

O trabalho em saúde nas prisões: produção de sujeitos e territórios

Health work in prisons: the production of subjects and territories

Luciana Oliveira de Jesus*¹ & Helena Beatriz Kochenberger

Scarparo**

*Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil

**Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil

Resumo

Na interlocução entre saúde e sistema penal é possível se deparar com dilemas que acarretam na separação entre o “dentro” e o “fora” das prisões e provocam transformações nesses territórios. O objetivo do artigo é compreender como se constroem processos de trabalho e concepções de sujeitos nas prisões, de acordo com profissionais que trabalham em unidades de saúde prisional. Foram realizadas entrevistas narrativas com trabalhadores de saúde do Rio Grande do Sul e a análise baseia-se na perspectiva de Schütze. Resultados apontam que as equipes de saúde buscavam se conectar com a rede de atenção situada fora das prisões e encontravam obstáculos pelas regras estabelecidas nesses locais. Eles consideravam, também, relevante os sujeitos encarcerados terem acesso a serviços de saúde.

Palavras-Chave: Profissionais da saúde; Prisões; Território.

Abstract

In the dialogue between health and the penal system it is possible to note a range of dilemmas that separate the “inside” from the “outside” of prisons and that lead to transformations in the relationships established in these territories (spaces). This article is aimed at understanding how work processes are constructed, along with concepts of subjects in prison, based on the experience of health professionals in the penitentiary health systems. Narrative interviews were held with professionals from Rio Grande do Sul State and the analyses are based on the Schütze perspective. The results suggest that health teams sought to connect with the network of health care, which is situated outside of the prisons. However, they faced obstacles in relation to security operations and established local regulations. They also considered as important that incarcerated subjects are provided with access to health services.

Keywords: Health professionals, Prisons, Territory.

¹ Contato: lojesus_se@yahoo.com.br

O termo território, originalmente formado pela junção de duas palavras latinas *terri* (terra) e *torium* (pertencente a), foi empregado para denominar as terras sob jurisdição das cidades antigas e, no mundo moderno, para denominar as terras dos reinos, uma porção delimitada da superfície terrestre (Haesbaert, 2012). Essa compreensão é intensamente disseminada e associa o território ao espaço delimitado e controlado por relações de poder, geralmente, o poder do Estado e apresenta uma noção de território na qual se enfatiza a sua dimensão política.

Outras perspectivas apontam que viver no território também pode ser visto como produto da apropriação e valorização simbólica de grupos sociais que preservam seus laços culturais. Nesse sentido, o território é o que é mais próximo de nós e nos liga ao mundo, o que reforça uma dimensão territorial simbólica, produzida nas interações subjetivas dos sujeitos que compartilham suas experiências sociais (Monken & Barcellos, 2005). Pode ser definido como construção social afetado pela dinâmica de identidade construída historicamente a partir do território, ou seja, o território possui uma relação recíproca com as pessoas que o formam, enquanto ele sofre e age sobre as relações nele contidas (Zambrano, 2001).

Diante dos diversos aspectos sobre território, Haesbaert (2012) afirma que o território pode ser concebido a partir da imbricação de múltiplas relações de poder, desde o poder mais material das relações

econômico-políticas ao poder mais simbólico de ordem especificamente mais cultural. Parte-se de uma visão integrativa e relacional, e implica “um afastamento de uma leitura simplista de espaço como enraizamento, estabilidade, delimitação e/ou fronteira” (Haesbaert, 2012, p.82).

Neste panorama, o termo território é considerado polissêmico e interdisciplinar, conceito central em disciplinas como a Geografia, por dizer respeito às especificidades da espacialidade humana (Haesbaert, 2012). Há uma tradição em diversas disciplinas em usar o conceito de território, cada uma centrada em uma determinada perspectiva:

Enquanto o geógrafo tende a enfatizar a materialidade do território, em suas múltiplas dimensões, a Ciência Política enfatiza sua construção a partir das relações de poder (na maioria das vezes, ligadas à concepção de Estado); a Economia, que prefere a noção de espaço à de território, percebe-o muitas vezes como um fato locacional ou como uma das bases da produção (enquanto “força produtiva”); a Antropologia destaca sua dimensão simbólica, principalmente no estudo das sociedades ditas tradicionais; a Sociologia o enfoca a partir de sua intervenção nas relações sociais, em sentido amplo, e a Psicologia, finalmente, incorpora-o no debate sobre a construção da subjetividade ou da identidade pessoal, ampliando-o até a escala do indivíduo (Haesbaert, 2012, p. 37).

Como é sinalizado no trecho acima, a Psicologia também passa a utilizar a noção de território, em especial, em estudos no campo das políticas públicas de saúde (Mizzono et al., 2012; Macedo & Dimenstein, 2009; Ramos & Pio, 2010). Na inserção na saúde pública, por exemplo, são lançadas propostas de atuação psi que se afastam do modelo centrado no indivíduo e que incorporam a dimensão social no processo do adoecimento (Spink, 2003, p.43). E é no território, com todas as suas particularidades, que se visualizam as possíveis construções subjetivas, tanto no que se refere ao processo saúde-doença quanto às possibilidades e às ações terapêuticas (Ramos & Pio, 2010).

Nas práticas cotidianas são gerados conceitos e definições que não são universais, mas funcionais a uma determinada forma de entender a própria vida, sendo úteis para operar a vida cotidiana em um dado espaço. Entretanto, podem conflitivas, pois se chocam com outros conceitos, teorias, formas de classificação científica provenientes de momentos históricos ou culturais diferentes dos nossos (Iñiguez, 2002, p. 129).

No campo da saúde, diversas são as noções de sujeito e de cuidado que vão se configurar a partir dos seus diversos campos de atuação. E quando estes locais em que se pretende produzir saúde e organizar processos de trabalho são as prisões, quais as mudanças produzidas

sobre tais territórios? Quais as conexões possíveis entre as ações de saúde realizadas dentro das prisões e a rede de atenção do lado de “fora”? Como se definem os sujeitos que são assistidos pelos serviços de saúde?

A atuação dentro do sistema prisional, como profissional de saúde, vai provocar repercussões sobre sentidos partilhados do cuidado que é possível fazer dentro desses locais, como também acaba por transformar o funcionamento e rotinas do próprio contexto prisional. Parte-se do princípio de que os sujeitos, ao tomarem consciência do espaço em que se inserem e ao se apropriarem desse espaço, o constroem e, de alguma forma, passam a ser construídos pelo território (Heasbaert & Limonad, 2007).

A saúde nas prisões passa ser assunto abordado no âmbito das políticas públicas de saúde e no âmbito das instituições prisionais a partir da implantação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), lançado em 2003. Estão previstas ações de promoção da saúde e de atenção no nível básico relativas à saúde bucal, saúde da mulher, doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, saúde mental, hepatites, tuberculose, hipertensão, diabetes, hanseníase, bem como a assistência farmacêutica básica, imunizações e coleta de exames laboratoriais, com o propósito de contribuir para o controle e ou redução dos agravos mais frequentes à saúde da população penitenciária brasileira (Portaria

n.1777, 2003).

Mais recentemente, em 2014, a proposta lançada é a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) com o objetivo de garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no SUS (Portaria n. 1, 2014). A PNAISP propõe que a Equipe de Saúde Prisional integre a rede de ações e serviços de saúde do município no qual se encontra o estabelecimento prisional, com o propósito de garantir o cuidado integral das pessoas encarceradas a partir de ações de saúde previstas no âmbito da atenção básica. Neste sentido, a saúde nas prisões vai se construir, também, a partir da interlocução com a rede de atenção que se encontra do lado de fora dos territórios prisionais.

A partir da proposta de ampliação de políticas de saúde ao cárcere, os discursos sobre saúde e cuidado passam a circular cada vez mais nos espaços prisionais. No entanto, trata-se de um contexto marcado por estar sob o controle da Segurança Pública, com regras rígidas e que propõe a iminente perda da autonomia das pessoas que estão presas. As prisões, pode-se dizer, fazem parte de um sistema seletivo e segregacionista de gestão dos conflitos, que é usualmente designado por jurídico-penal (Sá & Silva, 2009). Tem sido marcado como lugar em que se presencia uma série de violações de direito e nem sempre quem o ocupa é visto como

cidadão. O desrespeito à cidadania dos presos se relaciona com a permanência da tortura em muitas unidades prisionais, superpopulação carcerária, autoritarismo, ausência de projetos educativos e esportivos, e o desrespeito aos direitos humanos, à Constituição de 1988 e à Lei de Execução Penal (Barros & Jordão, 2004).

Produzir transformações nos modos de produzir saúde nas instituições penais acarreta pensar a relação entre o dentro/fora das prisões e o posicionamento dos diversos atores sociais que compõem esse contexto e as tensões que ele abriga. Torna-se, então, relevante, compreender as concepções de sujeitos presentes nos discursos de profissionais de saúde inseridos nos estabelecimentos prisionais e os desafios de conectar os territórios produzidos nas prisões com a rede de relações e instituições que se encontram do “lado de fora”.

Novas maneiras de pensar o espaço prisional são trazidas pelas vivências dos trabalhadores de saúde e que vão repercutir em discussões sobre novas possibilidades de compreender quem são os sujeitos que vivem nas prisões e como podem se estabelecer suas práticas no campo da saúde. Os territórios vão se construir diante dos diversos modos de vida e de relações, em muitos casos, partindo de uma perspectiva desigual e conflituosa, conforme se dá a dinâmica da nossa sociedade atual.

Haesbaert (2012) traz o conceito de “aglomerados humanos de exclusão” (p. 313) para traduzir a dimensão espacial dos processos mais extremos de exclusão social, porque ele parece expressar bem a condição de desterritorialização, vista a partir das múltiplas dimensões, sejam elas econômico-sociais e simbólico-culturais. O autor considera desterritorialização como exclusão, privação e/ou precarização do território como “recurso” ou “apropriação” (material e simbólica) indispensável à nossa participação efetiva como membros de uma sociedade (Haesbaert, 2012).

Em uma cidade, por exemplo, é possível produzir o lugar dos ricos e o lugar dos pobres, das indústrias e do comércio, de bens e serviços, das prisões e também produzir acessos diferenciados para cada indivíduo ou grupo social. O acesso aos bens e serviços essenciais, públicos e até mesmo privados é diferenciado e contrastante, que grande parte dos brasileiros acaba por ser privada desse acesso (Santos, 2000).

E, nesse sentido, os habitantes dos estabelecimentos prisionais formam verdadeiros “aglomerados humanos de exclusão” vivenciando privações territoriais na medida em que vivenciam condições sociais extremamente precárias e a perda de autonomia na construção dos seus territórios diante das relações autoritárias, cada vez menos conectadas com os territórios produzidos antes do encarceramento.

Ao mesmo tempo, novas relações de poder se instituem nas prisões e podem se transformar em novos territórios, não das estruturas oficiais de poder, mas das redes de “poderes paralelos”, permitindo múltiplas territorialidades dentro dos espaços prisionais (Haesbaert, 2012, p.257). Tal movimento pode ser percebido, também, nas práticas construídas pelas equipes de saúde prisional, visto que terão que adaptar ações dentro do presídio conforme as demandas locais e peculiaridades da própria lógica de funcionamento prisional.

Dentro dessa perspectiva, o trabalho se propõe a investigar a interface entre os propósitos do modelo penitenciário e os processos de trabalho construídos pelos trabalhadores de saúde, compreendendo a produção de sentidos sobre sujeitos e territórios no cotidiano prisional.

Método

O presente estudo propõe uma abordagem qualitativa, a partir de um estudo do tipo exploratório. A pesquisa qualitativa se propõe a aceitação explícita das crenças e valores sobre a teoria, sobre a escolha dos tópicos de pesquisa, sobre o método e sobre a interpretação dos resultados. Parte-se, assim, do princípio de que o investigador está totalmente implicado nas suas escolhas teóricas e metodológicas, que devem acompanhá-lo nas questões e inquietações ao longo da trajetória do processo de pesquisa (Gunther, 2006). Dentro da perspectiva

exploratória, Gil (1999) define que as pesquisas exploratórias têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, proporcionando uma visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato.

Para a obtenção das informações necessárias ao estudo foram realizadas entrevistas narrativas, de forma individual, não estruturada previamente. A proposta da entrevista narrativa é reconstruir acontecimentos sociais a partir da perspectiva dos informantes, tão diretamente quanto possível. Segundo Scarparo (2000), a técnica procura estimular o entrevistado (informante) a narrar sua percepção da história sobre um evento significativo que tenha vivido e que coincida com o tema explorado na pesquisa. Para iniciar a narrativa foram utilizadas as seguintes questões disparadoras: Fale da sua trajetória como profissionais no contexto da saúde pública; como é para você ser um profissional de saúde dentro das prisões? Como é produzir saúde nesses espaços?

As entrevistas ocorreram entre maio e junho de 2013. Os critérios para a escolha dos participantes foram: ser profissionais de saúde que estivessem trabalhando em unidades de saúde prisional no Rio Grande do Sul; ter ensino superior ou técnico; pertencer a equipe de saúde prisional habilitada nas regiões de saúde delimitadas pela Secretaria Estadual de Saúde, e dentro das equipes entrevistar um profissional contratado pela

Superintendência de Serviços Penitenciários do Rio Grande do Sul (SUSEPE) e um profissional contratado pela Secretaria Municipais de Saúde (SMS), tendo em vista que a maioria das equipes de saúde prisional do presente Estado é composta por profissionais contratados por esses dois campos.

Foram oito participantes, sendo cinco trabalhadores contratados pela Superintendência de Serviços Penitenciários do Rio Grande do Sul (SUSEPE) e três trabalhadores de saúde que foram cedidos pelas Secretarias Municipais de Saúde (SMS) para atuar nas Unidades de Saúde dentro dos presídios. Nos resultados apresentados são identificadas as falas dos participantes contratados pelo município (profissional de saúde SMS) e daqueles que atuavam como profissionais de saúde contratados pela SUSEPE (profissional da SUSEPE).

Em relação aos procedimentos éticos da pesquisa, a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) e teve parecer favorável à realização do estudo no dia 3 de abril de 2013, sendo o número do parecer de aprovação 236.597. A pesquisa foi realizada conforme os termos contidos na Resolução n. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. Este estudo também foi aprovado pelo comitê de ética da Escola do Serviço Penitenciário da SUSEPE.

A análise das narrativas partiu da

perspectiva do modelo de Schütze, dividindo as entrevistas em material indexado e não indexado. O primeiro diz respeito ao ordenamento dos acontecimentos e das trajetórias individuais; já o conteúdo não indexado propõe trazer a expressão de juízos de valor, sentimentos, e uma dada forma de sabedoria de vida, assim como reflexões em termos de teorias e conceitos gerais sobre os acontecimentos (Jovchelovich & Bauer, 2003). Foi realizada a construção de tabelas para organização dos dados e a montagem do material em indexado e não indexado. Os resultados e discussões serão apresentados conjuntamente a partir dos temas discutidos a seguir.

Resultados e discussão

Que território é esse? A relação entre o “dentro” e o “fora” no processo de produzir saúde no sistema prisional

É indicativa na nossa sociedade a construção discursiva sobre duas moralidades: a do mundo dos incorretos e a dos corretos – a dos transgressores, que orientam seu comportamento por prescrições diferentes das impostas pela ordem jurídica, e a dos que vivem em harmonia com essa ordem. Cada um desses mundos aparece, discursivamente, como uma totalidade de coisas que pertencem a domínios diferentes (Batista, 2009). Assim, a sociedade e o presídio parecem construídos como territórios peculiares e distantes, acenando para rupturas entre os processos de vida na

sociedade e no cárcere.

É possível observar que essa fronteira, em alguns momentos, mostra-se flexível quando profissionais passam a ocupar as Unidades de Saúde dentro do sistema penal e buscam ampliar o acesso à saúde de maneira próxima aos serviços garantidos em unidades comuns, ou seja, situadas fora das prisões. No entanto, é importante destacar que algumas práticas de cuidado propostas pelas equipes provocam interferências nos fluxos locais e as limitações entre o dentro e o fora das prisões volta a prevalecer. Partindo dessa perspectiva, para se conectar ao mundo fora das prisões, na realização das ações de saúde, os profissionais entrevistados apresentam dificuldades com regras prisionais pois estas nem sempre estão sensíveis às necessidades da saúde:

A rede até, assim, a gente consegue, o problema só é mais a movimentação, o entendimento do presídio, do sistema, que é difícil, mas, assim, a rede é bem acessível do município. (Profissional de saúde SUSEPE 5)

As equipes facilitaram o meu trabalho, mas ainda tem dificuldades de estrutura, de sistema prisional mesmo. Tem que aceitar, engolir, porque o sistema prisional é assim. (Profissional de saúde SUSEPE 2)

O primeiro trecho aponta como se torna relevante o trabalho em saúde realizado em consonância com a rede.

Nessas situações são destacadas aberturas do lado de “fora”, através do apoio da rede de atenção à saúde municipal. Essa articulação é fundamental para a construção de estratégias de saúde dentro das prisões, visto que a comunicação entre os serviços de saúde e os estabelecimentos prisionais passa a ser contínua e conjunta, e constrói redes sociais contextualizadas, importantes para repensar as políticas públicas e avaliar os programas estatais e sociais (Martins, 2009).

Apesar da imposição dos limites físicos e relacionais entre a cidade e as prisões, valores e práticas relacionados com o que acontece dentro das prisões são transferidos para espaços de sociabilidade e ultrapassam os muros prisionais, e as características pertencentes ao dentro (prisão) e o fora (cidade) começam a se interligar (Sabaini, 2011).

No entanto, nem sempre a estratégia de atuar em redes é facilitada. É possível perceber dificuldades no desenvolvimento do trabalho das equipes de saúde diante das condições que são próprias do funcionamento das prisões, como pode ser visto no segundo trecho. É preciso levar em consideração que a maioria dos estabelecimentos prisionais está em locais distantes dos centros urbanos, de difícil acesso, e tem como um dos pilares a função de “aglomerar” uma parcela da população e submetê-la a processos de exclusão.

Com a presença dos profissionais de saúde desenvolvem-se dois mundos

sociais e culturais diferentes, que caminham juntos, mas, em certos momentos, com pouca interpenetração. São perspectivas diferentes, e às vezes contraditórias que se justapõem. Como pode ser visto no seguinte trecho: então as pessoas acham assim, que é lá. Não, lá não, o problema é lá fora, na comunidade, por isso que a comunidade tem que trabalhar antes, não depois (Profissional de saúde SMS 1). O discurso do profissional aponta como saída o trabalho antes do encarceramento, no entanto, a partir de uma visão dicotômica em relação às dimensões dentro/fora e antes/depois do cárcere. Reconhecer a dinâmica social e política do estabelecimento prisional e a sua interlocução com trabalhos realizados em outros locais aponta uma proposta de conectar ações entre instituições que rodeiam o presídio.

Algumas falas trazem como esses profissionais enfrentam dilemas para visualizar o seu trabalho dentro do presídio de forma próxima aos modelos de saúde vigentes na rede de saúde como um todo. Na fala a seguir, realiza-se o destaque para a percepção do participante que apresenta uma trajetória dentro da rede de atenção básica e traz questionamentos sobre sua aplicabilidade na unidade prisional:

*Eu trabalhei muito no PMAQ com a Estratégia Saúde da Família, que não é o caso na prisão, né? É outra coisa, é diferente. Tem um caráter mais ambulatorial, né? Eu acho. (...)
Na minha formação, está muito presente a*

Estratégia Saúde da Família, o modelo de atenção básica a partir da Estratégia Saúde da Família. A partir do mapa territorializado, a partir dos agentes comunitários de saúde, então de alguma maneira eu vejo que (pausa), então, eu não sei como seria isso numa unidade prisional, sabe? (Profissional SUSEPE 3)

Conciliar ações previstas pelas propostas das políticas de saúde com os propósitos penitenciários gera questionamentos no participante frente às possibilidades de atuação no espaço da saúde prisional, tendo como referenciais as diretrizes da atenção básica. A execução das práticas de saúde sobre um substrato territorial já vem sendo utilizada por distintas iniciativas no âmbito do SUS, mas, na atenção básica, em especial, quer falar das diferentes maneiras de viver, de trabalhar e de realizar trocas sociais que atravessam as relações entre profissionais de saúde, usuários e comunidade. O Território é o resultado de uma acumulação de situações históricas, ambientais, sociais, que promovem condições particulares para a produção de doenças (Monken & Barcellos, 2005).

Na situação de confinamento fica difícil visualizar que as estratégias de saúde sejam as mesmas de locais fora dos presídios, pois tratam de territórios distintos de atuação em saúde, como traz um participante:

Não tem como tu dizer que 'ah, é normal', que nem a colega falou: 'é um posto de saúde igual.'. Não, não é, é diferente, as coisas não funcionam direito, tu tem a função da segurança, mas tem

sido muito gratificante, assim, até para quebrar alguns preconceitos (Profissional de Saúde SMS 3)

As ações de saúde estão atravessadas pelas regras e funcionamento local e diversos modos de trabalho serão adaptados ao contexto. O usuário não acessa os serviços de saúde no momento em que deseja, assim como os trabalhadores de saúde não podem executar ações que alterem a rotina do lugar sem que a equipe de segurança tenha conhecimento aprove tais atividades. Nesse sentido, transformar profundamente as prisões de territórios para abusos em espaços de produção de cidadania significa romper com algumas das práticas jurídicas, políticas e administrativas mais arraigadas da nossa sociedade (Sá & Silva, 2009).

Para habitar um território é necessário explorá-lo, torná-lo seu, ser sensível às suas questões, ser capaz de movimentar-se por ele com alegria e descoberta, detectando as alterações de paisagem e colocando em relação fluxos diversos – não só cognitivos, não só técnicos, não só racionais, mas políticos, comunicativos, afetivos e interativos no sentido concreto, detectável na realidade (Ceccim, 2005). Na tentativa de compreender as demandas do lugar, algumas estratégias foram criadas pelas equipes de saúde, como: visita nas galerias para conhecer de perto o local onde vivem os presos, realização de acolhimento em saúde para aqueles que chegam nos presídios e encaminhamento

para a rede de saúde e intersetoriais, sempre que possível ou permitido.

Os profissionais de saúde, em diversas falas, pactuam de que atuar no presídio é estabelecer a abertura a conexões com a realidade fora dos presídios, reconhecendo o propósito das prisões e quem são as pessoas que as habitam:

Eu me sinto trabalhando num presídio com uma população lá que ela é de assaltantes e traficantes, é uma população muito pobre, sabe? Impressão que se tem, se o pobre não está produzindo, não está trabalhando, não está sendo explorado por alguém pra gerar riqueza, pra produzir riqueza pro país, pro poder se sustentar, de alguma maneira consegue-se ganhar dinheiro com esse pobre transformando ele num bandido, num vagabundo, num marginal que, onde ele vai preso, ele ainda continua sendo explorado. (Profissional de saúde SUSEPE 3)

Essa reflexão ultrapassa os dilemas do campo da saúde e aborda a discussão sobre o modelo de sociedade vigente, que opera, em parte, para redução de direitos sociais, políticos e econômicos, em detrimento das regras impostas pela lógica de mercado. Atrás do clamor pela solução penal de conflitos sociais se escondem estratégias que reeditam, em tempos atuais, o extermínio daqueles que hoje não têm lugar no sistema capitalista (Rauter, 2007).

Destaca-se ainda que, aproximadamente 95% do contingente carcerário brasileiro é oriundo das classes socialmente excluídas, ou seja, pobres,

com baixa qualificação profissional e desempregados, e muitos deles foram “empurrados” ao crime por não terem tido outras oportunidades (Assis, 2007). E qual o lugar dos profissionais de saúde que conhecem essas histórias e acompanham esses processos, quando passam a atuar nos espaços prisionais?

Reconhecer quem é o público do atendimento na unidade de saúde prisional, partindo da discussão sobre o contexto social e político que constitui as prisões, vai repercutir diretamente na relação que se estabelece entre o trabalhador de saúde e a pessoa em privação de liberdade, como será apresentado no próximo tópico.

Concepções de sujeito produzidas pelos profissionais de saúde inseridos nos espaços prisionais.

Desde a década de 80, a garantia de acesso à saúde às pessoas privadas de liberdade foi instituída pela Lei de Execução Penal, publicada em 1984. Partindo da perspectiva da saúde como direito a todos, a trabalhadora relata: não me interessa o que ele fez ou não, ele tem direitos e eu estou ali para cumprir, para fazer serem cumpridos os direitos dele (Profissional de Saúde SMS 2). O relato aponta para tentativas de se efetivar a saúde como direito, que apesar do ser firmada por lei, não foi assumida como prioridade pelas políticas de segurança pública, tendo em vista os relatos e denúncias cotidianas sobre condições

precárias locais e da dificuldade de conseguir atendimentos de saúde. Coutinho (1999) discute que o reconhecimento dos direitos nas leis não garante a sua efetiva materialização e, mesmo assim, a conversão dos direitos sociais em leis facilita a luta para torná-los efetivamente um dever do Estado

A elaboração do PNSSP surge em consonância com legislação vigente, que garante saúde a toda população brasileira, estabelecida a partir dos princípios e diretrizes do SUS (Portaria n.1777, 2003). Para quem já atuava no sistema prisional antes da implantação das equipes de saúde, como trabalhador da SUSEPE, são evidentes alguns avanços na garantia do direito à saúde, a partir do modelo proposto pelas políticas públicas de saúde:

Já trabalhei em presídios sem unidades de saúde e acho que é fundamental o atendimento de saúde dentro da prisão, porque não precisa de escolta. Tem atendimento diário, dependendo da necessidade, os exames também são feitos ali. É um grande avanço neste aspecto. (...) digo que as unidades de saúde no sistema prisional foram uma das melhores coisas que já aconteceu dentro do âmbito prisional, porque a saúde é fundamental para o cidadão, ainda mais para a pessoa em confinamento. (Profissional de saúde SUSEPE 1)

Relevante observar que o profissional aborda duas questões imprescindíveis: a melhoria do acesso aos serviços para as pessoas privadas de liberdade, porque a maioria dos atendimentos e

procedimentos passa a ser realizada na Unidade de Saúde Prisional e, também, a importância da garantia do direito à saúde para o preso, nessa fala, considerado cidadão.

A cidadania pode ser entendida como a capacidade conquistada por alguns ou todos os indivíduos de se apropriarem dos bens socialmente criados e de atualizarem todas as potencialidades de realização humana abertas pela vida social em cada contexto historicamente determinado (Coutinho, 1999). A partir dessa definição, é difícil perceber conexões entre cidadania e prisões, tendo em vista a realidade da maioria das prisões brasileiras. Para se discutir sobre cidadania no Sistema Penitenciário remete-nos necessariamente a pensar outros modos de relações sociais nesses locais e o resgate da dignidade do sujeito encarcerado como pessoa humana, portadora de direitos. Alguns participantes da pesquisa mencionaram a relevância de garantir o acesso à saúde para as pessoas que estão presas, como pode ser visto nesse trecho:

Não vejo eles como apenados, infelizmente, não sei se, infelizmente ou felizmente, eu não vejo eles como apenados, eu vejo como pacientes, que necessitam de cuidados, claro que às vezes a gente tem um certo cuidado, os receios, né. (Profissional de Saúde SMS 2).

O trecho fala de questões relevantes ao sistema prisional, confirma o lugar de atuação dos profissionais da área da saúde, tendo em vista que o público que habita as

prisões é reconhecido como “paciente”, como também são apresentados receios e medos que acompanham a execução das suas práticas. Em pesquisa realizada com enfermeiros que atuavam em unidade de saúde prisional do Rio de Janeiro, os profissionais fizeram relatos sobre os fatores significativos para traçar as ações de saúde da realidade intramuros da unidade de saúde, uma delas é a periculosidade do paciente (Souza & Passos, 2008).

Segundo Barros-Brisset (2011), o discurso da periculosidade passa a ser visto com naturalidade e aclimatado ao tecido social, de forma geral, e afeta diretamente as relações entre os trabalhadores e pessoas em situação de prisão. Vai influenciar, por exemplo, quem serão os presos inseridos em ações de saúde, visto que a escolha é pensada a partir do tipo de condenação e possível grau de periculosidade do preso:

A inserção em algumas ações de saúde, como em grupos, é pensada a partir das pessoas que estão ali também, depende o tipo de condenação que eles tem para trazer, então a gente pegou os tipo de condenação menos agressivos que eles tiveram, né, para a gente inserir neste grupo.
(Profissional de Saúde SMS 1)

A categorização dos sujeitos em “mais” ou “menos” perigosos direciona modos de relações sociais nas prisões. Vai refletir, por exemplo, no direcionamento daqueles podem e dos que não podem ter

acesso a algum direito ou ocupar certos espaços dentro das prisões. Posteriormente, a noção de periculosidade irá repercutir na saída da prisão, a partir da construção identitária sobre a imagem do “ex-presidiário”. A sociedade não pergunta por que uma pessoa esteve em um estabelecimento penitenciário, mas apenas se lá esteve ou não (Barreto, 2006).

Segundo Foucault (2005) a grande noção da criminologia em fins do século XIX foi a escandalosa concepção, em termos de teoria penal, de periculosidade. Periculosidade significa que o indivíduo deve ser considerado pela sociedade por suas virtualidades de comportamentos. O papel das normas penais é permitir a reparação da perturbação causada à sociedade, legitimando que males semelhantes não voltem a acontecer no corpo social. Essas normas vão se incorporando nos discursos cotidianos e não é à toa que muitas das questões sociais em discussão, como violência, criminalidade, parecem possíveis de resolução com a ampliação das instituições penais.

Os profissionais que passam a compor os territórios prisionais manifestam expressões do discurso vigente, como, por exemplo, a noção de periculosidade. As descrições e explicações sobre o mundo integram vários modelos sociais, e servem, portanto, para sustentar e apoiar certos padrões, à exclusão de outros (Gergen, 2009). O processo de questionar tais

padrões pode colaborar para que sejam lançados novos modos relações sociais e que possam construir novas percepções de sujeito, transformando práticas políticas e modos de existências.

Nessa direção, as condições de acesso e ações de saúde são as mesmas de quem está do lado de fora das prisões, em relação aos que foram “condenados”? Ainda há resquícios de uma menor “cidadania” para quem se encontra no contexto prisional, ou seja, quem se situa dentro das prisões enfrenta uma série de desvalorizações por estar preso, como é apresentado:

O público que tu atende é um público que ele está estigmatizado como perigoso. Isso de certa forma pesa no atendimento. Todo mundo ali atende bem as pessoas que tão presas, fazem o possível. Mas um caso de espera pra alguma coisa, um caso onde não vai ser solucionado rapidamente o problema daquela pessoa, o fato daquela pessoa ser bandida, ser marginal te faz sentir menos culpado pelo fato de não estar sendo assistida completamente 100%. (Profissional de saúde SUSEPE 3)

Na primeira fala, há concordância com a atribuição de “bandido”, de “marginal”, que, de certa forma, legitima práticas sociais que naturalizam a condição de se ter “menos” direitos, de ser “menos” cidadão por se tratar de um sujeito encarcerado. Este parece realmente continuar valendo menos e tal concepção é incorporada nas próprias práticas de saúde, mesmo tendo como um dos seus

princípios a garantia de ações e serviços a toda a população, sem preconceitos ou privilégios (Noronha, Lima & Machado, 2009).

Há desigualdades sociais que são, também, desigualdades territoriais, porque derivam do lugar onde cada qual se encontra, pois o cidadão é o indivíduo num lugar (Santos, 2000). O presídio é incluído nos fluxos e serviços da saúde, mas não é garantido que ali se vai ter o tratamento ou benefícios da mesma forma que em outros locais de atendimento em saúde. Isso se associa ao valor social cravado nas instituições prisionais e a quem as ocupa.

O que é encontrado no cotidiano dos estabelecimentos penais é uma rede de violações e de situações de conflito que amplia a situação de marginalidade do prisioneiro, desumanizando-o, tornando-o marcado pelo passado de crimes, e a prisão passa a ser vista como a “habitação do crime”, lugar de criminosos, de pessoas inferiorizadas. Assim, o prisioneiro é o exemplo no qual o cidadão comum não deve se inspirar (Rudnick, 1999).

No meio das contradições que fazem parte da lógica penal, que ora parece justificar as violações nos presídios como legítima, encontramos também discursos que tentam desnaturalizar tais práticas e conseguem visualizá-las como discriminatórias e estigmatizantes:

Tu chega no local assim, essa pessoa sofre discriminação, então assim, tu tem que programar, dizer assim: Ó, estou levando um

preso, tem como agilizar o atendimento. Ai muitos não entendem os que estão lá.
(Profissional de saúde SUSEPE 5)

Assim, até para quebrar alguns preconceitos, essa coisa que a gente tem, 'Ab, é preso, é vagabundo, tem que se ferrar mesmo.', não é o que eu digo. 'Ab, quando tu aplica injeção nos caras, tu dá com vontade'. Não, não me interessa o que o cara fez, porque se ele já está lá dentro, já disse que pena ele tinha para cumprir, então, ele já está pagando o que ele tinha que pagar.
(Profissional de Saúde SMS 2)

O relato de violações e a proposta punitiva da instituição acabam sendo trazidos para discursos em espaços de saúde. O que se passa no imaginário social, por exemplo, é que a aplicação de uma injeção teria que ser “mais dolorida” quando feita em um preso e o profissional vai tentar se posicionar diante de tais dilemas. Aqui se explicita a construção de uma ética que regula a relação dentro e fora da instituição prisional, em que o cuidado toma dimensões diferentes pelo valor de quem “merece” ser cuidado ou não, ou ainda, de incorporar na proposta de cuidado a lógica da punição e da discriminação.

Assim, dentro dos presídios, os modos de atuação vão se adequar ao território em questão, que apresenta peculiaridades e prioridades que nem sempre se aproximam de formas de cuidados comumente encontradas em outros espaços de saúde. Assim, atuar nas prisões diz respeito à experiência em que se diferenciam de unidades de saúde

situadas no lado de “fora”, e novos modelos de atenção vão sendo lançados condizentes com as questões que atravessam suas práticas.

Considerações Finais

A vida é um constante movimento de desterritorialização e reterritorialização, ou seja, estamos sempre passando de um território para outro, abandonando territórios, fundando novos (Haesbaert, 2012). A entrada de profissionais de saúde nos estabelecimentos prisionais, abordando concepções de cuidado, pode ser considerada como novidade, no entanto, ainda não se constituem como práticas prioritárias nesses locais.

Trata-se ainda de territórios que partem de estratégias de funcionamento, presumivelmente, em que se conservam os estereótipos antagônicos, como, por exemplo, o cuidado e a segurança. Enquanto houver essa cisão dentro/fora, se justificam práticas diferenciadas e excludentes e que se afastam da constituição de territórios que possa produzir mudanças sociais.

Em relação às concepções de sujeitos, os discursos apresentam posições ambíguas quando se propõe definir o público atendido no presídio. Em alguns momentos, os sujeitos encarcerados são considerados sujeitos de direitos, pessoas discriminadas, cidadãos. No entanto, outros trechos abordam que ainda persiste a ideia de sujeitos perigosos, temidos, e como tais percepções interferem nas

práticas de cuidado. Assim, é possível destacar que existem práticas que se vinculam aos propósitos do modelo prisional e naturalizações próprias do sistema.

Ao mesmo tempo, as falas também trazem problematizações e dilemas que são enfrentados ao atuar nas prisões, quando se parte de diretrizes que são das políticas de saúde. Dentro dessa perspectiva, outras possibilidades de trabalho novos desafios vão acompanhar o cotidiano dos trabalhadores inseridos nos presídios e na relação que é estabelecida com os sujeitos encarcerados.

Nessa compreensão, cabe sugerir estudos que estabeleçam a escuta, também, das pessoas que estão presas, e como esta ação se torna relevante para que sejam construídas práticas de saúde condizentes com anseios, limites e processos de resistência que envolvem habitar o cárcere. Ou seja, para compreender processos de cuidado é preciso conhecer como são produzidos modos de existências nesses locais, que, em certos momentos, parecem ter menos valor para a nossa sociedade.

Referências

Assis, R. D. (2007). A realidade atual do sistema penitenciário brasileiro. *Revista CEJ*, 11(39), 74-78.

Barreto, M. L. S. (2006). Depois das grades: um reflexo da cultura prisional em indivíduos libertos. *Psicologia Ciência e Profissão*, 26(4), 582-593.

Barros, A.M. & Jordão, M. P. S. D. (2004). A cidadania e o sistema penitenciário brasileiro. *Revista Veredas Favip*. 1(1), 8-17.

Barros-Brisset, F. O. (2011). Genealogia do conceito de periculosidade. *Responsabilidades*, 1, 37-52.

Batista, A. S. (2009). Estado e controle nas prisões. *Caderno CRH*, 22 (56), 399-410.

Ceccim, R. B. (2005). Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, 9 (16), 61-77.

Coutinho, C. N. (1999). Cidadania e Capitalismo. *Perspectivas*, 22 (2), 41-59.

Foucault, M. (2005). *A verdade e as formas jurídicas*. Rio de Janeiro: NAU editora.

Gergen, K. J. (2009). O movimento do construcionismo social na psicologia moderna. *INTERthesis*. 6(1), 299-325.

Gil, A.C. (1999). *Métodos e técnicas de Pesquisa Social*. São Paulo: Editora Atlas.

Günther, H. (2006). Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22(2), 201-210.

Haesbaert, R. (2012). *O mito da desterritorialização: do "fim dos territórios" à multiterritorialidade*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.

Haesbaert, R., & Limonad, E. (2007) O território em tempos de globalização. *Etc, espaço, tempo e crítica*, 2(4), 39-52.

Îñiguez, L. (2002). Construcionismo social e psicologia social. In Martins, J. B. (Org.), *Temas em Análise Institucional e em Constucionismo Social*. São Carlos: Rima Editor.

Jovchelovitch, S.; & Bauer, M. W. (2008). Entrevista Narrativa. In: Bauer, M. W.; Gaskell, G.; Guareschi. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis: Vozes.

Macedo, J. P.; & Dimenstein, M. (2009). Psicologia e a produção do cuidado no campo do bem-estar social. *Psicol. Soc*, 21(3), 293-300.

Martins, P. H. (2009). MARES (Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano): aspectos conceituais e operacionais. In Pinheiro, R. & Martins, P. H. (Orgs.), *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO.

Minozzo, F. et al. (2012). Grupos de saúde mental na atenção primária à saúde. *Fractal, Rev. Psicol*, 24(2), 323-340.

Monken, M., & Barcellos, C. (2005). Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(3), 898-906.

Noronha, J. C., Lima, L. D. & Machado, C.V (2009). O Sistema Único de Saúde – SUS. In Giovanella, L. et al (Orgs.), *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

Portaria n. 1.777, de 9 de setembro de 2003 (2003). Aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Diário Oficial da União, seção 1.

Portaria n. 1, de 2 de janeiro de 2014 (2014). Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Recuperado em 15 de setembro de 2013, em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html

Ramos, P. F. & Pio, D. A. M. (2010). Construção de um projeto de cuidado em saúde mental na atenção básica. *Psicol. cienc. prof.*, 30(1), 212-223.

Rauter, C. (2007). Clínica e estratégias de resistência: perspectivas para o trabalho do psicólogo em prisões. *Psicologia & Sociedade*, 19(2), 42-47.

Rudnick, D. (1999). Prisão, Direito Penal e Respeito aos Direitos Humanos, In Santos, J. V. T. (Org.), *Violência em Tempo de Globalização*. São Paulo: Hucitec.

Recebido: 28/01/2015

Aceito: 09/07/2015