



Desafios profissionais no campo da saúde no sistema prisional: dilemas na interface entre a saúde e a segurança

**Luciana Oliveira de Jesus
Helena Beatriz K. Scarparo
Helena Salgueiro Lermen**

Resumo: O presente estudo, situado no campo da saúde no sistema prisional do Rio Grande do Sul, tem como objetivo conhecer experiências de profissionais de saúde que atuam em equipes de saúde prisional e os desafios por eles enfrentados para efetivar ações de saúde dentro de um espaço que prioriza práticas punitivas. Foram realizadas oito entrevistas narrativas com profissionais de saúde prisional. As análises foram desenvolvidas pelo modelo de Schütze. Como resultados, foi possível constatar que a formação acadêmica da maioria dos profissionais estava voltada para o SUS e grande parte teve experiências no campo das políticas públicas antes de trabalhar nas prisões. Os participantes também mostraram os dilemas da relação entre as equipes de segurança e da saúde e as estratégias utilizadas para garantir a realização de ações de saúde. Assim, o estudo evidenciou interlocuções e divergências entre saúde e segurança no contexto das políticas de saúde dentro das prisões.

Palavras-chave: prisões; profissionais da saúde; saúde pública.

Professional challenges in the field of health in the penitentiary system: dilemmas in the interface between health and security

Abstract: This study, related to the field of health in the Rio Grande do Sul penitentiary system, is aimed at learning more about the experiences of health professionals that act on prison health teams and the challenges faced by them in making health initiatives effective within a space that enforces punitive actions. Eight narrative interviews were conducted with penitentiary health professionals. The analyses were developed according to the Schütze model. As results, it was shown that the academic formation of the majority of professionals was geared towards SUS (Single Health System) and that most had field experience in the area of public policies prior to working in prisons. Participant also showcased the dilemmas involved in relationships between the security and health teams and the strategies used to ensure the implementation of health initiatives. Thus, the study showed differences and dialogues between health and safety in the context of health policies within prisons.

Keywords: Prison; Health professionals; Public health.

Introdução

A necessidade de construir no Brasil uma sociedade e um Estado democrático levou, nas décadas de 1970 e 1980, à formulação de projetos reformadores na nossa sociedade, como foi o caso da Reforma Sanitária. A Reforma foi um movimento relevante voltado para a garantia do acesso à saúde a todos e para a mudança nos modelos a serem adotados de produção de saúde, com vistas à melhoria das condições de vida da população brasileira (Paim, 2008).

Nesse sentido, a reestruturação institucional e do processo de trabalho, a partir da redefinição do modelo assistencial, apontava a necessidade de mudanças no conteúdo e na forma de pensar e fazer saúde, que se expressou na ampliação desse conceito e no avanço da consciência sanitária acerca dos problemas de saúde, seus condicionantes, e as lutas por sua transformação (Matta & Lima, 2010). Consequentemente, novas estratégias e tensionamentos surgiram a partir da luta pela ampliação do acesso à saúde como política pública e pela qualidade das ações e serviços da rede de atenção.

A Constituição Brasileira de 1988 e as Leis 8.080 e 8.142 de 1990 são os principais marcos legislativos para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), e consolidam propostas da Reforma Sanitária, tornando a saúde um direito de todos e dever do Estado. O SUS preconiza como princípios a universalidade do acesso aos serviços de saúde, a integralidade da atenção, a equidade e a hierarquização dos serviços em um contexto descentralizado e municipalizado, com a participação da sociedade.

Neste contexto, a concepção de integralidade representaria, também, um diálogo entre as pessoas encarceradas e a sociedade, estabelecendo assim outros laços sociais que não apenas aqueles pautados na violência (Sá e Silva, 2009). Historicamente, um relevante passo para diminuição de tal interlocução se deu em 1984, através da Lei de Execução Penal (LEP), quando ficou garantido que “*a assistência à saúde do preso e do internado, de caráter preventivo e curativo, compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico*” (Lei n. 7. 210, 1984). No entanto, ainda tratava-se de um assunto de interesse e responsabilidade das políticas de segurança pública e quem nem sempre esteve na pauta das prioridades desse campo.

Em 2003, com a aprovação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), foi proposta a ampliação da equipe multiprofissional e previstas ações de promoção da saúde e de atenção no nível básico, com o propósito de contribuir para o controle e ou redução dos agravos mais frequentes à saúde da população penitenciária brasileira (Portaria n. 1.777, 2003). Cada equipe de saúde é responsável por até 500 presos. Já nos estabelecimentos prisionais com até 100 pessoas, o atendimento é realizado em unidades de saúde da rede municipal, respeitando a composição de equipe citada anteriormente, e com carga horária mínima de 4 horas semanais.

Nesse sentido, a maioria das ações previstas se aproxima da proposta das políticas públicas de saúde, em especial, da Política de Atenção Básica, que se orienta pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (Brasil, 2012). Para que se concretize a organização de ações e serviços de saúde nas prisões, torna-se imprescindível a corresponsabilização das instâncias da segurança pública, pois são nesses contextos que vão ser ditados possíveis processos de trabalho, modos de compreender a saúde e formas de lidar com os fluxos internos e externos de acesso às diversas redes de serviços públicos.

Cada estado do Brasil organiza a atenção à saúde da população privada de liberdade a sua maneira. No caso do Rio Grande do Sul (RS), foi desenvolvido um modelo de gestão que vem priorizando a municipalização das equipes de saúde prisional, ou seja, os gestores municipais assumem a gerência da atenção básica nas unidades prisionais, contratam profissionais de saúde não disponíveis nos estabelecimentos prisionais e

inserem a Unidade de Saúde Prisional no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde¹ (Rio Grande do Sul, 2011). Nessa proposta, as equipes de saúde passam a ser compostas por profissionais dos municípios, em conjunto com os profissionais da SUSEPE que já atuavam no estabelecimento.

Através deste modelo híbrido de equipes, é possível se deparar com uma diversidade de experiências de profissionais nas unidades de saúde prisional. No RS, as equipes de saúde prisional contam com profissionais que atuam nesse campo há muitos anos. São, geralmente, técnicos da SUSEPE que, pela experiência, conhecem o funcionamento da instituição prisional. Alguns atuavam no sistema antes mesmo da implantação das equipes de saúde. Por outro lado, são encontrados também profissionais que entraram nesse território mais recentemente, quando contratados pela gestão municipal da saúde, e que vão se deparar pela primeira vez com a realidade de trabalho no interior dos presídios.

A realidade que nos referimos aqui diz respeito não apenas às violações de direito que acompanham o seu percurso histórico das prisões, mas também às contradições de ser uma instituição que deve punir e, ao mesmo tempo, “ressocializar” quem comete um crime. Pensando neste cenário controverso que os profissionais das equipes de saúde prisional atuam, surgiram algumas questões: Como é possível transitar entre a rigidez das instituições penitenciárias (normas de segurança, transferência de presos, violência) e as necessidades que envolvem implantar a proposta de atenção à saúde nas prisões, pautada nas diretrizes do SUS? Quais as estratégias encontradas pelos trabalhadores de saúde para lidar com o funcionamento peculiar das prisões?

Para responder essas indagações, buscamos conhecer experiências de profissionais de saúde que atuavam nas unidades de saúde prisional do RS, no intuito de promover reflexões sobre as implicações de se ampliar ações de saúde no sistema prisional e sobre a produção de estratégias e sabedorias de vida produzidas no espaço prisional como profissional de saúde. Além disto, visamos estudar um fenômeno pouco analisado pela literatura nacional. Em busca na base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), em novembro de 2013, com os descritores “saúde” e “prisões”, foram encontrados 13 artigos que abordavam temáticas relacionadas à saúde prisional do Brasil, sendo a maior parte estudos epidemiológicos e de planejamento em saúde sobre os principais agravos de saúde encontrados no cárcere. Foi encontrado apenas um artigo que buscava articular as práticas de profissionais que atuam nas prisões e a produção de saúde (Nogueira, Abrahão & Galesi, 2011). Assim, reconhecendo as especificidades deste campo ainda pouco estudado, nossa proposta é compreender o contexto no qual se torna possível ampliar o acesso à saúde nos espaços prisionais e, também, como a implantação de equipes de saúde interfere no funcionamento dos estabelecimentos prisionais do Rio Grande do Sul.

¹ O Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), instituído pela Portaria MS nº 376/2000, compreende o conhecimento dos estabelecimentos de saúde nos aspectos de área física, recursos humanos, equipamentos e serviços ambulatoriais e hospitalares.

Método

A presente pesquisa é delineada como uma abordagem qualitativa, a partir de um estudo do tipo descritivo e exploratório. A natureza do estudo qualitativo lida com descrições e interpretações da realidade social, sendo uma forma de pesquisa potencialmente crítica que aborda um contexto socio-histórico definido, tendo como princípio de conhecimento o caráter compreensivo das realidades pesquisadas (Resende 2009).

Os participantes do estudo foram profissionais de saúde que atuavam em unidades de saúde prisional no RS, dentre as áreas contempladas pelo PNSSP. Foram realizadas oito entrevistas, no período de maio a junho de 2013, incluindo trabalhadores concursados da SUSEPE e profissionais contratados pelas Secretarias Municipais de Saúde, tendo em vista o caráter híbrido das equipes de saúde prisional do Estado. 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 proposta escolhida para coleta dos dados foi a entrevista narrativa, ou seja, uma entrevista não estruturada, de profundidade, (Jovchelovich & Bauer, 2003) que utiliza temas indutores para iniciar as narrativas. No presente estudo, os indutores foram: “Como se deu a sua trajetória no campo da saúde pública? Como é ser um profissional de saúde dentro do sistema prisional?”

Para análise do material coletado optou-se pela proposta de Schütze, que sugere alguns passos para concretização da análise, e que ao final permite a construção de trajetórias coletivas. A análise de entrevistas narrativas de Schütze é descrita em seis fases: 1) transcrição detalhada do material verbal; 2) divisão do texto em material indexado e não indexado; 3) uso de todos os componentes indexados do texto para analisar o ordenamento dos acontecimentos; 4) as dimensões não indexadas do texto são investigadas como “análise do conhecimento”; 5) o agrupamento e a comparação entre as trajetórias individuais; e 6) uma comparação de casos dentro do contexto (Jovchelovich & Bauer, 2003). A partir da organização dos dados da entrevista emergiram dois temas para a discussão: a trajetórias dos profissionais de saúde prisional no campo da saúde; e os dilemas entre a saúde e a segurança na produção de ações de saúde.

Resultados e discussão

Trajetórias dos trabalhadores de saúde das Unidades de Saúde Prisional

“(...)'tu trabalha num presídio', muitas pessoas têm essa coisa de dizer assim do presídio e eu vejo que na minha trajetória profissional tudo foi se encaminhando até eu chegar na SUSEPE” (Profissional de saúde SUSEPE 4).

Quais os percursos que levam um trabalhador a ser um profissional de saúde dentro das prisões? Ter familiares ou pessoas próximas com experiências de atuar sistema,

vivências profissionais em locais cujos usuários se assemelham à população prisional, ter colocado o trabalho dentro do presídio como uma das opções frente ao mercado de trabalho ou à oportunidade de atuar na área da saúde. Esses são alguns dos motivos relatados pelos participantes que contribuíram para a sua atuação no sistema prisional.

As experiências nesta área estão atravessadas por conjunto de vivências anteriores nas políticas públicas, como também em serviços com modelos de atenção contrastantes ao modelo prisional, acarretando no enfrentamento de uma série de estranhamentos e desafios ao entrar nas Unidades de Saúde Prisional. Na Tabela 1 é apresentado um breve relato das trajetórias destes profissionais de saúde que trabalhavam no sistema penitenciário do RS, sendo abordados alguns marcos da formação profissional, experiências no campo da saúde e áreas afins, e também marcos teóricos da sua formação.

Tabela 1 – Resumo das trajetórias profissionais dos trabalhadores de saúde do sistema prisional do Rio Grande do Sul.

Participantes	Relato sobre trajetória no campo da saúde
Profissional de Saúde SMS 1	Trabalhou em vários hospitais durante 14 anos, como técnica de enfermagem. Fez formação de nível superior na área de saúde. Trabalhou na rede pública, teve várias experiências em grupos em locais que denominou de “alto risco social” e afirma que estas experiências contribuíram no seu trabalho no presídio. Na rede prisional, trabalha desde 2007, e na equipe de saúde prisional, desde a inauguração da Unidade, em 2011.
Profissional de Saúde SMS 2	Trabalhou na área da saúde em outros estados, como técnica de enfermagem. Teve formação no ensino superior fora do RS e na sua volta teve como a primeira oportunidade de trabalho integrar uma equipe de saúde prisional.
Profissional de Saúde SMS 3	No processo de formação, saiu de uma instituição com o foco hospitalar e buscou outra mais voltada para saúde pública e atenção básica. Sua experiência como profissional iniciou a partir da inserção na equipe de saúde prisional.
Profissional de Saúde SUSEPE 1	Entrou na rede prisional em 2005. Teve experiências em estabelecimentos prisionais sem e com equipe de saúde. Na sua atuação no presídio passou a trabalhar como profissional de saúde, integrando a equipe local. Participou do processo de implantação da unidade de saúde prisional.
Profissional de Saúde SUSEPE 2	Trabalhou na rede privada e relata que o serviço anterior era completamente diferente, porque no presídio se prioriza a segurança. Atua há mais de oito anos no sistema e teve a experiência de trabalhar antes e depois da implantação das equipes de saúde nos presídios do seu município de trabalho.
Profissional de Saúde SUSEPE 3	Fez uma residência multiprofissional, com ênfase em saúde mental. Ao acabar a residência, ingressou no PMAQ (Projeto de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica). Fez o concurso pra SUSEPE, e, pelo fato de ter especialização em saúde e trabalhado com a atenção básica, aceitou fazer parte da equipe de saúde prisional.
Profissional de Saúde SUSEPE 4	Na graduação, realizou estágios no campo da saúde, em espaços de gestão no âmbito municipal e estadual. Fez estágio curricular em centro de dependência química e depois teve cinco anos de atuação em fazenda de dependência química. Integrou a prefeitura de um município para elaborar projetos sociais. Foi contratada pela SUSEPE durante três anos, e trabalhou em presídios sem equipe de saúde. Em 2012, foi aprovada no concurso da mesma instituição e passou a integrar equipe de saúde prisional.
Profissional de Saúde SUSEPE 5	Na década de 1990, iniciou a trajetória na saúde como auxiliar de enfermagem. Trabalhou dois anos num hospital privado e sete anos no exército, também na área da saúde. Voltou a trabalhar no mesmo hospital e concluiu a faculdade. Após um ano e meio de formada foi trabalhar na equipe de saúde prisional.

Conforme as trajetórias apresentadas, os resultados apontam que antes de comporem a equipe de saúde prisional, os trabalhadores relataram experiências no âmbito profissional, como também no processo de formação universitária, voltadas para o campo das políticas públicas, em especial, da saúde pública. São mencionados como *locus* de atuação hospitais, ONGs, unidades básicas de saúde e a área da gestão.

Parte dos profissionais teve formação acadêmica a partir dos anos de 1990, momento histórico que coincide com o processo de consolidação do SUS e, também, com a ampliação do número de vagas para cursos voltados à área de saúde no Brasil. Em levantamento realizado, Vieira *et al.*, (2004) afirmam que entre 1995 e 2001 houve aumento significativo de cursos de graduação da área da saúde, como Medicina, Enfermagem e Odontologia. No entanto, o processo de descentralização decorrentes da implantação e implementação do SUS teve como consequência a transformação do perfil não apenas quantitativo, mas também qualitativo da força de trabalho em saúde, com a incorporação de distintos profissionais (assistente social, psicólogo, terapeutas ocupacionais, odontólogos, físicos), acompanhado da mudança de modelo assistencial, com enfoque na ampliação da rede de atenção básica (Vieira *et al.*, p.185).

Destacamos, contudo, que ao se direcionar para o campo prisional, o cenário não é o mesmo de uma Unidade de Saúde da Família, conhecido por alguns entrevistados na sua formação acadêmica em experiências anteriores de trabalho ou através de leituras de documentos do Ministério da Saúde. No momento em que foi necessária a produção de respostas às novas demandas e dinâmicas de trabalho dentro das prisões, os resultados apresentam que os profissionais se depararam com o dilema do distanciamento entre a formação acadêmica e a experiência profissional:

“Quando eu entrei, claro que todo começo é meio difícil, principalmente porque tudo aquilo que nós aprendemos na teoria, na faculdade, não era nada daquilo que eu estava conseguindo visualizar (...) por mais que você acabe fazendo estágio em Unidades Básicas de Saúde, não tem nada a ver, quem está ali, quem está no dia a dia sabe o quanto é difícil trabalhar dentro de um local onde é um regime fechado” (profissional de saúde SMS 2)

Para que ocorram transformações nos modos de cuidado e acompanhamento dos usuários tornam-se necessárias radicais mudanças, também, nos modos de ensinar e aprender. Deve-se buscar desenvolver condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações de outros setores da sociedade, assim como valorizar o controle social, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas na formulação de políticas do cuidado (Ceccim & Feuerwerker, 2004).

A discussão não se esgota ao realizar reflexões sobre a formação em saúde. Torna-se instigante refletir sobre o modo como se estabelecem as relações sociais no próprio contexto prisional, como é trazido na fala anterior é um lugar que apresenta como marca ter *“um regime fechado”*. As prisões, por serem locais destinados à custódia e punição, acabam exercendo relações de poder, por meio de normas e condutas impostas à pessoa privada de liberdade. Tal função pode estabelecer uma relação com a saúde que funciona como elemento de troca e negociação para manutenção da ordem e da disciplina no cárcere (Diwana *et al.*, 2008).

Assim, o processo de trabalho em saúde é atravessado por inúmeras limitações locais e deve atentar para a capacidade de produzir cuidado de acordo com as possibilidades da instituição, e, apesar das condições não favoráveis, deve tentar aproximar cada vez mais as ações de saúde das necessidades das pessoas que estão privadas de liberdade e das diretrizes propostas pelo SUS. Dentro dessa perspectiva, os resultados apontam que os profissionais de saúde buscam utilizar ancoragens teóricas das políticas públicas de saúde, como afirma um dos participantes do estudo: *“tudo na minha vida foi voltado para a saúde pública, coletiva e tudo que envolvesse a população como um todo”* (Profissional de Saúde SMS 3). Ela traz no relato suas implicações com o campo da saúde coletiva, tendo em vista que sua trajetória pessoal e profissional foi marcada por discursos sobre esse campo de saber.

Ancorado no discurso das redes de saúde, um dos marcos conceituais do SUS, outro profissional apresenta as dificuldades em lidar com tal proposta – *“eu estou entrando no sistema prisional, desde como se acessa as redes, quais são as redes possíveis. Enfim, é nesse movimento que eu ainda tenho dificuldade. Essa é uma dificuldade que eu tenho, na inserção da rede de saúde pública”* (Profissional de saúde SUSEPE 3). A construção de redes se tornou uma estratégia indispensável para a criação da diversidade de respostas necessárias para o enfrentamento da produção saúde/doença, a partir da ampliação do acesso aos serviços e da estreita comunicação entre eles.

O conceito de redes do cotidiano se apresenta como resultado de ações de reciprocidade em registros múltiplos e diferenciados (circuito de afetividades, de mobilizações coletivas por direitos e de solidariedades reflexivas em torno de ideais comuns) (Martins, 2009). É neste fluxo de ações e intenções que vão se constituir, também, os sentidos e práticas de saúde dentro dos presídios e possíveis parcerias para a atuação em rede.

A entrada das prisões aponta outras configurações para a rede de atenção e, igualmente, para o próprio trabalho quando se adentra nas prisões. O espaço prisional, ao mesmo que tempo em que se constitui como um território, com seus limites e acesso fortemente controlados, que “protegem” quem está fora dele, em princípio, não é considerado um território para os recém-chegados, pois está completamente destituído de referências socioespaciais capazes de rearticulá-los em torno de uma nova territorialidade (Heasbaert, 2012).

De certa forma, o profissional de saúde também vivencia dificuldades de reconhecimento territorial, pois ao entrar nas prisões, precisa encontrar diferentes formas de resistência para realizar o seu trabalho e lidar com as precárias condições sanitárias, as rígidas regras de funcionamento local e com dificuldade de acesso aos presos que necessitam de acompanhamento. Ou seja, passam por experiências que ressignificam o local de atuação e a maneira de enxergar quem nele habita. Em pesquisa realizada com enfermeiros que atuavam em hospitais penitenciários, os profissionais de saúde estabeleceram relações permeadas por dilemas morais, éticos e sociais no processo de cuidar dos presos e que, muitas vezes, o profissional atuava como um facilitador na abertura de uma rede de comunicação de sintomas, sentimentos e escolhas (Souza & Passos, 2008).

Experiências de trabalho em outros territórios, como por exemplo, vivenciadas em locais considerados de “alto risco” também contribuíram para trabalhadores de saúde lidarem com o contexto prisional, principalmente porque o público que se encontra no cárcere brasileiro se aproxima das pessoas e famílias que vivenciam uma situação de vulnerabilidade:

“Na rede pública, eu trabalhava numa, vamos dizer assim, numa unidade de alto risco. Já, no bairro, então, único problema que facilitou, por exemplo, o meu trabalho dentro do sistema prisional, nessa unidade que estou trabalhando hoje, por quê? Porque eu já tinha experiência, contato com as pessoas lá com alto risco” (Profissional de saúde SMS 1)

“Então são aqueles mesmos sujeitos tão privados, não sei se tão privados, porque a Estratégia Saúde da Família ela dá conta assim de ir nesses lugares assim, que têm mais vulnerabilidade, mas são essas mesmas pessoas que vão... que nunca tiveram atendimento na área da saúde, que nunca foram atendidas de alguma maneira, né, que vão necessitar de atendimento lá também, na verdade, da saúde na prisão” (Profissional de saúde SUSEPE 3)

Os discursos apontam que antes mesmo do aprisionamento há uma parcela da nossa população que se encontra marcada pela exclusão de diversos direitos sociais ou enfrenta dificuldades em acessar a rede de serviços públicos. Isto fica evidente quando observamos que o perfil da população prisional no Brasil é composto em sua maioria por jovens, pardos e negros, e com baixa escolaridade (Ministério da Justiça, 2012). Essa caracterização denuncia que pessoas em situação de pobreza são substancialmente o maior alvo da polícia e da justiça, constituindo a clientela do sistema prisional. Esse perfil é também identificado por um dos participantes: “olha só, a impressão que eu tenho é que só muda o nome, o RG e o CPF... são sempre as mesmas histórias, pessoas com baixa escolaridade, de classe baixa, sem estrutura familiar, que foram criadas no meio da violência” (Profissional de saúde SUSEPE 1).

As demandas por políticas sociais aos que se encontram encarcerados permanecem invisíveis ao Estado brasileiro, que opera como se as prisões constituíssem um mundo à parte da nossa sociedade. Nesse sentido, ampliar equipes de saúde pode tensionar para que sejam construídas rupturas dos rígidos muros das prisões no intuito de conectar o “mundo” de dentro da prisão com o “mundo” fora dela e ampliar o debate sobre a própria função desempenhada pelas prisões no nosso país, pautado principalmente na violação de direitos.

A relação entre saúde e segurança no processo de trabalho em saúde prisional

Garantir o direito à saúde é uma das características da democracia, no entanto, a sociedade brasileira é marcada por iniquidades sociais que se tornam muito claras quando o assunto é saúde, especialmente no sistema prisional (Kölling, Silva & Sá, 2013). Os atores envolvidos com o compromisso de garantir acesso à saúde enfrentam situações como a falta de autonomia pela dependência do funcionamento da segurança, a vulnerabilidade frente à periculosidade do apenado e a falta de

infraestrutura nos locais de atendimento e para referenciar a outros serviços de saúde (Souza & Passos, 2008).

Para lidar com as situações descritas, ao entrarem nas unidades de saúde prisional, os profissionais contam com o apoio de outros trabalhadores da saúde que já atuavam no sistema prisional e, também, com a equipe de segurança, que os auxiliam dando orientações sobre como funcionam os estabelecimentos prisionais e quais são as implicações da sua atuação nesse espaço: *“eu me senti meio assim deslocada, mas assim, fui aos poucos tendo apoio, eu tive a B., que é enfermeira da SUSEPE, também conseguiu fazer com que eu enxergasse um pouco da saúde que é um diferencial, né”* (Profissional de Saúde SMS 2). Sentir-se “deslocada” diz de como era para essa profissional estar em um lugar que possibilitava a vivência de estranhamentos.

As experiências distintas dos profissionais que já atuavam nos estabelecimentos prisionais, como também daqueles que atuavam nos serviços públicos de saúde, são complementares para sustentar trabalho em equipe dentro das prisões, como trouxe uma das participantes: *“Os do município (profissionais de saúde) nunca tinham trabalhado numa instituição prisional. Nós (profissionais da SUSEPE) precisamos explicar para eles como funciona uma prisão. Hoje eles estão integrados ao trabalho no âmbito prisional”* (Profissional de saúde SUSEPE 1).

A fala aborda como é relevante a possibilidade de interlocuções entre quem atuou na saúde e na segurança, produzindo novos sentidos para interligar o campo da saúde pública e o funcionamento do sistema prisional. Mas, será que ao longo dessas experiências no campo da saúde há espaço para dúvidas/questionamentos ou o profissional de saúde tem, apenas, que se ajustar ao funcionamento local?

Alguns discursos apresentados apontam que a vivência no espaço prisional traz uma necessidade de ‘adequação’ ao sistema, a partir do conhecimento das regras locais no primeiro momento da inserção. No entanto, para lidar com as situações enfrentadas do trabalho em saúde, os trabalhadores se ancoravam no planejamento de propostas de trabalho em equipe e dialogavam com profissionais que estavam na rede de saúde municipal. São estratégias que se aproximam de processos de trabalho condizentes com o cotidiano das Unidades de Saúde, como pode ser visto:

“Não percebo muita dificuldade (trabalhar com saúde na prisão). A rede municipal facilita bastante, para a realização de exames, eles estão sempre presentes. Sem o município não tem como fazer esta construção” (Profissional de saúde SUSEPE 1)

A proposta de envolver os municípios na gestão das equipes de saúde prisional demonstra que isso tem facilitado o acesso à rede de serviços pelos profissionais de saúde, como explicitado no último trecho. Os gestores municipais assumem a gerência da atenção básica nas unidades prisionais, contratam os técnicos necessários e não disponíveis nos estabelecimentos prisionais e assumem o fornecimento de materiais de consumo e insumos e a manutenção de equipamentos e apoio técnico-administrativo (Rio Grande do Sul, 2011). Assim, estreita-se o diálogo entre as redes de saúde municipais e as demandas de saúde encontradas pelos profissionais de saúde, dentro das instituições prisionais.

Outra estratégia que marcou as entrevistas realizadas é a relação do trabalho das equipes de saúde e da segurança. Alguns entrevistados trouxeram a necessária conexão entre esses setores, como abordou o participante:

“Eu aprendi que a SUSEPE é uma engrenagem, na verdade nós temos o quê? o agente penitenciário, o agente penitenciário administrativo, que faz toda parte burocrática, e nós, técnicos penitenciários. Na verdade, um depende do outro, para eu atender um preso não sou eu que vou lá na porta da galeria chamar ele, vai o agente penitenciário, então, o meu trabalho depende muito do agente, um documento que eu preciso, um atestado, enfim, eu vou precisar do agente administrativo. Então, o nosso trabalho é na verdade uma engrenagem, né”
(Profissional de saúde SUSEPE 4)

Esse trecho retrata como os trabalhadores vivenciavam a interlocução do seu trabalho com o trabalho dos técnicos da SUSEPE. Relações formais e informais marcam a regulação da vida nas prisões e vão ditar a necessidade de relações conectadas entre a segurança e a saúde. Visto que o trabalho da saúde está diretamente relacionado às ações da segurança, por que não pensar os agentes penitenciários como integrantes da equipe de saúde? A fala seguinte mostra um movimento que problematiza o afastamento que prevalece na relação entre a saúde e a segurança dentro das prisões, propondo, assim, um olhar que parte de uma perspectiva integradora:

“É uma equipe boa (equipe de segurança), todos profissionais são técnicos que já trabalham há tempos dentro do prisional, então, já sabem como funciona, eu tenho aprendido bastante com eles, inclusive, mais do que com as enfermeiras, é bom, porque tem que ter jogo de cintura, né, tem que aprender a se virar, tem que saber que algumas coisas você não pode fazer.” (Profissional de Saúde SMS 3)

De certo modo, esta fala nos leva a pensar que trabalhar em equipe com os agentes é, também, enquadrar-se nas regras do encarceramento, pois são eles que vão ditar o que pode ou não ser feito dentro do sistema prisional. E muitas vezes são regras que se afastam de ações de cuidado e de possibilidades de escuta do preso. Por exemplo, os atendimentos só ocorrem quando os agentes penitenciários estão disponíveis para trazer o encarcerado de dentro da galeria para a unidade de saúde, ou mesmo, quando a consulta acontece com a presença do agente penitenciário, por regras da segurança.

Considerar os agentes penitenciários como integrantes das relações de cuidado dentro do sistema prisional ocasionam pensar nas contradições presentes na relação entre a saúde e a segurança, principalmente, na atuação do agente penitenciário. A imagem que os agentes de segurança penitenciária mantêm acerca das pessoas presas fundamenta uma desvalorização das queixas que estes últimos manifestam quanto a seu estado de saúde (Diuana *et al.*, 2008). Além disso, as demandas de saúde aumentam a movimentação interna e externa, o que acarreta maior trabalho aos agentes penitenciários, interferindo diretamente nas rotinas dos presídios.

No entanto, a atuação do agente penitenciário pode, também, ser marcada por uma relação de ambiguidade entre o vigiar e o cuidar. Em estudo de caso sobre uma agente

penitenciária de um presídio feminino, a descrição das suas atribuições oscilava entre funções estritamente de controle e vigilância e a expectativa de atuar como agente em processos ressocializadores. Tais relatos revelavam, portanto, uma percepção confusa de seu papel como agente, como alguém que simultaneamente deveria (ou desejaria) controlar e vigiar as presas e atuar de forma humanizada na consecução do objetivo de ressocialização destas mesmas presas (Barcinski, Altenbernd & Campani, 2013).

As lógicas de cuidado e da punição se atravessam todo momento no espaço prisional. A entrada das equipes de saúde vai apontar uma série de contrassensos presentes nas prisões, provocando interferências no funcionamento das instituições e nas funções ocupadas. A violência institucional vivida nas prisões pelos profissionais que ali atuam vai entrar, também, no cotidiano do trabalho em saúde e marcar as experiências: *“não é fácil, cada dia é um aprendizado, tem que aprender maneiras de minimizar, tipo, reduzir o dano mental, a reduzir o processo de prisionalização que acontece com todos.”* (Profissional de saúde SUSEPE 2).

O mundo de quem habita o sistema prisional é marcado por violências e agressões, não apenas de ordem física como também moral. A submissão do preso a essas experiências tem, como uma das suas consequências, a assimilação da cultura prisional pelo interno por meio de um processo descrito como “prisionalização”, “prisonização” ou “institucionalização” (Barreto, 2006). O termo “prisonização” indica a adoção, em maior ou menor grau, do modo de pensar, dos costumes, dos hábitos, ou seja, da cultura geral da penitenciária. O mesmo autor apresenta alguns dos fatores considerados universais na prisonização, tais como: *aceitação de um papel inferior, desenvolvimento de novos hábitos de comer, de trabalhar e de vestir e a adoção do falar local* (Thompson, 1976, p. 53)

Os trabalhadores que passam a compor esse espaço também são afetados pela cultura prisional e isso se reflete, por exemplo, pela dificuldade de acessar a rede de serviços ou de garantir o atendimento ao preso, como é percebido nesta fala: *“porque tu se sente violentada como profissional, uma vez que tu não tem condições adequadas de trabalho e que tu tem que minimizar os erros”* (Profissional de saúde SUSEPE 2).

É relevante destacar que, diante das dificuldades da assistência à saúde que comumente são encontradas nos presídios do Brasil, os profissionais de saúde predominantemente naturalizam tais práticas e apontam que alguns dos dilemas enfrentados são condizentes com o funcionamento do próprio modelo prisional: *“é uma violência própria do sistema (prisional) geral. Tu fica de mãos atadas, sem saber o que fazer, o que é melhor para o sistema, não o que a tua profissão exige”* (Profissional de saúde SUSEPE 2).

Como problematiza Mendonça Filho (2013) falar de condições degradantes, do tratamento desqualificador e de totalitarismo punitivo não é relatar deformações do sistema prisional, é frisar a sua principal marca, seu funcionamento normal e sua condição de possibilidade. Associamo-nos ao pensamento de Barros-Brisset (2010), em que são encontradas razões para resistir ao modelo da privação de liberdade, pois temos evidências de que essa forma de tratar o “fora da lei” tem potencializado as condições de risco para a vida do homem em sociedade. A prisão pode ter sido

um desses inventos úteis como resposta para a dominação do Estado e produção da segregação, mas inútil como possibilidade de criação e expressão da humanidade em sua convivência responsável com os outros.

Considerações finais

A proposta do trabalho foi abordar algumas inquietações em torno do processo de ampliação de políticas de saúde dentro das prisões e dar maior visibilidade aos anseios e dilemas enfrentados pelos profissionais de saúde que atuavam nesses espaços. Questionamentos sobre a lógica rígida da segurança, a forma como enxergamos a pessoa que está privada de liberdade e as possíveis formas para produzir saúde acompanham a rotina de quem trabalha com saúde dentro das prisões.

Neste sentido, problematizar concepções de saúde, de cuidado, de violência nos espaços prisionais coloca em questão a necessidade de discutir o modelo vigente e o contexto histórico e social que sustenta tais preceitos. A partir disso, é necessário lembrar que as prisões como instituições totais exercem uma condição que se afasta dos preceitos de cidadania e direitos legitimados pela sociedade, e vêm cumprir o papel de retirar do sujeito sua autonomia, liberdade de ação e capacidade de decisão, pelas normas locais. Torna-se, ao mesmo tempo, um lugar de aniquilamento das pessoas e de aprisionamento do ser. E as políticas de saúde, como podem contribuir para questionar tal sistema?

Através do presente estudo, vimos que a atuação dos profissionais de saúde dentro das prisões contribui para a produção de perspectivas de cuidado nas relações sociais estabelecidas no local, tendo em vista que cuidar do outro vai além da lógica dos níveis de atenção à saúde ou de um procedimento técnico simplificado. As ações prestadas pelos profissionais voltam-se para diversos sentidos sobre a compreensão de direito de ser, a partir das diferenças dos sujeitos e das suas necessidades específicas, o que parece se afastar totalmente dos pressupostos do modelo prisional e cria uma série de tensionamentos.

Entendendo que o trabalhador de saúde é sempre coletivo e atua dentro das especificidades que marcam os locais em que realiza suas práticas, não há trabalhador de saúde que dê conta sozinho do mundo das necessidades de saúde, o objeto real do 'trabalho em saúde' (Merhy & Franco, 2008). Isso fica mais claro ainda quando se fala e vivencia a tentativa de realizar práticas de saúde em uma instituição prisional. Diante disso, a comunicação entre os serviços de saúde, os estabelecimentos prisionais, os profissionais e gestores da segurança pública e da saúde deve ser contínua e as práticas em saúde pautadas na formação de redes sociais contextualizadas.

Dentro dessa perspectiva, o presente estudo propôs realizar a escuta de profissionais de saúde, no entanto faz-se necessário a realização de novos estudos que estabeleçam a escuta, também, dos trabalhadores da segurança e das pessoas que estão presas e seus familiares, tendo em vista que a construção de práticas de saúde e cuidado possam ser condizentes com anseios, limites e processos de resistência daqueles que habitam o cárcere.

Referências

- Barcinski, M., Altenbernd, B. & Campani, C. (2013). Entre cuidar e vigiar: ambiguidades e contradições no discurso de uma agente penitenciária. *Ciência e Saúde Coletiva*.
- Barreto, M. L. S. (2006). Depois das grades: um reflexo da cultura prisional em indivíduos libertos, *Rev Psicologia Ciência e Profissão*, 26(4), 582-593.
- Barros-Brisset, F. O. (2010). Um mundo sem prisões é possível? In Conselho Federal de Psicologia, *Atuação do psicólogo no sistema prisional*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia.
- Ceccim, R. B. & Feuerwerker, L. C. M. (2004). O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social, *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, 14(1), 41- 65.
- Diuana, V., Lhuillier, D., Sánchez, A.R., Amado, G., Araújo, L., Duarte, A.N, Garcia, M., Milanez, E., Poubel, L., Romano, E. & Larouzé, B. (2008). Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro, Brasil, *Cadernos de Saúde Pública*, 24 (8), 1887-1896.
- Haesbaert, R. (2012). *O mito da desterritorialização: do “fim dos territórios” à multiterritorialidade*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Jovchelovitch, S. & Bauer, M. W. (2008). Entrevista Narrativa. In Bauer, M. W. & Gaskell, G. Guareschi, Pedrinho A. (trad.), *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis: Vozes.
- Kölling, G. J, Silva, M. B. B. & Sá, M. C. D. N. P. (2013). O Direito à Saúde no Sistema Prisional, *Rev Tempus Actas Saúde Col*, 7(1), 281-297.
- Lei n. 7. 210, de 11 de julho de 1984. (1984, 11 de julho). *Institui a Lei de Execução Penal*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7210.htm> Acessado em: <20 de maio de 2012>.
- Matta, C. G. & Lima, J. C. F. (2010). *Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde: Contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- 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.
- Mendonça Filho, M. (2013). O estado contra o Sr. Cotidiano: de que lado das grades se colocam as práticas PSI?. In Figueiró, R.A. et al (Orgs.), *Saúde e sistema prisional: impasses e possibilidades no Rio Grande do Norte*. Natal: Edunp.
- Merhy, E. E. & Franco, T. B. (2008). Trabalho em Saúde. In Pereira, I. B. & França, J. C. (Orgs.), *Dicionário da educação profissional em saúde*. (2.ed. rev. ampl.). Rio de Janeiro: EPSJV.
- Ministério da Justiça (2012). *Sistema Integrado de Informações Penitenciárias – INFOPEN: relatórios estatísticos do Rio Grande do Sul*. Brasília: DEPEN/Ministério da Justiça.
- Nogueira, P.A., Abrahão, R. M. C. M. & Galesi, V. M. N. (2011). Infecção tuberculosa latente em profissionais contatos e não contatos de detentos de duas penitenciárias do Estado de São Paulo, Brasil, 2008, *Rev Bras Epidemiol*, 14(3), 486-94.

- Portaria n. 1.777, de 9 de setembro de 2003 (2003, 11 de setembro). Aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. *Diário Oficial da União*, seção 1.
- Paim, J.S. (2008). *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Resende, V. M. (2009). *Análise de discurso crítica e realismo crítico*. Campinas: Pontes.
- Rio Grande do Sul. (2011). Secretaria Estadual da Saúde. Resolução CIB/RS n. 257/2011. *Aprovar a alteração do Incentivo Estadual para habilitação de Equipes Municipais de Saúde Prisional em unidades penitenciárias com mais de 100 pessoas presas*. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1338407229_Resolucao%20CIB%20257%202011.pdf> Acessado em: < setembro de 2011>.
- Sá e Silva, F. (2009). A cidadania encarcerada: problemas e desafios para a efetivação do direito à saúde nas prisões. In Costa, A.B. et al (Orgs.), *O Direito achado na rua: Introdução crítica ao direito à saúde*. Brasília: CEAD/ UnB.
- Souza, M. O. S. & Passos, J. P. (2008). A prática de Enfermagem no sistema penal: limites e possibilidades, *Esc Anna Nery Rev Enferm*, 12(3), 417-23.
- Thompson, A.F.G. (1976). *A Questão penitenciária*. Petrópolis: Vozes.
- Vieira, A. L. S, Garcia, A. C. P., Filho, A. A, Pierantoni, C. R., Ferraz, C. A., Oliveira E. S., Nakao, J. R. S., Oliveira, S. P., Mishima, S. M, França, T. & Varella, T.C. (2004). Tendências do sistema educativo no Brasil: Medicina, Enfermagem e Odontologia. In Barros, A. F. T. et al. (Orgs.), *Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análise*. Brasília: Ministério da Saúde.

Recebido em dezembro de 2013

Aceito em abril de 2014

Luciana Oliveira de Jesus: Psicóloga, mestranda em Psicologia Social da PUCRS.

Helena Beatriz K. Scarparo: Psicóloga, Doutora em Psicologia Social pela PUCRS, professora do Programa de Pós-graduação em Psicologia da PUCRS.

Helena Salgueiro Lermen: Psicóloga, mestranda em Psicologia Social da PUCRS.

Endereço de contato: lojesus_se@yahoo.com.br