mantendo a disposição para participar de debates em busca de melhorias que atendam o interesse e a defesa da população paranaense e, na certeza de que serão tomadas medidas imediatas para atendimento da presente recomendação, aguarda-se, **no prazo de 15 (quinze) dias**, resposta sobre quais as providências foram tomadas quanto ao objeto da presente recomendação, indicando as possibilidades de atendimento aos prazos, sendo que, em caso de não atendimento, sejam apresentadas as justificativas pertinentes.

Atenciosamente,

LÍVIA MARTINS SALOMÃO BRODBECK E SILVA

Defensora Pública e Coordenadora do NUDEM

ANDREZA LIMA DE MENEZES

Defensora Pública Titular da 14^a Defensoria Pública de Curitiba