

MARIA AUGUSTA STEFANELLO RUBIN

**ENFERMAGEM ATRÁS DAS GRADES - A SAÚDE DOS
PRESIDIÁRIOS**

FLORIANÓPOLIS – SC

2000

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**ENFERMAGEM ATRÁS DAS GRADES - A SAÚDE DOS
PRESIDIÁRIOS**

MARIA AUGUSTA STEFANELLO RUBIN

**Tese apresentada ao Curso de Pós-graduação em
Enfermagem da Universidade Federal de Santa
Catarina para obtenção do título de Doutor em
Enfermagem na área de Filosofia da Enfermagem.**

ORIENTADORA: Dra. Maria Tereza Leopardi

FLORIANÓPOLIS - SC

2000

*Aos filhos Marcelo, Rodrigo e Paula e ao neto Gabriel,
dedico este trabalho*

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
PROGRAMA DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM

ENFERMAGEM ATRÁS DAS GRADES - A SAÚDE DOS PRESIDÁRIOS

MARIA AUGUSTA STEFANELLO RUBIN

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de

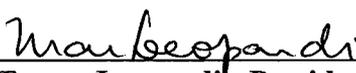
Doutor em Enfermagem

e aprovada em sua forma final em 16 de março de 2000, atendendo às normas da legislação vigente do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem - Programa de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

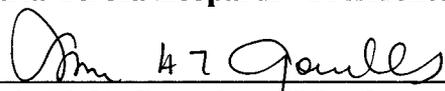


Dra. Denise Pires de Pires - Coordenadora do Curso

BANCA EXAMINADORA:



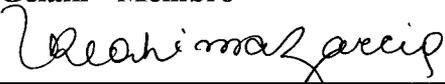
Dra. Maria Tereza Leopardi - Presidente/Orientadora



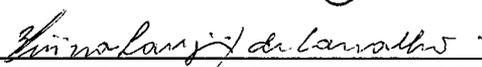
Dra. Lúcia H. T. Gonçalves - Membro



Dr. Ivo Gelain - Membro

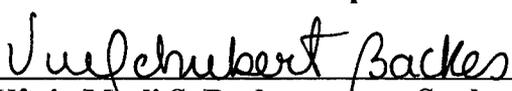


Dra. Vera Real - Membro



Dra. Vivina Lanzarini de Carvalho - Membro

Dra. Eliana Marília Faria - Suplente



Dra. Vânia Marli S. Backes - Suplente

ENFERMAGEM ATRÁS DAS GRADES - A SAÚDE DOS PRESIDÁRIOS

RESUMO

Autor: Maria Augusta Stefanello Rubim

Orientador: Dra. Maria Tereza Leopardi

Este trabalho apresenta a tese de que as pessoas encarceradas sofrem de doenças comuns a qualquer pessoa livre e sofrem também de problemas prisionais que abalam a sua saúde. Baseia-se na premissa de que a enfermagem, por não ter uma atuação sistemática em prisões, não produziu instrumentos adequados à intervenção nos problemas próprios da mesma. Assim, foram estabelecidos os objetivos: apurar as necessidades de saúde dos encarcerados e os problemas que agravam a saúde na prisão; e construir protocolos de enfermagem para a assistência aos encarcerados. Este trabalho, desenvolvido junto aos detentos do Presídio Regional de Santa Maria, RS, é basicamente qualitativo. Utilizando a consulta de enfermagem e a observação, foram relatados casos surgidos na assistência prestada, da qual emergiu uma proposta de condutas norteadoras, que foram validadas em duas etapas, e que culminaram nos Protocolos de Enfermagem. Várias circunstâncias são discutidas, como as dificuldades e avanços no atendimento e a situação familiar dos detentos. Inúmeros problemas prisionais foram detectados, os quais requerem assistência à saúde, sendo a enfermagem competente para contribuir nessa assistência. Este trabalho pretende ser uma contribuição para a enfermagem na assistência a presidiários ou familiares e a pessoas em situações especiais.

Palavras-chave: Problemas prisionais; assistência à saúde; protocolos de enfermagem.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE / DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Autor: Maria Augusta Stefanello Rubim

Orientador: Dr^a. Maria Tereza Leopardi

Título: **ENFERMAGEM ATRÁS DAS GRADES - A SAÚDE DOS
PRESIDIÁRIOS**

Tese de Doutorado em Filosofia da Enfermagem

Florianópolis, SC, 16/03/2000

NURSING IN PRISION – PRISONER HEALTH

ABSTRACT

Author: Maria Augusta Stefanello Rubim

Adviser: Dr^a. Maria Tereza Leopardi

This work develops the notion that imprisoned persons suffer from diseases common to people in general and are submitted to prison conditions that also cause health problems. Central to it is the idea that Nursing has not developed appropriate instruments to deal with prison health problems, since it has never established systematic care actions in prisons. Thus, this research had two objectives: to ascertain the health needs of a given imprisoned population and the problems that aggravate its health; and to devise nursing protocols for prisoner health care. This is a qualitative research carried out in the Santa Maria Regional Prison (RS). Nursing consultation and observation were used as instruments to collect the data. Case histories collected during the assistance period are reported, which after validating procedures originated the Nursing Protocols. Several aspects of the assistance are also discussed such as difficulties and progress in prisoners' attendance and the situation of their families. A number of prison problems were detected which require health care and which can be helped by systematic health care actions. This work is a contribution to Nursing in the assistance to prisoners and their families as well as to other people in similar situations.

Key words: prison health problems; health care; nursing protocols

FEDERAL UNIVERSITY OF SANTA CATARINA

CENTER OF HEALTH SCIENCE / NURSING DEPARTMENT

GRADUATE COURSE IN NURSING

Author: Maria Augusta Stefanello Rubim

Adviser: Dr^a. Maria Tereza Leopardi

Title: **NURSING IN PRISION – PRISIONER HEALTH**

Ph. D. Thesis in Nursing Philosophy

Florianópolis, SC, 03/16/2000

Agradecimentos

Ao finalizar este trabalho, agradeço à Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, onde exerço minha profissão, e às muitas pessoas que colaboraram de uma forma ou outra para que eu chegasse até aqui.

As colegas do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, representadas pela chefe, Profa. Ms. Stela Maris Padoin, pela compreensão e incentivo, em especial às colegas da equipe de Saúde Pública, representadas por Clara Colomé e Maria Celeste Landerdal.

À Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, representada pelos professores, funcionários e colegas de doutorado, pela acolhida a mim dispensada.

Às professoras Dra. Sandra N. C. Caponi, Dra. Lúcia Gonçalves e Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann, pelas contribuições dadas quando da qualificação do projeto da tese.

À Dra. Vivina Lanzarini de Carvalho, mestra que me orientou até o exame de qualificação, contribuindo significativamente ao longo do programa, meu reconhecimento de discípula.

À Dra. Maria Tereza Leopardi, orientadora e mestra, meu agradecimento, especialmente, pela disponibilidade, valorização, incentivo e espaços de liberdade, que me possibilitaram levar até o fim esta tese.

À direção e funcionários do Presídio Regional de Santa Maria, RS, pelo grande apoio a mim dispensado; aos detentos(as) que necessitam e merecem atenção à saúde.

Às enfermeiras, Prof^a. Dra. Ana Lucia C. Kirchoff, Prof^a. Drda. Rosa Maria B. Gonzales, Prof^a. MSc. Marlene G. Terra e Enf^a. Vergínea Rossatto, que gentilmente aceitaram e validaram os protocolos propostos aqui.

À Prof^a. Dra. Eunice Xavier de Lima, incentivadora de meu trabalho, desde 1985 e que me indicou bibliografia própria para cuidar da saúde de diários.

A todos que colaboraram... Muito agradecida!

SUMÁRIO

RESUMO.....	ix
ABSTRACT.....	xi
AGRADECIMENTOS.....	xiii
LISTA DE ANEXOS.....	xvii
1 – INTRODUÇÃO.....	1
2 – REFERENCIAL TEÓRICO.....	7
2.1 – O Ser Humano tem Valor?.....	8
2.1.1 – A terapia da empatia.....	17
2.2 – Cidadania e reclusão.....	19
2.2.1 – Aspectos legais e direitos universais.....	32
2.2.2 – A Constituição Brasileira.....	37
2.2.3 – A Lei de Execução Penal.....	41
2.3 – Estabelecimentos prisionais e formação profissional.....	43
2.4 – Um novo saber para a Enfermagem.....	48
3 – METODOLOGIA.....	55
3.1 – Local e contexto.....	57
3.2 – Providências prévias, período de realização e coleta de dados.....	60
3.3 – Instrumentos para o percurso investigatório.....	61
3.4 – Demonstração, análise, interpretação dos dados e proposta de ação.....	64
3.5 – Processo de elaboração e validação dos protocolos.....	65
4 – UM LUGAR DIFERENTE, SERES HUMANOS SEM LIBERDADE – O RELATO E A ANÁLISE DOS FATOS.....	67

4. 1 – Iguais e Diferentes – uma dualidade a ser considerada.....	67
4. 1. 1 – Novela cruel (e cômica) – um relato do cotidiano.....	70
4. 1. 2 – Atendimento de presidiários por grupos.....	73
4. 1. 3 – Visitando familiares de presidiários, a constatação do caos.....	75
4. 2 – Problemas prisionais – o que acontece atrás das grades.....	82
4. 3 – A realidade apresentada – a construção da Enfermagem atrás das grades	89
4. 4 – Episódios, que nem sempre são conhecidos.....	92
4. 5 – Os protagonistas se expressam.....	95
4. 5. 1 – Falta de comunicação e problemas familiares.....	96
4. 5. 2 – Sofrimento mental	105
4. 5. 3 – Perda da identidade.....	107
4. 5. 4 – Sofrimento por maus tratos.....	108
4. 5. 5 – Privação de informação.....	109
4. 5. 6 – Necessidade de serem ouvidos	109
4. 5. 7 – Repouso prejudicado	111
4. 5. 8 – Vida sedentária e ociosidade	112
4. 5. 9 – Atitudes sedutoras	113
4. 5. 10 – Precários serviços de saúde oferecidos.....	114
4. 6 – A Construção dos protocolos de enfermagem.....	116
5 – CONDUTAS, ESTRATÉGIAS, DIFICULDADES E FACILIDADES NO AVANÇO DOS OBJETIVOS	139
5. 1 – Resolubilidade	142
6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	147
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	153
ANEXOS.....	159

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1 – FOTOS DO PRESÍDIO	159
ANEXO 2 – FOTOS DAS CELAS.....	169
ANEXO 3 – FICHA DE CONSULTA INDIVIDUAL	175
ANEXO 4 – FOTOS DE FAMILIARES	179
ANEXO 5 – VERSÃO FINAL DOS PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM	187

1 – INTRODUÇÃO

A saúde vem evoluindo ao longo da história, incorporando tecnologias avançadas. No entanto, acredito que o aspecto da atenção integral a pessoas e grupos específicos ainda deixa a desejar. Como ouvi de um profissional, certa vez, quando trabalhava num Posto de Saúde, uma boa alimentação já seria tratamento suficiente para prevenir tantas seqüelas da desnutrição infantil, tais como desenvolvimento geral deficiente. Nossa formação como profissionais descuida, no cotidiano, a importância do suprimento das necessidades básicas para a manutenção da saúde. Além disso, sofremos influências diversas.

Por um lado, a saúde recebeu a influência cartesiana. De acordo com Capra (1982), o paradigma cartesiano do século XVII tem como base fundamental a separação da mente e do corpo e vem ainda, em grande medida, guiando a prática dos profissionais da saúde. Além da separação mente-corpo, considera o corpo composto por partes, como se fora uma máquina. Cada parte é uma peça separada que, estando "estragada", doente, deve ser consertada para o indivíduo recuperar a saúde.

No início deste século, a mentalidade cartesiana acentuou-se no campo da saúde, nos Estados Unidos, quando a American Medical Association, com verbas consideráveis da Fundação Rockefeller, encomendou uma pesquisa nacional sobre o ensino da medicina no país. A finalidade da pesquisa era a fundamentação científica desse ensino e resultou num relatório, em 1910, intitulado Relatório Flexner. Ele apresentou diretrizes norteadoras para as escolas de medicina, diretrizes essas que influenciaram também todas as ações e os serviços na área da saúde. O principal objetivo do ensino era, como o autor diz, "a formação dos estudantes e o estudo das doenças, não a assistência aos enfermos" (Capra, 1982, p. 151).

Mendes (1996, p. 238), ao analisar os pressupostos do relatório flexneriano, agrupa-os em itens e os define como o conjunto de elementos que norteou as práticas em saúde e que ainda têm influência sobre elas. São eles:

- o mecanicismo, que considera a pessoa como uma máquina, cujas partes avariadas necessitam ser consertadas;

- o biologismo, cuja teoria microbiana responde pela causa das doenças, excluindo dimensões como a social, espiritual, política, cultural e outras igualmente relevantes na determinação ou predisposição para as enfermidades;

- o individualismo, em que o indivíduo é visto isolado do contexto onde vive; nessa visão, busca-se a cura das doenças, separando-a dos outros níveis de atenção à saúde;

- a especialização, que produz a parcialização do ser humano, em que a tônica é o aperfeiçoamento do profissional, tendo em vista o "conserto de peças avariadas" pela doença. Nesta ótica, a compreensão do ser humano fica subestimada;

- o tecnicismo, em que há o predomínio da técnica da engenharia médica como mediadora entre os profissionais e a doença;

- o curativo, que se ocupa apenas do diagnóstico e terapêutica das doenças, preterindo a promoção da saúde e a prevenção da enfermidade. Nessa concepção, o hospital é a pedra fundamental, cujo objetivo é curar doenças, visando a formação de profissionais da saúde e não, como acima referido, oferecer a assistência aos enfermos. Vem daí a origem da expressão hospitalocêntrico para designar este modo de condução das ações de saúde.

Por outro lado, a enfermagem se originou a partir de diversas influências, até certo ponto limitantes à sua abrangência. Destaco aqui três aspectos dessa limitação. O primeiro diz da influência cartesiana/flexineriana, acima descrita, que se refletiu no seu fazer/assistir/cuidar. O segundo é a divisão social do trabalho de Enfermagem, abordada por vários autores, entre os quais Melo (1986), Pires (1989) e Leopardi (1994). Obedecendo aos princípios nightingaleanos e coerentes com a implantação do modo de produção capitalista, é estabelecida a separação entre as enfermeiras que trabalham e as que pensam, estudam, pesquisam e ensinam. Exemplo disso é encontrado também em vários historiadores da enfermagem, como Almeida e Rocha (1989, p. 42). Quando se referem ao princípio de Florence Nightingale, voltado para o ensino, esses autores dizem que “eram admitidos na Escola dois tipos de alunas socialmente distintos: as *lady-nurses*, provenientes de famílias de ‘classe alta’, aptas a custear seus próprios estudos, destinando-se a tarefas de supervisão, ensino e difusão

dos princípios nightingalianos da enfermagem; e as *nurses*, de nível sócio-econômico inferior, recebendo ensino gratuito [...] e que prestavam cuidado direto ao paciente”. O terceiro aspecto de influência na enfermagem é o fato de a sociedade ser, como aponta Agudelo, in Machado (1995), basicamente, “machista” e essa profissão ser constituída, predominantemente, por mulheres. Assim, historicamente, a enfermagem vem se subordinando ao médico, num modelo biomédico, centrado eminentemente na doença e no papel deste profissional. Esse aspecto é comentado pela mesma autora, que diz ser a Enfermagem uma profissão predominantemente feminina e, como na sociedade prevalece a autoridade masculina, na hierarquia da equipe de saúde, o papel de chefe do médico seria comparado ao do pai na família, que é a autoridade; à mãe, por sua vez, cabe o papel servil e isto corresponderia à enfermeira na equipe de saúde.

Essas heranças na formação profissional, ou seja, a visão flexineriana e hospitalocêntrica, a divisão do trabalho e a visão predominantemente machista da sociedade marcaram a conduta da prática de enfermagem. No entanto, percebe-se que esta vem se contrapondo, cada vez mais, a essas idéias, quando exercita sua autonomia profissional e vontade política na atuação mais abrangente, em relação não só a uma expansão do conceito de assistência, mas também ao propor cuidados baseados em princípios éticos de inclusão de todos os indivíduos, sem preconceitos e discriminação.

Assim, com uma nova visão a respeito da totalidade dos grupos na sociedade, a Enfermagem poderá agir, criando estratégias redefinidoras de sua prática e tomando decisões a favor dessas estratégias junto à equipe de saúde, para dedicar-se às necessidades prementes da população, especialmente de grupos específicos (diferentes), tal como o dos presidiários.

Tenho a convicção de que a enfermagem deve ser voltada à assistência e ao cuidado de pessoas nas mais variadas situações, como a famílias, a moradores de vilas, a pacientes em hospitais. Há enfermagem escolar e de saúde pública, com grupos de 3ª idade, crianças, portadores de doenças crônicas. A enfermagem no sistema carcerário, porém, está em aberto, é um campo a ser explorado. Para o terceiro milênio, essa profissão, que também ocupa espaços nas universidades, pode se expandir a outros distintos segmentos da sociedade.

Por um lado, o sistema penitenciário brasileiro reproduz práticas perpetuadas há séculos e trazidas ao nosso contexto pelos colonizadores, que, por sua vez, reproduziram práticas também incorporadas de civilizações mais antigas. Assim, o presidiário tem sido considerado um ser nefando e indigno, que pode ser submetido a constrangimentos e até a tiranias. Ele deve sofrer porque infringiu a lei. Tal conduta, que se reveste de um histórico sentimento de vingança, permeia o conjunto de instrumentos repressores que o Estado utiliza e a sociedade legítima, nos órgãos encarregados da manutenção da ordem. Os mais variados grupos da sociedade passaram a admitir, de forma velada ou ostensiva, tais condutas como necessárias.

No presídio de minha cidade, Santa Maria, RS, estão detidas cerca de 380 pessoas, para uma população de aproximadamente 290 mil habitantes, média considerada alta, cuja tendência é aumentar ainda mais, tendo duplicado nos dez últimos anos. É uma comunidade de pessoas, na maioria jovens, muito pobres, sem profissão e de baixa escolaridade. Muitos são analfabetos. Dessa população, 5% são mulheres. Entretanto, todos são criaturas humanas, temporariamente em castigo, cumprindo pena privativa de liberdade.

Por outro lado, as atividades docentes proporcionaram-me o acompanhamento de alunos no campo da prática e da prestação do cuidado em enfermagem. Minha trajetória profissional, como enfermeira de saúde pública e saúde mental, foi marcada pela convivência diária com esses clientes, enfrentando desafios para os quais continuo buscando respostas. Emergiram questões, percebidas também pelos alunos, sobre como vivem pessoas que, não estando hospitalizadas, necessitam de atenção à saúde. Tais questões constituíram-se em fonte de reflexão, permitindo que alguns problemas, não discutidos nos cursos, pudessem ser estudados. Percebi, então, que as ações de enfermagem, desenvolvidas nos espaços estabelecidos pela academia, deveriam ser estendidas a grupos humanos da comunidade, socialmente nela incluídos ou não.

Quando penso em abrir frente para o trabalho em enfermagem com prisioneiros, penso também em como mobilizar os profissionais da área da saúde e despertar neles algum sentimento de que detentos ou reclusos são pessoas necessitadas de ajuda, para que possam reencontrar a si mesmos e voltar ao convívio social. Eles e, por extensão, seus familiares, constituem, sob minha ótica, pacientes de

um grande hospital. A sociedade se encarregou de confiná-los para que não possam ser vistos e, muito menos, para alguém falar-lhes e ouvi-los. Ao afastá-los de seu convívio, procura esconder sua própria fragilidade e ineficiência em desenvolver estratégias de apoio para que, recuperando sua dignidade, tornem-se cidadãos com oportunidade de voltar à vida social.

Decidi, então, criar um trabalho de assistência à saúde dos reclusos do presídio de Santa Maria, RS, em junho de 1985, com um Programa de Extensão Universitária, num expediente de quatro horas semanais nessa instituição prisional. Incluía nessa assistência as situações de emergência dos encarcerados, visita domiciliar às famílias e encaminhamento a instituições de saúde da cidade para tratamentos específicos.

Essa atividade culminou na dissertação de mestrado "Enfermagem atrás das grades: um relato da assistência" (1996). E, prosseguindo para o doutorado, proponho-me a composição de protocolos de assistência de enfermagem, investigando o ser humano na prisão, sua possibilidade de reencontrar-se como pessoa e a contribuição da equipe de saúde para esse reencontro, a fim de que essa contribuição se torne efetiva e não apenas filantrópica. Para tanto, busco em Michel Foucault (1979 e 1993) e Erving Goffman (1974) aprofundamento nos aspectos de como são vistos os segregados da sociedade; e em Carl Rogers (1982 e 1983) o embasamento para atitudes terapêuticas que propiciem o reencontro da pessoa consigo mesma e com os outros.

Este trabalho se justifica pela minha necessidade de aprofundamento científico na profissão de enfermagem, pela relevância social do tema e pela própria educação em saúde como processo permanente, na perspectiva do exercício da cidadania e da valorização do ser humano.

À luz de autores reconhecidos como estudiosos dessa temática, fortalece-se o princípio de que a pessoa humana, em qualquer circunstância de sua vida, deve ter garantido seu direito à saúde. O cenário em que vivem os sujeitos do estudo sinaliza a urgência de sua inclusão nos programas de enfermagem. Nesse sentido, faço uma incursão ao sistema punitivo e poder disciplinar, com base nos estudos de Foucault, porque contribuem para a compreensão sobre a saúde nas instituições prisionais e em outros setores da sociedade.

A opção metodológica é uma pesquisa qualitativa, buscando o estudo das contradições que permeiam o tema deste trabalho. Apresento a instrumentalização para o alcance dos objetivos e seqüência das atividades que darão desenvolvimento ao estudo.

A contribuição para a expansão das atividades de enfermagem no atendimento de grupos diversificados de pessoas na comunidade e a criação de instrumentos próprios para a assistência de enfermagem justificam a atividade investigativa intentada, no tocante às necessidades de saúde dos presidiários, que constituem uma população de número significativo com carência desse serviço.

Neste trabalho, defendo a tese de que **as pessoas presas sofrem de doenças comuns a qualquer pessoa livre e sofrem também de problemas prisionais que abalam a saúde na prisão.** A questão se baseia na premissa de que **a enfermagem, por não ter uma atuação sistemática em prisões, não produziu instrumentos adequados à intervenção nos problemas próprios da prisão.** Em decorrência dessa questão fulcral, elaborei os seguintes objetivos: **1) apurar as necessidades de saúde dos encarcerados e os problemas que agravam a saúde na prisão; 2) construir protocolos de Enfermagem para a assistência a essas necessidades.**

2 - REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico visa refletir, à luz de alguns autores, sobre o respeito em relação às pessoas humanas em suas necessidades de saúde. Essas necessidades podem ser supridas, em parte e de modo institucionalizado, pela enfermagem, como profissão voltada para a saúde de grupos humanos.

Outro campo de saber que integra e amplia a base teórica utilizada, refere-se às realidades de discriminação e injustiça registradas e divulgadas, tanto na mídia, quanto na literatura sobre pessoas que cometem delito. Busco conteúdos teóricos que dêem suporte aos objetivos formulados. Assim, os livros de Foucault, especialmente "Microfísica do Poder" (1979) e "Vigiar e Punir" (1987), que tratam do poder na sociedade e da evolução histórica das modalidades da pena, ajudarão no enfoque do tema, além de Erving Goffman (1974), que trata do sofrimento de pessoas que vivem em "instituições totais", no livro "Manicômios, Prisões e Conventos". Carl Rogers (1982) contribui nos aspectos da terapia centrada na pessoa. Também contribuem outros autores, que são citados ao longo do texto, conforme as características dos assuntos que permeiam a temática.

Também tornou-se necessária, uma incursão no campo das leis, normas e regulamentos, para melhor entender as situações do grupo humano objeto de minha investigação. Apenas, a título de esclarecimento, o texto enseja a reflexão sobre a relação entre os direitos da pessoa humana e a Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1945, a Constituição Brasileira, de 1988, e a Lei de Execução Penal, de 1984. Tomando por base tais documentos, reflito sobre o papel da enfermagem no contexto das necessidades de saúde dessas pessoas, que, apesar de protegidas por três dispositivos legais de grande abrangência, ainda sofrem com o seu sistemático descumprimento. Coloco em destaque que tais leis deveriam proteger a nós e aos presidiários, garantindo a todos o acesso às oportunidades como cidadãos, inclusive à assistência à saúde, aqui reivindicada.

2. 1 - O Ser Humano tem Valor?

Coloquei em destaque o valor atribuído ao ser humano, porque esse é um princípio que justifica os empreendimentos, no sentido da garantia dos direitos, independentemente da condição que a pessoa se encontre. Para facilitar o desenvolvimento desta questão, formulei a pergunta: o ser humano tem valor? Procuo a resposta na reflexão sobre a pessoa que vive em situações conflitantes e desumanas, consentidas pelo mundo capitalista, em que imperam os valores da racionalidade, tecnologia e produtividade.

Rogers (1982) assinala que a pessoa, em sua condição de humanidade, tem um valor que a distingue dos demais seres e que lhe confere a consciência de ser. Quando uma pessoa não se dá conta de que é ser humano, indivíduo, cidadão, gente, corre o risco de despersonalizar-se, tornando-se apenas número, sem decidir, pensar ou participar, como que diluído na massa, semelhante a uma peça de máquina. Tal é a condição dos encarcerados: não conseguem ser vistos ou se verem como pessoas que têm valor humano, o que leva, muitas vezes, à sensação de que nada mais têm a perder. Nessa circunstância, a vida parece não ter valor algum, nem a sua, nem a de outros.

Sobre os direitos à cidadania, de ir e vir, de votar e participar, o grupo participante da Conferência Nacional de Saúde Mental (1988, p. 21) chegou ao consenso de que "o conceito de cidadania implica na participação ampla dos indivíduos em todos os aspectos da vida social e no acesso dos mesmos aos bens materiais e culturais da sociedade em um determinado contexto histórico". Essa definição nivela os indivíduos, como se todos fôssemos habilitados a essa participação ampla, quando sabemos que muitos não dispõem nem sequer dos meios materiais e culturais de que fala a conferência em apreço. Em relação aos direitos e deveres das pessoas, há os marginalizados de toda ordem: as vítimas de acidentes de trabalho, de salários baixos, da falta de escolaridade, do sistema de saúde precário, da miséria e fome em geral; as famílias reféns dos criminosos, os atingidos por crimes ecológicos, os sem terra e sem teto, e muitos outros.

A distinção entre valor e valia é complexa, e não é minha intenção fazê-la aqui. Há coisas valiosas e esse valor é expresso também no preço das mercadorias à disposição do público. E há outras que têm um valor intrínseco, não se vendem nem se compram, tal como o ser humano, que tem valor independentemente do status e posição na sociedade.

Não pretendo explicar a teoria dos valores, mas tão somente tocar em pontos importantes a este estudo. Muitos autores definem valor; entre eles, Abbagnano (1982) e Teles (1984) afirmam que valor é tudo o que se refere ao ser, tudo o que promove e impulsiona o ser humano. Não há vida humana nas prateleiras das lojas, nem o que acompanha a vida, como as ambições, a educação, o esporte, a espiritualidade, a solidariedade, a paz, o ser-mais, a saúde, o gosto, a beleza, a amizade e muitas coisas que complementam o ser. O segundo autor diz que Kant (1724-1804) "se apresenta como um precursor da moderna teoria dos valores" (p. 102), pois antes dele, o valor era estudado como o "bem". Para Kant, é "a consciência do sujeito que determina os valores" em cada pessoa (p. 101). Quer dizer que só é valor uma coisa da qual tenho consciência. Mais adiante, diz ainda que valor é "a não-indiferença de uma coisa, uma atitude, uma pessoa, relativamente a uma consciência motivada. O valor se fundamenta nas necessidades que motivam a consciência para a busca daquilo de que precisa" (p. 106). Dessa afirmação, concluo que, se estou consciente que algo vale, sinto esse algo como um valor e como uma necessidade a ser almejada. Os valores podem ser positivos ou negativos e agimos impulsionados pelos valores de nossa vida, os quais também são mutáveis.

Rogers (1982) diz que uma pessoa tem que se dar conta que é pessoa para se sentir pessoa. Tomar consciência de si, eis a questão. É lamentável uma pessoa não sentir seu valor. E, para que sinta, deveria ter, na minha ótica, oportunidades como a de educação, saúde, trabalho, lazer, dentre outros. Por isso, Freire (1986, p. 9) fala que "a consciência do mundo e a consciência de si crescem juntas e em razão direta; uma é a luz interior da outra, uma comprometida com a outra", e que "ninguém se conscientiza separadamente dos demais". Penso que não se pode sentir e assumir a própria vida, sem sentir seu valor. E isso não se processa na pessoa isoladamente, mas, como diz o autor, na relação com os outros. Considero que, para ocorrer essa relação com os outros, há etapas da vida a vencer, como a infância, a adolescência, a

maturidade. Mas o que pode ocorrer com pessoas que não têm oportunidades na vida? Sabemos, pela mídia e por depoimentos de algumas pessoas detentas, que elas não se importam com a própria vida, dizendo que "tanto faz matar ou morrer". Esse "tanto faz" inclui o não sentir o valor da vida. Quem sabe, se tivessem mais oportunidades e fossem menos oprimidos pela carência extrema e pela falta de perspectivas, como a grande maioria dos detentos, sentiriam mais o valor da própria vida.

Há também os que dizem que os Direitos Humanos, universalmente aceitos, são acobertadores dos marginais e não olham as vítimas dos criminosos, as quais se ressentem da falta de proteção da sociedade.

Tais fatos colocam-nos diante de uma situação complexa: de um lado o ser humano que comete o delito e, de outro, o ser humano que é penalizado por ele. Procurando ver as pessoas envolvidas nessa dualidade, sinto dificuldade, porque entendo que a criminalidade não deveria fazer parte de atos realizados pelo ser humano. Essa convicção pode ter um cunho utópico, mas tem sua razão de ser no fato de o crime violar direitos e prerrogativas fundamentais do ser humano, como a vida, a integridade física, a honra, a liberdade, a propriedade e a locomoção, entre outros. No entanto, os direitos do homem servem como instâncias reguladoras dos valores que são expressões históricas da consciência ética e jurídica. Como assinala Vidal (1986, p. 172),

perguntar, então, pelas condições que justificam a razão ética dos direitos do homem equivale a afirmar que existem direitos fundamentais que o homem tem, pelo fato de ser homem, pela sua própria natureza e dignidade. Direitos que lhes são inerentes e que longe de nascerem duma concessão da sociedade política, têm de ser por ela consagrados e garantidos.

O posicionamento do autor é contundente, até porque os Direitos Humanos, em muitas situações, são violados, embora não se encontre justificativas morais para não subscrevê-los. Dificilmente não se tornam partes das intenções de governos e sociedades, ainda que em muitos casos à custa de pressões sociais.

A defesa do direito dos detentos, sejam quais forem seus crimes, ocupam muitas páginas da mídia, que denunciam massacres, execuções sumárias, desrespeitos

os mais diversos. Pouco se fala das vítimas que tiveram também seus direitos violados. Isso pode estar ocorrendo, porque os primeiros sofrem penas que a lei não ampara, sendo tratados indignamente e brutalmente, castigados em muitas situações em sua vida cotidiana.

Na dinâmica da sociedade, as questões inerentes aos criminosos e suas vítimas ensejaram o desenvolvimento do Direito Penal, que é histórico, mas não integra a temática selecionada para este estudo, no que diz respeito à análise de seu conteúdo, mas tão somente apontar aspectos relativos à assistência de sua saúde.

Conforme Jaguaribe (1991, p. 17), no Brasil há um dualismo social em que, de um lado existe uma "moderna sociedade industrial", da qual faz parte uma parcela minoritária; de outro encontra-se uma "sociedade primitiva, vivendo em nível de subsistência, no mundo rural, ou em condições miseráveis da marginalidade urbana, ostentando padrões de pobreza e ignorância comparáveis aos das mais atrasadas sociedades afro-asiáticas, e que compreende 60% da população total". Explica ele que 35% das famílias brasileiras vivem em estado de miséria, com rendimento per capita de até meio salário mínimo, sendo que, destas, 15% vivem com um rendimento per capita de até um quarto de salário mínimo. Diz ainda que 10,1% ganham mais de três salários mínimos e que somente 1,4% dos brasileiros ganham mais de dez salários. Refere que o elevado estado de ignorância da população brasileira contribui para o estado de pobreza e que o analfabetismo afeta 20% da população. Somente 10% das crianças até 15 anos de idade cursaram as oito séries do 1º grau. Segundo o mesmo autor, "a qualidade de vida da população brasileira, em tais condições, é necessariamente muito baixa. Mais de metade dos domicílios não têm luz elétrica, mais de 71% não possuem canalização interna de água, mais de 85% não têm escoadouro adequado, 65% não dispõem de filtro e mais de 79% não têm geladeira" (Jaguaribe, 1991, p. 18).

A pessoa humana tem direito de usufruir de políticas sociais nas áreas de nutrição, saúde, habitação, transporte urbano, saneamento, assistência social e segurança pública, como necessidades básicas de sobrevivência. Não é necessário muito esforço para constatar que a situação definida pelo autor se perpetua até hoje, apesar de decorridos nove anos.

E como falar de valor da pessoa humana em tão deplorável realidade?

Numa sociedade capitalista, a pessoa humana vale por aquilo que faz e produz. Segundo a Conferência Nacional de Saúde Mental (1988), o desenvolvimento do capitalismo no Brasil caracterizou-se em um modelo econômico concentrador, que se revigorou, após o golpe militar de 1964, acentuando a desigualdade social, na qual a renda e a propriedade pertencem a uma minoria. Essa situação provocou uma grande migração de camponeses para as cidades, engrossando as periferias urbanas e acentuando a formação de latifúndios rurais improdutivos, embora na atualidade se vislumbre uma reversão nessa corrente migratória.

Essa população migratória urbana, de acordo com o citado autor, gerou um contingente de força de trabalho que causa aumento na demanda de emprego, desvalorização da mão de obra e aumento de subempregados ou desempregados, além de favorecimento à sua exploração pelos grupos econômicos e classes dominantes. Assim, a vida desses brasileiros torna-se difícil sob tais condições sociais.

No tocante ao desemprego, Penna (1991, p. 175) observa que muitos são impelidos a formas alternativas de trabalho/rendimento, por meio de práticas ilícitas, com destaque maior para o crime organizado e para as drogas, um mercado crescentemente alimentado pela desesperança dos que sucumbem diante da opressiva e sufocante falta de perspectiva. Outros cedem ao desalento total, por ignorância ou extrema miséria, que os privam de escrupulo e de dignidade.

Porém, se a determinação social é fator associado ao comportamento ilegal, não justifica por si só a escolha pela marginalidade. Da mesma maneira, como refere Herkenhoff (1998, p. 41), "a prisão sustenta o sistema econômico, enfatiza os crimes que o ameaçam ou que abalam seus valores e seus dogmas, ao mesmo tempo em que chancela condutas altamente atentatórias aos interesses do povo". Assim, mesmo que aprisionar e punir sejam ações sociais necessárias, não se pode aceitar que ao condenado sejam impostas penas que lhe retire a condição humana e o direito de ser tratado com dignidade, de modo que possa reconhecer, na vida social, a ética e o valor, por cuja quebra foi responsabilizado. A sociedade precisaria, no entanto, refletir sobre as formas explícitas e implícitas de punição, em vez de usar o descaso pelos direitos civis dos aprisionados como um modo de "reintegrar" essas pessoas na perspectiva da cidadania.

Duarte Jr. (1986, p. 73) assinala que, com a revolução industrial, foi necessário encontrar mão de obra para as indústrias e, como havia muita gente desocupada, foi necessário classificá-la em três categorias "os desempregados, os criminosos e os loucos. Os primeiros poderiam ser aproveitados, enquanto as duas últimas classes deveriam ser confinadas, para não atrapalharem a organização industrial". Comenta, ainda, que o confinamento dessas pessoas continua até hoje, com a desculpa de ser necessário tratar sua saúde e sua conduta. Pela lógica do capitalismo, não há interesse em investir na recuperação de detentos, quando há excedente de mão de obra para o trabalho. Assim, a premissa que sustenta a prerrogativa social de punir não serve para sustentar novos padrões de conduta penal.

Galvão (1994) vai às causas mais remotas da situação dos detentos, quando afirma que se investíssemos mais na infância desamparada, nas famílias desestruturadas e na criação de mais empregos para a população, teríamos índices menores de delinqüência. Os detentos são fruto desta sociedade. Diz ele que muitos estão presos "porque faltou-lhes um mísero emprego de salário mínimo e eles, sem maiores escolhas, decidiram delinquir" (p. 11). Sobre isso, constatei que, realmente, a maioria deles são jovens oriundos de lares desfeitos, com pouca ou nenhuma escolaridade e muito pobres.

No que se refere à marginalização, refletindo sobre a mentalidade maniqueísta da sociedade, Foucault demonstra que se iniciou, no século XIX, o mecanismo dualista de exclusão social, "a divisão constante do normal e do anormal". Por um lado, os "pestilentos", leprosos, mendigos, vagabundos, loucos; e, do outro, os bons. A divisão perdura até nossos dias e há um conjunto de técnicas e instituições que assumem a tarefa de medir, controlar e corrigir os anormais. "Todos os mecanismos de poder que, ainda em nossos dias, são dispostos em torno do anormal, tanto para marcá-lo como para modificá-lo, compõem essas duas formas de que longinquamente derivam" (1993, p. 176).

A preocupação em separar o indivíduo bom do ruim é uma tendência maniqueísta e uma herança do pensar por meio de antinomias simétricas, arraigado na sociedade. Exemplo disso, em nossos dias, foi o modo como surgiram as primeiras notícias sobre a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS). A mídia reforçava as atitudes preconceituosas que alcançavam a pessoa portadora do HIV.

Por que, simplesmente, excluir as pessoas infratoras, sem nenhuma chance? O pensamento de Peres (1994, p. 8) exemplifica o fato de julgarmos as pessoas apenas sob o ponto de vista de sua condenação, sem considerar sua defesa que, se não as inocenta, pode abrandar sua culpa. Em suas palavras, "não há nada mais terrivelmente primário e burguês do que pegar um crime e enxergar somente os ângulos de acusação, não abrir o coração, a alma, o espírito, a ciência para enxergar o que existe de defesa". Porém, mais do que compreender as circunstâncias que cercam o ato delituoso, é necessário vislumbrar os atributos de humanidade inerentes a cada ser.

Temos responsabilidade pelos atos que praticamos e devemos responder por suas conseqüências, mas a sociedade discrimina tais responsabilidades por classe e etnia. Concordo com o que declara Adorno (1995, p. 7 - 10), ao analisar as diferenças entre os que cometem delitos, pois tendo "dinheiro para contratar uma boa defesa correm o risco de apenas dois em cem irem parar na cadeia (...). Dos negros que contratam advogado, 27% são absolvidos. Já com os brancos, a taxa de absolvições é de 60%". Assim, pobres que não podem pagar sua defesa povoam os presídios, assim como os negros. Destes, mesmo que possam defender-se, é alto o número de condenados em relação aos brancos, evidenciando-se a discriminação racial por parte da sociedade. E além da falta de recursos, os detentos e seus familiares sofrem falta de atenção à sua saúde e a outras necessidades básicas.

Sobre a doença mental, nos presídios gaúchos, os psiquiatras Oliveira e Teitelbaum, apud Bach (1995, p. 82) fizeram uma investigação com objetivo de estabelecer um perfil do preso gaúcho. Após examinarem 700 detentos, de um universo de 11 mil, no estado do Rio Grande do Sul, chegaram às seguintes conclusões:

Boa parte dos detentos é agressiva e não aprendem com experiências punitivas (...) e 68% apresentam algum distúrbio psíquico. Dos que possuem distúrbios, 22% são psicopatas, 17% são deficientes mentais, 20% alcoolistas e 2% dependentes de drogas. Os demais possuem transtornos diversos de personalidade (esquizóides, narcisistas, paranóides); 15% não possuem distúrbios e nem são perigosos. O restante não tem diagnóstico formado.

Esses dados, são rotuladores. Mesmo pessoas honestas e saudáveis, quando expostas às condições sub-humanas de um presídio, podem tornar-se portadores de

transtornos mentais. Além do mais, nem sempre os aprisionados são pessoas de "mau-caráter¹", mas podem receber tais diagnósticos individuais em tão deprimentes situações de confinamento. Concordo com os autores, ao dizerem que é alta a porcentagem de pessoas que têm transtornos anti-sociais nos presídios, pois, como dizem, "são indivíduos com impossibilidade de controlar impulsos agressivos e que também não conseguem aprender com experiências punitivas. 'São psicopatas', gente cujos vínculos com outras pessoas são mantidos por interesse e não por afeto" (Bach, 1995, p. 82).

Em geral, a impunidade social em relação a classes sociais ou grupos privilegiados, tais como de participantes nos governos federal, estaduais e municipais, é desconcertante. Como diz Blattes (1999, p. 2), nossos representantes roubam e, passado o momento, caem no esquecimento, porém "queremos rigor com o miserável que mora sob uma ponte, jamais teve chance de educação, vive com fome e só conhece, como forma de sobrevivência, a violência". E conclui o autor que, no cenário político, temos aulas de "corrupção, sacanagens e impunidade" a todo momento.

Os presidiários são pessoas que sofrem muito, não somente por estarem privadas de liberdade, mas também, como refere Goffman (1974), por viverem em espaços fixos. Na sociedade em geral, diz ele, as pessoas desempenham papéis de vida em locais diferentes, mas, na prisão, isso acontece num único local, o que caracteriza uma instituição total. O detento perde a identidade pessoal no processo de admissão, quando lhe substituem as roupas por uniformes, cortam-lhe os cabelos, dão-lhe um número. Diz ele que, "na admissão, a perda do equipamento de identidade pode impedir que o indivíduo apresente, aos outros, sua imagem usual de si mesmo" (p. 29 - 30). Sem contar com as deformações físicas provocadas pelas torturas constantes a que são submetidos, de modo que "existe a desfiguração pessoal que decorre de mutilações diretas e permanentes do corpo" (Goffman, 1974, p. 29). E continua:

nas instituições totais há outra forma de mortificação; a partir da admissão, ocorre uma espécie de exposição contaminadora. No mundo externo, o indivíduo pode manter

¹ Este termo é mais um dos rótulos que estas pessoas recebem, independentes de serem ou não delinquentes.

objetos que se ligam aos seus sentimentos do eu – por exemplo, seu corpo, suas ações imediatas, seus pensamentos e alguns de seus bens – fora de contato com coisas estranhas e contaminadoras. No entanto, nas instituições totais esses territórios do eu são violados; a fronteira que o indivíduo estabelece entre seu ser e o ambiente é invadida e as encarnações do eu são profanadas (p. 31).

Isto é citado pelo autor, em seu texto “Asylums – essays on the social situation of mental patients and other inmates” (1961), sendo, na minha ótica, ainda atual, dispensando comentários. Oliveira (1984) também fala no sofrimento de detentos, apontando para o sofrimento advindo dos vários tipos de privação: além da privação da liberdade, a privação dos bens, da autonomia, da segurança, de relações heterossexuais e de conservação da saúde.

Dentre as necessidades do ser humano, no entender de Leopardi (1992, p. 55 - 56), a de saúde é uma das mais importantes para a pessoa inserida em seu contexto social, político e econômico. Essa necessidade

é uma carência complexa que ultrapassa os aspectos mais imediatos dos desequilíbrios biológicos no corpo, os quais podem ser reajustados, para aproximar-se da 'normalidade'. Ao contrário, nem sempre poderá ser eliminada através de objetos materiais e, mesmo que possa, nem sempre esse objeto está disponível (...). Mesmo que o desejo de cura seja basicamente da mesma natureza entre os indivíduos, ele se apresenta de maneira diferente para diferentes grupos sociais.

De fato, numa comunidade prisional, as necessidades assumem características especiais, para as quais se deveria prestar atenção, até porque a saúde é um direito de todos e o valor do ser humano independe de sua condição econômica, política, social e criminogênica, bem como do lugar onde se encontra.

Compreendendo, finalmente, que o primado da força foi substituído, ao longo da história, pela legitimidade do consenso, assim posso vislumbrar possibilidade de saúde para os detentos, partindo da correlação entre leis e direitos. O ser humano tem valor, como cada coisa viva no universo. No entanto, por caracterizar-se como um ser que se responsabiliza por seus atos, orienta-se para um patamar em que seu destino

estará marcado por premissas éticas de convivência, com as quais constitui os parâmetros que qualificam sua existência.

2. 1. 1 – A terapia da empatia

Depois de refletir sobre o valor do ser humano, quero introduzir a “terapia centrada na pessoa” de Carl Rogers, eleita como pano de fundo para nortear minhas ações de saúde aos presidiários. Ressalto que foi ao fazer um curso intensivo sobre esse autor que firmei a intenção de trabalhar com presidiários.

Rogers (1982 e 1983) diz que toda pessoa tem capacidade de conhecer seus problemas e resolvê-los, num movimento interno em direção à modificação, contanto que encontre um relacionamento adequado e um clima de calor humano para se sentir acolhido e sem ameaças. Assim,

os indivíduos possuem dentro de si vastos recursos para a autocompreensão e para modificação de seus autoconceitos, de suas atitudes e de seu comportamento autônomo. Esses recursos podem ser ativados se houver um clima passível de definição, de atitudes psicológicas facilitadoras (1983, p. 38).

E para que haja um clima terapêutico que propicie o movimento de auto-modificação da personalidade para o convívio ou para a cura, ressalta, é necessário que o terapeuta observe três fatores importantes a essa relação de ajuda: a “congruência”, a “aceitação incondicional” e a “compreensão empática”.

A congruência é a sintonia dos sentimentos com a consciência e sua manifestação. Nada mais é do que ser autêntico e sincero no trato entre pessoas. Nas palavras do autor, “congruência foi o termo a que recorremos para indicar uma correspondência mais adequada entre a experiência e a consciência. Pode ainda ser ampliado de modo a abranger a adequação entre a experiência, a consciência e a comunicação” (Rogers, 1982, p. 298).

Nesse sentido, o autor faz um apelo a que sejamos íntegros em nossas ações e coerentes com essa integridade, de sorte que a fala corresponda à ação.

Sobre a aceitação incondicional, o autor mostra que faz parte dessa aceitação o interesse e a consideração pela pessoa ou paciente. Nessas condições de “aceitação incondicional”, forma-se um clima de calor humano terapêutico e, “quando o terapeuta está tendo uma atitude positiva, aceitadora, em relação ao que quer que o cliente *seja* naquele momento, a probabilidade de ocorrer um movimento terapêutico ou uma mudança aumenta” (1983, p. 39).

Assim, os valores da vida e da realidade do terapeuta, geralmente, não correspondem aos valores e à realidade do paciente; porém, havendo a aceitação incondicional pelo terapeuta, há respeito pelo paciente, que se apresenta com seus valores próprios. E, nesse clima, é possível que ocorra o aprendizado mútuo, em que o terapeuta também aprende com o paciente.

A terceira condição para o relacionamento adequado e clima de calor humano onde a pessoa terá condições de refazer-se e transformar-se, é a “compreensão empática”. Significa, segundo o autor, que o terapeuta capta os sentimentos do paciente de modo a chegar a considerá-lo como “seu eu”. Para isso, deverá manter uma “escuta ativa”. Sobre escuta, adverte que, “pensamos estar ouvindo, mas muito raramente ouvimos e compreendemos verdadeiramente, com real empatia. E, no entanto, esse modo tão especial de ouvir é uma das forças motrizes mais poderosas que conheço” (Rogers, p. 1983, p. 39).

Esse terceiro ponto básico destinado a formar o clima terapêutico representa a condição essencial que, afinal, resume as duas primeiras condições, ou seja, a congruência e a aceitação incondicional.

Assim, os três fatores relevantes no relacionamento terapêutico, congruência, aceitação incondicional e compreensão empática determinam, então, uma atitude terapêutica fundamental ao profissional da saúde que cuida da saúde de presidiários. A experiência já me mostrou que são pessoas tão necessitadas, juntamente com suas famílias, que, muitas vezes, nem sabem especificar o que estão sentindo ou querendo, mas pedem para serem atendidos.

2. 2 - Cidadania e reclusão

Desde a antigüidade até nossos dias, a humanidade sente necessidade de fixar limites ao comportamento humano, na perspectiva do bem coletivo.

É de conhecimento comum que o ser humano deveria se comportar de acordo com os costumes próprios de cada povo em sua cultura. No entanto, as pessoas de condutas transgressoras, que há em qualquer grupo, têm sido consideradas merecedoras de punição, como forma de garantir a ordem social. Assim, para os infratores há obrigatoriedade de cumprir penas. Essa complexa questão, que tem sido objeto de reflexão nos mais diferentes campos do saber humano, precisaria também ser apreciada pela enfermagem, enquanto prática social interventiva e transformadora em seu campo específico, que é o cuidado terapêutico, no sentido de preservação ou recuperação de um sentido pessoal e coletivo de bem-estar.

A enfermagem, como prática social libertadora, está, historicamente, inserida no conjunto das forças colocadas a serviço da saúde como valor na vida das pessoas e dos grupos humanos.

Desde o advento do sistema nighthingaleano até nossos dias, as atividades de enfermagem estão presentes em hospitais, ambulatórios, postos ou serviços especiais, ligados às instituições de saúde. Os trabalhos empreendidos fora desses espaços resultam de iniciativas de caráter isolado, com incentivo religioso ou filantrópico. Tais empreendimentos somam esforços de entidades ou grupos que têm em comum a busca de uma sociedade mais humana e justa.

Sendo extremamente escassos os serviços de saúde fora dos espaços convencionais, nas instituições fechadas como asilos, orfanatos e manicômios a saúde fica a cargo das respectivas autoridades administrativas. São elas que requisitam a presença de profissionais da saúde e providenciam os encaminhamentos necessários, não correspondendo, muitas vezes, a julgamentos adequados e com objetivo de evitar danos maiores.

Nos presídios, conforme meu trabalho de dissertação do mestrado (1996), as providências administrativas em relação à saúde ocorrem no atendimento de surtos ou crises, ou em casos de risco de vida. Porém, a precária condição de saúde da população encarcerada desperta a imaginação de pessoas interessadas no bem

comum, como também de profissionais que exercem cargos, empregos ou atividades relacionadas com esse grupo humano, para a busca de soluções. Tendo a oportunidade de atestar o descaso a que foi relegada a saúde, um direito humano universal, independente da situação em que a pessoa se lançou ou foi lançado, procuram abrir debates estimulando reflexões sobre a temática.

Como enfermeira, enquadro-me nesse grupo e me interesso especialmente pela busca de formas de atuação que possam efetivamente facilitar a promoção da saúde e a prevenção das doenças de pessoas reclusas, respeitando seus direitos como pessoas.

Entretanto, considero que se, por um lado, aponto a questão da defesa do detento subjetiva e objetivamente, isto não implica, por outro, que se desconsidere as vítimas. O estudo da vitimologia é novo, e valeria como sugestão para outros trabalhos na enfermagem. Está sendo estudado no Brasil, como diz a advogada Kosovski (2000, p. 24), em entrevista à “Tribuna do Advogado”, explicando que se trata de

uma ciência multidisciplinar que vem, aos poucos, conquistando cada vez mais espaço no cenário internacional e brasileiro: a vitimologia. Nascida logo após o término da 2ª Guerra Mundial, como estudo da vítima, a vitimologia não é simplesmente desdobramento da criminologia e extensão dos direitos humanos – tem íntima relação também com outras áreas, entre elas medicina, sociologia e assistência social.

A vitimologia, segundo a autora, inclui tudo sobre o direito das vítimas de terem representação no processo penal, inclusive defensor público, se necessário, além de plena participação no processo, sendo compensadas com direitos para exigir justiça, de modo que, inclusive, sua hostilidade em relação ao bandido diminuiria. “Isto, de certa forma, previne uma criminalidade posterior”. Pois, como diz, se a vítima “se sentir amparada, a tendência é que ela não queira vingança”. A autora explica ainda, que inclui na vitimologia, a criação de “centros de atendimento a vítimas, os quais prestariam assistência jurídica, médica e psicológica”, como os já existentes em outros países mais adiantados neste campo, como EUA, México, Inglaterra e outros.

O olhar sobre o criminoso e até mesmo a compaixão para com ele não significa uma falta de compreensão na mesma medida e um desejo de ajudar as vítimas desse mesmo criminoso. Somente que não foi o alvo de meus estudos. Pois, seu ato não deve ser aceito objetiva e moralmente pela sociedade. Justo que se lhe imponha castigo correspondente ao delito cometido. Mas, nota-se um descompromisso ético por parte da sociedade que, enquanto pune o criminoso, política e socialmente não tem se preocupado em encontrar soluções educativas eficientes para ele. A prova está na população carcerária, aumentando ano a ano. Como disse, o alvo deste meu trabalho são os presidiários e seus familiares.

E a complexidade dos problemas de saúde das comunidades prisionais somente permitirá alternativas de ações a partir do enfrentamento das limitações impostas pelo sistema carcerário às possibilidades de vida com qualidade e às garantias ao direito à saúde. Esse enfrentamento requer também, em minha opinião, um estudo e uma reflexão da questão carcerária, incluindo o comportamento criminoso.

Moraes Filho (1991) assegura que, para o ilícito penal, concorrem múltiplas condições sociais criminógenas, como a subcultura da pobreza, as populações marginais, as favelas, a subnutrição, a falta de instrução, de higiene, de saneamento básico, o relaxamento moral e a disseminação comercial das drogas. E Dimenstein (1993, p. 123) diz: "a pobreza provoca uma infecção chamada desintegração familiar. E ela vem junto com a violência. Meninos costumam dizer que preferem morar na rua a morar em casa". Também Bicudo (1994, p. 77) sustenta que "a pobreza e a miséria não são a causa do aumento da violência, mas constituem o caldo de cultura para o seu crescimento".

Assim, a dissolução do organismo familiar, o adensamento populacional, a má distribuição de renda e, mais recentemente, a apologia dos meios de comunicação de massa à violência e ao crime, aparecem como estruturantes do comportamento criminoso e dos fatores causais da delinquência. Como diz Herkenhoff (1998, p. 40), "a prisão atinge primordialmente, as classes oprimidas (...). Os pobres não são apenas as principais vítimas da prisão, como das maiores violências nas prisões".

Sobre crime, violência e marginalização, ocupam-se também estudiosos como Foucault, (1979 e 1993); Ferreira, (1979); Ramos (1982), Queiroz (1985),

Albergaria, (1992); Beccaria, (1997). Ao longo do tempo, eles têm procurado deslindar o labirinto do submundo das transgressões criminais e as formas mais convenientes para a sua mitigação. Herkenhoff (1998, p. 41) diz que a prisão "cria o estereótipo do criminoso e deixa a descoberto de punição inúmeros atos anti-sociais incomparavelmente mais graves e lesivos à coletividade".

Sabe-se que os modelos delituosos e a delinquência variam no tempo e no espaço e, com o passar dos anos, se torna relativo e problemático o seu diagnóstico. Sobre isso, além de Foucault, Oliveira (1984) apresenta a história da pena e das prisões entre os povos. Foram necessários vários séculos até que se contestassem os fundamentos das punições infligidas aos criminosos. Para a maioria dos povos, bastava segregar os elementos que delinqüiram ou os julgados perigosos ao convívio social e estava resolvido o problema. Para outros, a única saída era impossibilitar-lhes o bom convívio da sociedade, trancando-os em cárceres e impedindo-os de agredi-la novamente. No entanto, na medida em que as sociedades foram aumentando em grau de complexidade e dinamismo - e com isso o índice de entropia social, verificou-se que as penas privativas de liberdade não eram por si sós suficientes para recuperar os apenados. Porque, como diz Bicudo (1994, p. 75), "a administração prisional tem como meta prioritária evitar fugas. Nisso consiste, entre nós, o objetivo da prisão fechada, verdadeiros depósitos de pessoas e estufas de fatores geradores de crimes".

A atmosfera principal, nesse contexto, com os seus elementos de isolamento, ócio e promiscuidade, de acordo com os autores acima citados, serviria para corromper, antes que recuperar o preso. É suficiente constatar as alarmantes taxas de reincidência criminal produzidas no mundo inteiro, tanto nos países adiantados quanto nas nações atrasadas, para se chegar à conclusão quase universal de que é muito difícil para os sistemas tradicionais a ressocialização penal e a obtenção da reforma dos hábitos anteriores do preso. Pois, como diz Bicudo (1994, p. 75), "em nossos estabelecimentos penais, inexistem projetos e realizações efetivas para materializar os objetivos assinalados por eventuais programas de tratamento". Há até casos em que o próprio apenado, com a sua história de ódios, agressividade e alienação, se torna o sinal de que o sistema está errado. A comunidade prisional, aliás, poderá ser até um fator de realimentação de tendências criminosas, ao permitir, em seu interior, a

manutenção de comandos e quadrilhas, que, dentro das cadeias e zombando da população, dão ordens para o mundo exterior, através de telefonia celular.

Ainda, segundo Moraes Filho (1991), o crime é o juro da dívida social e não pode ficar desfocado da questão da desigualdade. Há necessidade de ser resolvida a questão social para a solução da questão criminal. De sorte que, modernamente, se contesta a validade da punição carcerária para delitos menores, cujas penas alcancem até seis anos, em virtude da translúcida verdade que nossos presídios e penitenciárias são verdadeiras escolas de perversão e de criminalidade, em consonância com as afirmativas de Foucault (1993).

Nessa perspectiva, a compreensão das modalidades de punição ao longo dos últimos séculos poderá contribuir na realização, junto da população carcerária, de atividades sociais concretas, no sentido da promoção da saúde e cidadania desse segmento da sociedade que, por ter cometido delitos, está sob a tutela do Estado, cumprindo pena privativa da liberdade.

Foucault (1993) mostra o exercício do poder através dos diversos tipos dessa punição, desde o século XVI. A punição era exercida como uma função social. A finalidade era tornar o corpo e a alma dos condenados mais dóceis para a sociedade. Ele apresenta quatro modalidades básicas de punir, ou seja: o suplício ou tortura, a punição proposta pelos humanistas, a prisão e vigilância e o poder disciplinar. Essas maneiras de punir se entrecruzam e se complementam, num conjunto de manobras necessárias para a transformação dos indivíduos em "corpos dóceis".

A modalidade de punição, na França e Inglaterra, era apresentada como "abominável teatro" (Foucault, 1993, p. 15), no qual o condenado recebia castigo físico e em praça pública. Sempre em praça pública para servir de exemplo aos espectadores. Dessa maneira, o "rei queria mostrar com isso que a 'força soberana' de que se origina o direito de punir não pode em caso algum pertencer à 'multidão" (p. 36). Entendia-se que o crime não atingia somente a vítima que o praticava, mas o soberano pessoalmente. Portanto, a pena que o condenado sofria era compreendida, também, como um "ritual político" de vingança.

Nesse ritual, o suplício durava vários dias, com diversas modalidades de tortura física: um dia era queimado um braço, no outro era espancado, cortada a orelha, a língua ou outro membro; outro dia era "atenazado" um mamilo ou outros

locais do corpo. Há casos em que o condenado era supliciado fisicamente por até dezoito dias consecutivos e, no final, era esquartejado através de tração dos quatro membros amarrados em cavalos. Antes de morrer o condenado era obrigado a confessar publicamente seu delito. "O sofrimento regulado da tortura é, ao mesmo tempo, uma medida para punir e um ato de instrução" (Foucault 1993, p. 41). Mas, em vez de servir somente de instrução, causava também revolta entre os espectadores, que sentiam o condenado como herói, por suportar tamanho sofrimento. Era uma modalidade arbitrária de punir, cujo critério era somente a obediência ao rei, soberano absoluto dos atos, porque, de certa forma, era ultrajado com os delitos dos criminosos. Quem infringisse as leis de conduta social, portanto, era castigado de maneira brutal. Sobre isso, referindo-se à descrição de Foucault, Dreyfus e Rabinow (1995, p. 160) dizem: "essa tortura pública era um ritual político (...) ritual de violência (...) ritual de atrocidade (...) carnaval de atrocidade".

Como esse ritual causava muita indignação entre os espectadores, surge o movimento humanista, com proposta de punição em que seria preservada a humanidade do condenado e, então, a punição não recairia mais sobre os corpos e sobre a mente dos condenados e sim sobre sua alma, enquanto vontade e espírito. Pois, como se sabe, até hoje é levada em conta a intenção do delinqüente ao cometer o delito, no julgamento, para aumentar ou diminuir a pena.

O movimento humanista tentou amenizar as punições. Ele decorreu dos excessos praticados no suplício. Esse movimento era composto, diz Foucault (1993, p. 69), por "filósofos e teóricos do direito; entre juristas, magistrados, parlamentares... e entre os legisladores das assembleias". Apregoavam a punição sem tortura física, já que o suplício se tornara intolerável para o povo, que transformava o condenado em herói.

Nessa proposta, a punição aos condenados teria que ser individualizada e proporcional ao tipo de crime praticado. Deveria ser uma punição que atingisse a alma do condenado e não mais o corpo, mas a alma no sentido da vontade. "Essa necessidade de um castigo sem suplício é formulada primeiro como um grito do coração ou da natureza indignada: no pior dos assassinos, uma coisa pelo menos deve ser respeitada quando punidos: sua 'humanidade'" (Foucault, 1993, p. 69 - 70). Assim, o movimento humanista pretendia punir, mas não ultrajar o condenado e a punição

seria o menos arbitrária possível, já que propunham aplicá-la a partir de alguns critérios. Assim, para cada tipo de falta cometida, a punição deveria ser proporcional. Portanto, o culpado de crime "feroz" sofreria dores físicas, o que foi "preguiçoso" seria obrigado a trabalhar, o que "matou" tinha castigo de morte. A pena deveria ter também um tempo ou um período a ser cumprido. Exceto os "traidores e assassinos", as outras penas deveriam ter no máximo vinte anos. Dessa maneira, "para cada crime, sua lei; para cada criminoso, sua pena. Pena visível, pena loquaz, que diz tudo, que explica, se justifica, convence: placas, bonés, cartazes, tabuletas, símbolos, textos lidos ou impressos" (p. 101). Com isso, na proposta do movimento humanista, ficaria o exemplo para a população de que não se deve praticar crimes. Aí era muito usada a condenação "às obras públicas, em que o culpado, assim, paga duas vezes: pelo trabalho que ele fornece e pelos sinais que produz. No centro da sociedade, nas praças públicas ou nas grandes estradas, o condenado irradia lucros e significações" (Foucault, 1993, p. 98). Essas significações constituíam como um chamamento de alerta à população.

A modalidade de punição proposta pelo movimento humanista remonta ao século XVIII. No entanto, existe, no âmago desse movimento tão antigo, algo de sua essência que volta a ser valorizado sob a denominação de penas alternativas, remanescentes do humanismo apregoado há quase três séculos. As penas alternativas, se aplicadas com sabedoria, poderiam produzir efeitos salutares, o mais urgente e importante dos quais seria a redução da população carcerária, além de ser uma punição, como o nome diz, mais humana. Não posso deixar de mencionar a realidade de ter presenciado a superposição de corpos vivos, em recintos apertados, frios, hipoventilados, sujos, ameaçando a humanidade dos indivíduos.

A Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão defende o "princípio da igualdade política e social", do respeito à propriedade, da soberania das nações, "do acesso de todo cidadão aos cargos públicos", da obrigação de todo cidadão de obedecer à lei, do respeito às crenças, da liberdade da palavra e imprensa e da cobrança equitativa dos impostos (Direitos Humanos, 1996, p. 8), legada aos contemporâneos pela Revolução Francesa de 1789, que contrastava o poder absoluto dos reis e proclamava a igualdade entre os cidadãos. E a história registra a contribuição do Código Napoleônico (1804), que serviu para que a burguesia cortasse

definitivamente as amarras com a aristocracia e com os resquícios do regime feudal. Embora fosse uma peça mais importante para a área do Direito, o Código influenciou a mudança de atitudes e ensejou uma discussão sobre o bem comum e a justiça social, repercutindo nas instituições em geral, Alzugaray (1995).

A partir daí, conforme consta, não somente na Europa, os demais países procuraram espelhar-se nos aperfeiçoamentos daquele instrumento jurídico, tendo em vista a modernização de seus mecanismos institucionais.

Nele foram colocados pontos fundamentais do Iluminismo, Abbagnano (1982, p. 511), entre eles: o da tolerância religiosa e do progresso, sendo que a tolerância religiosa não só exige a convivência pacífica das várias confissões..., mas também impede que a religião se torne um instrumento do governo"; e o compromisso de transformação, levando o progresso como possibilidade de melhoria do ponto de vista do saber e dos modos de viver humanos. A oficialização dos Direitos Humanos, de acordo com Levin (1985), coube aos estados americanos, quando estes se emanciparam da tutela colonial.

Na América Latina, ocorreu o aperfeiçoamento das escolas jurídicas, que também procuraram avançar na busca de melhorias. De acordo com Thompson (1976), uma das características das transformações conseguidas no Brasil tem sua origem na organização interna da Nação Portuguesa; esta coloca em destaque os Municípios, cujos "conselhos" desempenham o papel de agentes de transformação pela aplicação das leis, observando as peculiaridades de cada local. Dois anos após a Independência do Brasil, em 1824, foram regulamentadas as atribuições municipais sobre as questões penais, conforme referido pelo mesmo autor. Tais fatos nos informaram que, além dos efeitos da Revolução Francesa e do Código Napoleônico, os Direitos Humanos, no Brasil, conseguiram algum avanço pelo "modus faciendi" do Direito Português.

A prisão é uma penalidade muito antiga, referida no Código de Hamurabi, (1976) na Lei das Doze Tábuas e nos textos sagrados, como a Bíblia (1996) e o Alcorão. Na Bíblia, são descritos os episódios de Daniel na cova dos leões, João Batista na masmorra de Herodes, Benjamim preso pelo seu irmão José na prisão do Egito e outros. É uma modalidade de punição que se perpetuou por séculos, atingindo

o âmago da dignidade do ser humano, que é sua liberdade. Até hoje, é um dos castigos que mais revolta o apenado.

Foucault (1993, p. 207) diz que a prisão existia antes de ser legitimada pelo Estado, em meados do século XVIII, ou seja, "antes que a lei a definisse como a pena por excelência". Podemos observar que a humanidade impingiu esse castigo durante séculos e em ordem crescente. Ela se constitui numa forma hábil para limitar o espaço físico e a liberdade do condenado. Assim, a prisão se tornou uma "peça essencial no conjunto das punições" e assumiu o caráter de castigo aos infratores, já que a liberdade é um bem universal pertencente a todos. Na prisão, é aplicado o poder disciplinador constantemente sobre os indivíduos presos. Além do isolamento, o indivíduo punido é muito observado. O dia do prisioneiro é distribuído em atividades a cumprir em horários obrigatórios. O sucesso da punição seria a modificação do comportamento dos prisioneiros e a produção de docilidade e adaptação às regras sociais.

No entanto, Foucault (1979, p. 131 - 132) expressa o fracasso dos objetivos de recuperar pessoas, quando diz que

desde o começo, a prisão devia ser um instrumento tão aperfeiçoado quanto a escola, a caserna ou o hospital e agir com precisão sobre os indivíduos. O fracasso foi imediato e registrado quase ao mesmo tempo que o próprio projeto. Desde 1820, se constata que a prisão, longe de transformar os criminosos em gente honesta, serve apenas para fabricar novos criminosos ou para afundá-los ainda mais na criminalidade.

A prisão, longe de transformar as pessoas, pode torná-las ainda mais perversas. Nas palavras do autor, "sabe-se que a prisão não reforma, mas fabrica a delinqüência e os delinqüentes" (p. 136). O autor refere também que os delinqüentes são necessários à manutenção do sistema vigente sob vários aspectos. Um deles é a justificativa do aparato policial, outro, é a divulgação da criminalidade na imprensa, a qual faz das crônicas policiais uma maneira de sobrevivência com a venda dessa matéria. Nesse sentido, a punição não tem finalidade a não ser tornar o infrator aquilo que ele é, assinalando que "se impõe um castigo a alguém, isto não é para punir o que ele fez, mas para transformá-lo no que ele é" (p. 138). Assim, já que os delinqüentes

são úteis ao sistema, não convém recuperá-los. Melhor que continuem ou se tornem delinqüentes, ainda que isso signifique uma ruptura com o mesmo sistema de valores que justifica sua punição, na medida de sua violação. Haverá alguma justificativa ética para tal paradoxo?

Um outro aspecto apontado pelo autor sobre a prisão é que ela, além da punição, é a legitimação dos delinqüentes, proporciona a separação social. Mesmo entre os pobres, separam-se os imorais (infratores) e se mostra aos "bons" porque são imorais. Assim, iniciou-se no século XIX uma "formidável ofensiva de moralização" na população, especialmente junto aos operários e, então,

foi absolutamente necessário constituir o povo como sujeito moral, portanto, separando-o da delinqüência, mas separando nitidamente o grupo de delinqüentes, mostrando-os como perigosos não apenas para os ricos, mas também para os pobres, mostrando-os carregados de todos os vícios e responsáveis pelos maiores perigos. Donde o nascimento da literatura policial e da importância, nos jornais, das páginas policiais, das horríveis narrativas de crimes" (Foucault 1979, p. 133).

O povo era advertido sobre os malefícios dos delinqüentes e conscientizado de que eles deveriam ser aprisionados por serem perigosos. Eram mostrados à população carregados de todos os vícios e responsáveis pelos maiores perigos; por isso, deveriam permanecer presos. Surge, conforme o autor, toda a literatura policial, tão necessária ao sistema, firmando constantemente a divisão do normal e anormal ou bons e ruins, como uma classe social separada da classe dos ricos e dos pobres, a dos delinqüentes. E a classe separada dos bons (bons pobres e bons ricos) seria a classe que Chalhoub (1996, p. 20) denomina de "classes pobres, classes perigosas". Ele apresenta a história dos escravos na organização do trabalho e, como era "um grupo social formado à margem da sociedade civil", atribuíam a eles as perversidades sociais. Diz que essa mentalidade vem desde o século XIX, perpetuando-se até nossos dias. Com a libertação dos escravos, era preciso reprimir a ociosidade, marcando, assim, os pobres com "a noção de que a pobreza de um indivíduo era fato suficiente para torná-lo um malfeitor em potencial" (p. 23). Conforme Foucault (1993), essa classe deveria ser mantida na prisão. Isto se constitui no poder disciplinar, como

sendo uma coleção de múltiplas técnicas que se aplicam às pessoas, nas diferentes faixas etárias, para obter delas a transformação e a desejada docilidade dos corpos e mentes.

O mesmo autor (1993) diz que os métodos do poder disciplinar são colocados como exercícios constantes de pequenas ações. Os detalhes executados nas rotinas diárias por pessoas, individualmente, e nos espaços de lugar e tempo que ocupam essas pessoas, têm a ver com a maneira detalhada e minuciosa com que são aplicados esses exercícios. Assim, interessa o como são aplicadas as técnicas que se traduzem por uma série de manobras sobre os corpos das pessoas para transformá-los em seres dóceis para a finalidade que se deseja atingir.

As técnicas do poder disciplinar obedecem a uma escala de controles aplicados a indivíduos para torná-los adestrados, não às massas, mas individualmente e gradativamente, como formas gerais de dominação. Trata-se de um processo diferente da escravidão, que é a apropriação dos corpos, segundo Foucault (1993). Então, os indivíduos disciplinados são conduzidos a que façam não somente o que se quer, mas como se quer. Transformam-se indivíduos em pessoas obedientes e produtivas, mas sem vontade política de decidir sobre suas coisas. Assim,

a disciplina aumenta as forças do corpo (em termos econômicos de utilidade) e diminui essas mesmas forças (em termos políticos de obediência). Em uma palavra: ela dissocia o poder do corpo; faz dele por um lado uma 'aptidão', uma 'capacidade' que ela procura aumentar; e inverte por outro lado a energia, a potência que poderia resultar disso, e faz dela uma relação de sujeição estrita" (Foucault 1993, p. 127).

Segundo o autor, o poder disciplinar transforma a pessoa em perfeito executor, sem raciocínio próprio. Portanto, "para o homem disciplinado, como para o verdadeiro crente, nenhum detalhe é indiferente", pois

a minúcia dos regulamentos, o olhar esmiuçante das inspeções, o controle das mínimas parcelas da vida e do corpo darão em breve, no quadro da escola, do quartel, do hospital ou da oficina, um conteúdo laicizado, uma racionalidade econômica ou técnica a esse cálculo místico do ínfimo e do infinito (p. 129).

Essas manobras, adequadas à docilização dos corpos, não ficaram restritas aos presídios. Tiveram e continuam tendo lugar em instâncias onde uma postura irreflexiva é desejável.

Prosseguindo nessa reflexão, Foucault (1993, p. 153) aponta os instrumentos e recursos para o bom adestramento de indivíduos, que são "o olhar hierárquico, a sanção normalizadora e o exame". Este último é o resultado da combinação dos dois primeiros, como um olhar que identifica e classifica o bem e o mal, o certo e o errado, a conduta sábia da insana.

A vigilância hierárquica diz respeito às ações de controlar de maneira organizada, como rede ou teia que perpassa os grupos sociais. Assim, ao se pretender disciplinar, como em escolas, hospitais, quartéis, são distribuídos a algumas pessoas papéis que auxiliam no controle, de monitor, fiscal, auxiliares de ordem e outros, formando, desse modo, um sistema "integrado e anônimo como uma rede de relações de alto a baixo... de baixo para cima e lateralmente"; segundo Foucault (1993, p. 158), isso constitui uma "pirâmide hierárquica" que "funciona como uma máquina", de maneira ostensiva, no cumprimento da função de cada elemento, de maneira discreta, pelo olhar silencioso exercido pelo desempenho fiel de cada um na sua função. Dessa forma, nenhum componente do grupo escapa ao controle dessa organização. É um olhar constante, maciço e controlador a que nada escapa, como uma máquina registradora.

Outra estratégia desse olhar é o que o autor apresenta na imagem do "Panóptico de Bentham", quando mostra a presença de um olhar escondido, formando um conjunto de medidas de vigilância constante. Consiste numa construção de celas, uma ao lado da outra em forma de anel. As janelas das celas abrem-se para o centro, do qual sobe uma torre com um vigia no topo. Este vigia vê e controla os detentos no interior das celas, os quais nada vêem e não sabem quando são vistos, vigiados e observados. Dessa forma o detento "em seu lugar, está bem trancado em sua cela, de onde é visto de frente pelo vigia; mas os muros laterais impedem que entre em contato com seus companheiros. É visto, mas não vê (...), esta é a garantia da ordem (...). Não há perigo de complô, de tentativa de evasão coletiva" (Foucault, 1993, p. 177).

O panoptismo, diz ele, é utilizado na sociedade. Entre as pessoas, funciona como uma teia ou como uma rede de pequenos exercícios de vigilância e de influências, infiltrados no corpo social. Uma pessoa vigia a outra, de cima para baixo, quando o Estado e as chefias controlam hierarquicamente as pessoas; e, de baixo para cima, quando, na convivência, o resultado de observações sobe até as chefias dos grupos imediatos e destes a escalas superiores. Assim, se a lei jurídica

universal da sociedade moderna parece fixar limites ao exercício dos poderes, seu panoptismo difundido em toda parte faz funcionar, ao arrepio do direito, uma maquinaria ao mesmo tempo imensa e minúscula que sustenta, reforça, multiplica a assimetria dos poderes e torna vãos os limites que lhe foram traçados (p. 195 - 196).

Um olhar invisível, discreto e sutil, mas poderoso, que não está incluído nas leis jurídicas. Mas é exercido exaustivamente em todas as instituições sociais, generalizando, assim, o poder de punir, adestrar e disciplinar as pessoas.

A sanção normalizadora é composta por manobras punitivas aos infratores da ordem, tais como faltas, atraso, ausência, desobediência, sujeira, entre outras. As punições variam desde chamada de atenção de forma verbal, castigos físicos, até humilhações ou privações. Tudo voltado para a obediência às normas. Como diz Foucault (1993, p. 159 - 160),

trata-se ao mesmo tempo de tornar penalizável as frações mais tênues da conduta, e de dar uma função punitiva aos elementos aparentemente indiferentes do aparelho disciplinar: levando ao extremo, que tudo possa servir para punir a mínima coisa; que cada indivíduo se encontre preso numa universalidade punível-punidora.

Aqui estão incluídas as mais variadas arbitrariedades dos chefes quando, na exacerbação da dominação disciplinar, impõem punições minuciosas e até ridículas a seus subordinados.

O exame consiste em examinar os indivíduos. É uma das estratégias de poder que permite, num registro minucioso e contínuo, selecionar, ordenar e castigar. Dessa maneira, os examinandos são "diferenciados e sancionados", isto é, cada um recebe o

seu grau ou ordem e a sanção correspondente. É muito utilizado nos hospitais, nas escolas. Nos hospitais, "a inspeção...se transforma em uma observação regular que coloca o doente em situação de exame quase perpétuo" (Foucault, 1993, p. 165). Na escola, há exames ininterruptos, como um "ritual de poder constantemente renovado". Assim, o "exame supõe um mecanismo que liga um certo tipo de formação de saber a uma certa forma de exercício de poder" (p. 166).

Este assunto me interessou, na medida em que o poder disciplinar poderá estar presente nas ações de enfermagem junto aos presidiários, o que se deve evitar, porém ele também oportuniza uma reflexão sobre as condutas repressoras apregoadas ou mantidas vivas no âmbito de nossa classe profissional, para que o enfermeiro não seja mais um repressor de pacientes detentos, ou mesmo em liberdade.

É um fato notório que o enfermeiro tem condições de contribuir para melhorar as condições de saúde de grupos humanos necessitados de reabilitação psicossocial, como é o caso dos encarcerados. Em que pese essa constatação, são escassas as contribuições a esses grupos. Encontrei nos ensinamentos de Foucault (1993) uma possibilidade de melhor inserção nessa temática. Rubin e Carvalho (1998) recomendam ampliação de reflexões sobre o assunto nos cursos de graduação e em educação continuada.

2. 2. 1 - Aspectos legais e direitos universais

No ano de 1998, comemorou-se meio século da Declaração Oficial dos Direitos Humanos, ocorrida no Estados Unidos, em 10 de dezembro de 1948 (Brasil, 1995).

É um tema muito comentado e que interessa a todos. Levin (1985) apresenta o tema dos direitos próprios, intrínsecos, intransferíveis ao ser humano, isto é, direitos protegidos pela lei, que se sustentam no apoio e consentimento do Estado e do governo, pelas leis e pela maneira de operacioná-las na sociedade.

Alzugaray (1995) mostra a origem remota dos direitos humanos. Assinala que a tradição religiosa judaico-cristã se preocupava em justificar condutas humanitárias, em decorrência de princípios e leis divinas. Aponta também a inquietação dos filósofos gregos e romanos sobre as questões humanas; e as do século XVII e XVIII,

dizendo que os "filósofos do iluminismo tentaram desenvolver teorias da lei natural pelo exercício da razão, em vez da revelação divina" (p. 436). Naquela época, eles se preocupavam em justificar, fora dos princípios religiosos, a necessidade de procedimentos humanitários que emanassem da proteção das autoridades governamentais como direitos das pessoas.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, conforme publicação do Governo Federal, apresentada em Brasil (1995), aconteceu no período após a guerra mundial, em 1948. Nessa época, o mundo, consternado diante das inúmeras atrocidades praticadas, tinha expectativas de encontrar caminhos para não mais presenciar tanta iniquidade.

Tentando valorizar o que representou para a humanidade a Declaração Universal dos Direitos Humanos, assinala Vidal (1986, p. 168) que "a expressão direitos do homem é uma formulação histórica, nascida na etapa moderna da cultura ocidental, que recolhe as sensibilidades morais básicas da dignidade humana". E acrescenta: "a experiência moral da humanidade concentra-se na dignidade e na liberdade: a) da dignidade humana convergem os conteúdos da ética concreta; b) a dignidade humana tem a sua verificação mais patente no reconhecimento social da liberdade humana".

É oportuno recordar que, em nosso país, muitos capítulos da Declaração dos Direitos Humanos foram incorporados à Constituição Brasileira.

Assim, os direitos humanos representam o ideal comum a ser atingido pelos povos e nações. Os indivíduos passam a dispor de parâmetros para órgãos de deliberação social. Os setores de ensino, assistência e pesquisa também ampliam sua área de atuação ética e legal a partir do reconhecimento da grandeza e da dignidade do homem. A Declaração viabiliza esforços na adoção de medidas progressivamente mais humanas de caráter nacional e internacional.

Sobre violação dos direitos humanos entre presidiários em nosso país, o relatório da Anistia Internacional (1999) trata especificamente desse assunto, a começar pelo título, "Aqui ninguém dorme sossegado". Revela exemplos de transgressão da lei, como torturas até a morte, violência entre presos, privação de assistência à saúde, punição coletiva, superlotação, detenção prolongada, escassez de

agentes penitenciários e agentes despreparados, falta de assistência jurídica, entre outros.

Em face do exposto, pode-se afirmar que mesmo os grupos de pessoas que perturbaram a ordem social ou cometeram crimes devem ter seus direitos previstos em lei, assegurados.

Em razão desse pressuposto, torna-se importante conhecer a Declaração Universal dos Direitos Humanos, especialmente naqueles conteúdos que podem estar relacionados aos presidiários. A transcrição dos mesmos será feita na ordem expressa pelo documento (Brasil, 1995, p. 30 - 36), introduzindo-se comentários que possam elucidar alguns aspectos.

O artigo I implica em que "todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotadas de razão e consciência e devem agir em relação umas às outras com espírito de fraternidade". De acordo com Levin (1985), existem entre as pessoas diferenças naturais, que são as características próprias de cada um, que não afetam, em nada, os direitos apontados nesse artigo. E que o "espírito de fraternidade" significa que, uns aos outros tratem-se como membros de uma grande família humana.

Concordo com esse posicionamento, acrescentando que o termo humanização pressupõe realização de cada pessoa e construção da história humana, de acordo com a dignidade de todo o ser.

No artigo II está firmado que

toda pessoa tem capacidade para gozar os direitos e as liberdades estabelecidos nesta Declaração, sem distinção de qualquer espécie, seja de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento, ou qualquer outra condição. Não será tampouco feita qualquer outra distinção fundada na condição política, jurídica ou internacional do país ou território a que pertença uma pessoa, quer se trate de um território independente, sob tutela, sem governo próprio, quer sujeito a qualquer outra limitação de soberania.

O artigo III determina que "toda pessoa tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal". Esse artigo é muito claro a apontar para o direito de viver, de ter

liberdade e de ter segurança. Concordo com Levin (1985) sobre o dever do Estado em zelar pela manutenção da vida das pessoas, mesmo daquelas que estão presas. No entanto, esse autor diz que, "nos últimos anos, numerosas informações atestam mortes de pessoas em prisão, assim como desaparecimentos sem qualquer explicação" (p. 56). São pontos lembrados para expressar o desrespeito a esse artigo da lei.

Alzugaray (1995) fala que o direito à vida é o direito de não ser morto pelo Estado, e ser protegido por ele; que o direito à liberdade é a não limitação do Estado sobre as pessoas, tais como o direito de expressão e de ir e vir; e que o direito à segurança pessoal é a proteção contra o tratamento arbitrário do Estado sobre as pessoas.

O artigo V reza que "ninguém será submetido à tortura, nem a tratamento ou castigo cruel, desumano ou degradante". Sobre tortura, a Organização das Nações Unidas (ONU), apud Levin (1985), define-a como sendo qualquer ato, por parte de autoridades, que provoque dor profunda, física ou mental, para obter confissões, para punir ou para "intimidar" as pessoas. Entretanto, sabe-se, pela mídia ou por comentários, que ainda são muito utilizadas as intimidações, se não a tortura, entre os apenados.

O artigo VI propõe que "toda pessoa tem direito de ser, em todos os lugares, reconhecida como pessoa perante a lei". A ênfase recai na palavra "toda", de modo que o direito ao reconhecimento devido por parte do Estado não se restringe a um ou outro grupo social e não exclui os aprisionados. Este artigo tem forte semelhança com o artigo II e o artigo VII, em que a ênfase é a não discriminação em relação a qualquer condição social.

Já o artigo VII define que "todos são iguais perante a lei e têm direito, sem qualquer distinção, a igual proteção da lei. Todos têm direito a igual proteção contra qualquer discriminação que viole a presente Declaração e contra qualquer incitamento a tal discriminação". Em relação a este e ao artigos II acima, Levin (1985) chama a atenção à prevenção da discriminação de qualquer ordem. É obrigatório, portanto, todos termos proteção por parte do Estado contra todo tipo de discriminação. Sabemos, entretanto, que a realidade não é bem assim. Verifiquei, nas atividades de saúde com presos, que a discriminação é bem acentuada. Sabe-se que pobres e negros

estão povoando as prisões, mesmo em nossa Região Sul, onde a maioria da população é branca.

O artigo IX, por sua vez, implica em que "ninguém será arbitrariamente preso, detido ou exilado". Sabemos, entretanto, por experiência e pela imprensa, como mencionado anteriormente a respeito da discriminação, que muitas vezes, com algumas pessoas, ainda há arbitrariedades. Há muitos que são detidos injustamente e, quando constatado o erro, a burocracia para a comprovação do engano e recuperação do prejudicado é difícil e prolongada.

O artigo X determina que "toda pessoa tem direito, em plena igualdade, a uma audiência justa e pública por parte de um tribunal independente e imparcial, para decidir de seus direitos e deveres ou do fundamento de qualquer acusação criminal contra ele". Levin (1985), ao comentar esse artigo, refere que é para assegurar que todos os acusados tenham uma audiência imparcial, pública e justa em tribunal competente; e que tenham, também, indistintamente, a oportunidade de apresentar sua defesa. A democracia se expressa no princípio do contraditório e na igualdade de oportunidades. Sabe-se, entretanto, que essa democracia funciona muito bem entre os que têm posses suficientes para custear sua defesa.

No artigo XI, temos que

(1) Toda pessoa acusada de um ato delituoso tem o direito de ser presumida inocente até que a sua culpabilidade tenha sido provada de acordo com a lei, em julgamento público, no qual lhe tenham sido asseguradas todas as garantias necessárias à sua defesa. (2) Ninguém poderá ser culpado por qualquer ação ou omissão que, no momento, não constituíam delito perante o direito nacional ou internacional. Tampouco será imposta pena mais forte do que aquela que, no momento da prática, era aplicável ao ato delituoso.

Semelhante ao anterior, na visão do mesmo autor, existem tópicos-chave no entendimento desse artigo, quais sejam: a) "presunção de inocência", significando que qualquer pessoa acusada é considerada inocente até que se prove sua culpabilidade; b) "o direito a apresentar sua defesa", pois qualquer um tem direito a ter um defensor; c) "o direito a uma audiência pública", sendo a audiência realizada abertamente, em local acessível a todos igualmente, para mostrar que a lei está sendo aplicada com justiça e

com a correção devida; e d) "a não retroatividade da lei", significando que o cidadão deve receber a pena da lei que estava em vigência na época em que cometeu a infração, ainda que a lei tenha mudado posteriormente.

O artigo XXV diz que "toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis (...) a maternidade e a infância têm direito a cuidados e assistência especiais". Esse padrão de vida referido aqui pode ter várias interpretações e eu optaria por, simplesmente, garantir que todos e especialmente as crianças tivessem alimentos para não ficarem desnutridos. Também concordo com as idéias de Levin (1985), de que as pessoas tenham direito ao trabalho que lhes renda o mínimo para suprir as necessidades básicas de sua sobrevivência e a de sua família.

Nessas reflexões a respeito dos Direitos Humanos das pessoas encarceradas, ouso ressaltar, entretanto, que em nenhum dos artigos estudados dos Direitos Humanos constatei ressalvas como: todas as pessoas têm direito a isso ou àquilo, exceto os presidiários ou alguém que cometeu delito.

Finalmente, considerando que a Declaração Universal dos Direitos Humanos é expressão da vontade geral dos povos, será importante caminhar em direção ao seu cumprimento.

2. 2. 2 - A Constituição Brasileira

A Constituição da República Federativa do Brasil é a lei destinada a "assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias". Foi reformulada e "publicada no Diário Oficial da União nº 191 - A, de 5 de outubro de 1988" (Brasil, 1998, p. 1). É composta de nove títulos, que se subdividem em capítulos, e de 246 artigos. Os artigos, por sua vez, podem ter ou não incisos (I, II, III, etc.). O documento diz que foram mantidos, na Constituição, os princípios da Declaração Universal dos Direitos Humanos.

Destaquei, neste estudo, o capítulo I, "Dos Direitos e Deveres Individuais e Coletivos", o art. 5º e incisos; e o capítulo II "Dos Direitos Sociais", art. 196, que trata da saúde das pessoas.

O artigo 5º diz que "todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes". Aqui, o documento apresenta 77 incisos. Entretanto, me deterei em apenas alguns incisos deste art. 5º, que se referem aos infratores e presidiários.

O inciso III, do art. 5º, diz que "ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante"; e o inciso XLIX, semelhantemente, também diz que "é assegurado aos presos o respeito à integridade física e moral". Entretanto, sabe-se pela imprensa que há torturas em nosso país. A CNBB² (1997, p. 46) aponta claramente a existência da tortura no Brasil para a investigação policial e afirma que os torturados, geralmente, "são de origem humilde", por isso desconhecem seus direitos, ficando calados por temer represália. Aponta também que, "num relatório divulgado pelo Itamaraty, menos de 10% dos casos de tortura se tornam públicos" e que a "integridade física e moral" não é respeitada como deveria ser. Onde fica essa "integridade física e moral", como reza o inciso citado? Esse dois incisos correspondem ao artigo V, dos Direitos Humanos.

Na seqüência, o inciso XLVI, do art. 5º, reza que "a lei regulará a individualização da pena e adotará, entre outras, as seguintes: a) privação ou restrição da liberdade; b) perda de bens; c) multa; d) prestação social alternativa; e) suspensão ou interdição de direitos".

A "individualização" nada mais é do que dar a cada um dos delinquentes, segundo seu delito, a punição correspondente. Pela vivência ou por noticiários, sabe-se que não é assim. Como diz a CNBB (1997), pobres são detidos em prisão comum e quem tem curso superior, em chamada "prisão especial". Detentos que não têm condições para pagar advogados chegam a cumprir pena maior do que a que lhes seria

2 – Conferência Nacional dos Bispos do Brasil.

destinada por justiça. Fala-se muito em penas alternativas, por exemplo, mas a pena mais usada é a privação da liberdade.

O inciso XLVIII do art. 5º refere que "a pena será cumprida em estabelecimentos distintos, de acordo com a natureza do delito, a idade e o sexo do apenado". Esta recomendação, porém, em realidade não é cumprida. Ao referir-se à natureza do delito, a lei expressa a necessidade de uma separação dos aprisionados de acordo com o delito cometido. A questão da idade implica em que após 18 anos, todos vão para o mesmo presídio e, em geral, os presídios apenas separam alas ou celas para as mulheres.

Para Foucault (1979), o presídio deveria ser um local onde as pessoas pudessem receber educação e profissionalização, com o objetivo de ressocializar-se.

Por outro lado, de acordo com o inciso L do art. 5º, "às presidiárias serão asseguradas condições para que possam permanecer com seus filhos durante o período de amamentação". Sobre isso, a CNBB (1997, p. 37) refere que "várias circunstâncias costumam impedir que essa disposição constitucional seja posta em prática". E a revista *Veja*, de 07 de junho de 1995, traz como reportagem de capa "Sem saída - a prisão de mulheres vista por dentro", onde uma repórter passa uma semana entre as presidiárias de uma prisão feminina e relata todos os sofrimentos, além da pena prevista, a que elas são submetidas, inclusive que são separadas de seus filhos após o nascimento. Isso não ocorre somente nas grandes cidades do país, pois aqui no sul também há separações entre filhos e mães detentas.

Pelo inciso LIII do art. 5º, "ninguém será processado nem sentenciado senão pela autoridade competente", e pelo LXI, também do art. 5º, - "ninguém será preso senão em flagrante delito ou por ordem escrita e fundamentada de autoridade judiciária competente, salvo nos casos de transgressão militar ou crime propriamente militar, definidos em lei", se definem garantias de direitos. A autoridade competente é a tônica da principal recomendação dessas duas leis. O que ocorre, como se sabe, é que os infratores não sabem de seus direitos e a lei nem sempre é cumprida, recaindo prejuízos sobre muitas pessoas inocentes.

De acordo com o inciso LXII, "a prisão de qualquer pessoa e o local onde se encontre serão comunicados imediatamente ao juiz competente e à família do preso ou à pessoa por ele indicada"; pelo inciso LXIII, "o preso será informado de seus

direitos, entre os quais o de permanecer calado, sendo-lhe assegurada a assistência da família e de advogado"; e pelo inciso LXIV, "o preso tem direito à identificação dos responsáveis por sua prisão ou por seu interrogatório policial". Eles falam basicamente dos direitos do preso. Primeiro que seja avisado o juiz e a família da pessoa que acaba de ser presa; segundo, que o preso seja informado de seus direitos, bem como que seja assistido pela sua família e por seu advogado; e, terceiro, que o preso saiba da identificação dos responsáveis pela sua prisão e quem o interrogará. Constata-se, porém, falta de consideração a respeito de informações aos presos, de condutas e procedimentos a seu respeito, o que os deixa muito inseguros. Tenho visto pessoas serem presas sem aviso à família, sem advogado e sem saber identificar ninguém dos que o prenderam; as pessoas detidas nem sequer sabem que têm esses direitos.

O inciso LXV, "a prisão ilegal será imediatamente relaxada pela autoridade judiciária" e o LXVI, "ninguém será levado à prisão ou nela mantido, quando a lei admitir a liberdade provisória, com ou sem fiança", também indicam aspectos relativos a direitos de cidadania. Sabe-se, entretanto, que a burocracia para a soltura de inocentes é morosa e que a revisão de processos é igualmente dificultosa. Muitos presos permanecem em regime fechado mesmo após terem cumprido os anos que lhes foram destinados pela pena a cumprir.

O último inciso a ser destacado em meu estudo, o LXXIV, ou seja, que "o Estado prestará assistência jurídica integral e gratuita aos que comprovarem insuficiência de recursos", corresponde ao artigo XI dos Direitos Humanos acima citados, referentes às garantias necessárias à defesa do preso. Se fosse assegurada a assistência jurídica aos que comprovam insuficiência de recursos, o que justificaria a superpopulação de pobres em presídios, sem que os procedimentos legais tenham tido encaminhamento?

O artigo da Constituição Brasileira que trata de presidiários direta ou indiretamente, corresponde, pois, ao 5º, com alguns de seus incisos acima citados, além do art. 196, que fala da saúde dos brasileiros, ou seja, que "a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso universal igualitário às

ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (Brasil, 1998, p. 196). Esse artigo não exclui os presos desse direito.

Ao rever a Constituição nas questões consideradas de maior relevância ao meu estudo, gostaria de acrescentar que, uma década após a sua promulgação, nossa Lei Magna ainda é bastante desconhecida e descumprida. Elaborada com a preocupação de acertar contas com o passado, seu conteúdo humano e social é detalhado, mas ainda não é observado suficientemente.

2. 2. 3 - A Lei de Execução Penal

A Lei de Execução Penal (LEP), Lei 7210, de 11 de julho de 1984, de acordo com Oliveira (1993), seu organizador, é anterior à Constituição Brasileira. É de cunho humanístico e busca a educação e a ressocialização do apenado. Possui duzentos e quatro artigos, porém somente alguns deles serão estudados nesta tese.

De acordo com o autor, presidiários são pessoas que cumprem Pena Privativa de Liberdade em presídios e estão protegidos pela Lei de Execução Penal, cujo objetivo principal é a reeducação do condenado, tornando-o novamente apto ao convívio social.

Rosa (1995, p. 10) refere que a Lei de Execução Penal está voltada para a humanização das penas. Ele examina essa lei, dizendo que é "avançadíssima, humana (...) e que segue rigorosamente as linhas mestras traçadas pela Organização das Nações Unidas (ONU) em suas recomendações para o tratamento dos reclusos". Resta-nos considerar em que medida está sendo observada.

O art. 3º da LEP garante que "ao condenado e ao internado serão assegurados todos os direitos não atingidos pela sentença ou pela lei". No seu parágrafo único, determina que "não haverá qualquer distinção de natureza racial, social, religiosa ou política". Esse é o espírito da lei, pontuado no próprio texto organizado por Oliveira (1993, p. 3), e diz que "o princípio da legalidade domina o corpo e o espírito do projeto, de forma a impedir que o excesso ou o desvio da execução comprometam a dignidade e a humanidade do Direito Penal". Assim, o objetivo do cumprimento de uma pena será, tão somente, a pena proveniente da sentença que o condenado recebeu. O que for, portanto, fora do veredicto é assegurado ao sentenciado,

semelhante ao que apontam os artigos III e XLVI da Constituição, ou o artigo V da Declaração Universal dos Direitos Humanos.

O artigo 10º da LEP é claro ao apontar que "a assistência ao preso e ao condenado é dever do Estado, objetivando prevenir o crime e orientar o retorno à convivência em sociedade". Se fosse aplicado, o presídio seria uma escola de formação, como Foucault (1979, p. 131) preconiza.

De acordo com o artigo 11º da LEP, "a assistência ao preso e ao condenado, será: I - material; II - à saúde; III - jurídica; IV - educacional; V - social; VI - religiosa.

Assim, a assistência material se refere "à alimentação, vestuário e instalações higiênicas", segundo Oliveira (1993, p. 31 - 33). A assistência à saúde, por sua vez, será "de caráter preventivo e curativo, compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico". A enfermagem não consta expressamente na redação desse segundo inciso, entretanto, os outros profissionais também não foram relacionados. Isto não significa que a enfermagem não tenha espaço para sua atuação profissional.

A assistência jurídica, por sua vez, como diz o autor, "é destinada aos presos sem recursos financeiros para constituir advogado", sendo que "as Unidades da Federação deverão ter serviços de assistência jurídica nos estabelecimentos penais". E a assistência educacional se refere ao ensino do primeiro grau, que é obrigatório. O ensino profissionalizante, não referido como obrigatório, será dotado "de uma biblioteca, para uso de todas as categorias de reclusos, provida de livros instrutivos, recreativos e didáticos" (Oliveira, 1993, p. 32). Já "a assistência social tem por finalidade amparar o preso e prepará-lo para o retorno à liberdade". Inclui "a assistência religiosa, com liberdade de culto, para a qual haverá local apropriado e nenhum será obrigado a participar de atividade religiosa" (p. 33).

Considero, finalmente, que a Lei de Execução Penal revela um desenvolvimento consequente ao percurso de um longo caminho, desde a vingança privada, passando pela pena como causa pública, chegando à moderna noção de culpabilidade condicionada pelos costumes, pelo tempo e pela ordem social e aperfeiçoada de acordo com a evolução das sociedades.

2.3 - Estabelecimentos prisionais e formação profissional

Como enfermeira que sou, com alguma experiência em cuidados de saúde de presidiários e com auxílio de alguns autores, emitirei opinião sobre as ações interventivas da enfermagem aos presidiários. Acredito que as possibilidades de melhoria da saúde de qualquer pessoa ou grupo humano requer profissional formado para isso. Essa formação, no meu entender, ocorre de maneira integral na pessoa, ou seja, desde sua vontade até os requisitos acadêmicos cumpridos na escola de formação. Proponho, então, para melhor entendimento das possibilidades de melhoria da saúde dos presidiários, uma pequena reflexão sobre a formação dos enfermeiros, de modo a poder contribuir para a assistência de saúde ao grupo humano em apreço.

E, nesse sentido ousou afirmar que:

às vezes sinto a enfermagem como uma profissão voltada para si própria. Nesse momento, tomo como metáfora um tornado que, ao girar, toca o exterior com sua força, mas continua na ânsia de descobrir seu núcleo ou essência. É um esforço muito grande em direção às verdadeiras finalidades da profissão. O ideal seria buscar um movimento bi-direcional, onde esse esforço revertesse em práticas úteis aos indivíduos, grupos, instituições ou sociedade em geral (Rubin, 1997, p. 26).

A citação dispensa maiores comentários, pois sabemos que, desde Florence Nightingale, a enfermagem vem se desenvolvendo rumo ao aprimoramento científico e tecnológico da profissão. Considero a formação acadêmico-científica do enfermeiro de fundamental importância para tornar-se um profissional capaz de agir com determinação junto ao cliente/família/comunidade.

Quanto à formação acadêmica dos enfermeiros no Brasil, estão sendo intensificados os cursos de pós-graduação. Isso ocorre mais frequentemente desde a década de setenta. Nessa formação integral do sujeito enfermeiro, há dois pontos essenciais, quais sejam: primeiro, a formação pessoal dos alunos de enfermagem, que pode ser considerada ponto básico na educação continuada dos enfermeiros, também em seus locais de trabalho. Defendo a idéia de que nossa formação profissional somente cessa com o cessar da vida. O outro ponto seria a formação técnica e de

habilidades profissionais voltadas para o paciente. Nesses dois aspectos educativos seriam valorizados o ser enfermeiro pessoa e o ser profissional.

Santos (1993, p. 81) defende a idéia de desenvolver pensamentos que promovam saúde por si próprios e que venham a extrapolar-se para as atividades profissionais. Propõe a introdução nas disciplinas de "laboratórios de conversação, entrevistas, negociação, de abordagem de situações complexas, de reuniões, administração de conflitos e manejo do estresse", de maneira que os enfermeiros venham a "re-significar" as posturas próprias para que transformem as infelicidades em felicidades no trabalho, revertendo-as em benefício da saúde. E Gelain (1994, p. 30) lembra o aspecto ético no exercício profissional, ou seja,

que a ética deva ser considerada sob o ângulo social e problematizador do comportamento humano, mas que é ainda de capital valia não esquecer que os valores éticos atingem também a questão individual, pessoal. Assim, um paciente, quer numa unidade de internação, quer numa U.T.I., ou mesmo no convívio familiar ou na coletividade, tem pontos de vista, valores, crenças que ninguém tem o direito de subestimar.

Essa afirmação me remete a muitas reflexões, mas ressalto a importância de manter profundo respeito quanto à individualidade e valores do cliente, seja indivíduo ou coletividade. Aqui ousou afirmar que o aluno de enfermagem precisa ser considerado como tal também. Isto é, que sejam considerados os seus valores, pelos docentes, ao conduzirem a sua formação, para que, com isso, os acadêmicos consigam transbordar em atitudes éticas para com a clientela, tendo sempre presente os valores de cada paciente/família/coletividade. Ao mesmo tempo, devem sair das escolas com a convicção da necessidade de uma educação continuada, com a consciência de que a escola não foi "o tudo" recebido e que a formação pessoal e profissional continua, mesmo depois de anos de trabalho na profissão. Sobre o assunto, também Dias, Trentini e Silva (1995, p. 85) salientam que "a totalidade engloba todas as manifestações humanas e, assim, o pensar, o sentir e o agir não existem de forma dissociada, mas se fundem". Para mim, essa totalidade se refere à maturidade na individualidade, isto é, cada um dos enfermeiros recebe formação

formal e específica, mas mantém sua individualidade e consciência sobre as ações. Na opinião de Leopardi (1996, p. 17),

os docentes, nos órgãos formadores, têm um desafio pela frente: impregnar seu trabalho pedagógico de novas possibilidades, através do ensino técnico e da formação humana, aliando a cada uma forma de apresentação dos modos de assistir a experiência de novas estratégias e o treino no uso de novos instrumentos e no uso da teoria.

Aqui também teria muito a refletir com os autores, pois emociona pensar que o ensino técnico possa ir crescendo sempre mais unido à formação humana. Essa humanidade na formação, no meu entender, é justamente uma síntese, como diz Santos (1993), expressa com alunos, usando da ética e através da conversação, da teatralização, de reunião, do manejo do estresse, de maneira a impregnarem-se dessa humanidade. É a formação humanizada de cada um, promovida por estímulos externos, mas autorizada e assumida por cada um. E também, como noutra fala de Leopardi (1994, p. 98), a contribuição da “interdisciplinaridade” e mais, a “transdisciplinaridade, onde as disciplinas serão como artes de artesãos mais completos. Podemos optar por entender toda a ação na saúde como ação multifacetada, que inclui a técnica, a política, a pedagogia, a ética e a estética”. E os artesãos em sua arte sentem prazer no que fazem e é um prazer que transborda.

Gelain (1994, p. 31) afirma que “é fundamental, todavia, não esquecer que os valores éticos, mesmo individuais, pessoais, têm uma repercussão e um envolvimento social”. Esse envolvimento social é o que extrapola da pessoa quando está plena, porque teve oportunidade de os cultivar. Dias, Trentini e Silva (1995, p. 91) acentuam que

diferente de uma educação participativa seria o descompromisso político com a autonomia e autogestão das pessoas face à transformação social. Esta prática quase centenária na enfermagem brasileira requer sua revisão crítica e aponta pela opção por uma educação participativa, coerente com o compromisso democrático que ascende os usuários como participantes de seus destinos e torna essa prática educativa dimensionada na prática assistencial em convivência de grupos, uma prática transformadora.

As autoras, além de apregoar a educação participativa com os pacientes, combatem o "descompromisso político com a autonomia e autogestão das pessoas". E ainda apontam para a necessidade de uma bagagem pessoal de conhecimentos, que se expressa na prática pelos "temas, jeito de falar, tratar e buscar a expressão do ser saudável". As novas técnicas evocadas por Leopardi (1996) são justamente a execução de práticas de transformação social que emanam da formação integral da pessoa. A enfermeira, formada para atender com instrumentos humanistas, o diálogo, a ética e a educação participativa dos pacientes na sociedade, poderá enfrentar desafios, tais como os do sistema prisional.

O resultado desse novo entendimento do ser humano profissional de enfermagem será a criação de uma forma renovada ou inovadora de desenvolver atividades curriculares e profissionais, tendo o cursos de enfermagem como local propício à humanização e à prática pedagógica, uma atividade crítica em permanente evolução.

Em nosso país, a população carcerária não tem sido contemplada com programas de saúde e atenção de enfermagem. Aliás, a população em geral também sofre com o descaso no setor da saúde, exceto em casos isolados, pelo esforço de alguns profissionais. Penso que uma das causas da ausência dos cuidados de enfermagem entre a população interna dos presídios é a falta de conhecimento de aspectos relacionados com a questão carcerária, entre os quais destaco as modalidades de punição, consagradas ao longo da história e mantidas, muitas delas, até os dias atuais.

Não localizei trabalhos brasileiros que demonstrem o interesse pela questão de saúde e enfermagem nos estabelecimentos prisionais no Brasil e na literatura estrangeira também é muito escasso o material encontrado.

A enfermagem é uma profissão com práticas que foram incorporadas ao longo da história e reflete, de uma certa forma, adesão a esses comportamentos repressivos, principalmente pela excessiva aderência aos sistemas normativos. Admito que, se nós, enfermeiros, estudássemos mais a história de segmentos da sociedade e refletíssemos sobre a prática da punição, do poder disciplinar, da reclusão e de outras formas que refletem o poder do Estado e de outros segmentos hegemônicos, poderíamos encontrar caminhos para melhor assistir as pessoas que precisam de

reabilitação psicossocial e a população excluída, como também os delinquentes e marginalizados por qualquer motivo.

Acredito que a categoria dos enfermeiros sofreu, na sistemática de seu trabalho, a influência desse poder (Foucault, 1993). Prossigo na reflexão, tentando analisar um dos tentáculos dessa força instituída, que é o poder disciplinar, uma das origens do adestramento, cuja presença na enfermagem tem sido referida em muitos estudos recentes (Germano, 1984; Melo, 1986; Almeida e Rocha, 1989; Saupe 1998,). Penso também que uma das conseqüências da importância dada à repetição automatizada dos procedimentos técnicos é a falta de cuidado de alguns profissionais no desenvolvimento do senso crítico e o despreparo teórico para as questões que permeiam a prática. Em razão disso, constato que os reflexos do poder disciplinar se fazem presentes na falta de exercitação da capacidade pensante da nossa categoria. Como analisa Germano (1984, p. 25), "...o enfermeiro tem que ser alguém disciplinado e obediente. Alguém que não exerça a crítica social, porém console e socorra as vítimas da sociedade". Almeida e Rocha (1989, p. 51) falam na formação da enfermagem como simples instrução sobre "a maneira de executar um procedimento, mas sem a necessidade de aprender o porquê dela". Enquanto que Lunardi e Borba (1998, p. 178) falam no processo de análise crítica para a reconstrução da formação profissional, para se "buscar a formação de uma enfermeira que venha aprendendo a aprender e a pensar (...) a proposta de formação de uma nova enfermeira que se disponha a pensar...", para dar significado ao fazer. Pois, como também consta em Rubin (1997), a enfermagem burocratizada distancia-se das verdadeiras finalidades da profissão, numa negação do processo reflexivo, permanecendo longe do ser humano.

Sinto necessidade de tecer comentários a respeito do poder disciplinar como forma de controle e punição em três situações vivenciadas por mim: quando estive como estudante em internato, como enfermeira ao longo da vida profissional e como enfermeira junto aos presidiários em atividades de assistência à saúde. Nessas vivências, pude constatar o que diz Foucault (1993) sobre a "teia" da hierarquia de poderes exercidos uns sobre outros e sem grande diferença entre as maneiras de aplicação das sanções sobre as pessoas. No internato, a ordem era obedecer. Na vida profissional, até certo ponto, também. Junto aos presidiários, notava-se pela

sistemática do trabalho dos agentes penitenciários que o poder disciplinar cerceava de tal modo a criatividade e o exercício da liberdade do contingente sob comando, que nada ou pouco restava a eles fazer, a não ser obedecer.

Muitas vezes tenho pensado em como se pode agir tão arbitrariamente, aplicando punições indiscriminadamente sobre aqueles que estão em nossas mãos. É verdade que os agentes penitenciários não fazem estudos superiores sobre as ações próprias ao cargo. Como assinalo na dissertação de mestrado (1996, p. 119), a função do agente penitenciário deveria ser de "cuidado, como preservação dos direitos fundamentais dos indivíduos condenados e como zelo pela execução da própria sentença". Concordo e acrescento que os agentes penitenciários também têm direito à formação e educação mais adequada. Eles deveriam ser alcançados pelo processo educativo que é indispensável em todos os segmentos da sociedade. Um dos desafios contemporâneos é conseguir que, mesmo entre os grupos humanos necessitados de reabilitação psicossocial, haja lugar para uma concepção integral por parte de todos aqueles que lidam com os presos. Acredito que entre os caminhos para essa percepção estão as ações educativas e o compromisso solidário. Tal reflexão é válida também para nós enfermeiros, que temos formação universitária e oportunidade de aprimoramento contínuo, como vem ocorrendo nos últimos 25 anos, com a implementação dos cursos de pós-graduação e pesquisa. Assim, nos currículos das Escolas de Graduação em Enfermagem, poderia ser contemplada a reflexão sobre as necessidades de saúde de pessoas encarceradas em estabelecimentos prisionais.

2. 4 - Um novo saber para a Enfermagem

A situação de saúde das comunidades prisionais é caótica em todo o Brasil, sendo essa realidade de conhecimento comum. Como a pesquisa será desenvolvida entre os detentos do Presídio Regional de Santa Maria, RS, busco estudos relacionados a esse universo, fazendo considerações a partir de fatos identificados.

Como já mencionado, a população carcerária desse presídio, há dez anos, era de 150 detentos, aumentando, gradativamente, para os atuais 380. O prédio foi construído em 1980, para abrigar 120 presos. Com o aumento da população interna, foram adaptados os espaços existentes, de modo que celas programadas para quatro

peças passaram a abrigar seis ou oito, sendo algumas das salas destinadas para aulas ou reuniões adaptadas também para alojamento.

As principais características dos internos, descritas em minha dissertação de mestrado (1996), são: 95% são homens e 5% mulheres; 68% têm menos de 30 anos; 95% são pobres; além de pouco preparo profissional e de baixa escolaridade, dados que não foram modificados até os dias atuais. Almeida (1993, p. 57) diz que "o presidiário padrão é um pé-rapado, muito jovem, que enveredou para a marginalidade sem ter chances de começar a própria vida".

As possibilidades de melhoria da saúde dos presidiários emanam da formação profissional, anteriormente citada, onde a consciência de si e da situação social se encontram, tanto para enfermeiros como para pacientes. Pois, como referem Rubin e Leopardi (1998, p. 47 - 48), na sociedade em geral

os que têm o suficiente vivem, lado-a-lado, com os que ainda carecem do essencial à sobrevivência. Isto tanto pode fazer com que a pobreza e o sofrimento se tornem rotineiros e invisíveis, como pode levar os privilegiados a se moverem na compreensão dos problemas, tentando uma solução humana. Assim, gradativamente, espera-se uma maior solidariedade entre as pessoas.

Desse modo, vive-se e convive-se em uma sociedade onde a mídia se encarrega, por vezes, de amedrontar ou incentivar o delito e a corrupção. Com isso, a meu ver, e associando, por um lado, os poderosos de colarinho branco a pregar a moral e, por outro, a situação de carência extrema em que se encontra a maioria da população brasileira, o enfermeiro está como que pressionado a agir com a urgência que emerge dessa realidade. Como quando se depara com a urgência em atender grupos humanos desassistidos. Eles "tornam-se verdadeiros artistas no apelo constante à criatividade, para que o cuidado à saúde do ser humano, mesmo improvisado, aconteça" (Rubin, 1997, p. 28). Sabe-se que a população carcerária está aumentando vertiginosamente. É uma situação caótica. É um grupo humano carente. Sem entrar no mérito do que fizeram para o estarem pagando com pena privativa da liberdade, e ao examinar o que diz a lei a seu respeito, esse grupo humano merece ser cuidado.

É pretencioso de minha parte querer argumentar com bases filosóficas, pois não tenho formação para isso. Porém, o existencialismo e depois a fenomenologia apresentam e analisam o modo de ser próprio do homem no mundo em termos de possibilidades. Do mesmo modo, no materialismo histórico encontramos uma análise complexa sobre a determinação social da pobreza e da marginalidade, assim como uma possibilidade de vida social mais justa e igualitária. Aqui, ousou dizer que não nascemos bandidos e que as possibilidades, no decorrer da vida, são muito grandes e variados os caminhos a seguir.

A assistência à saúde independe da característica moral das pessoas necessitadas, premissa tradicional desde Hipócrates, isto é, essa assistência nunca esteve condicionada à condição da pessoa, seja ela qual for.

A lei sobre a saúde é clara. Em todas as leis revistas anteriormente, tanto nos Direitos Humanos como na Constituição Brasileira, ou na Lei de Execução Penal, em nenhum artigo consta, repito, que o direito à saúde é de todos, menos dos presidiários. Ao contrário, as leis expressam de modo claro, também em artigos específicos, que os presidiários necessitam atendimento de saúde.

Buscando apoio em alguns autores, acredito, como Gelain (1994, p. 31), que não temos o direito de subestimar os valores dos nossos pacientes, o que seria anti-ético, mas sim, agir com "responsabilidade ética, para a luta pela conquista da cidadania, de condições humanas de vida, de assistência de qualidade, de conscientização pela busca dos direitos da pessoa humana". Aqui, sinto que é fundamental poder lutar pela conquista da cidadania e condições humanas de vida. E ousou afirmar que nem todos os que estão lá são bandidos; mesmo que fossem, não nasceram assim e não é ético tratá-los desumanamente, pois antes de tudo são seres humanos.

Em face do exposto, torna-se evidente que o empreendimento novo relacionado com a saúde dos presidiários, embora complexo e desafiador, não pode mais ser protelado.

O enfermeiro com formação integral da personalidade pode desenvolver assistência à saúde aos presidiários. Voltando com Gelain (1994, p. 31), ele lembra a atitude ética do profissional, que age com responsabilidade, tendo como centro o paciente e não a instituição, "pela busca dos direitos da pessoa humana". E, Dias,

Trentini e Silva (1995, p. 91) mostram as práticas educativas como ações de saúde a desenvolver em grupos numa "convivência educação-saúde", conduzindo à transformação humana, ou seja "quando a instrumentalidade da prática assistencial se assenta na prática educativa com grupos, aprende-se a rejeitar a dominação, a verticalidade nas relações sociais e, sobretudo, há o reaprendizado de uma força de enfrentamento de desafios de vida-saúde individual e grupal". Aí está, portanto, um tipo de ação em direção à saúde dos presidiários, seja com grupos deles ou individualmente, sem dominação, o que foi também experienciado por mim tratando de sua saúde.

Acredito firmemente, outrossim, que o enfermeiro com formação humana vai se despojar dos preconceitos e discriminações. Nesse sentido, concordo com Droes (1985), ao recomendar como pré-requisito ao trabalho nesse setor liberar-se dos preconceitos próprios e daqueles arraigados na sociedade. Mesmo porque também nós, enfermeiros, sempre fomos alertados, desde a formação tradicional mais rígida e irreflexiva, para atender pessoas necessitadas de saúde em qualquer classe social, de qualquer raça, com qualquer grau de cultura, religião e faixa etária.

Nos Estados Unidos, há serviços de enfermagem em saúde comunitária no sistema correcional, descritos por Droes (1985), que mostram as condições psicológicas e profissionais que devem ter pessoas da área da saúde que queiram trabalhar em presídios, tais como conhecer as características sociológicas da população, evitar preconceitos comuns contra detentos existentes na população e os da própria pessoa, ter cuidado para não perpetuar o racismo, evitar a "síndrome de culpar a vítima" e renovar o compromisso ético, que considera o valor único de toda pessoa humana. Aponta para a importância dos serviços primários ambulatoriais, onde o profissional trata de assegurar a saúde dos detentos mediante o auto-cuidado, educando para a conservação da própria saúde.

Droes (1985) diz que não há atendimento de saúde padronizado nos presídios americanos, mas o detento, ao ser preso, perde a assistência regular que tinha na sua comunidade de origem e recebe assistência semelhante na prisão. Diz também que a Associação Americana de Saúde Pública tem programas de saúde primários e secundários em presídios, desde 1976, voltados à saúde da mulher detenta, à saúde mental, além de serviços dentários, farmácia e arquivos médicos. Ainda, nesses

programas, a atenção primária de enfermagem se refere aos primeiros contatos com o detento recém-chegado, com consultas ambulatoriais, encaminhamentos a especialistas, atendimentos de emergências, educação para a saúde e serviços de acompanhamento. O programa de saúde da mulher detenta, além da saúde geral, inclui ginecologia, obstetrícia, planejamento familiar, questões de aborto e prevenção ao câncer. A assistência psicológica é também direcionada para amenizar os efeitos de abusos contra os detentos. A atenção secundária compreende as ações desenvolvidas em hospitais por especialistas, com auxílio de exames mais complexos.

Diz também que a Associação de Enfermagem de Nova Iorque foi a primeira, em 1980, a estabelecer as funções de enfermagem em estabelecimentos correcionais e destaca o papel de defensor e avaliador dos serviços de saúde. E a Associação de Enfermagem Americana vem fornecendo orientações, desde 1983, sobre padrões de enfermagem em presídios.

A autora descreve os principais problemas de saúde dentre pessoas encarceradas, dizendo que têm os mesmos problemas de saúde que pessoas livres e com maior frequência, chegando, para algumas doenças, a uma incidência até sete vezes maior que na população livre. Cita exemplos de doenças infecciosas comuns, tais como a gripe, as sexualmente transmissíveis, hepatite, tuberculose, entre outras. Fala na alta incidência de doenças crônicas, como bronquite, salpingite, diabetes, hipertensão, cirrose e gastrite, assim como de doenças mentais, ataques nervosos, depressão, suicídio, desordens psicóticas e síndromes de abstinência dos detentos dependentes. Acredito que aqui há muita semelhança com o que ocorre nas prisões brasileiras, particularmente evidenciadas no Presídio Regional de Santa Maria, RS.

Droes (1985) descreve ainda as principais funções do enfermeiro em estabelecimentos correcionais. Diz que onde há equipe interdisciplinar de saúde, o enfermeiro geralmente é chefe de equipe, assessora a implementação de objetivos e tomada de decisões e age no manejo de conflitos, além de assegurar o direito à saúde dos detentos. Aponta para três diferentes papéis específicos do enfermeiro em prisões: primeiro, o de prestador de serviços e educador; segundo, o de defensor; e terceiro, o de avaliador.

A função de prestador de serviços e educador se refere sempre a quando o enfermeiro presta cuidados de saúde, momento em que já está educando, através das

explicações normais dos procedimentos. Exemplo disso são os procedimentos corriqueiros que acompanham as prescrições medicamentosas, como a dosagem, o nome popular, a função e a importância dos medicamentos. Cada programa de saúde, como o da mulher, de hipertensão ou outro, é acompanhado com a educação referente àquelas condutas que o paciente deve incorporar, tanto para prevenir a doença como para manter a saúde. Há situações de ensinamento, como o simples ato de lavar as mãos como forma de prevenir transmissão de doenças. É importante nos cuidados básicos ambulatoriais educar para a saúde, para contribuir com o bem-estar geral.

Também faz parte desse item encaminhar doentes aos serviços especializados na atenção secundária à saúde, bem como acompanhar e coordenar a evolução do tratamento. A educação faz parte do atendimento, a fim de que seja possível garantir uma maior qualidade da assistência, na perspectiva de preparar a pessoa para assumir sua parte de responsabilidade quanto a seu próprio bem-estar.

A função de defensor, para Droes (1985), é imprescindível aos enfermeiros de prisões. Alerta para a maneira de agir, de modo que primeiro, usando de habilidades próprias, o enfermeiro teste a atmosfera, para depois atuar de forma cautelosa, mas enérgica e sistemática, lembrando que a atenção à saúde é um direito assegurado por lei. Advogar para que os detentos tenham atendimento de saúde com qualidade deve ser subsidiado por abordagens teóricas sobre o assunto, que instrumentalizam o enfermeiro para desempenhar o papel de defensor.

Refere que o enfermeiro é defensor quando age na implementação e na avaliação dos programas de saúde. É importante que tenha cuidado para que nesses programas sejam incluídos os serviços próprios de enfermagem. Os comitês e associações de enfermagem podem auxiliar na defesa dos direitos de saúde em prisões, se eles forem sensibilizados para a problemática da enfermagem correcional.

A função de avaliador dos serviços de saúde, segundo Droes (1985), dentre as funções de fornecedor de cuidados, educador, defensor, é quase sempre a mais negligenciada.

Os programas de saúde em presídios, segundo a autora, devem ter plena participação da enfermagem, critérios de atendimento e métodos de avaliação, para assegurar a manutenção da qualidade.

Recomenda também, como fatores relevantes à avaliação:

- o uso sistemático de registros de atendimentos orientados para a solução de problemas;
- retomadas periódicas para correção de deficiência através de educação permanente;
- gráficos e questionários, úteis para obter um feedback sobre como são recebidos os serviços pelos detentos;
- educação permanente a fim de que seja possível garantir uma maior qualidade da assistência;
- reuniões de equipe para revisar os critérios de atendimento e retomá-los.

Diz que tais pontos são valiosos para assegurar a implementação do papel do enfermeiro que avalia os serviços de saúde em estabelecimentos correcionais.

Oxalá no Brasil sejam implementados oficialmente programas de saúde em prisões, com a coordenação da enfermagem; e que, por sua vez, se incorpore o tema nas atividades de ensino da disciplina de Saúde Pública.

3 – METODOLOGIA

Neste trabalho, sustentarei a tese de que as pessoas presas sofrem de doenças comuns a qualquer pessoa livre e sofrem também de problemas prisionais que prejudicam a saúde na prisão.

Essa questão se baseia na premissa de que a enfermagem, por não ter uma atuação sistemática em prisões, não produziu instrumentos adequados à intervenção sobre os problemas próprias da prisão.

Em decorrência disso, formulei os seguintes objetivos: 1) apurar as necessidades de saúde dos encarcerados e os problemas que agravam a saúde na prisão; e 2) construir protocolos de enfermagem para a assistência a essas necessidades.

Assim, esta atividade investigativa foi desenvolvida numa abordagem qualitativa. Adotei uma perspectiva teórico-reflexiva, uma vez que o contexto prisional apresenta muitas contradições, além de atividades que contemplam pressupostos e conceitos da enfermagem humanística, apresentando uma proposta de ação.

Segundo Triviños (1992), a pesquisa qualitativa é um nome genérico dado às investigações das áreas humanas como antropologia, sociologia e educação. Faz parte das ciências sociais e humanas. Os fatos sociais, essencialmente humanos, não podem ser estudados somente nos aspectos quantitativos, pois transcendem números e quantidades. Por isso, recorre-se a princípios qualitativos para serem analisados. O pesquisador é o principal instrumento, que considera, porém, o ambiente natural. “A tradição antropológica da pesquisa qualitativa faz com que esta seja conhecida como investigação etnográfica. E pode-se dizer que, às vezes, se usam indistintamente ambas as expressões para referir-se a uma mesma atividade” (p. 120).

No caso deste trabalho não se tratou propriamente dos recursos da etnografia como tal, mas sim da perspectiva qualitativa na investigação, tal qual abordadas por Lüdke e André (1986).

Lüdke e André (1986, p. 11 - 12) apontam algumas características da pesquisa qualitativa, dizendo que “tem o ambiente natural como sua fonte direta de dados e o pesquisador como seu principal instrumento (...). Os dados coletados são predominantemente descritivos (...). A preocupação com o processo é muito maior do que com o produto (...). O ‘significado’ que as pessoas dão às coisas e à sua vida são focos de atenção especial pelo pesquisador (...). A análise dos dados tende a seguir um processo indutivo”.

Os autores mostram que não pode haver “manipulação intencional do pesquisador”, embora ele seja parte do processo e sua subjetividade tenha um papel fundamental. O estudo deve ser desenvolvido no local onde vivem as pessoas que serão participantes, inclusive tendo o cuidado de que os costumes, hábitos, concepções, transcorram naturalmente, sem modificações. A preocupação é ver como o problema se manifesta e “a maneira como os informantes encaram as questões que estão sendo focalizadas” (p. 12). Assim, não há preocupação em “buscar evidências que comprovem hipóteses definidas antes do início dos estudos” (p. 13).

Minayo (1993) expõe a importância da pesquisa qualitativa em ciências sociais e dá as seguintes características para o sujeito em estudo: “gente, em determinada condição social, pertencente a determinado grupo social ou classe, com suas crenças, valores e significados” (p. 22). Observa que o trabalho de campo é de suma importância na pesquisa qualitativa e entende por “campo”, “o recorte espacial que corresponde à abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico correspondente ao objeto da investigação” (p. 105). Seria o espaço que abrange a população envolvida e o fenômeno que queremos observar. Para realizar o trabalho de campo em pesquisa qualitativa, a autora nos aponta basicamente a utilização de duas técnicas: “a entrevista” e a “observação participante”.

Em Demo (1985) encontro reflexões sobre investigação qualitativa. Diz que em uma cultura pode-se ter o racional como parâmetro de vida, mas em outra, pode prevalecer o sensorial, ou seja, “se uma cultura acha justo basear-se no trabalho, na disciplina, na ascese, no planejamento, outra pode achar justo basear-se em outras

perspectivas: brincar, estar junto, conviver, repartir, comunicar-se etc., mesmo que em maior pobreza material” (p. 177). Assim, num contexto prisional encontra-se uma cultura com costumes e valores, nem sempre aceitáveis, de acordo com a moral vigente, daí a necessidade de empreender espaços para compreender e saber lidar com situações as mais estranhas.

3. 1 - Local e contexto

Neste espaço, apresento resumidamente o local onde transcorreu a pesquisa e um perfil dos presos dessa comunidade.

O presídio, (anexo 1), onde se desenvolveu este trabalho está localizado na cidade de Santa Maria, bem no centro do estado do Rio Grande do Sul. Atualmente, há 380 detentos.

Suponho que a situação de saúde desses detentos não difere daquela dos presidiários do Brasil, em geral. Essa afirmação é baseada em notícias sobre detentos advindas da mídia e da literatura. Lendo Varella (1999), sobre os fatos acontecidos no Carandiru, S. Paulo, me parecia estar presenciando-os neste presídio. Muitas situações citadas lá, vivenciei-as aqui, desde o que ele trata sobre o respeito e sinceridade que se deve ter ao abordar os detentos, até sobre os códigos próprios existentes, criados e observados por estes no ambiente carcerário.

Minha intenção inicial foi ir uma vez na semana, meio turno de quatro horas, para prestar cuidados de saúde aos detentos; mas decidi, após, ir duas vezes na semana, nos dois primeiros meses da coleta dos dados, para me inteirar melhor da situação. Realizei, nesse período, consultas de enfermagem individualmente e em grupos de detentos e também visitas domiciliares, quando se fizeram necessárias, pela urgência da situação familiar do detento.

Observei os passos seguintes: pela manhã chegava, cumprimentando os agentes encarregados da portaria e da secretaria. Dirigia-me ao Diretor e conversávamos sobre a situação de saúde dos detentos. Muitas vezes, os agentes e direção me encaminhavam detentos para atender. Em seguida, dirigia-me ao ambulatório, que é uma sala simples de uns quatro metros por quatro, uma parte dividida por um armário de duas portas, atrás do qual há uma maca, para realização

do exame físico. Há outro pequeno armário, de uma porta, num canto da sala. Nos dois são guardadas medicações e aparelhos. Há uma pia, num canto, com torneira e água. Há também, uma escrivaninha na entrada, com três cadeiras. Há uma balança pequena. Neste local, permanecem um detento que tem função de cuidar dos doentes e um senhor, de uns 60 anos, voluntário, que vem diariamente para cuidar dos doentes. Os dois desempenham o papel de socorristas, mas não entrei no mérito de como fazem ou onde aprenderam fazer o que fazem sobre procedimentos de saúde, pois seria uma interferência prematura. O detento obedece às ordens do voluntário e este, entre outras emergências, acompanha os doentes às consultas nos postos de saúde da cidade, hospitais e ao dentista.

Como se vê, nessas circunstâncias, o ambiente para o atendimento, às vezes, se tornava precário. A privacidade ficava comprometida, pois a todo momento poderia ocorrer a entrada ou saída de pessoas na sala, ou até sua permanência durante o atendimento. Nesse ambiente ocorreram consultas de enfermagem a aproximadamente 80 detentos detentos, individualmente. Senti que é imprescindível que se tenha maleabilidade na adaptação às situações do ambiente para o atendimento. No caso da reforma do ambulatório, os detentos estavam sendo atendidos num cubículo improvisado onde, mesmo com pouca mobília, cabiam só duas pessoas. Resolvi ir ao refeitório, um espaço contíguo à cozinha, amplo, mas com muitos detentos por ali, parecendo-me, porém, mais confortável e digno.

Na minha ótica, nessas situações de atendimento, além de ter-se que se adaptar às circunstâncias ambientais, é de suma importância ter disposição para o diálogo, pois, pensando em termos racionais e concretos, não se realizam muitas coisas visíveis e quantificáveis, mas se faz muito ao ouvi-los com sinceridade.

Atendimento em grupo na cela

As celas (anexo 2) femininas são localizadas no final do pavilhão da administração. As masculinas, semelhantes a estas, são localizadas em pavilhões próprios.

O espaço físico de uma cela feminina contém uma porta de acesso bem no meio da parede; junto às paredes laterais, há um beliche de duas camas de cada lado,

resultando num espaço (corredor) entre eles de mais ou menos um metro de largura. Ao fundo, entre a parede posterior e os beliches, há um espaço de uns 120 cm. À direita, há uma parede que serve como divisória, que vai do chão até uns 80 cm. do teto. Há um WC no canto, um chuveiro no nível do WC e uma pequena pia na parede. À esquerda, do lado oposto ao banheiro, há uma pequena mesa com divisória de cortinas em algumas celas, com uma cozinha improvisada, mas tudo muito apertado. Há uma janela, no terço superior da parede, entre o banheiro e cozinha, de mais ou menos 100x50 cm, tipo basculante, com vidros e grades, com duas pequenas aberturas para o exterior. Em celas deste tipo estão detidas seis mulheres, às vezes sete ou oito, que se acomodam como podem no exíguo chão, em colchonetes.

Os pertences dos detentos na cela são acomodados em prateleiras improvisadas nas paredes laterais, acima dos beliches. Alguns detentos põem cortinas de cobertores entre as camas. Em algumas celas vêm-se fios no teto, com roupas. Ao pé das camas, em prateleiras, a TV ou rádio e um ventilador, com outros pertences. O aspecto de limpeza é bom; algumas têm uma lista, com a escala da limpeza afixada na porta. Os vãos são escassos, há pouca ventilação e a maioria das habitantes são fumantes.

Há tempos conheço tais ambientes e ainda me choca ver pessoas confinadas assim. Elas recebem cinco refeições (constatei que são boas), duas horas de pátio ao dia e, às vezes, circulam no corredor interno do pavilhão. Na minha opinião, o sofrimento é imenso, pela monotonia de permanecerem ali depositadas, esperando o tempo passar. Umam bordam, outras lêem e não sei o que fazem com tanto tempo disponível. O castigo consiste na falta de perspectiva para a ação e grandes períodos de contemplação. É como se a vida tivesse parado, estando vivas(os) mas sepultadas(os). Isso causa pavor; atribuo como um dos motivos que me impulsionam a trabalhar com presidiários o fato de poder sentir o prazer da própria liberdade, sentindo-me motivada a oferecer-lhes algum cuidado.

Os sujeitos da pesquisa estão dentre os 380 detentos do Presídio Regional de Santa Maria, RS, de acordo com a demanda, entre os detentos que procuraram por assistência de enfermagem e no período determinado no projeto de tese. Foram atendidos de acordo com o planejamento, num período de seis meses, durante os

quais foram feitas as validações dos protocolos, o que será explicado posteriormente.

3. 2 - Providências prévias, período de realização e coleta de dados

Em minha experiência de cuidar da saúde dos presidiários, constatei que nessa população existe incidência de doenças comuns a todas as pessoas, além de problemas próprios de pessoas encarceradas, que prejudicam a saúde, tais como: medo do abandono, real ou imaginário, dos familiares; angústia pela alteração dos seus costumes, que causa sofrimento mental; perda da identidade, por serem praticamente desprovidos de seus pertences; mal-estar com a auto-imagem ultrajada; sofrimento por maus tratos que recebem e por privação de informações que teriam direito de receber; necessidade de comunicação; repouso prejudicado pela superpopulação, celas pequenas e pouca ventilação; vida sedentária e ociosidade, (como refere um presidiário, “estou aqui, preso, sem nada a fazer”); precários serviços de saúde.

Para dar início à construção dos protocolos foram tomadas as seguintes providências, atendendo a aspectos éticos:

1^a) solicitação formal ao Diretor do Presídio para executar a pesquisa, com definição dos dias e horários das atividades de assistência;

2^a) consentimento do prisioneiro para participação na pesquisa, tendo sido explicado a cada um os objetivos do atendimento e seu direito de recusar.

Assim, fiz as apresentações preliminares num enfoque de interação entre profissional/cliente, com muito respeito, assim como os registros em uma ficha individual, (anexo 3) da qual constou um resumo de necessidades de saúde e das possíveis resoluções para a intervenção, dando assim continuidade na sua assistência.

O período destinado para a coleta dos dados durante o desenvolvimento da proposta junto aos presos iniciou-se em março de 1999.

O primeiro mês de atendimento foi dedicado ao teste do roteiro da consulta e os cinco meses subsequentes, à aplicação propriamente dita. A cada dia de atendimento semanal, ocorreu a seguinte distribuição:

a - atendimento individual de dois presidiários para a primeira consulta e dois de retorno. Assim, no primeiro dia atendi dois detentos que, no segundo dia, foram atendidos como retorno e mais outros dois novos atendimentos, sempre que possível.

Cada pessoa foi atendida, em princípio, em duas consultas. O início de novas consultas esteve condicionado à evolução das consultas anteriores. Essa medida foi para que as observações fossem o mais completas e consistentes possíveis;

b - observação da ambiência: a cada turno semanal de assistência, foi feita observação dos locais comuns onde vivem os detentos. Assim, foram visitados o pátio, a cozinha, o refeitório, as celas, com objetivo de verificar as condições de vida e especificar pontos que representavam riscos à saúde. Exemplo disso seria o destino do lixo, a ventilação, a umidade, a luminosidade, o sistema de esgoto, as instalações sanitárias, entre outros. Essa observação dos ambientes da prisão foi registrada como diário da pesquisa e esclareceu pontos sobre aspectos do mundo concreto da prisão, relacionados com a saúde dos seus habitantes.

3. 3 - Instrumentos para o percurso investigatório

Para o percurso da investigação, elegi instrumentos já consagrados na dinâmica do cuidar e do assistir: a consulta de enfermagem, através da entrevista livre, não diretiva, a observação participante, registros em fichas individuais e diário de anotações. A entrevista é uma interação entre duas pessoas em que, enquanto uma quer investigar, a outra está disposta a se expor e corresponder ao interlocutor. Ela acontece num processo de observação.

Mínayo (1993, p. 108), citando Kahn & Cannell, diz que a entrevista é uma “conversa a dois, feita por iniciativa do entrevistador, destinada a fornecer informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e entrada (pelo entrevistador) em temas igualmente pertinentes com vistas a este objetivo”. Os autores demonstram que a entrevista se caracteriza por tipos diferentes de abordagens, conforme o tipo de investigação a ser feita. Apontam os tipos de entrevista de Honningmann:

- a) sondagem de opinião é a entrevista em que se apresenta um questionário com perguntas prontas de múltiplas opções de respostas, no qual o informante escolhe a resposta entre as alternativas;
- b) entrevista semi-estruturada é uma modalidade de entrevista na qual o entrevistador apresenta algumas questões prontas fechadas e o informante só apresenta as respostas correspondentes às respectivas perguntas, sem

dar opinião, além de outras questões abertas que dão liberdade de opinião nas respostas;

- c) entrevista aberta é um tipo de entrevista livre, isto é, “quando o informante discorre livremente sobre o tema que lhe é proposto”;
- d) entrevista não-diretiva ‘centrada’ ou ‘entrevista focalizada’, em que “se aprofunda a conversa sobre determinado tema sem prévio roteiro”;
- e) entrevista projetiva é aquela em que o entrevistador se utiliza de técnicas projetivas, quadros ou pinturas para obter a resposta livremente do informante.

Há, então, várias maneiras de se entrevistar, dependendo do que se pretende investigar. Para esta investigação, a Consulta de Enfermagem, através da entrevista aberta, fez parte integrante do processo de assistência como um instrumento de autonomia profissional. Utilizei um roteiro resumido (conforme consta no anexo 3), o qual se configura como instrumento com perguntas abertas a serem respondidas pelos consultantes. Tive o cuidado de seguir os objetivos básicos, “centrando” nas necessidades de saúde daquela população, o que permitiu a construção de instrumentos de assistência para a enfermagem, ou seja, Protocolos de Assistência de Enfermagem, específicos para os problemas que agravam a saúde na prisão, conforme serão apresentados mais adiante.

O roteiro da Consulta de Enfermagem foi adaptado com base em minhas experiências prévias, com as seguintes fases:

- 1) contato inicial de cada consulta, com identificação (apresentação) ao cliente, explicação sobre minha função e sobre os objetivos da minha pesquisa, assim como sobre o período de atendimento, ou seja, sobre as duas consultas, com prorrogação, caso fosse necessário. Após essa parte inicial, observei as questões pertinentes;
- 2) dados de identificação (do cliente): demonstrando interesse pela pessoa, sem julgamentos ou falsa curiosidade, já que o preso detesta questionários e muitos ficam cansados de serem argüidos. Sempre procurei explicar os motivos das questões, tais como o nome, idade, tempo que estava preso e tempo previsto para ser libertado (conforme o caso), e outras perguntas que esclareciam a sua identidade; situação social, conjugal, com os filhos, residência da família;
- 3) dados que esclareciam a situação de saúde: as principais queixas, desde quando

estava sentindo o sintoma, se houve modificação nesse estado após sua prisão ou se era a primeira vez que sentia, quais os desconfortos frente às condições adversas, conforme o caso; enfim, problemas que sentiam em sua saúde;

4) dados sobre o ambiente, hábitos e relações sócio-afetivas: as perguntas foram dirigidas, conforme o caso, sobre o alojamento, companheiros de cela, horários e hábitos que seguia ao longo do dia da prisão; se conseguia fazer atividades, como cumprir horário de pátio, trabalhos internos como cozinha, limpeza e outros. Segundo Oliveira (1993), a cada três dias de trabalho se lhe abona um dia da pena, ou seja “o condenado que cumpre a pena em regime fechado ou semi-aberto poderá remir, pelo trabalho, parte do tempo de execução da pena. Um dia de pena por três de trabalho” (p. 54 - 55);

5) dados sobre sua vida familiar e visitas que recebia: a situação concreta da formação de sua família, sua manutenção, apoio que recebe dela, se houve abandono da mesma, ou não, após a prisão, se recebe visitas dos familiares e de quem, entre outros.

Os passos para a investigação na comunidade prisional, foram consonantes com os objetivos da pesquisa: **apurar as necessidades de saúde dos encarcerados e os problemas que agravam a saúde na prisão; e, construir protocolos de enfermagem para a assistência a essas necessidades.**

Para o primeiro objetivo, então, realizei a Consulta de Enfermagem, sem excessivo rigor em relação à seqüência de perguntas, podendo ter maior ou menor amplitude, dependendo das necessidades levantadas pelos clientes.

Fazia parte de cada consulta, após o resumo das principais necessidades que emergiam, a assistência correspondente, na qual busquei descobrir alternativas de solução ou tentativa de amenizar os sofrimentos e as necessidades apuradas. Foi, também, agendada a consulta seguinte para avaliar ou dar continuidade à assistência, sendo tudo registrado no fichário individual. Esses registros foram feitos durante e após o atendimento de cada pessoa, para facilitar o seu acompanhamento. Também utilizei um diário de anotações onde foram registrados dados relativos aos ambientes visitados, conforme dito acima.

Quanto ao segundo objetivo, após cada dia de trabalho de campo, tive cuidado de complementar os registros e destacar os procedimentos adequados à sua

realização. Esses dados foram a base para a análise posterior e para o encontro de caminhos que elucidassem e aprimorassem a assistência de enfermagem efetiva a essa população, especialmente em razão das doenças prisionais.

Vale ressaltar que os dois objetivos da pesquisa não foram momentos totalmente separados. À medida em que fazia a consulta, levantando os problemas que agravam a saúde próprios da prisão, estava também propiciando assistência. Desse conjunto de procedimentos é que resultaram os protocolos específicos para assistir a essas pessoas, conforme o objetivo proposto.

3. 4 - Demonstração, análise, interpretação dos dados e proposta de ação

Num primeiro momento, foi realizada uma leitura de todos os dados obtidos durante o processo assistencial. Em seguida, pontuei as necessidades de saúde reveladas com mais frequência pelos sujeitos da pesquisa ou percebidas ao longo das intervenções.

Essa conduta permitiu uma categorização dos achados, viabilizando uma estratégia para demonstrá-los, analisá-los e interpretá-los. A categorização pretendida encontrou suporte metodológico em vários autores. Nos estudos de enfermagem, no campo da saúde coletiva, Egry (1996, p. 51) assinala que, “tratando-se da saúde coletiva, de imediato podem ser destacados conceitos primordiais, quais sejam: sociedade, homem, processo saúde-doença, saúde coletiva, assistência e educação. Tratando-se da enfermagem em saúde coletiva, são agregados aos conceitos acima, os de enfermagem e assistência de enfermagem”.

Uma vez que categorizar ou dispor em classes, qualidade ou ordem enseja a reunião de pontos correspondentes ou interligados, foi possível, a partir dos instrumentos e dos depoimentos registrados, e ainda com base na observação e experiência, reunir as informações em conjuntos não previamente estabelecidos. Os achados, dessa forma, constituíram-se em recortes discursivos da realidade pesquisada, trazendo no seu bojo “as contradições decorrentes do lugar, espaço e tempo ocupados pelos sujeitos discursistas”, (Egry, 1996 p. 51).

Das atividades realizadas emergiram categorias, cuja proposta de ação dependeu da obtenção desses dados, sendo que minha intenção de produzir tecnologia

(instrumentos) ou seja, protocolos para ações de enfermagem na comunidade prisional, exigiu pontuar necessidades de assistência específica a esse grupo humano.

3.5 – Processo de elaboração e validação dos protocolos

Os protocolos de enfermagem foram elaborados a partir das anotações dos dados, sendo colhidos ao longo dos atendimentos e dispostos em itens, os quais passaram por um processo de validação em duas etapas, da seguinte maneira.

Foram convidadas colegas enfermeiras docentes e assistenciais, para compor o Painel de Especialistas, que validaria o trabalho: uma docente doutora, uma docente doutoranda, uma docente mestra, uma assistencial mestranda e a orientadora. Foi formalizado um convite com as duas datas e horários previstos para a validação, com intervalo de dois meses cada. As colegas convidadas, como foi dito são da área da Saúde Mental, por se tratar, em grande parte, do comportamento dos presidiários. Elas aceitaram em participar, contribuindo assim com a versão final da proposta.

1ª Validação: o processo desta primeira validação transcorreu numa sessão, em um período de quatro horas, da seguinte forma: apresentei o esboço dos itens surgidos durante os dois meses iniciais de atendimento. Em seguida, cada membro da banca passou a analisar, detalhando cada protocolo proposto com seus itens. Frente às situações que surgiram e frente à aplicabilidade dos mesmos e mediante esclarecimentos e ajustes por parte dos membros da banca, foi validada cada recomendação, surgindo novas ou suprimindo outras. Dessa maneira, ficou organizada a primeira proposta de Protocolos de Enfermagem, para serem aplicados nos dois meses seguintes de atendimento aos presidiários, conforme o programado. Durante a atividade, foram surgindo novas sugestões, as quais foram reorganizadas para serem submetidas a nova legitimação pela mesma banca de profissionais.

2ª Validação: esta segunda validação, foi feita após ter aplicado, na assistência aos presidiários, por mais dois meses, os protocolos que saíram da primeira validação. Transcorreu normalmente, nos moldes da primeira, com debates sobre as questões apresentadas e, frente a novas situações, culminou na versão final dos Protocolos de Enfermagem para o cuidado aos presidiários. A partir de então, passei a aplicá-los no atendimento por outros dois meses, como forma de confirmação.

4 – UM LUGAR DIFERENTE, SERES HUMANOS SEM LIBERDADE – O RELATO E A ANÁLISE DOS FATOS

Seres humanos pagam por delitos cometidos com a pena privativa da liberdade, mas em condições subumanas. Como diz Herkenhoff (1998, p. 167),

presos são guardados em celas coletivas, em condições - eu não digo desumanas. Muito mais do que isto. Em condições que não são toleradas pela 'Lei de Proteção aos Animais'. Ressurja Sobral Pinto, de suas cinzas, para requerer a juizes, tribunais e demais autoridades que pelo menos a Lei que protege as bestas favoreça seres humanos presos.[...] Há os que pensam que os presos não são pessoas. Se não são, não têm direito a voz. Os massacres e chacinas são a única resposta que seu clamor pode receber.

Nestas condições, mesmo que falem não são ouvidos; e, sabemos, o que lhes resta é rebelarem-se, apesar de saberem que nas rebeliões o pior lhes pode acontecer.

4. 1 - Iguais e Diferentes - uma dualidade a ser considerada

Nós, humanos, temos necessidades básicas para a sobrevivência, como as físicas, do tipo alimentar-se, trabalhar, repousar; as de segurança, como a casa própria; a necessidade de socialização na busca de status, a necessidade de auto-estima e auto-realização, o acesso à educação e ao conhecimento, como também a necessidade de manter a própria saúde. Tais necessidades se complementam entre si e são requisitos para que o ser humano seja feliz e realizado. Percebe-se, no entanto, que as pessoas adultas, para gerirem as necessidades da própria vida, continuam preocupadas com o “ter”, embora o “ser” esteja assumindo, cada vez mais, lugar de destaque no conjunto dessa gerência. A satisfação dessas necessidades demandam verdadeiras manobras de sobrevivência.

Entendo também que a complementaridade das necessidades básicas à sobrevivência, esteja recaindo não somente sobre o nível individual, mas sobre o conjunto das pessoas, evidenciando a perspectiva de mudança nas relações umas com as outras. E essa dimensão da realização e da busca de felicidade está se movendo em direção à globalização. É uma idéia que ressurge como algo novo e moderno, com muitos autores falando sobre seus diversos sentidos.

Silva (1997) diz que ela é um processo “milénar” na humanidade. Diz ainda que esse processo iniciou-se quando os humanos se espalharam pelo planeta, nas migrações, utilizando os espaços terrestres vagos. Outro aspecto mencionado pelo autor refere-se ao acesso à riqueza da organização social e ao acesso às relações internacionais, as quais deveriam ser de todos. Em suas palavras,

chegados no século 20, a ciência e a cultura nos obrigaram a reconhecer o óbvio; que a humanidade é única e que a Terra é uma só. No entanto, falta que os povos e as instituições dêem um salto para o infinito, reconstruindo as sociedades locais e as relações internacionais, a partir desse reconhecimento de que todos deveriam ter direito a usufruir dessa riqueza e conhecimento acumulado e não só uma pequena fração da humanidade (p. 2).

Deduzo dessa afirmação que os povos estão sendo estimulados a dar “um salto para o infinito” na busca da verdadeira solidariedade humana, com expectativa de reorganização social, para que o intercâmbio internacional não seja privilégio somente de certas partes da população, mas de outras do planeta, ainda isoladas e desorganizadas socialmente - para os diferentes!

Numa perspectiva pessoal, os que têm o suficiente vivem lado a lado com os que ainda carecem do essencial à sobrevivência e isso deveria fazer com que os que têm movam-se na compreensão e em direção dos que não têm. Assim, gradativamente, no prisma da globalização se desenvolveria a solidariedade entre as pessoas. E nessa busca de felicidade e realização somos iguais, por que todos necessitamos alimento, moradia, educação, trabalho e bem-estar; e somos diferentes, por que nem todos têm acesso, suficientemente, a esses bens imprescindíveis à sobrevivência. Somos iguais pelas características básicas de nossa condição humana e

diferentes por nossa existência pessoal, pelo que fazemos com nossa vida, nosso presente e nosso futuro.

No que diz respeito à saúde dos seres humanos, sua manutenção é algo inerente ao próprio viver, seja naquilo que nos torna iguais ou diferentes. Aqui incluo o grupo das pessoas confinadas em presídios. Estão presos, privados da liberdade, mas são iguais no tocante aos direitos à saúde e ao viver. Eles detêm o atributo humanidade como os demais cidadãos, embora tenham optado por caminhos socialmente indesejáveis.

Foucault (1993) trata das origens da dualidade social, desde os idos do final do século XVII e XVIII, quando fala na “divisão constante do normal e do anormal”. De um lado, os

pestilentos, leprosos, mendigos, vagabundos, loucos; e de outro lado a universalidade dos controles disciplinares permite marcar quem é ‘leproso’ e fazer funcionar contra ele os mecanismos dualistas da exclusão. (...) Todos os mecanismos de poder que, ainda em nossos dias, são dispostos em torno do anormal, para marcá-lo como para modificá-lo, compõem essas duas formas de que longinquamente derivam (176).

Referindo-me à dualidade entre iguais e diferentes, a enfermagem, enquanto profissão que se insere nesse contexto complexo e que tem como objeto de sua prática assistir e cuidar o ser humano, está se voltando, no meu entendimento, mais e mais para uma prática terapêutica, de acordo com as necessidades individuais e coletivas, buscando distinguir as pessoas em suas situações particulares. E, partindo dessas considerações, entendo que a enfermagem está incluindo, no conjunto de suas atividades, grupos da comunidade que até então permaneciam à margem da profissão. Há autores que mostram o crescimento dessa profissão, como Silva (1986) e Almeida e Rocha (1989), desde o início da enfermagem científica, cujo marco foi o trabalho de Florence Nightingale, na segunda metade do século XIX. Dizem que como é organizada e científica, é moderna e vem evoluindo e constituindo-se com profissionais que estudam e aprimoram a profissão.

A seguir, apresento três exemplos de atividades com diferentes.

4. 1. 1 - Novela cruel (e cômica) – um relato do cotidiano

Dia 27/7/99 atendi a presidiária Susa³.

Ao chegar no presídio, às 9 horas da manhã, uma agente penitenciária veio a meu encontro para pedir que a atendesse, dizendo: “acho que ela está doente, está meia louca, a senhora dá uma olhada nela”?

Fui à cela da Susa. Tratava-se de uma detenta que chegara há um dia à prisão e estava realmente em estado deplorável. Pelo seu relato, é extremamente carente. Estatura média, magra, 50 quilos, aparentando entre 35 a 40 anos. Chora o tempo todo. Repete “me dá uma força, que Deus vai te ajudar”, “me dá uma força para me levarem ver os filhos e pegar roupas, me dá uma força para o Juiz não tirar meus filhos”; gesticulando com os braços para cima, repetia que tinha medo que lhe tirassem os filhos. Relatou (numa fala entremeada de desespero) como foi que a prenderam. Nesses casos, não consigo prestar atenção ao fato em si, pois não é minha área os motivos de prisão; e ainda mais, as outras detentas, solidárias, queriam me fazer entender, falando ao mesmo tempo e misturando seus assuntos. Susa dizia que havia quatro anos tinha tido seu filho "do lado de fora da casa, mas ele não morreu, está vivo lá na minha tia, que o criou". Depois disso, precisou mudar o endereço para a Vila “sem teto”, porque vendeu a casa (barraco) para pagar o funeral da mãe (parecia estória, depois soube que era verdade). No novo endereço, não recebia convocação para audiências. Continuou dizendo que fora pega de surpresa, em razão de "algo" que supostamente fizera em 1995. Por isso, não tinha roupas e os seus filhos não sabiam onde ela estava. Tem uma filha de 8 anos, um filho de 5 e um de 1 ano e meio e acha que estão sozinhos ou cuidados por vizinhos. Explicou-me onde mora.

Expliquei-lhe que não poderia ir à casa ver seus filhos, mas que falaria com o Diretor do Presídio sobre seu caso e lhe traria resposta.

Com o Diretor - Falei ao diretor sobre o estado de saúde em que Susa se encontrava e ele me disse que já conhecia a história e comentou que teria que fazer algo. Decidiu telefonar ao Fórum, na mesma hora, para ver com a Justiça a tramitação para que Susa fosse liberada, ou soubesse porque estava presa e ainda pudesse avisar

a família. A resposta do Fórum foi que iam verificar para, posteriormente, dar resposta a ele. (Me dou conta, mais e mais, que os Agentes Penitenciários e o Diretor também não sabem os motivos porque são recolhidas as pessoas. Assim, como no “pequeno Príncipe”, havia alguém que exercia a função de acender e apagar lampião e a vida toda nunca questionou porque acendia e apagava. Eles, do presídio, conduzem pessoas algemadas e as trancam em celas, é a função deles).

Com Susa - Fui dar-lhe a notícia do Diretor sobre o telefonema ao Fórum e que teria resposta depois... e reiterei que, no que fosse do meu alcance, iria interceder para que ela não perdesse seus filhos, ajudando-a na sua situação. Despedi-me dela.

28/7 – Nesta noite eu não conciliava o sono. A lembrança de Susa me incomodava. Pela manhã, decidi vê-la no presídio.

Com o Diretor, expliquei que fora saber notícias da Susa. Ele informou que a família fizera contato, que os filhos estavam com a irmã dela e sugeriu que falasse com ela. Susa estava praticamente na mesma situação e as colegas de cela ajudaram-na a contar. Não sabia de nada dos filhos ou de contatos com o Fórum para saber de sua situação. Eu lhe disse que os filhos estavam com a irmã, ela exultou, mas eu não sabia dar-lhe notícias do contato com o Juiz.

Pedi licença e voltei ao Diretor. Disse-lhe que Susa não sabia do contato com a família. Ele respondeu, “pois é, a gente não diz”. Pedi esclarecimento sobre o caso dela. Argumentei que me parecia ser um caso antigo, de 1995, além de ter sido o único na vida dela.

Percebi, no Diretor, além de colaborar comigo, uma atitude de humildade, ao solicitar que eu fosse ao Juiz pessoalmente, porque também pensava que Susa não poderia esperar até sair sua sentença, sem qualquer informação.

Mil pensamentos surgiram. Susa precisava de um advogado e por sua pobreza tinha direito a um defensor público. Em todo caso, decidi avisá-la sobre minha ida ao Fórum.

Parece que os caminhos estavam abertos e iluminados. O referido Juiz estava saindo do Fórum. Me apresentei e intercedi, inclusive reiterei a ele que não era meu costume fazer assim, porque não é minha função, já que sou enfermeira e não entendo dessa parte. Ele, atencioso, me encaminhou para a promotora, que me recebeu,

³ Os nomes são fictícios para preservar o anonimato

escutou-me e explicou-me os motivos da prisão da Susa: “trata-se de um infanticídio na hora do parto”. Susa fora na delegacia para registrar que perdera os documentos. O Delegado observou no registro que estava foragida e a prendeu para exames. Nem perguntei que exames deveria fazer, mas lembrei que Susa me relatara que teve um nenê do lado de fora do barraco onde morava e que o nenê não morreu, mas foi criado pela tia dela, porque ela estava doente. “Me disseram que foi nervosismo de parto que me deu”, falou. Depois desse fato, teve outro filho, que está com um ano e meio. Em minha opinião, tratava-se de uma psicose puerperal. Respondeu-me a promotora: “nesse caso, será melhor, ela ficará menos tempo detida”. Argumentei que Susa é paupérrima, que fora pega de surpresa, porque tinha mudado o endereço e que tinha as crianças em casa e medo que a justiça lhe tomasse os filhos. Saira de casa por um motivo, sendo detida sem roupas nem pertences higiênicos há três dias, e estava preocupada com o trauma que isso causaria a seus filhos, além do que ela própria estava sofrendo. A promotora tomou nota de tudo.

Ao meio dia, telefonei ao Diretor para relatar que conseguira falar no Fórum sobre Susa e falei a ele que à tardinha eu iria até o presídio novamente. Ele demonstrou satisfação. Peguei umas roupas (penso ser melhor ensinar pescar do que dar o peixe, mas às vezes, contrario meu próprio pensamento) e um sabonete, pus no carro e fui atender as alunas da disciplina de Saúde Pública em aulas práticas. No final do turno, falei às alunas que iria no presídio ver Susa. Todos expressaram vontade de ir junto, mas havia alguns procedimentos para que lhes fosse permitido entrar no presídio. Por sua sugestão, visto o entusiasmo deles, telefonei e o Diretor aceitou. A recepcionista tomou nota do nome e idade de cada uma. O Diretor recebeu-nos gentilmente.

Fomos ver Susa. As detentas todas ficaram encantadas com a visita e a Susa chorava e dizia que era de “satisfeita”. Entreguei as roupas e disse a ela que não costumava fazer isso, mas vi que estava precisando. Ela me pediu para me dar um beijo, dizendo que agora ela poderia devolver as roupas das amigas de cela. Relatei-lhe minha intervenção no Fórum e despedimo-nos. Não deu tempo para visitarmos uma ala que havíamos combinado com o Diretor, mas as alunas, contentes, expressaram vontade de voltar.

29/7 - À noite, fui participar do “II Fórum de debates sobre o preso e a sociedade”. No final, quando abriram para debates, falei (apesar do medo) brevemente. Iniciei dizendo que quando escuto essas palestras, reflexão sobre apenados e detentos, parece como se o sistema punitivo funcionasse como uma máquina, onde cada setor aperta um botão. A Dra. Fulana definiu o apenado como pessoa que não seguiu as regras sociais de forma adequada. Dei o exemplo da Susa que, tendo tido psicose puerperal há quatro anos, não só não foi tratada em seu problema de saúde, como foi detida só agora, sem defesa, de um suposto infanticídio. Aí, concluí dizendo que Susa não tem advogado, que o Delegado apertara o botão da máquina, porque estava foragida, e a prendeu; nos departamentos do Fórum, apertam os botões, aguardando os processos correrem e os agentes apertam o botão cumprindo a função de manter detida a Susa, por ordem judicial. Todos agiram certo, apertando os botões dessa máquina nova, mas como fica Susa, que teve psicose puerperal? Detida de surpresa, saiu de casa por um motivo e foi parar na prisão, sem roupas e pertences de higiene e sem saber dos filhos, com medo que lhe sejam tirados?

No final, o promotor da Justiça veio me pedir todo o nome da Susa. E ela foi solta no dia seguinte.

4. 1. 2 - Atendimento de presidiários por grupos

Mediante o pedido de algumas presidiárias que queriam receber pílula anticoncepcional, realizamos uma reunião para debater esse assunto com um grupo de interessadas, numa das salas do presídio. Para isso, convidei duas acadêmicas do último período do curso de enfermagem, que trabalham nesse setor como estagiárias numa unidade sanitária da cidade.

Ao preparar a chegada das alunas ao presídio, falava a elas que lá existe uma comunidade semelhante a qualquer outra onde se vá para prestar atendimento de saúde. São pessoas que moram permanentemente num mesmo local, separados de suas famílias. São pessoas, gentís, acolhedoras, receptivas e de vários níveis de instrução e cultura. Predomina a baixa escolaridade, a maioria jovens e há significativa incidência de dependentes de drogas, álcool, cigarro. Pertencem às várias camadas

sociais, com excessão, na minha opinião, da classe abastada financeiramente. E, segundo o Diretor da Superintendência Estadual dos Serviços Penitenciários – RS (Susepe) Sr. Michels (1999), em sua palestra sobre “sistema penitenciário”, na Semana do Curso de Direito, Centro de Ciências Sociais e Humanas, cerca de 90% dos presos, a maioria portanto, não são bandidos irrecuperáveis. Daí que seria bom refletir sobre essas pessoas e saber que são passíveis de ser reeducadas.

Das doze presidiárias, sete concordaram em participar da reunião, que já tinha sido marcada na semana anterior. Apresentei as acadêmicas, dizendo a elas que é bom para a formação profissional das alunas ter contato com presidiários e verem que nesse local habitam pessoas necessitadas de atenção à saúde, como em qualquer outro lugar. Mesmo porque, como profissionais, vão receber presidiários para atendimento nas localidades de saúde onde vão trabalhar; exemplo disso, a gestante presente na reunião, que logo irá ao hospital ganhar seu bebê e será atendida por enfermeiras.

O assunto da reunião foi sobre métodos contraceptivos, mas o interesse demonstrado através de perguntas fez com que houvesse comentários sobre doenças sexualmente transmissíveis. Três delas fizeram perguntas em função de orientar suas filhas adolescentes por ocasião das visitas.

Na minha percepção, as duas palestrantes, apresentaram o tema de maneira simples e acessível, pois as detentas têm baixa escolaridade, sendo que uma delas está iniciando sua alfabetização. Conversaram sobre o assunto que haviam preparado e responderam a perguntas. No final, fizemos uma avaliação com as presidiárias sobre se valeu a pena ou não o nosso encontro e foram unânimes em dizer que gostaram muito. Prova disso foi a prorrogação da conversa após o término da reunião.

Tive oportunidade de mostrar às acadêmicas algumas dependências do presídio, como a parte administrativa, o pátio, as salas de aula, a enfermaria, uma cela feminina.

Retornando, fiz avaliação com as acadêmicas, perguntando como se sentiam após desempenhar a inédita tarefa de conversar sobre saúde num presídio. Referiram que não imaginavam que fosse um local com pessoas tão receptivas, normais, interessadas. Por sua vez, o Diretor e os agentes penitenciários não só nos receberam bem, como facilitaram a viabilização de nossa tarefa.

4. 1. 3 – Visitando familiares de presidiários, a constatação do caos

Uma vila da cidade, de aproximadamente 30 mil habitantes, tem fama de ter muitos envolvidos, direta ou indiretamente, com delitos e prisão, por seqüelas de alcoolismo e drogas. Algumas regiões são formadas por famílias carentes e subdesenvolvidas, com áreas de favelas. Uma, que visitei, (anexo 4), é cortada por uma ruela que passa rente às casas e que liga duas ruas principais. Por ali só circulam pedestres. Nesse caminho, há um reduto de umas oito famílias, parentes entre si, com cinco a oito filhos menores cada.

Coincidentemente, desenvolvi aulas práticas de Saúde Pública com acadêmicos de enfermagem no Posto de Saúde da vila e próximo a essa favela. Nessa atividade, fazia visitas domiciliares, listando as necessidades de saúde das famílias para encaminhamentos, e outra colega desenvolvia trabalho com crianças numa escola próxima. Priorizava famílias com emergência em saúde, ou crianças com algum motivo de risco no desenvolvimento. A colega da escola nos encaminhou crianças com baixo desenvolvimento de aprendizado associado à desnutrição. Das sete encaminhadas, seis pertenciam àquelas famílias, incluindo uma menina de quatorze anos, grávida.

Na primeira visita, acompanhada de duas acadêmicas, fomos à família de uma das crianças da escola. No caminho, nos informamos do endereço e os moradores nos alertavam sobre o perigo de circular naquela área. Referiam-se à criminalidade, tráfico, alcoolismo, roubo. Na entrada do beco, havia alguns rapazes parados, que nos olharam, e nós os cumprimentamos, identificando-nos como enfermeiras do Posto. Ressalto que eu sabia da fama de periculosidade do local, antes de empreender as visitas, mas até aí não estava muito consciente. Também não estava consciente que eram antigos frequentadores do Posto de Saúde. Aos poucos, fomos nos inteirando da realidade. A casa que procurávamos pertence a uma senhora que foi presidiária por três anos.

Uma criança com sinais de deficiência mental pertence a outra família daquele grupo, cujo pai é desempregado há oito anos e etilista, com conseqüências como espancar mulher e filhos (sic). Sobre a menina, esse pai refere: “essa daí não vale a comida que come, tmntou bo|ar fogo na kasa por duas vezes, é violenta”. Outra

criança, de quatro anos, com (infestação de “bicho de pé”, pertence a (outra família. Crianças vivem em estado de negligência, com sinais de desnutrição, com ventres abaulados, (característico de verminose. E assim, sucessivamente, fomos conhecendo alguns problemas (deles. Também conversando com a diretora da referida escola sobre os alunos (daquela (área, concluímos que a maioria das crianças, mais de 20, com idade entre meses a 14 anos, têm problemas no seu desenvolvimento físico e na escola. Nas primeiras visitas, as pessoas negaram que tivessem recebido atendimento de profissionais da saúde no Posto ou em seus domicílios. Posteriormente, nos disseram que há seis anos vêm sendo alvo de assistência dos profissionais de saúde. Algo deve estar errado, porque vivem como se ninguém tivesse agido sobre a saúde entre eles. Perguntados sobre trabalho, responderam que vivem de “biscate” e uma das mães disse, numa ocasião, que os pequenos são quem trazem alimentos do que conseguem na rua.

O cenário

Trata-se das famílias de três irmãs, Ana, Maria e Marta⁴, além de tios e primos, formando uma pequena vila.

Ana, 36 anos, é alfabetizada e é a mais velha. Fala sobre o marido, citado acima, que é alcoolista e espanca a todos, além de ser desempregado. Noutra ocasião, falava entre outras coisas, “ele é bom para nós, tenho um marido maravilhoso”. Têm cinco filhos, a mais velha é a menina de 14 anos, grávida. Uma irmã de Ana, de 13 anos, mora com ela, desde que faleceu sua mãe. Faz parte também da família uma sobrinha de dois anos, filha da Maria, que é a egressa do presídio. Todos vivem em um barraco de madeira de duas peças. Têm água potável, numa mangueira sobre um tanque, ao lado de fora; latrina em estado precário de conservação, que transborda quando chove.

Maria é analfabeta, ignora sua idade e a dos cinco filhos menores com exatidão, que variam de um a nove anos, bem como a data de nascimento dela e dos filhos. Há sinais evidentes de deficiência mental. Não tem companheiro fixo. Aponta para a filha de dois anos, dizendo, “essa daí foi feita lá dentro” (refere ao período de

⁴ Nomes fictícios

prisão). Ana fala sobre Maria, “eu sei ler, mas essa dali não sabe ler nem escrever, tem um filho por ano e é sozinha”. Perguntei a Maria sobre métodos contraceptivos, respondeu a respeito de pílula oral: “não adianta, não compreendo a explicação (ensinamentos sobre métodos contraceptivos, que são dados juntamente com as pílulas, no Posto), eu tomo tudo de uma vez e é parecido com outros remédios, às vezes dou para as crianças quando ficam doentes”.

Marta tem cinco filhos menores que vivem em estado inimaginável de sujeira, com esgoto ao céu aberto e animais junto às crianças. Dela era o menino de quatro anos que teve cuidados de emergência, por infestação de “bicho-de-pé”. O filho menor, de oito meses, estava com sinais evidentes de desnutrição. Para nossa surpresa, ela também refere não saber sua idade e data de nascimento dela e a dos filhos.

Num barraco próximo, mora uma tia delas, de uns 60 anos, mas aparenta muito mais. Extremamente magra, ao vê-la, deu-me a impressão que teria saído de minas de carvão, tal o estado de sujidade. Perguntei sua idade, ela correu buscar uma carteira de trabalho onde estaria registrada a data do nascimento, não fora estar metade destruída por roedores. Fala pouco, “engrola” palavras, não sei se é de embriaguez ou defeito de pronúncia. Diz que um dos filho é presidiário por ter matado a um outro filho. Ao lado, mora um outro tio, praticamente nas mesmas condições.

Os barracos são de madeira, da cor de tábuas velhas, de uma ou duas peças cada. Com janelas e portas das mesmas tábuas, sem vidros para entrada de claridade. No exterior há dejetos e esgotos entre as casas. Numa das visitas, notamos larvas nas pernas de um menino que estava próximo ao esgoto. Refletimos com eles sobre os prejuízos para a saúde das crianças brincarem próximo àquelas águas paradas.

Na seqüência

A segunda visita àquelas famílias foi às 15:30 horas, com o objetivo de sabermos da consulta da jovem grávida, filha da Ana, da situação do menino de quatro anos, filho de Marta, infestado de “bicho de pé”, e da situação de Maria que não faz controle de natalidade. O marido de Ana estava na frente de um bar próximo à

casa dele, com odor e sinais de embriaguez. Até então não o conhecia e senti um pouco de medo, mas nos apresentamos e explicamos logo os objetivos da visita. Ele nos conduziu até a frente de sua casa. A esposa Ana e a filha dele grávida chegaram até nós. Agendamos consulta para ela e refletimos sobre hábitos de saúde. Estávamos em três visitadoras e, enquanto duas foram até a casa de Marta, ao lado, para saber notícia do menino, eu conversava com Ana e seu esposo, sobre estratégias para debelar o bicho-de-pé e roedores que infestam seus domicílios. Ele me disse que uma vez a prefeitura esteve no local para fazer levantamento para a dedetização, mas os moradores deveriam doar o material, além de eliminar seus cachorros, o que não foi possível. Falou também que, dos moradores da área, ele é quem mais se interessa pelos problemas, algo de que duvidei.

Nas primeiras visitas não nos convidaram para entrar em seus barracos, mas com o nascimento do filho da menina de 14 anos, Ana me convidou a entrar. Quando estou em ambientes precários como aquele, sinto tal reação de espanto, que não consigo observar muito e nem descrever o pouco observado, parece que petrifico.

Maria dizia-me que concorda em tomar contraceptivo injetável. Sabemos, no entanto, que deverá ser encaminhada ao Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) para os devidos controles, antes de aplicar-lhe o contraceptivo, pois trata-se de algo sério, que deve ser encampado pelo serviço de saúde, para que não haja interrupção no tratamento.

Observamos todo tipo de carências e necessidades que se possa imaginar. Disseram que há roedores de vários tamanhos, que os incomodam, além de bichos-de-pé, muquiranas, pulgas, escabiose, baratas, moscas. Existem muitos cães, de todos os tamanhos, junto deles. Sente-se odores nada agradáveis e quando chove piora. Alcoolismo, drogas, analfabetismo, desemprego, entre outros problemas nos adultos; mas, o maior espanto, com certeza, recai na desnutrição e abandono daquelas crianças. Clima de degradação dos valores humanos. Um quadro deprimente. Aceitam passivamente coisas de quem chega até eles. Parece-me que estão acostumados a viver dependentes e sem preocupação de reagir em favor da sua qualidade de vida e do bom desenvolvimento dos filhos.

Na minha ótica e após várias visitas, sinto um peso frente à ausência de colaboração ou contrapartida deles próprios. Sinto a passividade no seu cotidiano.

Por um lado, não gostaria de ser maternalista, levantando problemas e tentando levar soluções para eles; por outro, como fazer para lhes mostrar caminhos, de maneira que busquem soluções aos próprios problemas e que empreendam por si esforços para saírem da exclusão social em que se encontram? Um trabalho com eles, no sentido de reforçar sua personalidade, no sentido de “ensinando a plantar ou pescar”, para saírem da situação de miséria e sujeira, será um grande desafio. Concordo com Boff (1999, p. 141), que fala sobre isso: “a libertação dos oprimidos deverá provir deles mesmos, na medida em que se conscientizam da injustiça de sua situação, se organizam entre si e começam com práticas que visam transformar estruturalmente as relações sociais iníquas”.

Ressalto que, enquanto conversava com os moradores durante as visitas, fui abordada por três egressos do presídio, em ocasiões diferentes, que me conheciam. Um me falava de sua vida, dizendo: “a senhora sabe que meu negócio é “vender” mesmo (se refere a droga), eu puxo meu período lá dentro, depois eu preciso me virar”, e me pediu para visitar sua casa, que ficava afastada daquele ponto. Um dia, estive em sua casa e conversei com sua mãe, de 70 anos, que me dizia sobre o filho que era “o único que seguiu aquele caminho”.

Depoimentos

Colhi alguns depoimentos de pessoas que têm ligação de uma maneira ou outra com eles. Primeiro, com a diretora da escola, que nos informou que são pessoas com necessidades urgentes e variadas, especialmente de alimentação. Refere que recebem doações de pães de uma padaria da região e que aquele pão seria a alimentação do dia. Corresponde ao que foi constatado numa das visitas feitas pela manhã, por volta de 9:30 horas, quando Ana informou-nos que uma filha de 11 anos estava na padaria e um menino de oito, filho da Maria, estava na feira, possivelmente pedindo alimento.

Ao mostrar uma foto daquelas crianças a uma pessoa que mora na grande área, esta disse: “essa menina (a de 13 anos) esteve pedindo alimentos em minha casa”. Isto me leva a concluir que são pedintes.

Perguntei a um casal, donos de um dos bares que alcoolistas da área frequentam, sobre as famílias em questão e informaram que se tratam de pessoas com costumes nada normais, que todos bebem, que até dão bebidas às crianças, que quando tinham tíquetes do leite os trocavam por bebidas; e os donos de armazéns “trocaram para não se incomodar, porque são perigosos”. Acrescentavam, “se você trouxer algum alimento em quilo eles trocam por bebida. Nós, quando podemos, lhes damos a comida pronta porque, do contrário, não aproveitam”. Disseram mais, “eles gostam quando chove e inunda suas casas, porque, então, dizem que perderam tudo o que tinham dentro de casa, quando na verdade não têm nada e quando ganham trocam”.

Quando as acadêmicas foram até à casa de Marta, para fazer o curativo no menino de quatro anos, no final da semana em que o Posto estava fechado, foram até à “agente comunitária” para se assessorarem e solicitarem sua companhia. Ela as preveniu: “venham de avental branco e eu vou com vocês, vestindo meu colete para nos identificarmos bem, porque lá é perigoso, temos que estar alertas e bem identificadas”.

Nesta altura, posso assinalar que se fechou um circuito na minha vida profissional, isto é, o trabalho com presidiários e, pela circunstância de lecionar Saúde Pública, passei a conhecer o habitat e origem de um reduto de “fabricação” de delinquentes. E as crianças, possivelmente se tornarão futuros presidiários, pelas referências que têm ao longo do seu crescimento.

Há pesquisas que demonstram a relação entre renda, emprego e criminalidade; nestes casos, ocorre um estilo de vida tão degradante que dificilmente encontrarão meios para fugir da delinquência, pois esta será a forma mais à mão para sua sobrevivência.

Considerações sobre este caos

Sinto indignação, espanto e misto de impotência e dor em ver, sentir, observar e analisar a situação daquelas pessoas. Se eles estão entregues à degradação, como disse acima, o que fazer e como fazer para socorrer aquelas crianças tão necessitadas? Quem sabe, encarando aquela realidade talvez se possa fazer alguma coisa. O esforço

individual com base na boa vontade, de maneira paternalista não será o caminho. Os serviços de saúde, os programas de saúde, a saúde pública no seu mais puro propósito de desempenhar seu papel, quem sabe, um dia deixem o escrito e os escritórios e partam para ações, porque o caos está instalado naquela área.

Um ponto que me chamou a atenção é que foram todos muito amáveis conosco. Isso pude observar, mesmo nas vezes em que estive sozinha, com o objetivo de manter o vínculo.

Para sintetizar, os problemas mais comuns encontrados se referem às dimensões físicas, psíquicas e sociais, em sua manifestação mais estrita e profunda. A sobrevivência é relacionada com uma luta cotidiana para conseguir alimentos, informação e renda. Não se discute, nesta situação, a origem dos ganhos e nem se pensa em prioridades. A vida está sempre em jogo e o presente é o único que importa.

As necessidades mais urgentes detectadas foram:

- * desnutrição infantil;
- * gravidez em adolescente;
- * problemas de alcoolismo e drogas;
- * problemas de deficiência mental;
- * necessidade de encaminhamentos ao PAISM (programa saúde mulher);
- * necessidades de encaminhamentos das crianças para reforço escolar e ao PAISC (programa de assistência integral à saúde da criança).
- * saneamento básico (urgente);
- * trabalho no sentido de combate ao desemprego;
- * trabalho na tentativa de recuperar valores humanos e dignidade.

Ressalto que fiz umas dez visitas, com intervalo de uma ou duas semanas e algumas vezes visitei-os sozinha, para manter o vínculo e, em nenhum momento, fui ameaçada e muito menos agredida. Tinha medo, por ter sido alertada da periculosidade daqueles moradores, mas, ao contrário, sempre demonstraram gentileza e acolhimento. As crianças vêm ao nosso encontro.

Este é o cadinho onde se formam as condições para chegar-se à delinquência, por conta da pobreza, da indignidade social escancarada, da falta de perspectivas das pessoas que “não têm mais nada a perder”.

4. 2 – Problemas prisionais – o que acontece atrás das grades

A questão saúde não é uma questão simples, nem pouco estudada. Muito se fala, muito se tenta defini-la e muito se quer explicar sobre ela.

Entendo que a saúde está intimamente ligada aos valores da pessoa e à própria vida. Isto é, onde há vida, há saúde, e onde há um fio de vida, há um fio de saúde. Reitero, mais uma vez, que a saúde é um grande valor, unido ao valor da própria vida. Iguais ou diferentes, todos temos a saúde como uma aliada da vida e do viver. Portanto, penso que quanto mais as pessoas têm apreço à própria vida, tanto mais têm apreço à própria saúde, sendo ela, então, uma questão de foro íntimo de cada um, algo que emana de dentro para fora da pessoa, como se fosse “um segredo” pessoal. A saúde é, portanto, uma necessidade para a sobrevivência, carregada de subjetividade, mas algo concreto enquanto resultante de condições objetivas de vida.

Como manter a saúde, enquanto algo subjetivo e concreto? Entre os presidiários, é imprescindível a manutenção da saúde e a prevenção das doenças, no ambiente em que se encontram.

Para desenvolver a pesquisa no Presídio, objetivando a obtenção de dados para a elaboração de instrumentos para uma assistência de enfermagem, me reporto a Drees (1985), concordando com ela de que a enfermeira pode assumir as funções de prestadora de serviços e educadora, de defensora do direito à saúde desses cidadãos e, ainda, a de mantenedora das atividades programadas pela avaliação periódica. Outra possibilidade de interagir com essa população foi viabilizada pela experiência comprovada na dissertação de mestrado e ampliada pela participação como cidadã no Conselho da Comunidade do Presídio (junto ao Fórum), desde 1994. Tendo conhecimento de várias necessidades de assistência à saúde, acredito reunir condições de aprimorar e de ampliar a oferta dessas ações no âmbito da promoção, atendimento e prevenção à saúde.

Atendendo presidiários, comprovei a necessidade de atenção à saúde referente ao tratamento de doenças que são comuns a toda a sociedade. Mas, além das doenças citadas, assinalo os sofrimentos causados por privação da liberdade física, pelas preocupações e ansiedades dos presidiários. Apresento abaixo os motivos mais comuns que causam agravos à saúde dos aprisionados, especialmente relacionados

com as suas condições específicas de confinamento, as quais foram objeto deste estudo.

a) Falta de comunicação com familiares. Sentem medo do abandono real ou imaginário. Preocupam-se com as visitas ou a falta delas e com o bem-estar dos familiares. Ao consultar um detento, tive oportunidade de ouvir queixas de inapetência para o trabalho, lazer e alimentação, de cefaléia, de dor no peito, de insônia, de emagrecimento, enfim, ele tinha uma coleção de sintomas bem concretos. Ao final, perguntei-lhe se estava recebendo visitas, pois minha intenção era acrescentar algum elemento na linha da afetividade e alegria de viver. A resposta não foi verbal, mas sob a forma de lágrimas. Isso se repetia, seguidamente, durante as consultas, com outros aprisionados. Nesses casos, além de orientar para algumas atividades que amenizassem os sofrimentos físicos do consultante, ajudava, sob forma de visita domiciliar, atendimento aos familiares, buscando alguma forma de aproximação. Com freqüência, era o primeiro e mais eficaz remédio para muitos males apresentados.

Ainda sobre a necessidade de comunicação dos presidiários, cito o exemplo de um detento, que dizia que sua filha de sete anos estava sendo estuprada pelo avô materno, com o qual morava. Feita a visita domiciliar e prestados outros auxílios, não parecia ser verdadeira a história. A mãe da menina, esposa do detento, afirmava que ele inventara a versão para chamar a atenção sobre si e sua família.

b) Sofrimento mental. Muito mais do que depressão ou suicídio, é uma dor corrosiva e lenta, principalmente nos novatos. Sobre isso, Foucault (1979, p. 87) diz que o medo e a angústia se instalam nas pessoas que vivem por muito tempo juntas. Citando Cabanis, refere que “todas as vezes que homens se reúnem, seus costumes se alteram; todas as vezes que se reúnem em lugares fechados, se alteram seus costumes e sua saúde”.

Outro aspecto que afeta a saúde mental é o ultraje e a discriminação. Sobre isso me dizia um presidiário: “o povo pensa que a gente não tem sentimento. Acham que a gente não é gente”. As palavras do relatório de dois juizes que visitaram o

presídio de Porto Alegre - RS, citado por Rolim (1995, p. 125), mostram a origem desse sofrimento:

encontramos dezoito detentos recolhidos ao Parlatório, ocupando espaço de, aproximadamente, 12 metros quadrados. Estavam todos, desde o dia anterior, algemados com os braços para trás e presos em duplas (algemas entrelaçadas), sem receber água e alimentação. Todos os apenados, além de R.A.O⁵, recolhido ao Hospital Penitenciário, apresentavam lesões corporais, principalmente nas costas e alegaram terem sido espancados por integrantes da Brigada Militar, durante cinco horas, num dos corredores daquele estabelecimento. Disseram, também, que receberam choques.

Com este tipo de tratamento, a auto-estima se torna extremamente baixa pelos ultrajes, pelas humilhações e pelos maus tratos que recebem. Individualmente, também há comparações entre os privilégios que uns ganham e outros não, sentem-se preteridos pela direção e colegas e, como já foi dito acima, há o medo de abandono, real ou imaginário, da família.

c) Perda da identidade. Constatei também o que Goffman (1974, p. 28-29) cita como exemplo dessa perda, ou seja,

um conjunto de bens individuais tem uma relação muito grande com o eu. A pessoa geralmente espera ter certo controle da maneira de apresentar-se diante dos outros. Para isso, precisa ter cosméticos e roupas, instrumentos para usá-los, ou consertá-los, bem como de um local seguro para guardar esses objetos e instrumentos - em resumo, o indivíduo precisa de um 'estojo de identidade' para o controle de sua aparência pessoal. Também precisa ter acesso a especialistas em apresentação - por exemplo, barbeiros e costureiros (...). Roupas, pentes, agulha e linha, cosméticos, toalhas, sabão, aparelho de barba, recursos de banho - tudo isso pode ser tirado dele ou a ele negado, embora alguns possam ser guardados em armários inacessíveis, para serem devolvidos se e quando sair.

No tocante a essa perda, além da privação dos pertences ou de espaço para guardá-los e manutenção da privacidade, há no presídio uma tarefa chamada revista

geral ou, como dizem lá, “operação pente-fino”. Ocorre a cada quatro ou seis meses, por mando de juizes, inclusive acompanhada por eles. É uma revista para procurar coisas proibidas de serem mantidas nas celas, como drogas ou armas. O que choca é a maneira como é feita essa investigação. Consiste no que Rolim (1995, p. 126) descreve, a respeito do presídio de uma cidade de nosso estado:

o Batalhão de Choque da Brigada Militar entrou, por volta das 6 horas, para averiguar a existência de duas armas. Por conta dessa revista, os presos teriam sido obrigados a sair de cuecas para o pátio, gritando seus nomes e alcunhas. Além de praticarem o espancamento, os policiais militares teriam molhado os colchões e as roupas dos apenados, inundando as celas e jogando fora sua alimentação.

Sobre isso, tive oportunidade de ouvir queixas dos presos, no presídio de Santa Maria, RS, quando, por volta de agosto de 1997, ocorreu essa operação, organizada pelo juiz e com participação da Brigada Militar. Percebi a indignação deles quanto à humilhação que passaram devido à invasão da privacidade, que já é extremamente restrita. Retiraram ou estragaram coisas pessoais, além das proibidas que buscavam. A indignação maior deveu-se à maneira brutal e desumana com que foi feita essa investigação.

Ainda sobre o sofrimento da perda da identidade, constatei, como Goffman (1974), que as pessoas presas são impedidas de desempenhar as diversas funções da vida, seja como trabalhadores, pais e outras, em diferentes espaços. Isto significa que, na prisão, o prisioneiro é trabalhador sem ir ao trabalho noutro local e é pai longe dos filhos. Assim, tudo é restrito a um só local, de modo que no mesmo espaço onde toma a refeição e dorme, desempenha os diferentes papéis de vida. Nas palavras de Goffman, “uma disposição básica da sociedade moderna é que o indivíduo tende a dormir, brincar e trabalhar em diferentes lugares, com diferentes co-participantes, sob diferentes autoridades e sem um plano racional geral” (p.17). Acho que esses aspectos são causadores de grande sofrimento às pessoas presas, além de provocar agravos à sua saúde.

⁵ R.A.O, são iniciais de um prisioneiro

d) Sofrimentos por maus tratos recebidos. Trata-se de espancamento ou omissão de atendimento das necessidades de saúde. Muitas vezes, são abandonados em suas dores físicas, como nos dentes, na coluna, por enxaquecas e outras, como uma forma de castigo.

No tocante às dores físicas, tive oportunidade de constatar que, em relação a queixas de dor de dentes, por exemplo, o apenado somente é atendido quando do aparecimento de edema e caso isso não ocorra, sua dor é desconsiderada. Outros, machucados ou doentes, só foram socorridos após o aparecimento de febre ou outra evidência mais objetiva. Sem contar o sofrimento causado pela falta de ar puro para respirar, tanto pelo motivo de superlotação da cela, como por ser a janela pequena, além de odores do sanitário aberto dentro da cela.

Para exemplificar sobre a dor causada por espancamentos, me apoio em Rolim (1995, p. 122), que diz: “a Comissão de Cidadania e Direitos Humanos recebeu, no ano de 1995, 114 denúncias de espancamentos de presos no interior das casas prisionais...”. São dados somente do Estado do Rio Grande do Sul. Sobre prevenção de doenças, o mesmo relatório fala de situação de saúde, dizendo que “é impossível a prevenção de doenças em estabelecimentos como os atuais. Pelo contrário, são esses estabelecimentos, nas condições em que se encontram, os responsáveis pela disseminação da maioria das doenças contraídas, como tuberculose, pneumonia, sarna, entre outras” (p.134).

e) Privação de informações. Os presos deveriam ter informações sobre saídas extra presídio ou outras. Muito frequentemente, eles têm hora marcada para consulta médica, por exemplo, e não são avisados com antecedência, assim como sobre audiência com o juiz, entre outras informações.

O fato de não serem avisados com antecedência sobre atividades que lhes dizem respeito causa-lhes ansiedade, além de sentirem-se ultrajados em sua dignidade. Aliás, isso me fez lembrar dos pacientes nos hospitais que, muitas vezes, também não são suficientemente considerados no tocante a esclarecimentos dos procedimentos de saúde que vão receber. No caso dos presos, quando não são levados à consulta médica previamente marcada, por exemplo, ficam muito abalados, pois além de perderem a consulta sobre algum problema de saúde, perdem também a oportunidade

tão esperada de sair uns momentos da prisão. Em alguns casos, são avisados somente no momento de partir, não havendo tempo para higienizar-se. Como dizem, “sou preso, mas não sou relaxado”, expressando sua necessidade de ser tratado com dignidade.

f) Necessidade de serem ouvidos. Alguns chegam à consulta com queixas vagas de distúrbios de saúde, mas o que necessitam mesmo é dizer de si, é relatar sua vida atual e pregressa, é de alguma forma encontrar sua identidade em sua história.

No tocante a esse item, há um fato que, aos poucos, quando se trabalha com presidiários, vai-se entendendo, ou seja, que realmente eles são ávidos por comunicação. Os assuntos são os mais diversos. Logicamente, quase sempre são assuntos que dizem respeito aos sofrimentos que estão passando. Mas, tendo a capacidade de ouvi-los, já se tem um grande caminho andado em direção da ajuda à sua saúde, na perspectiva de uma relação terapêutica.

g) Jogos de sedução e busca de contato humano. Quanto à sedução, considero normal que isso ocorra, aliás não vejo grande diferença entre atendimento dos presidiários e doentes hospitalizados. Foucault (1979) apresenta exemplos de similaridades de necessidades entre pessoas hospitalizadas e encarceradas. Os presidiários, às vezes, fazem propostas de maior intimidade no relacionamento com o terapeuta, o que significa, antes que tudo, uma expressão de sua natureza humana, ao buscar de alguma maneira contato e calor de outra pessoa, mesmo que possa se tornar um ato desrespeitoso. O profissional, todavia, deve estabelecer os limites, quando isso ocorre. Neste sentido, Freire (1990) diz que, quando se está resolvido no amor e na complementação sexual, não há confusão noutros relacionamentos. E diz que, assim, podemos amar livre e indiscriminadamente as pessoas. Suas palavras: “eu sinto que é sempre mais prazeroso e mais bonito o amor em mim, quanto menos me sinto possuidor das pessoas que amo e quando essas pessoas se sentem menos possuídas por mim. No sexo e nas outras formas de amor também” (p.179). Assim, quem trabalha em presídios deve ter presente que a maturidade é importante; aliás, acho que tanto lá como em qualquer lugar, sou responsável pelos meus relacionamentos, dando-lhes a medida que desejo, inclusive favorecendo oportunidades para essa

maturidade aos outros, principalmente compreendendo sua necessidade afetiva.

h) Repouso prejudicado. Por vários motivos, como superpopulação das celas, hipoventilação, tensão por problemas de relacionamento entre eles, problemas de falta de higiene pessoal e do ambiente, são dificuldades causadoras de distúrbios de saúde. Entretanto, no que foi possível observar, muitos detentos almejam ficar doentes, pois assim têm chance de serem hospitalizados, o que significa, para eles, umas férias da vida de presidiários, representada como um processo de viver desumano, desgastante e tenso. O hospital seria um refúgio para um pouco de conforto e repouso.

Torna-se quase impossível um repouso adequado, quando se tem que estar num ambiente confinado, fétido, superlotado e sob ameaças de diferentes formas. Mesmo a impossibilidade de dormir com as luzes desligadas pode ser motivo para insônia, além de desconfortos como calor, mosquitos, barulho.

i) Vida sedentária e ociosidade. Em contraste com a falta de repouso, há falta de oportunidade de esportes e falta de trabalho dentro da prisão, problemas causadores de hipertensão, obesidade, gastrites, entre outros. Sobre isso, tive oportunidade de ouvir queixas do tipo “jogaram-me aqui, fechado, sem fazer nada”. Rolim (1997) fala sobre o sofrimento de estar confinado e inativo. Compara a relação tempo e espaço da pessoa livre com a do preso. Diz que, enquanto a nós, livres, o tempo é reduzido e os espaços se ampliam pela velocidade da comunicação instantânea, informática, acesso rápido aos locais, os presos têm todo o tempo disponível, com espaço reduzidíssimo. Nessa perspectiva, diz também que um período vivido por nós, livres, de uma semana, de um mês, de um, dois ou dez anos, significa normalidade. Mas, estando preso, esses períodos se tornam mais longos. Compara com o escravo romano, do romance de Howard Fast “Spartacus, a Revolta dos Escravos”. Esse escravo passou 24 horas pendurado na cruz, sobreviveu e recebeu o perdão. Porém, para ele, não foram somente 24 horas suspenso e, sim, “mais tempo do que a idade do mundo” (p. 26).

j) Precários serviços de saúde oferecidos. No tocante a esse item, muitas vezes refleti com eles sobre o fato de não termos, no Brasil, estrutura de saúde

suficientemente organizada para que eles possam ser atendidos dignamente. Quando questionada por eles, pelo não atendimento nos hospitais ou postos de saúde da cidade para onde eram encaminhados, justificava dizendo que o povo todo, especialmente o das vilas, também não era atendido prontamente como deveria e que, pelo fato de serem presidiários, num certo sentido, eram até melhor atendidos do que a população em geral.

Sem dúvida, a crítica ao sistema de saúde revela uma organização que concentra problemas e iniquidades, além de dedicar-se somente à demanda espontânea, sem programas específicos para grupos especiais, tais como os aprisionados.

4.3 - A realidade apresentada - a construção da Enfermagem atrás das grades.

Iniciei a assistência à saúde de presidiários do Presídio Regional de Santa Maria - RS, em 1985, com frequência de um turno de quatro horas semanais, com consultas individuais ou em grupos de detentos e encaminhamentos a hospitais ou postos de saúde. Esporadicamente, realizava visitas domiciliares. Foi um Projeto de Extensão Universitária da UFSM, incluído nas minhas atividades de docente do Departamento de Enfermagem. Essa atividade culminou com o Mestrado em Assistência de Enfermagem, cuja dissertação, "Enfermagem atrás das grades: um Relato da Assistência", foi defendida em 1996. Estive afastada no período do mestrado e doutorado e regressei em março de 99, para a coleta de dados e elaboração da tese. No período em que estive afastada, minha presença junto aos detentos e direção do presídio aconteceu somente como participante do Conselho da Comunidade do Presídio, composto por pessoas voluntárias da comunidade e por indicação da Justiça.

Reiniciei, então, apresentando-me à direção do presídio, no dia 10/3/99. Expliquei minhas intenções de retornar ao atendimento da saúde dos detentos, para poder desenvolver a tese de doutorado, na qual ficariam registradas as ações de saúde e a construção de protocolos de enfermagem para essas ações. Seria uma contribuição à classe dos enfermeiros sobre estratégias de cuidados terapêuticos aos detentos e, ao mesmo tempo, ficaria registrado que é possível cuidar de sua saúde. Argumentei

também que, na formação de enfermeiros, poderiam ser incluídos aspectos sobre a saúde dos presidiários como tema viável no programa de formação profissional, assim como estão incluídos outros temas, tais como programas da criança, de famílias, do adulto, de idosos.

O Diretor, na época, acolheu minhas intenções, garantindo-me todo o apoio necessário, mesmo porque, segundo ele, eu já pertencia ao presídio. Somente deu-me instruções para encaminhar minhas propostas à Delegacia Regional Penitenciária.

No dia 12 de março, dirigi-me à Delegacia Penitenciária com o ofício de solicitação, ao Delegado, juntamente com uma cópia do Projeto de Extensão Universitária, onde expressei minhas intenções de reiniciar cuidados de enfermagem aos detentos. Deixei também uma cópia da minha dissertação do mestrado, para que pudesse conhecer melhor minhas atividades. Como era sexta-feira, marcou para retornar na segunda-feira seguinte. Enquanto isso, iria contatar a Superintendência dos Serviços Penitenciários (SUSEPE) de Porto Alegre. Conforme combinado, recebeu-me gentilmente e foi tecendo elogios às minhas intenções, demonstrando total apoio ao que eu necessitasse para viabilizar minhas propostas. Somente pediu-me para iniciar após uma semana, porque estava por acontecer a troca da direção do presídio. Explicou-me também que essa nova direção teria o objetivo de aproximar o presídio da comunidade, sendo este um motivo para apoiar meu trabalho. Solicitou-me informações sobre assuntos referentes à atuação do Conselho da Comunidade. Comprometi-me a fazer contato com a presidente e lhe trazer os subsídios solicitados.

Participando da reunião mensal do Conselho da Comunidade do Presídio no Fórum, com a presença do Diretor do presídio, do Promotor de Justiça e membros do Conselho, solicitei um espaço na pauta e expus a eles o plano da assistência que prestaria aos detentos e que, num primeiro momento, registraria como dados para a tese do doutorado, em andamento.

Como parte das atividades com presidiários, além de participar do Conselho, também tenho sido convidada a proferir palestras referentes às questões de saúde dessas pessoas. Ao falar em reunião da Pastoral Carcerária Regional, atividade da Igreja Católica, expressei minhas convicções sobre este grupo humano, sua formação comportamental e o modo como tem sido tratado.

Um dos aspectos que costumo abordar é de que o “comportamento do presidiário” deriva de fatores que influenciam sua formação, desde a infância. Condições sociais desfavoráveis, desenvolvimento inadequado do caráter, problemas para contratação de advogados e até mesmo experiências prévias de detenção são elementos que entram na determinação de comportamentos anti-sociais.

Sendo pessoas como qualquer um de nós, suas vidas foram permeadas por carências emocionais, materiais e educacionais que, se não foram satisfeitas, condicionaram as oportunidades para o desenvolvimento de um caráter perturbado, que os leva a desprezar regras de convivência coletiva.

Estive no presídio algumas vezes, além dos contatos iniciais, para contatos com as pessoas que lá trabalham e com os dois detentos que atendem no ambulatório. Eles são encarregados das doenças dos colegas presos e assim como Varella (1999) refere, aqui também administram remédios, fazem injeções, verificam a pressão arterial. O autor fala como um dos que treinam os detentos para essa atividade; porém, aqui os detentos vão desempenhando as tarefas como podem. Parece que a natureza humana se acomoda nas suas necessidades e cria mecanismos de auto-proteção.

Conversei com a Assistente Social Regional e o Psicólogo, profissionais da Delegacia Regional Penitenciária, cuja sede é em Santa Maria e atendem esse presídio e os presídios das cidades próximas. Eles falaram sobre suas funções, direcionadas ao tratamento penal, que incluem a saúde e a educação, com atendimento psicológico e psicossocial, com vistas à ressocialização da pessoa presa. Explicaram-me que participam dos exames aos presos nas avaliações para a progressão de períodos de prisão para regime prisional ou para a liberdade. Firmamos trocas de informação sobre horários de atendimento. Também contatei com os professores que lecionam os cursos de primeiro e segundo graus aos detentos.

Historiei as idas e vindas ao Presídio, à Delegacia Penitenciária Regional e à reunião do Conselho da Comunidade e à reunião da Pastoral Carcerária Regional para apresentar minha inserção num trabalho interdisciplinar e intersetorial, que passa por tratativas iniciais obrigatórias. Nesse processo, seguidamente, parecia-me que os caminhos truncavam-se, mas, apesar disso, ao final pode-se dizer que desenvolveu-se bem. Assim, admito que, em primeiro lugar, um trabalho de saúde em presídios não

pode ser feito isoladamente. Com certeza, pessoas que trabalham com eles, não importa exatamente a função, são partes em parceria. Fazer-se conhecido nos estabelecimentos de saúde, como hospitais e postos de saúde, também é importante. Os setores dos grupos voluntários, como o da Pastoral Carcerária e Conselho da Comunidade também contribuem muito para a resolução de problemas que interferem na saúde dos aprisionados.

Neste segundo período de atividades como cuidadora da saúde dos detentos, não pude contar com a presença do médico da instituição, que se aposentara e não fora substituído. Assim, muitos encaminhamentos se tornaram mais complicados, principalmente na detecção e tratamento de doenças, além de não poder trocar informações para melhor dirigir as ações de enfermagem.

4. 4 – Episódios que nem sempre são conhecidos

Com a troca da Direção do presídio, ocorreu uma operação de revista geral entre os detentos. É uma vistoria nas celas e nos pertences dos presidiários, com finalidade de apreender objetos ilícitos ao apenado, tais como drogas, armas ou outro. Não sei qual é o critério de periodicidade dessa atividade, porém a maneira com que foi feita é digna de referência. Varella (1999), no relato sobre a chacina largamente noticiada, numa das alas do Carandiru, fala que, numa dessas revistas, entre mais de mil apenados, houve oficialmente 111 mortes, mas teriam sido mais de 250. Em Santa Maria não houve mortes, mas a ação foi acompanhada de tortura. Noticiada na imprensa local, foi executada por mais de 100 agentes penitenciários, da cidade e de outros presídios da região. Consistiu em levar os presos para o pátio e examinar tudo o que possuíam nas celas. Ao retornarem, os presos reclamaram de terem encontrado pertences avariados e misturados com os de outros. Então, foram espancados.

Sobre isso, um preso revelou:

a senhora não imagina o que foi, se colocaram em duas fileiras ao longo das paredes do corredor e mandaram os detentos daquele alojamento passar no meio deles, e todos batiam. Foi muito animal, espancaram e coicearam valendo. E ainda saiu no jornal como se a rebelião fosse deles. E o que saiu nas notícias não foi a mínima parte do que fizeram (Heber).

Em uma das notas do jornal da cidade, Fernandes (1999, p. 10) comentava que “denúncias de violências policial e de manobras políticas fizeram cair ontem a direção do Presídio...”.

Numa crônica, Rolim (1999, p.2) explica com mais detalhes, esse mesmo episódio:

estive no Presídio... o que pude presenciar... revoltante... as condições dentro das quais se imagina que seres humanos possam ser reabilitados envolvem a necessidade de disputar cada espaço das celas e alojamentos com os insetos e as ratazanas. Alguns presos, à noite, entopem seus ouvidos com algodão para impedir o avanço das baratas. Em um dos alojamentos, uma sala onde estão 60 homens, há um chuveiro funcionando e três sanitários à disposição. Com uma lotação três vezes maior do que a capacidade máxima, todas as instalações sanitárias do presídio estão comprometidas...aproxima-se, rapidamente, do horror já conhecido nas grandes casas prisionais do estado.

E continua dizendo que houve uma revista, necessária, por 107 agentes fortemente armados. Na volta às celas, detentos de um alojamento reclamaram por encontrar

roupas pelo chão, pertences quebrados, objetos de uso pessoal misturados a gêneros alimentícios... natural o protesto... manifestação de dignidade humana... os agentes organizaram um corredor polonês...e um por um, os 60...submetendo-os a sessão de espancamento. Vários dos presos com quem falei, uma semana depois, ainda exibiam pelo corpo as marcas dos chutes, socos e pauladas... os mais gravemente machucados foram transferidos para Uruguaiana. Temos... entre os agentes públicos uma malta de criminosos que se divertem surrando seres humanos e que, por certo, envergonham os bons profissionais da área de segurança e, entre eles, os agentes penitenciários honrados.

Essa crônica recente mostra dois fatos sobre a realidade dos presos: o da falta de higiene, pois os detentos convivem com ratos e baratas, e o espancamento. Como o autor diz, os “agentes honrados” se sentirão envergonhados, com certeza, de ser colegas dos “bandidos”. Sobre isso, já tive oportunidade de me manifestar e me

apavoro, quando penso que, em pleno final de século, quando já se ouviu tanto sobre o cinquentenário dos Direitos Humanos, ainda os presos são tratados dessa forma. Como comentava em minha dissertação de mestrado, médicos e enfermeiros se preparam para cuidar da saúde, professores também se preparam para ensinar seus alunos nos colégios, mas os policiais não fazem curso de agente penitenciário, para cuidar de pessoas encarceradas. São nomeados para o cargo e aí vão agir, arbitrários, “como bandidos”, espancando e aplicando castigos que, por certo, vão além de sua competência. Mas, me pergunto, quem dá ordens a tais policiais para agirem assim? Existem juízes, direção de presídio...?

Outro fato, nesse período, foi a transferência de alguns dos professores, que vêm diariamente ao presídio para lecionar os supletivos de primeiro e segundo graus. São ajustamentos necessários a um estabelecimento prisional, mas são fatos que geram muita ansiedade nos detentos e vontade de extravasarem, contando os sofrimentos que passam no interior da prisão.

Outra questão sobre a qual necessitamos refletir são os objetivos ocultos, ou seja, aqueles que não estão expressos, algo comum em muitos dos organismos institucionais. Nesse caso, me refiro ao que tem sido proclamado como ações educativas aos detentos.

Quando da posse da atual diretoria, foi anunciado que a Superintendência dos Serviços Penitenciários (SUSEPE), o novo Diretor e o Delegado Regional Penitenciários tinham intenção de aproximar o presídio da comunidade, para que os presos tivessem chances melhores. Quando pedi permissão para retornar ao presídio como enfermeira, evoquei esse compromisso e o Diretor reiterou tais propósitos. Porém, noutra ocasião, ao comentar sobre os alunos da Faculdade de Direito que estavam, juntamente com professores, firmando convênio para estagiar junto aos encarcerados, para desenvolver atividades de revisão de processos, entre outras, ele sugeriu que alunos não deveriam conversar com detentos, criando expectativas que poderiam causar problemas.

O que ocorre com estas posições contraditórias? Parece que ao público se afirma a necessidade de novas formas de tratar os aprisionados, mas ainda há preconceitos e se fazem restrições ao contato com a comunidade. Inclusive eu mesma fui alertada para não me movimentar entre os presos, para não correr riscos; no

entanto, fui tratada pelos detentos com amabilidade e respeito, como em tempos passados.

4.5 – Os protagonistas se expressam

A proposta metodológica foi levantar as necessidades de saúde e os problemas prisionais que agravam a saúde na prisão, para elaborar protocolos de enfermagem para a assistência a essas necessidades. Assim, através de consultas de enfermagem aos detentos e de observação dos ambientes prisionais, foram apuradas as necessidades de saúde e os problemas prisionais que agravam a saúde, para a construção dos referidos protocolos.

Nesta proposta, iniciei as atividades de consulta de enfermagem aos apenados, conforme o programado. As consultas foram acompanhadas das ações respectivas para a resolução das necessidades que se apresentavam. Iniciei com dois pacientes e recebia-os em reconsulta na visita subsequente, quando avançava com mais uma pessoa ou duas, de maneira a não me sobrecarregar com excesso de demanda e nem negligenciar os já atendidos. Programei atender no mínimo duas vezes cada paciente, o que não foi possível observar à risca, pois a uns atendi muitas vezes e a outros uma única vez. Tive o cuidado, a cada nova consulta, juntamente com minha identificação, de explicar minhas intenções de registrar na tese de doutorado as ações prestadas a eles, preservando sua identidade. Expliquei-lhes também que faria este trabalho para mostrar que é possível atender a saúde de presidiários e, que, dessa maneira, quem sabe um dia haveria muitos enfermeiros trabalhando nas prisões. Todos concordaram em participar. Senti, entretanto, que a maioria é tão carente de atenção que concordam porque pretendem mesmo é ser atendidos por um profissional.

Para preservar suas identidades, escolhi substituir seus nomes próprios por nomes bíblicos, exceto os que ainda são comuns ao nosso meio, tais como Maria, José.

Organizei resumos de parte das histórias e sintomas dos pacientes com o objetivo de evidenciar cada problema prisional. Desses resumos, destaquei os problemas mais urgentes que se apresentaram e as possíveis soluções. As resoluções

que tomava, como destaque das ações de enfermagem, estão em sua maioria no final dos registros.

Para que se torne compreensível a forma de construção dos protocolos para a assistência de enfermagem, é importante retomar as histórias das pessoas participantes, através do relato de algumas das experiências mais marcantes. São histórias repletas da vida tal como é para os detentos, com as desgraças e desafios representados nas falas sem retoque, que expressam os diversos problemas já apresentados como especificamente prisionais.

4. 5. 1 – Falta de comunicação e problemas familiares

As situações apresentadas a seguir retratam o problema familiar que tem desdobramentos com os quais nem sempre sabemos lidar. Profissionalmente, um dos pontos que temos que avaliar é se nossos cuidados se estenderão à família ou não.

Abraão é um prisioneiro com 30 anos, cumpre pena pela primeira vez e parece que ainda tem mais um ano de prisão.

Na primeira consulta, Abraão logo expressou sua ansiedade pela ausência de familiares. Diz que a esposa se chama Ada e tem um filho com ela, chamado Assur; que a primeira esposa tem 27 anos e tem dois filhos com ela, de 4 e 5 anos, que eles estão com a avó paterna; e que o irmão adulto ajuda a cuidar dos meninos.

A esposa não vem me visitar. Minha esposa atual é Ada, tem 16 anos e um filho meu de 9 meses. Ela me abandonou, não vem me visitar.

Despedi-me, dizendo que na próxima semana veríamos a possibilidade de eu visitar a sua companheira. Ao regressar com notícias, logo foi expressando seu desejo em relação a seu filho Assur, pois diz que sofre de deslocamento de um braço por problemas de parto. Deu-me o telefone e, como conduta, novamente apontei para a possibilidade de ir vê-lo.

Que bom se a senhora fosse ver meu filho Assur. A Ada mora com sua Tia Maala, e é bem fácil a senhora ir lá.

À tarde, às 14 horas, telefonei para Maala. Foi muito gentil ao telefone e se prontificou a receber-me dando detalhes do endereço. Cheguei, Maala convidou-me para entrar em sua casa. Após me identificar bem e dizer que se tratava do Abraão, presidiário, se descontraíu e falou-me que estava apreensiva. Disse-me que Ada mora com ela, porque “não se dá com o padrasto dela”. Explicou-me que o Assur permanece com a avó (mãe de Ada) e que às tardes Ada vai cuidar do filho, já que de manhã e à noite estuda. Ada não está em casa, foi comprar roupas para Assur, pois “amanhã cedo vamos levá-la a Porto Alegre que tem consulta marcada”. Pediu-me para retornar outro dia para falar com Ada. Disse-me também Maala que gosta de Ada e que pretende visitar Abraão na prisão. Deu-me revistas para levar a Abraão.

Estimulei-a a manter vínculo com seu familiar. Dei retorno da visita feita ao Abraão.

Ao visitá-lo no presídio, percebi que Abraão está bem e trabalhando. Relatei-lhe sobre a visita que fizera a Maala, com notícias de seu filho Assur. Ele, emocionado, dizia:

Agora sim, tenho certeza que meus sonhos vão se transformar em realidade, logo pretendo sair daqui.

Outra ocasião, procurou-me para saber notícias da família. Falei-lhe que não fora possível visitá-la novamente, mas que iria logo que pudesse. Dizia-me que conseguira falar com a Tia Maala por telefone. E que não quer mais continuar o relacionamento com Ada. Respondi-lhe que aguardasse e que, logo que possível, pretendia conhecer Assur e Ada conforme prometera. Faria a visita ao filho.

À tarde, fui até Maala, que me conduziu à casa próxima, da irmã dela, onde estaria Ada, mas esta não estava em casa. Conheci Assur, (9 meses) que tem problema nos ligamentos de um braço. Iram a Porto Alegre, em busca de tratamento. Despedi-me, dizendo que retornaria na próxima semana, após conversar e relatar tudo o que podia sobre Abraão e sua situação.

Alguns dias mais tarde fui ver Abraão e relatei-lhe a visita feita ao filho. Abraão queria, insistentemente, saber onde estaria Ada, dizendo “eu não quero mais ela, mas onde será que ela estava. Será que ela não quis aparecer ou onde ela estaria”. Afirmei-lhe que não tinha me fixado no motivo da ausência de Ada, pois só dera uma

passada na sua casa enquanto estava indo para meu trabalho e me disseram que ela não estava em casa. Voltaria a visitar Ada, assim que possível.

No dia seguinte, Abraão apareceu alegre, animado, falando assim: “saí do trabalho para saber se a senhora esteve com Ada”. Disse-lhe que não, mas logo que possível eu iria. Disse-lhe que retornaria à família. Refleti com ele que nem sempre as coisas ocorrem como a gente gostaria, para que não ficasse muito ansioso ou tivesse expectativas exageradas.

Um fato importante a considerar é que, na prisão, como não há muitas atividades, as pessoas parecem supor que suas solicitações podem ser atendidas imediatamente. Daí a importância em explicar tudo o que vai ser feito e que pode levar algum tempo.

No caso de Abraão, a insistência estava ligada a um desejo de recuperar seu espaço na sociedade.

Faria muita questão se a senhora fosse visitá-la, ela precisa conversar com uma pessoa como a senhora, porque eu quero sair daqui e cuidar dos meus filhos e não quero mais errar e vou esperar o resultado de sua visita.

Falei-lhe que, como eu sentia que queria mesmo que eu visitasse sua companheira, então faria o possível para ir e traria notícias. De fato, telefonei para a Tia, a qual me disse que Ada fora morar com sua mãe, próximo, mas naquele momento estava ali e passou o fone para Ada. Identifiquei-me e marcamos um encontro no dia seguinte na casa da Tia. Dia seguinte, a Tia me acolheu dizendo: “preciso lhe falar umas coisas”. Disse que o menino, de 8 meses, não é filho de Abraão e sim de outro rapaz, que a abandonou no início da gravidez. Mas, como Abraão é apaixonado por ela, acompanhou toda a gestação e registrou o menino no seu nome. A prisão foi um mês após o nascimento. Disse-me também que não adianta, que a moça está namorando outros rapazes, que é nova e que eu aconselhasse Abraão a desistir dela, mas estaria orando, etc. e me pediu para não dizer a Abraão que eu sabia da história. Eu lhe falei que não iria interceder com Ada para que fosse fiel a Abraão, mas iria falar as mesmas coisas que falei a Abraão, dar apoio e estimular no

cuidado do filho, pois, separados ou juntos, somos responsáveis por eles. Disse-me a Tia:

A senhora comunique a Abraão que esteve aqui, mas não encontrou a namorada e diga que eu vou continuar apoiando ele.

A contradição das informações me levam a pensar que ele, na situação de apaixonado, não mentiu, mas omitiu informações. Por outro lado, somente na terceira visita domiciliar, a tia abriu as nuances do relacionamento. Lembrei-lhe do que havia dito na primeira visita e reiterado na segunda, ou seja, que sendo enfermeira, eu estava desenvolvendo um trabalho de saúde junto aos presos e que, no Brasil, não existe esse tipo de atendimento, mas que eu iria descrever toda a situação para sensibilizar outras pessoas para a situação.

Em outra estada no presídio, falei a Abraão que estivera na casa de Maala, tendo marcado, dia anterior com Ada a hora da visita, mas como ela não apareceu, só falei com Maala, que mandou dizer que está dando força a ele.

Maala telefonou-me uma semana após para saber se tinha ido ao presídio e dizer que Assur seria operado dos tendões do braço, em Porto Alegre, naquele dia. Como já havia estado pela manhã no presídio, disse-lhe que não falara com Abraão, mas que no próximo dia 15 telefonaria a ela para saber novas notícias do menino para levar a Abraão. Assim, chamei Abraão para lhe dar o recado que Maala havia me dado sobre a cirurgia do menino, que o problema do menino é menor do que pensavam, porque não era caso de tendões rompidos, mas luxações no braço, que a cirurgia foi muito bem e que naquela semana daria alta do hospital.

Senti que Abraão estava quieto, parecia deprimido. Notei desde a maneira de me cumprimentar, quase não apertou a mão. Ele agradeceu a notícia e falou: “deixa pra lá”.

Uma semana após, procurou-me Abraão e conversamos sobre sua vida ao sair da prisão. Ele me falava de suas intenções de reconstruir a vida, desejando voltar a ser “gente” como era antes da prisão. Apoiei-o em seus propósitos.

Eláó é outro prisioneiro, de 61 anos, reincidente. Casado com Helga, de 34 anos. Em uma primeira consulta, perguntei-lhe sobre a família. Respondeu sobre os quatro filhos com 1 ano e 8 meses, 6, 8 e 12 anos respectivamente:

Olha dona, eu fico doente só de pensar neles, as crianças não devem nada, tenho que dar um jeito, tá demais, minha família está passando muitas necessidades. Antes eu fazia artesanato aqui e vendia, mas agora não vende mais. Eu ainda consigo vender doce aqui dentro, mas muito pouco. A mulher faz faxina, mas as crianças, às vezes, adoecem. Eu preciso uma cesta básica dona. Já falei para a Tersa, (da pastoral) ela disse que ia ver. Tantos recebem ajuda. Sabe dona, minha mulher já foi na rádio, mas não conseguiu nada. A gente não está acostumado a pedir. Eu nunca deixei faltar nada, principalmente comida e agora, eles estão com a luz da casa e a água cortadas por falta de pagamento. O dinheirinho que se consegue gasta com a comida e ainda falta.

Combinamos que eu conversaria com o Diretor do presídio para entender os termos de sua condenação, visitaria sua família para verificar a situação e também faria contato com Tersa, a fim de descobrirmos alguma solução.

Dias após, fui até a casa de Helga. Eram 18 horas. Identifiquei-me e ela me convidou para entrar e sentar num sofá pequeno e em mau estado de conservação. Estavam ali os quatro filhos. A casa é de madeira velha, tem paredes e soalho, duas peças. Não vi banheiro, mas não me movimetei do lugar para investigar nada mais, pois somente a impressão da chegada me bastou para me sentir mal, pasma, apavorada com a miséria que via. O teto de telhas furadas, sem forro, paredes e chão inclinados para um lado e com buracos. Ela trabalha de faxineira, mas esteve doente e não pode trabalhar e, antes disso, não tinha conseguido creche para a criança menor, o que dificultou, restando muitas necessidades. Agora, a criança já tinha vaga na creche. Perguntei ao de 9 anos se estava estudando, respondeu-me que não rodara nenhum ano. O mais velho achegou-se a mim dizendo que também estudava. A mãe disse que todos estão bem na escola. Perguntei se ela estava se cuidando frente à possibilidade de nova gravidez, respondeu:

Não quero mais saber, sofri demais nas mãos daquele homem... estamos assim, nessa miséria, por causa dele, ele é mau, então o

que ele fez? Quero criar meus filhos decentemente, esse pai não merece ser pai deles.

Ela me perguntou se eu conhecia a Tersa, da Pastoral Carcerária. (Eláio havia me falado, só não me dissera que visitava a família). Disse-me que ela havia visitado várias vezes, desde que estava grávida do filho menor e que estava com saudades. Falei-lhe que conhecia e que iria conversar com ela sobre eles. Despedi-me e disse que talvez retornasse com Tersa.

À noite, telefonei para Tersa, e contei sobre a visita realizada e ela me disse que a situação de violência nessa família era maior do que eu tinha notado. Convidei-a a irmos juntas falar com o psicólogo do presídio para nos orientarmos a respeito do rumo que deveríamos tomar. Na noite seguinte, relatamos ao psicólogo sobre a situação dessa família, que nos aconselhou a retornarmos juntas para colhermos mais dados como o nome, idade e escolaridade dos filhos.

Dias mais tarde fui com Tersa à casa de Eláio para levar alimentos. A mulher, Helga, demonstrou contentamento com a nossa chegada. Como era dia de visita ao presídio, disse-nos que recém tinha chegado de lá com o filho mais velho. Perguntei a Helga se visitava o marido na prisão e ela respondeu que sim, pois se não o visitasse ele a ameaçava. Tersa foi logo falando para que Helga mostrasse os sinais de espancamento. Helga mostrou-me uma cicatriz profunda num braço e uma nas costas e disse que fora agredida por Eláio, com a tranca de ferro da janela e acrescenta: “ele ataca mesmo, é só contrariar ele”. O menino mais velho disse:

agora eu estou maior e não vou mais deixar o pai bater na mãe e papai falou que logo que sair de lá, vai tirar nós do colégio e vai botar nós trabalhar.

O menino disse-me que visitava seu pai, porque este o ameaçava. E Helga fala à Tersa, dizendo que

ele é ruim, já me disse que agora que minha mãe morreu, eu não tenho mais ninguém por mim e, por isso, vai fazer o que ele quiser de mim. Ele matou em J. de Castilhos um rapaz de 15 anos e foi preso, conseguiram transferi-lo de lá para S.Maria. Quando ele saiu em liberdade condicional, o pagamento foi

matar outra pessoa aqui no pátio e esse aí (o menino de 14 anos) e eu vimos tudo e não pudemos fazer nada.

E acrescenta

a mulher do primeiro casamento, ele surrava tanto, que numa das vezes ela foi se tratar na UTI do hospital por causa de batidas na cabeça.

Perguntei-lhe que tipos de ameaças ele faz. Respondeu-me:

ele diz que vai bater e, se nós for morar noutra lugar, ele vai atrás e mata nós, vai deixar empilhados no chão e ele se faz de doente na cadeia, para levarem ele ao hospital porque quer mesmo é fugir, mas tomara que nunca saia de lá [da prisão], mas vai sair.

Queixou-se que a vizinha chama seus filhos de marginais e, por isso, mostrou-nos um atestado sobre o menino mais velho, que pedira ao diretor da escola onde estuda, afirmando que é um bom menino e estudioso e que nunca causou problemas. Está assinado pelo diretor e por alguns professores.

A Tereza a aconselhou que fosse ao Fórum relatar ao juiz a situação. Despedimo-nos sem promessa de retornar.

Passei as informações ao psicólogo conforme havíamos combinado e ele me disse que iria falar com Eláio e com o Diretor do presídio sobre o caso e que nossas informações, sem citar nossos nomes, contribuiriam para o “laudo” de rotina, antes da liberdade de Eláio.

Mais tarde, no presídio, Eláio procurou-me para me dizer que já soubera que estive em sua casa. Respondi-lhe que sim (e transferi para a próxima semana, para conversarmos sobre o assunto). Na verdade, eu precisaria me aconselhar novamente com o psicólogo sobre o seguinte passo a tomar a respeito dele. Mais do que nunca, considero fundamental construir uma assistência interdisciplinar, em razão da complexidade das situações encontradas.

Semana seguinte, procurou-me com queixas da esposa. Disse-lhe que a esposa e os filhos relataram ter medo dele. Concordou, mas escamoteou, querendo me provar que ele é uma pessoa boa e que a família “não presta”.

Eláo é uma pessoa com graves problemas de distúrbio mental. Evidencia comportamento repressivo, dominador, sendo todos ao seu redor culpados; pela sua idade, parece irrecuperável. Senti necessidade de adiar encontros com ele para obter mais informações e encontrar alguma solução para o drama familiar.

Um dilema, pois todos, afinal, necessitariam de cuidados de enfermagem. Crianças agredidas e, nesse caso, parecia que a proteção necessária a elas estava entrelaçada com a proteção do aprisionado, para que não incorresse em novos crimes, que aprofundariam seus problemas.

Assim, em conversa com o Diretor, este aconselhou-me que fosse com Tera à casa de Eláo pedir a opinião da esposa, para então irmos ao juiz da infância relatar os fatos, e saber como agir em função das crianças.

Eláo pede para falar comigo, mas adiei mais uma vez, dizendo-lhe que, talvez, na semana seguinte falasse com ele, pois no momento não poderia correr riscos, sem antes formar uma opinião e definir estratégias.

Telefonei à Tera para marcarmos visita à família de Eláo, para, possivelmente, após a opinião da esposa, irmos ao juiz. Contatei também o psicólogo para me aconselhar novamente e saber qual seria o próximo passo, se visitaria a família para saber da mulher, se iria ao juiz ou não, ou o que fazer com a situação deplorável de pobreza e de medo da esposa e filhos. Por outro lado, há as atitudes de “inocente” de Eláo, que demonstra preocupação com a família, que por sua vez demonstra medo e o tem como ameaçador. Ficou marcada uma reunião com o psicólogo no presídio, para uma decisão conjunta sobre sua conduta.

Por falta de estrutura, suspendi temporariamente o acompanhamento da família de Eláo, neste caso por depender de condutas ligadas à estrutura prisional e à legislação.

Lud, um outro prisioneiro, tem 33 anos, 67 quilos e 1,63 m altura. É a primeira prisão e parece que foi por envolvimento com drogas.

Sua fala expressa toda sua preocupação com a mãe, solicitando que a visitasse, inclusive oferecendo espontaneamente seu endereço:

Estou preocupado com minha mãe, ela está velhinha e domingo desmaiou na fila aí fora. Me disseram depois. Levaram ela para o Pronto Socorro e não soube mais notícias.

Refleti com ele da minha impossibilidade de ir, mas, se até a próxima semana ele não recebesse notícias dela, eu iria procurá-la. Após uma semana, Lud disse-me que sua mãe o visitara, que estava bem e agradeceu.

Sara, presidiária, é uma mulher de 34 anos, tem dois filhos, um com 7 e outro com 4 anos, e está grávida de três meses. Os filhos estão com a mãe dela (Melca). O marido dela também é presidiário e o delito de ambos seria por drogas.

Fui atendê-la em sua cela, compartilhada com Reuma, Noa, Saba e Sela, por encaminhamento da Direção, pelo motivo de Sara não estar se alimentando. Está preocupada com o filho de 4 anos que está doente, diz que “sofre do coração”. Mora com a avó, sua mãe Melca. Disse que o Diretor a liberou para acompanhar o filho na consulta, mas este deve fazer exames. Disse que tem medo que o Conselho Tutelar retire o filho da avó. Combinamos que eu iria visitar sua mãe e passaria, por telefone, ao Diretor, as notícias do filho. Estive na casa de Melca, pela manhã, e não a encontrei; uma vizinha falou, demonstrando carinho por essa avó, que ela deveria ter ido levar o neto na creche. Esperei uns minutos e despedi-me da vizinha, dizendo que voltaria. Na quadra seguinte, parei ao ver uma senhora com uma criança. Era Melca. Identifiquei-me, dizendo que eu não era do Conselho Tutelar. Ela conversou comigo. Senti que se trata de uma senhora carinhosa pela filha e o neto. O menino, de aspecto feliz, vestido adequadamente para a manhã fria que era, brincava com umas luvas de borracha. A avó disse-me que estava retornando do laboratório, que tinham ido fazer exames de sangue no menino e lá ganhara as luvas para brincar. Não entrei na casa. Conversei sobre Sara e ela expressou carinho pela filha presa. Dizia-me que não podia visitá-la seguido, mas o neto já tinha feito RX e, no dia marcado, iria levá-lo ao médico. Mostrou-me a casa alugada de madeira, pintada. Disse que é viúva e pensionista da Viação Férrea, que a outra filha trabalha há sete anos de empregada na mesma família e ajuda na manutenção. Diz que Sara se envolveu com “más companhias”, mas tem esperança que saia logo em liberdade. Despedi-me dando apoio e dizendo que iria dar suas notícias a Sara e voltaria outra vez. Assim, relatei a

Sara a visita feita a sua mãe e, embora já soubesse pelo Diretor, emocionou-se. Falei-lhe que iria novamente visitar sua mãe e o menino.

Reuma, outra presidiária, tem 33 anos, o marido também está detido e também parece ser por complicações com drogas.

Logo no primeiro encontro diz que tem saudade dos sete filhos, de 18 a 3 anos, mostra foto deles e chora... Tem esperança de sair logo para cuidar deles. Deu-me seu endereço, pedindo que fosse visitá-los, pois sua casa fica perto do presídio.

Respondi-lhe que ainda não lhe prometeria visitar seus filhos, pois que por absoluta falta de tempo estava reservando visitas somente aos que tivessem algum motivo de doença, mas na próxima semana falaríamos novamente. No encontro seguinte perguntou-me se eu conseguira visitar seus filhos. Respondi-lhe que não fora possível, mas iria tentar e ela especificou melhor seu endereço.

4. 5. 2 - Sofrimento mental.

Uma vez que a vida numa prisão não tem outro objetivo senão ver passar dias e noites (fora aprender a melhorar as técnicas da criminalidade), o futuro não é bem um mundo sonhado! A antevisão possível é muito semelhante ao presente; para grande parte dos aprisionados, o sofrimento mental se acrescenta ao sofrimento físico.

Abraão fala de maneira contundente

sinto cansaço no corpo, solidão, desespero, angústia, peso, sonolência, sem vontade de fazer nada.

Escutei com atenção. Revisei o tratamento que já está fazendo. Falei-lhe que intercederia ao Diretor para que pudesse ter alguma atividade na prisão. A respeito de seu interesse em saber onde sua companheira Ada estaria, disse-lhe que retornaria à família. Refleti com ele que nem sempre as coisas acontecem como a gente gostaria. Dias depois, perguntou novamente se estive com Ada, pois gostaria que ela falasse comigo para que soubesse que o estava ajudando.

Disse-lhe que não, mas logo que possível iria. Parece que ficou decepcionado, o que considero normal, pois sempre criam expectativas mais fortes, quando têm algum interesse especial.

Isac, 31 anos, por sua vez, relata que lhe doi o peito, aperta, que precisa sair. Escutei e falei que intercederia ao Diretor sobre a revisão de seu processo de prisão e encaminhamento para consulta médica. O Diretor anotou, prometendo que o chamaria para conversar sobre o assunto e dei-lhe retorno.

Eláo, queixa-se de insônia, por pensar na família. Disse-lhe que iria me orientar com o psicólogo e com o diretor, para saber que rumo dar à sua situação e despedi-me dele.

Frente à miséria, tanto física como mental, relatei ao Psicólogo e ao Diretor sobre a situação e aguardo, porque não há serviço de ajuda aos familiares dos detentos.

Baruc, 23 anos, também está preso por drogas. Falava sobre sua vida na prisão em franco estado delirante.

Não sei se foi porque antes da cadeia cheirava cola. Um problema sério, coisa que não deixa circular, o corpo engorda e a cabeça não. Assim não posso ir à visita. Quero exame na cabeça.

Escutei-o, valorizando seu relato. Combinamos que falaria ao Diretor para que pudesse participar nalgum trabalho. Seria encaminhado para tratamento e na próxima semana o chamaria para saber como passou.

Voltando os olhos para outro grupo, chego a uma cela feminina, onde moram seis presidiárias, sendo quatro delas fumantes. Sara, que não fuma, estava grávida. Combinei com elas que falaria ao Diretor, para ver da transferência da grávida para outra cela.

Sara queixava-se de inapetência, perdera seis quilos (sic), desde que iniciou a gravidez e dizia-se preocupada com o filho doente. Duas colegas de cela conheciam a mãe dela e me pediram para não lhe dizer que Sara não estava se alimentando bem. Uma das fumante foi transferida de cela e as outras passaram a ter mais cuidado, fumando no pátio ou próximo à janela.

Apoiei a solidariedade entre as colegas de cela. Refleti com Sara da importância de alimentar-se regularmente e ter hábitos saudáveis como ir ao pátio e caminhar diariamente. Na próxima semana, iríamos conversar novamente.

Saba tem 44 anos. Demonstrava ansiedade ao falar rápido, com gestos repetidos, sobre a saudade dos familiares. Dizia que agravava sua ansiedade, quando outra queria ocupar o seu lugar preferido na cela, ou seja, sobre o muro divisor interno do banheiro de onde conseguia olhar pela janela e “controlar quem entra e sai”.

Escutei com interesse, pois significava um sofrimento para todas que desejavam o mesmo.

Nestes casos, o sofrimento só é visível por contraste, ou seja, quando se compara a situação da prisão com o que temos fora dela. A vida lá depende muito mais de coisas fortuitas, quase tão esporádicas quanto as chances dessas pessoas recuperarem sua dignidade e cidadania.

Este sofrimento não conta, nem comove as pessoas que os mantêm aprisionados. Por isso, a conduta da enfermeira, além de ouvir e responder, tem de pautar-se em estratégias que conduzam à maior consciência dos aprisionados sobre sua situação, seus direitos e compromissos sociais.

4. 5. 3 - Perda da identidade

Aqui os relatos são contundentes, ainda mais porque a maioria tem consciência de sua situação.

Abraão comentou:

Parecia que eu não era eu... estou num caminho de volta.

Escutei com interesse e estimei as suas manifestações de estratégias para tomar decisões e implementá-las por si mesmo. Reiterei a ele que trabalhar na prisão é importante para ele se sentir melhor, para expressar-se através de uma atividade, além de apressar sua libertação.

Baruc apresenta uma preocupação com sua aparência, dizendo como se sentia em relação aos que o visitavam e dizia:

Emagrece o rosto só de um lado, eu fico torto. Não sei se eu me abalei com a cadeia, está pesado na mente assim (passa a mão na cabeça). Sinto vergonha de sair na visita assim, seca o rosto.

Orientei-o sobre a importância para a saúde da manutenção dos hábitos e horários de alimentação, andar no pátio, higiene e trabalho. Tratei de encaminhá-lo ao serviço de psiquiatria do Hospital Universitário para investigação e tratamento, pois seu problema era mais grave.

Aqui, as queixas são explícitas por si só, abalam, inclusive, nossa própria perspectiva sobre humanidade e seus valores. Aqui, as pessoas perdem seus pedaços, sem deixar seus sinais. Perdem a identidade, ter vergonha de sua auto-imagem, parecem associados à pena que lhes foi imputada, sem direito a reclamações.

4. 5. 4 - Sofrimento por maus tratos

Por mais que uma pessoa tenha causado danos a outros, sejam quais forem os motivos, não deveria ser tratada com desumanidade. Maus tratos são formas de castigo que também extrapolam a pena que foi imposta, ou seja, a perda da liberdade.

Lud queixa-se de dor nas costas.

Na altura onde fui espancado naquele dia da revista, eu senti que, se a gente engrossasse com eles, eles iam matar a gente, foi sério mesmo.

Após escutá-lo, examinei suas costas a fim de detectar edema ou irregularidade onde referia a dor. Propus-lhe aguardar uns dias e, se não melhorasse, seria encaminhado ao HUSM para tratamento. Na próxima semana, o avaliaria novamente. Na semana seguinte compareceu alegre, dizendo que estava bom das dores nas costas e agradeceu-me pelo atendimento recebido.

Este é apenas um relato ilustrativo, dentre tantos outros, voz que se perde no interior da instituição, como se fosse algo fora da medida o desejo de ser tratado humanamente.

4. 5. 5 - Privação de informação.

Estar preso significa perder contato com o mundo fora da cela. Todos dependem do interesse externo e estão ávidos para saber algo a respeito de sua própria vida, do mundo que deixaram para trás.

Salef é um detento de 40 anos, é a primeira prisão e pensa que seu período da pena já está cumprido.

Não quero que minha mãe fique horas na fila aí fora e depois seja revistada para entrar aqui. Nem quero que meu cunhado saiba que estou preso... preciso saber os resultados dos exames.

Pede para eu intermediar a revisão do processo prisional, pois sabia que era demorado mesmo, mas pensava que eu podia ajudá-lo.

Refleti com ele que tinha direito de se preservar frente à família. Mostrei-lhe que seus exames de HIV e Tb deram negativos. Falei-lhe que intercederia sobre a revisão do seu processo ao Diretor, resultando em que foi chamado para os encaminhamentos necessários.

Também neste relato, trago a amostra de como essas pessoas são tratadas em relação às informações que lhe dizem respeito.

4. 5. 6 - Necessidade de serem ouvidos

Esta é uma necessidade que se consegue detectar, quando expressam gratidão pelos cuidados e atenção que recebem, por mínimas que sejam, quando procuram para relatarem sobre suas vidas.

Abraão, por exemplo, em sua simplicidade, quase diz que só faltava ser ouvido.

Trabalho na prisão, sou uma pessoa boa, tenho o coração bom, olha que se eu não fosse bom não tinha ensinado muita gente colocar azulejo e rebocar parede. Errei, está certo, mas quero continuar minha vida ao sair daqui... pretendo trabalhar de dia e estudar de noite... Deus está me ajudando, eu me sinto mais positivo, mais passivo, mais coerente, mais objetivo. Os exames

(HIV e VDR) deram negativo, apareceu a senhora para falar comigo e já estou trabalhando aqui no presídio. Foi muita coisa boa que me aconteceu ultimamente. Agora, sim, tenho certeza que meus sonhos vão se transformar em realidade, logo pretendo sair daqui.

Escutei-o com interesse e valorizei seus bons propósitos, pois indicam que, ao serem tratados com atenção, podem responder com comportamentos mais saudáveis.

Salef também fala de seus males.

Fiquei muito mal, não comia, não andava, estava muito feio, tomei bastante remédio. Já estou me alimentando novamente e caminhando quase bem.

Escutei atentamente, dando apoio ao seu propósito de melhorar a saúde. Ouvir implica em procurar entender os diversos significados da fala, os explícitos e os implícitos, responder com empatia e apresentar alternativas.

Lud também deseja expressar-se:

Nunca consultei, eu sou uma pessoa de boa saúde. Estou louco para sair, trabalhar, ter minha vida de volta, cuidar de minha família. Me envolvi com más companhias, só por cabeça leviana, me pegaram com quilo fino, mas nunca roubei. Sempre trabalhei. Sou padeiro há 16 anos, desde que saí do quartel, trabalhei em muitas padarias da cidade. Quero me renovar, quero oportunidade e quando sair daqui, tenho emprego certo.

Demonstrou gratidão, contentamento e estendendo a mão, para despedir-se, disse: “obrigado pelo interesse”. Apoiei seus bons propósitos e reiterei que estaria à disposição.

Atalaia, mulher de 31 anos, disse que está próxima a sua liberdade, mas enquanto isso está estudando o supletivo do primeiro grau e está quase alfabetizada.

Demonstrava contentamento. Mostrou-me a foto de seus três filhos, 15, 12 e 10 anos. Disse que era viúva, que seus filhos estavam sendo cuidados pelos pais dela e estudando. Pretendia sair logo do presídio para estar junto deles. Disse também que pretende continuar o estudo do primeiro grau fora da prisão.

Escutei-a atentamente, dando-lhe apoio, pensando em como ela havia sido expressiva ao falar nos filhos.

Sale é um homem de 40 anos, não sei seu delito, mas seu trabalho é atender no ambulatório aos detentos doentes e Edissa, presidiária de 25 anos, cujo delito também ignoro, frequenta curso supletivo na prisão.

Chegaram sorridentes, dizendo que iriam se casar em breve, quando estariam em liberdade e convidaram-me para madrinha do seu casamento. Relataram parte de sua história e pediram orientações sobre métodos contraceptivos. Expliquei-lhes que não aceitaria ser madrinha por opção pessoal e que daria apoio no que estivesse ao meu alcance. Convidei-os a assistir a uma palestra sobre contraceptivos, no refeitório, que eu estava organizando para a semana seguinte, para as mulheres detentas.

Ismael é um jovem de 22 anos, loiro, de olhos azuis, franzino.

Queria ser examinado “com esse aparelho”, dizia, apontando para o estetoscópio, e “aprender tirar a pressão”. Verifiquei sua pressão arterial, mostrando-lhe como se faz. Mostrei-lhe como se coloca o aparelho, ele tentou e, ouvindo sua pulsação, demonstrou admiração. Conversei sobre saúde e disse-lhe que o estado geral dele me parecia bom. Ele concordou, respondendo que acha que está bem, pois não sente “nenhuma doença”.

Despedi-me dele dizendo que eu, como tinha dito no início, como enfermeira, estaria no presídio uma vez por semana, para ajudar a cuidar da saúde deles.

Assim, poderia, quem sabe, minimizar as necessidades de serem ouvidos, além de tentar levar um pouco de calor humano a pessoas tão carentes de tudo.

4. 5. 7 - Repouso prejudicado.

Não há maneiras de se ter uma vida sadia em ambiente tão restrito e tão superpovoado. As falas de alguns detentos dizem mais do que gostaríamos de ouvir.

Na cela é apertado, não consigo dormir (Abraão).

Penso muito nos meus problemas, preciso sair daqui, não consigo dormir (Sara).

Refleti com todos sobre a necessidade de manterem o silêncio noturno e ausência de fumaça de cigarro, para terem um período de repouso. Insisti para que saiam para o pátio e aproveitem o período para caminhar e respirar ar puro, além de interceder junto ao Diretor para melhorar algumas condições, como reformas no pátio e nos alojamentos.

O exercício poderia ser um bom cuidado preventivo, tanto para a saúde mental como a física; além de relaxar, alivia a ansiedade.

4. 5. 8 - Vida sedentária e ociosidade.

Este é um problema que desencadeia uma espécie de auto-percepção exacerbada e distorcida. Muitos dos sintomas relatados são originários de um sofrimento mental e inatividade conjugados.

Tenho dor na cabeça. Tenho o organismo todo infeccionado.
Tenho dor no corpo todo. A dor me tira a fome e o sono,
preciso de remédios, preciso de vitaminas (Isac).

Muitas vezes, é preciso refletir com eles sobre os prejuízos da vida sedentária, indicando-lhes a necessidade de ter uma atividade, até mesmo um trabalho.

No caso de Isac, eram recomendáveis exercícios físicos e boa alimentação.

Jaré, homem de 31 anos, disse que desde menor vive em prisões, iniciou na Febem. Falou muitas coisas que me deram a impressão de inverdades. Disse que nos períodos fora da prisão vive em hotéis e viajando. Pode ser, já que é usuário de drogas. Diz que teve quatro esposas e já é avô, mas sua mãe não sabe. E aí vai seu relato pessoal, queixando-se de estar muito doente:

Sofro dos pulmões, às vezes escarro sangue, sofro dos rins e tenho ácido úrico. Sinto tontura e queria que a senhora me tirasse a pressão. Gostaria de fazer um exame por dentro para ver o que tenho. Só uma vez me escutaram com esse aparelho aí (mostrou o estetoscópio) e disseram que não tenho nada, mas gostaria de ver o que tenho, parece que tenho uma pua entrando na minha cabeça.

Escutei-o e revisei com ele os hábitos da prisão: pátio, alimentação, higiene, repouso e trabalho prisional. Combinamos que eu falaria ao Diretor para encaminhá-lo à consulta médica, pois de qualquer maneira era necessário descartar enfermidades físicas.

4. 5. 9 – Atitudes sedutoras

É um aspecto relacionado com a necessidade de afeto e de comunicação ao mesmo tempo. Nesta coleta de dados não tive grandes manifestações, como aconteceu em tempos anteriores, quando atendia uma vez na semana sem interrupção, por anos. Naquela época, alguns agiam como filhos ou como admiradores. Um deles se declarou, num bilhete:

As vezes me sinto chateado com você, quando você vem no presídio e não me procura para nós conversar, porque sinto falta de uma palavra amiga, e um apoio moral, e sinto na pureza de suas palavras que você é uma pessoa que quer ver o meu bem, isto faz que eu me sinta feliz em saber que existe alguém que acredita em mim.

Esta e outras declarações não me causavam embaraço. Refletia com ele que estava ocorrendo algo como com crianças de escola, quando se apaixonam pela professora. O profissional deve estar atento e manejar as situações de maneira a manter o vínculo de amizade sem invasão da intimidade do paciente e sem deixar-se invadir.

Estou com dor nas costas, quero ver se a senhora faz uma massagem na minhas costas como daquele dia (Lud).

Expliquei que havia feito um exame para detectar se tinha “inchume” e delimitar a extensão do seu “machucado”, mas eu poderia intermediar um encaminhamento ao serviço de fisioterapia do HUSM. Decidiu aguardar.

Houve um convite para madrinha de casamento, acima relatado, que recusei, refletindo com eles que não era possível aceitar, porque implicaria em responsabilidades extras à minha função terapêutica com eles.

4. 5. 10 - Precários serviços de saúde oferecidos

A precariedade dos serviços, além de sinal de incompetência no sistema de saúde, também se encaixa na referência de punição pela dor.

Quero participar do Comen. (Conselho Municipal de Entorpecentes), porque eu bebia e saindo daqui não quero mais beber (Abraão).

Disse-lhe que falaria ao Diretor para viabilizar a vinda do grupo de Alcoólicos Anônimos aqui no presídio, o qual me informou que estavam providenciando. Neste caso, tratava-se de uma perspectiva de apoio ao desejo de abstinência de drogas manifestado por Abraão.

Sou drogado de todo tipo, só não me pico. Pertencço a grupos de tratamento lá fora, só que não podemos ir até os grupos (Jaré).

Insiste para que eu interceda ao Diretor para ele participar dos grupos fora, disse-lhe que não interferiria na soltura dele, não era minha área. Mas, para viabilizar grupos de tratamento no presídio, sim, ia interceder para que o tratamento fosse próprio do sistema.

A questão das drogas é muito frequente entre prisioneiros e me espanta que nada seja feito para que se preste uma assistência adequada.

Me pegaram com quilo fino, mas nunca roubei. Vou todas as quintas feiras na reunião e tenho licença para ir me tratar lá fora, e nunca fugi, quero mostrar que mereço a confiança (Lud).

Apoiei-o sobre o tratamento que disse estar fazendo uma vez na semana no grupo de drogados fora da prisão.

Sofro dos rins dona, até fica inchado aqui (aponta para as costas) e me atinge a bexiga também. A urina é difícil (Eláo).

Disse-lhe que combinaria com o Diretor para encaminhá-lo ao tratamento no HUSM, sabe-se que pela idade (61), necessita revisão de próstata, o que foi autorizado. Entretanto, fui ao HUSM e esbarrei na nova rotina de atendimento a pacientes ambulatoriais: para primeiro atendimento, os pacientes têm que consultar em postos da cidade e, de lá, seria feito o encaminhamento para especialistas. Voltei a falar com Eláo, explicando-lhe os passos que deveriam ser seguidos.

Preocupa-me essa regra em relação aos presidiários, pois o presídio tem dificuldade de locomoção de apenados. Seria imprescindível que aceitassem presidiários que realmente estejam necessitando, sem que tenham de passar pelos Postos de Saúde, ou, pelo menos que médico do Posto venha ao presídio fazer os encaminhamentos.

Alfeu, de apenas 20 anos, pela estatura franzina parece uma criança. Esteve consultando comigo uma única vez, com queixas de dor no estômago. Disse que está em tratamento no HUSM, tomando AZT, pois é soropositivo para HIV e em tratamento para tuberculose. No momento, parou de tomar todos os remédios de ambos os tratamentos.

Aconselhei-o a tomar os remédios nas refeições e ressaltai a importância de não interromper o tratamento, sendo encaminhado ao hospital para revisão do esquema de tratamento.

Jonas é um presidiário de 35 anos. Queixava-se de dor na articulação do pé direito. Examinei e estava com edema e avermelhado. Disse que se machucou jogando futebol. Necessita ir ao serviço de traumatologia. Enquanto isso, aconselhei-o a enfaixar o local com faixa molhada e expliquei-lhe o princípio da hidroterapia.

Sara está grávida de três meses do terceiro filho e ainda não está fazendo pré-natal.

Falei-lhe da importância de manter controle de saúde para ela e o neném e que isso seria providenciado, procurando o voluntário que cuida da saúde dos presos. Este, ao saber da situação, argumentou que Sara não queria ir à consulta por ter que ir algemada. Mostrou o exame que atesta sua gravidez, que conseguira colhendo material sem levá-la à consulta. Sara não havia dito que não queria ir, sendo necessário esclarecer com ela esse fato e talvez interceder ao Diretor para conduzi-la sem algemas.

Sara confirmou que não gostaria de ir à consulta algemada. Ela também exibia dentes falhos e com cáries, pois também não há tratamento dentário no presídio.

Noutra ocasião, disse-me que já se alimenta melhor. Foi à consulta pré-natal e está fazendo exames. Expliquei sobre a necessidade de ela ir ao pátio diariamente, respirar ar puro para ela e o neném.

Tabita tem 41 anos, disse que acha que está na menopausa, que já teve diagnóstico de miomas uterinos e quer investigar novamente. Teria que ver da possibilidade de ela ser encaminhada ao tratamento.

Nacor, 19 anos, foi o detento mais jovem que atendi, mas, apesar de ter estatura média e ser magro, demonstra maturidade.

Procurou-me porque sente dor de dentes. Fala pouco. Trabalha na cozinha. Perguntei o que fazia antes de ser preso e respondeu que era jogador de futebol no time da cidade, que era drogado de cola e “outros bagulhos”. Diz que sofre de epilepsia. Não consegui esclarecer a situação da epilepsia que afirma sofrer.

Estes foram alguns dos dramas dos quais participei, não apenas como enfermeira, em meu papel terapêutico, mas como ser humano procurando encontrar soluções para tantos problemas. Falta programa de odontologia, de tratamento de drogas, saúde geral e neuro-psiquiatria. Falta tudo.

Me dei conta que os problemas aqui apresentados, conforme o enfoque, poderiam ser enquadrados em um ou outro problema prisional, ou em vários ao mesmo tempo. Um exemplo é o sofrimento mental, pois todos os casos, sem exceção, ocorrem especialmente quando se trata de pessoas detentas.

4. 6 - A Construção dos protocolos de enfermagem

Os detentos, como já argumentado, são seres humanos que sofrem com doenças comuns a qualquer pessoa, agravadas pelos problemas próprios da condição de estarem tolhidos da liberdade. Os profissionais da enfermagem, embora possuam qualificação para os cuidados terapêuticos às pessoas em geral, não contam com protocolos norteadores para cuidados especiais às pessoas em situações de aprisionamento. Proponho a criação de protocolos de enfermagem para o cuidado

terapêutico aos presidiários, como uma forma de tornar possível a assistência aos problemas prisionais apresentados anteriormente.

Os dois primeiros meses de atendimento de saúde dos detentos, em consultas de enfermagem, resultaram na proposta dos protocolos de enfermagem, que passaram por um processo de validação, também conforme a proposta metodológica desta tese.

O processo de validação dos protocolos transcorreu conforme planejado nos dois momentos previstos e explicado anteriormente, ou seja, nos reunimos, a banca composta por enfermeiras e a orientadora, cada uma com cópia do material. Iniciamos os debates com apresentação dos protocolos e situações em que os mesmos foram aplicados na prática. Após, as examinadoras opinaram sobre os conteúdos dos itens agrupados e relativos a cada problema prisional apresentado. Assim, gradativamente, foram tecendo comentários de esclarecimentos e emendas. Do consenso do grupo sobre cada protocolo resultaram as modificações, com melhorias de cada item. Os resultados foram registrados para serem aplicados nos dois meses de trabalho subsequentes, conforme programado, para uma nova rodada de validação, com a mesma banca examinadora e através do mesmo processo.

A versão final dos protocolos passou, assim, por duas sessões de validação. Em cada protocolo estão agrupados itens, de maneira a lembrar atitudes terapêuticas nos cuidados propriamente ditos aos detentos. Assim, no Protocolo Geral ressalto que, nas situações de atendimento, temos de lançar mão de um ou outro item da listagem apresentada. Nos nove protocolos subseqüentes há muitas situações que, após detectadas as necessidades, nos remetem para os itens desse protocolo geral.

Para melhor compreensão, os protocolos nas suas três versões foram agrupados em colunas. Da versão preliminar, correspondente à coluna A, com a qual se deu a assistência de enfermagem numa fase experimental, chegou-se, após a primeira validação, à versão B, que, após a segunda validação, chegou-se à versão C, a qual é mais aproximada com a realidade assistencial e corresponde à versão final dos protocolos.

Uma questão logo definida na primeira validação foi a inversão da posição do protocolo geral, que de último passou a ser o primeiro da série, para que fosse um subsídio para condutas comuns do profissional no ambiente específico das prisões.

A primeira validação dos protocolos pelo grupo de avaliadoras, ocorreu normalmente, conforme o previsto, em 02 de julho de 1999.

Em toda a apresentação, as propostas da banca aparecem em itálico e as originadas da assistência aparecem sublinhadas, exceto a primeira proposta, cujos itens aparecem sem serem sublinhados.

O que norteia meu trabalho são dois pontos principais. O primeiro é o fato de que os presidiários são pessoas e, como tal, merecem receber atendimento de saúde. O segundo é o fato de ser possível oferecer cuidados de saúde aos presidiários, apesar da falta de vontade política e de infraestrutura na saúde entre a população livre, que incide contundentemente entre eles.

Estou sendo uma gota no oceano das boas intenções, até mesmo sendo considerada ingênua, porque esbarro com a falta de equipe de saúde, de estrutura para encaminhamentos e, repito, a própria vontade política, para realizar cuidados e estabelecer relações efetivas sobre saúde naquele grupo diferente.

A seguir apresento cada protocolo com seus respectivos itens para a assistência.

a - Protocolo 1 - Geral - Tem o objetivo de apontar diretrizes gerais aos profissionais de saúde para o cuidado de grupos especiais, tais como os prisioneiros.

Protocolo 1 – Geral					
Versão A		Versão B		Versão C	
1	Livrar-se de preconceitos frente à irregularidade da situação familiar (bigamia, homossexualismo).	1	Evitar preconceitos frente a irregularidades da situação familiar.	1	Evitar manifestações de preconceitos em relação à situação do detento.
2	<u>Defender as necessidades e direitos do detento junto à direção, agentes, justiça ou outro.</u>	2	Defender as necessidades e direitos do detento junto à direção, agentes, justiça ou outro.	2	Defender as necessidades e direitos do detento junto à direção, agentes, justiça ou outro.
3	<u>Evitar a precipitação na busca de soluções frente aos relatos dos detentos.</u>	3	Evitar a precipitação na busca de soluções frente aos relatos dos detentos.	3	Evitar a precipitação na busca de soluções frente aos relatos dos detentos.
4	<i>Estabelecer contratos claros na relação terapêutica.</i>	4	Estabelecer contratos claros na relação terapêutica.	4	Estabelecer contratos claros na relação terapêutica.
5	Identificar necessidades de segurança adicional para os contatos com detentos ou seus familiares.	5	Identificar necessidades de segurança adicional para os contatos com detentos ou seus familiares.	5	Identificar necessidades de segurança adicional para os contatos com detentos ou seus familiares.

6	<i>Promover ações interdisciplinares em relação aos problemas apresentados.</i>	6	Promover ações interdisciplinares e <u>inter-setoriais</u> em relação aos problemas apresentados.	6	Promover ações interdisciplinares e inter-setoriais em relação aos problemas apresentados.
7	<i>Oferecer informações sobre rotinas genéricas do presídio.</i>	7	Oferecer informações sobre rotinas genéricas do presídio, <u>quando necessário.</u>	7	Oferecer informações sobre rotinas genéricas do presídio, <u>quando necessário.</u>
8	<i>Refletir sobre a responsabilidade com a comunidade do detento.</i>	8	Refletir sobre sua responsabilidade com a comunidade.	8	Refletir sobre sua responsabilidade com a comunidade.
9	Ressignificar o sofrimento moral de estar preso.	9	Ressignificar o sofrimento moral de estar detento.	9	Ressignificar o sofrimento moral de estar detento.
10	<i>Ao atender em grupos, ter o cuidado de seguir as regras básicas para esta atividade.</i>	10	Ao atender grupos, ter o cuidado de seguir as regras básicas para esta atividade.	10	Ao atender grupos, ter o cuidado de seguir as regras básicas para esta atividade.
11	<u>Compreender as reações próprias a cada faixa etária.</u>	11	Compreender as reações próprias a cada faixa etária.	11	Compreender as reações próprias a cada faixa etária.
12	<u>Sensibilizar-se frente às situações de vida do detento.</u>	12	Sensibilizar-se frente às situações de vida do detento.	12	Sensibilizar-se frente às situações de vida do detento.
13	<u>Garantir que o detento receba o tratamento necessário a sua situação de saúde.</u>	13	Garantir que o detento receba o tratamento necessário a sua situação de saúde.	13	Garantir que o detento receba tratamento necessário à sua situação de saúde.
14	<u>Encaminhar detentos para tratamentos especializados.</u>	14	Encaminhar detentos para tratamentos especializados.	14	Encaminhar detentos para tratamentos especializados.
15	<u>Marcar presença junto aos hospitalizados e agir com interesse.</u>	15	Marcar presença junto aos hospitalizados e agir com interesse.	15	Marcar presença junto aos hospitalizados e agir com interesse.
16	<i>Promover um espaço às pessoas que trabalham na instituição, para verbalizarem e refletirem os seus sentimentos e atitudes em relação aos detentos.</i>	16	<i>Promover um espaço às pessoas que trabalham na instituição, para verbalizarem e refletirem os seus sentimentos e atitudes em relação aos detentos.</i>	16	Promover um espaço às pessoas que trabalham na instituição, para verbalizarem e refletirem os seus sentimentos e atitudes em relação aos detentos.
17	<u>Estimular para que estudem enquanto estão detentos.</u>				
18	<u>Intermediar as notícias de detentos hospitalizados à direção do presídio ou judiciário.</u>				
19	Acolher tanto o detento como os familiares, seres humanos necessitado de saúde.				
20	Jamais se horrorizar. Aceitar os valores do preso e da família.				
22	Jamais fazer perguntas curiosas.				
23	Dispor-se para escutar com interesse				

24	Prescrever o atendimento às necessidades básicas: alimento, higiene, repouso, ou outros conforme o caso.	
25	Livrar-se dos preconceitos que a sociedade tem sobre presidiários e os preconceitos próprios para dispor-se a ouvir.	

Como se pode observar, houve um aprimoramento da linguagem e aporte de alguns cuidados de outros protocolos específicos, pois representavam condições assistenciais gerais, tais como nos itens 01, 06 e 07. O item 17 está contido no item 02 deste protocolo e no 09 do Protocolo 03 (Vida sedentária...). O item 18 passou a ser o 10 do Protocolo 06 (Privação de informação). Os itens 19, 20, 22 e 25 foram sintetizados nos itens 01 e 02. O item 23 passou a ser o 01 do Protocolo 7 (Necessidade de serem ouvidos). O item 24 foi suprimido, por ser rotina normal de cuidado de enfermagem. Os demais itens, após exaustivas ponderações, não mudaram.

Na versão final, o item 01, “evitar manifestações de preconceito em relação à situação do detento”, nos lembra Florence ao afirmar que a enfermagem está onde estão as pessoas. Assim, a lembrança de que se está diante de seres humanos necessitados vai nos ajudar a lidar melhor com nossas dificuldades em atendê-los.

“Defender as necessidades e direitos do detento...” (item 02), vem ao encontro da revisão bibliográfica, na qual demonstro que uma das funções da enfermagem em presídios é defender as necessidades das pessoas, no sentido de buscar a melhor assistência possível.

O item 03, “evitar precipitação...”, não significa agir devagar, mas, sim, certificar-se das possibilidades, caminhos, veracidade e outros fatores que complementam dados importantes relativos ao caso.

No item 04 propõe-se “estabelecer contratos claros na relação terapêutica”, desde a apresentação pessoal e profissional até as atitudes subseqüentes, enquanto durar o relacionamento, com começo, meio e fim, ou seja, tudo aquilo que fizer parte do processo de enfermagem deve ter uma finalização adequada, ainda que seja uma explicação sobre as dificuldades de atendê-los.

O item 05, “identificar necessidades de segurança adicional...”, cabe mais às ações de visita domiciliar e, especificamente, para a primeira visita, porque dentro do presídio, de um modo geral, há segurança, tanto assim que as professoras que lá lecionam circulam livremente. Os detentos estão fechados, mas têm mostrado comportamento muito normal, como qualquer ser humano. Os domicílios dos detentos, geralmente, estão em locais periféricos da cidade, sendo imprevisível o que possa ocorrer. Essa afirmação, porém, é relativa, ou seja, essa imprevisibilidade é própria das relações sociais e inúmeras vezes visitei famílias sozinha e tudo transcorreu tranquilamente.

“Promover ações interdisciplinares e inter-setoriais...” (item 06), é um ponto tão óbvio, quanto imprescindível, quando se quer cuidar de detentos, por apresentarem problemas complexos que demandam várias alternativas assistenciais, ao passo que “oferecer informações sobre rotinas genéricas do presídio, quando necessário” (item 07), refere-se a informações que a Enfermagem dispõe, como as que estão na linha de melhorar as condições de vida na prisão, o porquê de aproveitar as horas de sol, arejar a cela, manter higiene pessoal e geral e outras.

O item 08, “refletir sobre sua responsabilidade com a comunidade”, implica em não se poder apoiar tudo o que o detento diz. É preciso saber e fazer ver que cada um tem direitos e deveres numa sociedade e que todos queremos viver bem e com saúde, tentando conscientizá-lo da necessidade do respeito coletivo.

Por outro lado, “re-significar o sofrimento moral de estar preso” (item 09), refere-se a tentar apresentar reflexões no rumo da condição do ser humano que erra, sendo talvez esse período da prisão necessário, podendo servir para que venha a assumir propósitos para continuar a vida em liberdade.

No item 10, “ao atender grupos, ter o cuidado de seguir regras básicas para essa atividade”, temos que atentar para as regras da terapia de grupo ou de auto-ajuda, onde a regra principal é de manifestarem-se um de cada vez e todos terem oportunidades, ou, ainda, no mínimo, estabelecer regras ao iniciar o grupo.

O item 11, “compreender as reações próprias a cada faixa etária”, é dedicado especialmente aos detentos mais jovens, que ainda têm, na maioria das vezes, reações de adolescentes. Concordo com Varella (1999) que há, na prisão, uma tendência

maior para a infantilização, por isso, é preciso ter o cuidado de não tratá-los como a crianças, tendo atitudes que incentivem relações sociais maduras e compromissadas.

Por isso, “sensibilizar-se frente às situações de vida do detento” (item 12), nos lembra que a sensibilidade é um fator importante ao cuidado, pois nos ajuda a compreender as situações e a encontrar soluções terapêuticas que possam favorecer a recuperação do auto-respeito e dignidade.

Assim, “garantir que o detento receba tratamento necessário a sua situação de saúde” (item 13) e “encaminhar detentos para tratamento especializados” (item 14), indicam a necessidade de manutenção de cuidados gerais à saúde de todos, na perspectiva de sua solução.

O item 15, “marcar presença junto aos hospitalizados e agir com interesse”, implica em que a presença seja significativa, de acordo com a situação e inclui o cuidado terapêutico específico a cada caso, sempre considerando-se a individualidade de cada pessoa.

Assim, “promover um espaço às pessoas que trabalham na instituição, para verbalizarem e refletirem os seus sentimentos e atitudes em relação aos detentos” (item 16), trata-se de implantar um tipo de educação continuada, com reuniões, cursos sobre relações humanas e outros, para os agentes penitenciários, funcionários administrativos, equipe de saúde. Inclusive, com cursos preparatórios à função que desempenham, para que reconheçam a necessidade de tratar com segurança, competência e humanidade os seres humanos sob seus cuidados.

b - Protocolo 2 - Comunicação com a família - Como o nome diz, trata de prover assistência abrangente aos familiares, que repercutam na saúde dos detentos, além de apoiar e reforçar iniciativas de maior aproximação com familiares significativos. Também inclui visitas domiciliares, quando parece ser a única forma de estabelecer contato e aliviar a tensão sobre a saúde deles.

Protocolo 2 - Comunicação com a família					
Versão A		Versão B		Versão C	
1	Evitar espanto frente aos valores do detento e da família.	1	Evitar juízo de valor sobre as relações familiares e valores do detento e sua família.	1	Evitar juízo de valor sobre as relações familiares e valores do detento e sua família.

2	Evitar aconselhamento e sim mostrar caminhos.	2	Evitar aconselhamento e discutir alternativas.	2	Evitar aconselhamento, mas discutir alternativas.
3	Estabelecer vínculo com base na verdade e sinceridade.	3	Estabelecer vínculo com base na verdade e sinceridade.	3	Estabelecer vínculo com base na verdade e sinceridade.
4	Estimular manifestações sobre a família.	4	Oportunizar manifestações sobre a família.	4	Oportunizar manifestações sobre a família.
5	Visitar a família do detento com objetivos claros e consentido.	5	Visitar a família com objetivo claro e com o consentimento do detento.	5	Visitar a família com objetivo claro e com o consentimento do detento.
6	Refletir sobre alternativas quanto à impossibilidade da visita domiciliar.	6	Estabelecer contratos claros sobre a possibilidade ou não da realização da visita domiciliária.	6	Estabelecer contratos claros sobre a possibilidade ou não da realização da visita domiciliária.
7	Informar e buscar com a direção do presídio, sobre ações referentes aos familiares, desde que consentido.	7	Informar e refletir com a direção do presídio sobre ações referentes aos familiares, desde que consentido pelo detento.	7	Refletir com a direção do presídio sobre ações referentes aos familiares, desde que consentido pelo detento e resguardados os princípios éticos.
8	Identificar-se junto ao familiar e declarar os objetivos da visita.	8	Identificar-se aos familiares e declarar os objetivos e frequência da visita domiciliar.	8	Identificar-se aos familiares e declarar os objetivos e frequência da visita domiciliar.
9	Buscar ajuda com outros profissionais sobre problemas familiares.	9	Promover ações interdisciplinares e <u>inter-setoriais</u> em relação a problemas, intermediando ajuda para sua resolução.	9	Promover ações interdisciplinares e inter-setoriais em relação a problemas, intermediando ajuda para sua resolução.
10	Estimular a manutenção de vínculos familiares.	10	Estimular a manutenção de vínculos familiares.	10	Estimular a manutenção de vínculos familiares.
11	Refletir com o detento sobre sua responsabilidade com a família.	11	Refletir com o detento sobre sua responsabilidade com a família.	11	Refletir com o detento sobre sua responsabilidade com a família.
12	Orientar os familiares sobre procedimentos relativos a problemas que interferem na saúde do detento.	12	Encorajar a família frente à situação vivenciada.	12	Encorajar a família frente à situação vivenciada.
13	Preparar a família e o detento para o retorno ao lar.	13	Preparar a família e o detento para o retorno ao lar.	13	Preparar a família e o detento para o retorno ao lar.
14	Intermediar a possibilidade do detento visitar sua família.	14	Intermediar a possibilidade do detento visitar a família em casos de necessidade.	14	Intermediar a possibilidade do detento visitar a família em casos de necessidade.
15	<u>Incentivar a família a acompanhar o detento na hospitalização e orientar na manutenção do tratamento.</u>	15	<u>Incentivar a família a acompanhar o detento na hospitalização e orientar na manutenção do tratamento.</u>	15	Incentivar a família a acompanhar o detento na hospitalização e orientar na manutenção do tratamento nos casos de Prisão Domiciliar.
16	Informar a família sobre os horários de visitas dela ao detento.				

17	Manter troca de informações com familiares direta ou por telefone.	
18	Evitar juízos de valor sobre as relações familiares.	
19	Desenvolver sensibilidade frente ao sofrimento do detento ou da família.	
20	Informar o familiar a frequência das visitas, inclusive estabelecer relação contratual.	
21	Estimular vínculos sadios com colegas.	

Este protocolo, como o título diz, surgiu da necessidade premente de os detentos comunicarem-se com seus familiares, pois a separação dos familiares causa-lhes grande sofrimento.

Aqui, também ocorreu uma adequação da linguagem e reorganização dos itens 01, 04, 05, 07, 08, 09, 12, 14 e 15. Permaneceram inalterados os itens 02, 03, 10, 11 e 13. Já o item 16 passou para a ser o item 07 do Protocolo Geral; os itens 17 e 19 foram sintetizados nos 12 e 13 daquele mesmo Protocolo; o item 18, juntou-se ao 01; o 20, foi incluído também no 01; e o 21 passou a ser 10 do Protocolo Vida Sedentária.

Assim, na versão final, o item 01, “evitar juízo de valor sobre as relações familiares e valores do detento e sua família”, prevê o respeito às formas em que cada um vive, em relação aos seus hábitos ou princípios familiares.

“Evitar aconselhamento, mas discutir alternativas” (item 02), implica em que numa relação terapêutica, conforme o “aconselhamento não-diretivo” de Rogers, além da oportunidade educativa, dever-se-ia oportunizar às pessoas a se abrirem, para que sua modificação ocorra de dentro para fora, pela compreensão das coisas. Também, de certo modo, seria até um desrespeito para com eles chegar de fora, com aconselhamentos.

Buscar “estabelecer vínculo com base na verdade e sinceridade” (item 03), parece simples, mas num presídio, onde falcatruas e desonestidade são encontrados com frequência, recomendaria ter isso presente, como em qualquer relação terapêutica. Sobre isso, Rogers (1983, p. 38) fala na “autenticidade, sinceridade ou

congruência. Quanto mais o terapeuta for ele mesmo na relação com o outro (...) maior a probabilidade de que o cliente mude”.

O item 04, “oportunizar manifestações sobre a família”, pode suscitar dados necessários ao tratamento, além de abrir espaço para conhecer as origens e a vida familiar do detento.

O item 05, “visitar a família com objetivo claro e com o consentimento do detento” e o item 06 “estabelecer contratos claros sobre a possibilidade ou não da realização da visita domiciliar”, assim como os enunciados dos itens 07 ao 15, sugerem outros procedimentos necessários à assistência. A Prisão Domiciliar se refere a um regime que os apripionados têm direito por Lei, quando portadores de doenças graves, sendo liberados pela Justiça para estarem junto dos familiares.

c – Protocolo 3 - Vida sedentária, ociosidade e sofrimento mental - inclui condutas que incentivam para uma forma mais integrada da saúde, incluindo estímulo à busca de atividades que lhes possam proporcionar oportunidades futuras de trabalho e novos hábitos de saúde.

Protocolo 3 – Vida sedentária, ociosidade e sofrimento mental					
Versão A		Versão B		Versão C	
1	Estimular para que expressem sentimentos e intenções.	1	Estimular para que expressem sentimentos e intenções.	1	Estimular para que expressem sentimentos e intenções.
2	Identificar a origem dos sofrimentos.	2	Auxiliar na identificação da origem dos sofrimentos.	2	Auxiliar na identificação da origem dos sofrimentos.
3	Proceder o exame físico e avaliar o estado mental.	3	Proceder o exame físico e avaliar o estado mental.	3	Proceder o exame físico e do estado mental.
4	Intermediar melhores condições de alojamento junto à Direção do Presídio.	4	Promover condições que garantam a satisfação das necessidades explícitas.	4	Promover condições que garantam a satisfação das necessidades explícitas.
5	Orientar sobre tratamentos específicos, de acordo com a situação concreta.	5	Orientar sobre tratamentos específicos, de acordo com a situação concreta.	5	Orientar sobre tratamentos específicos, de acordo com a situação concreta.
6	Agendar retorno para checar o controle dos sintomas.	6	Agendar retorno para checar o controle dos sintomas.	6	Agendar retorno para checar o controle dos sintomas.
7	Organizar um programa de exercícios físicos coletivos e para as celas.	7	Organizar programa de atividades coletivas e/ou individuais.	7	Organizar programa de atividades coletivas e/ou individuais.

8	Estimular a assumir hábitos saudáveis e a promoção da saúde.	8	Promover a saúde através da prática de hábitos saudáveis, atividades remissivas da pena e outras atividades de lazer que contribuam para seu bem estar.	8	Promover a saúde através da prática de hábitos saudáveis, atividades remissivas da pena e outras atividades de lazer que contribuam para seu bem estar.
9	<i>Estimular o trabalho na prisão e intermediar junto à direção sobre isso.</i>	9	Estimular o trabalho na prisão e intermediar junto à direção sobre isso.	9	Estimular para que busquem sua formação educacional e profissional.
10	Estimular para que aproveitem as horas de pátio para esporte e atividades físicas.	10	Estimular vínculos sadios com colegas de prisão.	10	Estimular vínculos sadios com colegas de prisão.
11	Identificar os sintomas físicos decorrentes dos psicológicos.				
12	Dar orientação coletiva aos que vivem encerrados em celas insalubres, tais como a respeito do excesso de fumaça e ruído.				
13	Orientar para que aproveitem o horário de pátio para ventilar as celas e higienizar o ambiente.				
14	Estimular para a leitura e "hobbies".				

No processo de validação, os itens 02, 04, 07, 08, 09 e 10, foram reorganizados e adequados linguisticamente para que as idéias fossem expressas de maneira mais sintética e abrangente. Os itens 01, 03, 05 e 06, não mudaram. Já o item 11 foi sintetizado com o 03; o 13 e 14 incluídos no 04 e 08 e o 14, no 07; todos deste protocolo.

Neste Protocolo 3 estão agrupados aspectos de que derivam muitos cuidados e que remetem a itens de outros protocolos, como o Protocolo Geral, para encaminhar, defender, intermediar, sendo a maioria dos itens autocompreensíveis, segundo seus enunciados, não necessitando outras explicações.

Lembro, entretanto, que o item 09, "estimular para que busquem sua formação educacional e profissional", refere-se às atividades que também são remissivas. Assim, além de cada três dias trabalhados, no caso de quem trabalha na prisão, para cada três períodos de oito horas de estudo, aulas normais de 1º e 2º graus diariamente, abona, também, um dia da prisão. Ainda, os que não faltam às aulas, ou que passam de ano, recebem mais dias de abono de prisão, além de que permanecem ocupados com atividades úteis à sua formação e preparo para a liberdade.

d – Protocolo 4 - Perda da identidade - Foram considerados fatores do comportamento, como desânimo, lamentos, apatia e outros, sinais que, além de distúrbios físicos, podem referir a problemas psíquicos, entre eles a consciência da indiferenciação entre os demais, no presídio.

Protocolo 4 – Perda da identidade					
Versão A		Versão B		Versão C	
1	<i>Garantir um espaço para o atendimento, de forma a preservar sua individualidade.</i>	1	Garantir um espaço para o atendimento, de forma a preservar sua individualidade.	1	Garantir um espaço para o atendimento, de forma a preservar sua individualidade.
2	Ouvir com atenção os relatos sobre suas vidas, suas expectativas e suas esperanças.	2	Ouvir com atenção os relatos sobre suas vidas. <u>E valorizar os relatos sobre sua vida e outras informações.</u>	2	Ouvir com atenção e valorizar os relatos sobre suas vidas e outras informações.
3	Chamar sempre pelo nome.	3	Chamar sempre pelo nome.	3	Chamar sempre pelo nome.
4	Organizar oficinas onde possam estabelecer contatos com o seu “self”.	4	Organizar oficinas onde possam estabelecer contatos com o seu “self”.	4	Organizar oficinas onde possam estabelecer contatos com o seu “self”.
5	Estimular o abandono de expressões, tais como “eu era”, “eu queria”, etc. para eu sou, eu quero.	5	Estimular o abandono de expressões tais como “eu era”, “eu queria”, etc. para eu sou, eu quero.	5	Estimular o abandono de expressões como “eu era”, “eu queria”, etc. para eu sou, eu quero.
6	Ajudar na identificação de objetivos pessoais.	6	Ajudar na identificação de objetivos pessoais.	6	Ajudar na identificação de objetivos pessoais.
7	<i>Comemorar os aniversários.</i>	7	Comemorar os aniversários.	7	Comemorar os aniversários.
8	Estimular o auto-cuidado corporal como parte de si próprio.	8	Estimular o auto-cuidado corporal como parte de si próprio.	8	Estimular o auto-cuidado corporal como parte de si próprio.
9	Ao atender em grupos, ter o cuidado de ouvir um de cada vez.	9	Ao atender em grupos, ter o cuidado de ouvir um de cada vez.	9	Ao atender em grupos, ter o cuidado de ouvir um de cada vez.
10	Amenizar o sofrimento moral de estar detento.				
11	Valorizar as informações colhidas.				

O item 01 foi introduzido já na primeira validação e, após exaustivas considerações, os itens 03, 04, 05, 06, 07, 08, e 09 permaneceram inalterados, enquanto o item 10 teve a redação alterada e, na segunda validação, foi realocado como parte do item 09 do Protocolo Geral. O item 11 foi sintetizado com o item 02 desta versão.

Este sintoma da perda da identidade causa um sofrimento semelhante ao que qualquer pessoa sente, às vezes, quando viaja, por exemplo e, em ambiente estranho ao que está acostumada, passa a fazer coisas surpreendentes, com atitudes de infantilidade ou insegurança. No presídio, alguns detentos sentem-se estranhos a si próprios, seus objetivos e sua história são como que confiscados e se tornam apenas “bandidos” que cumprem suas penas.

É um sofrimento grande, mas sutil e, até certo ponto, de difícil percepção. O detento perde suas referências. Os motivos para isso são variados. Uns, por serem desprovidos de seus pertences pessoais, outros, pelo tempo de prisão ou pela própria privação da liberdade. Detecta-se essa falta de identidade, quando referem “eu era bom, eu trabalhava, eu era bem sucedido na vida, não me sinto direito, eu era uma pessoa boa, sou eu e parece que não sou mais eu”, ou outras afirmações parecidas.

Os itens deste protocolo, todos implicam em manter presente a ética e vontade de ajudar. É importante ressaltar o item 02, ou seja, “ouvir com atenção e valorizar seus relatos...”, pois vai ao encontro de outro Protocolo, da comunicação com familiar, sobre verdade e sinceridade. E, sobre isso, concordo com o que fala Rogers (1983, p. 39), de que a escuta ativa é interessada, dá crédito ao paciente, assim como o aceita e considera, de maneira que “sente-se mais livre para ser uma pessoa verdadeira e integral”. Assim, nos itens deste protocolo, entram atitudes simples do profissional, na linha de valorizar o paciente, de modo a que ele próprio sinta seu valor e reencontre sua identidade.

e – Protocolo 5 - Sofrimento por maus tratos - Tem relação com problemas reconhecidos publicamente sobre transgressões dos direitos que o detento sofre na prisão, sendo fundamental estar especialmente atento às queixas dos aprisionados, inclusive avaliando alternativas com a comunidade.

Protocolo 5 – Sofrimento por maus tratos					
Versão A		Versão B		Versão C	
1	Estar atento às denúncias de maus tratos, verificando sua veracidade. <u>E buscando alternativas para evitá-los.</u>	1	Estar atento às denúncias de maus tratos, verificando sua veracidade e buscando alternativas para evitá-los.	1	Estar atento às denúncias de maus tratos, verificando sua veracidade e buscando alternativas para evitá-los.
2	Promover cuidados	2	Promover cuidados	2	Promover cuidados

	específicos.		específicos.		específicos.
3	Buscar alternativas para diminuir maus tratos.	3	Promover programas e políticas de humanização no tratamento aos detentos.	3	Promover programas e políticas de humanização no tratamento aos detentos.
4	Estudar a Lei de Execução Penal, a Declaração Universal dos Direitos Humanos e a Constituição Brasileira, para distinguir entre castigo pelo delito, que é permanecer privado da liberdade, e outras arbitrariedades que constituem acréscimo de sofrimentos.	4	Ter clareza de que, o castigo da “pena privativa da liberdade”, é um sofrimento, que não inclui outras arbitrariedades que acrescem a esse sofrimento.	4	Ter clareza de que, o castigo da “pena privativa da liberdade”, é um sofrimento, que não inclui outras arbitrariedades que acresce a esse sofrimento.
5	Participar de encontros ou seminários sobre direitos humanos e/ou situação penal, para refletir com o sistema prisional sobre os maus tratos.				
6	Participar de campanhas de humanização no tratamento aos detentos, junto à Direção e funcionários.				

Dentre as alterações propostas, também houve inúmeras sugestões para aprimoramento do texto e o item 01 ficou com a redação mais abrangente, enquanto o item 02 permaneceu inalterado. Os itens 03, 05 e 06 foram sintetizados resultando no item 03 na versão final. Houve alteração da linguagem, de maneira a tornar o item 04 compreensível e mais abrangente.

O sofrimento por maus tratos constitui-se num ponto importante a ser considerado. Sabemos que a Constituição Brasileira, a Lei de Execução Penal e os Direitos Humanos são leis e normas para serem aplicadas a todos os humanos e são claras, em nosso País. Essas leis proíbem condutas de força e que produzem sofrimento físico ou moral, dizendo que são terminantemente proibidos torturas e maus tratos. Aos apenados, basta-lhes o sofrimento de estarem tolhidos em sua liberdade. Assim, espancamentos, má circulação de ar, falta de água ou alimento, falta de condições gerais e outros, não deveriam acontecer. Muitos autores, além de Foucault, como Bicudo (1994), Rosa (1995), Beccaria (1997) e Herkenhoff (1998), entre outros, falam na abominação aos maus tratos, torturas ou tratamento arbitrário

desumano, que se acrescentam ao sofrimento de estarem os detentos privados de sua liberdade.

As proposições dispensam maiores comentários, mas o item 02, “promover cuidados específicos”, remete para ações como defender, encaminhar, intermediar ações de cuidado à saúde. Faz parte também desse cuidado o lembrar aos detentos que, na prisão, há normas específicas para seguir, refletindo com eles sobre a maturidade necessária em relação à boa conduta na prisão. Assim, investir na tentativa de prevenir ações violentas na prisão é o mínimo que se deveria fazer num trabalho prisional, além da assistência em que a saúde possa estar comprometida.

Lembro, entretanto, que este Protocolo sobre sofrimento por maus tratos não é no sentido de considerar o detento um “coitadinho” na prisão e, sim, para lembrá-lo e ao profissional que, como ser humano, ele é um cidadão ainda que julgado e condenado à pena privativa da liberdade.

f – Protocolo 6 - Privação de informação – Refere-se ao não cumprimento da imposição legal, de serem os prisioneiros atendidos em sua necessidade de conhecer os trâmites de sua pena e de outros encaminhamentos que digam respeito à sua vida. A perda do controle e da capacidade de decisão causam intenso sofrimento, além de ser ato que indica abuso de poder.

Protocolo 6 – Privação de informação					
Versão A		Versão B		Versão C	
1	Encaminhar à Direção os que necessitam revisão de seu processo prisional para que possam ter controle.	1	Intermediar as solicitações sobre a revisão do processo de prisão.	1	Intermediar as solicitações sobre a revisão do processo de prisão.
2	Manter informações sobre os passos que se seguem na resolução de cada problema surgido.	2	Dar retorno sobre os passos que se seguem na resolução de cada problema surgido.	2	Dar retorno sobre os passos que se seguem na resolução de cada problema surgido.
3	Dar respostas imediatas sobre pontos com que se comprometeu.	3	Procurar respostas sobre pontos com que se comprometeu.	3	Procurar respostas sobre pontos com que se comprometeu.
4	Orientar para os horários das rotinas prisionais, cuja observação revertam em benefícios à saúde.	4	Orientar para os horários das rotinas prisionais, cuja observação revertam em benefícios à saúde do detento.	4	Orientar para os horários das rotinas prisionais, cuja observação revertam em benefícios à saúde do detento.

5	Informar datas referentes a eventos como palestras ou promoções, de maneira que possam escolher se participam.	5	Informar datas referentes a eventos, de maneira a fazerem suas escolhas.	5	Informar datas referentes a eventos, de maneira a fazerem suas escolhas.
6	Informar as datas das consultas ou procedimentos, bem como os retornos às instituições de saúde.	6	Informar ao detento sobre as datas das consultas ou procedimentos, bem como o retorno às instituições de saúde.	6	Informar ao detento sobre as datas das consultas ou procedimentos, bem como o retorno às instituições de saúde.
7	Agendar o próximo atendimento. E aos hospitalizados, a próxima visita.	7	Agendar com o detento o próximo atendimento. E aos hospitalizados, a próxima visita.	7	Agendar com o detento o próximo atendimento.
8	Apresentar os motivos de falhas em relação a algum contrato assumido.	8	Justificar rupturas nos contratos assumidos mutuamente.	8	Justificar rupturas nos contratos assumidos mutuamente.
9	Manter informação sobre resultados de exames, diagnóstico e terapêutica.	9	Informar sobre resultados de exames, diagnósticos e terapêuticas.	9	Informar sobre resultados de exames, diagnósticos e terapêuticas.
10	<u>Informar sobre o quadro de saúde do detento, hospitalizado ou não, à Direção do Presídio e/ou à justiça.</u>	10	Intermediar as notícias de detentos hospitalizados à direção do presídio ou ao judiciário.	10	Intermediar informações sobre detentos hospitalizados e direção do presídio ou judiciário.
11	<u>Informar os detentos hospitalizados sobre seus direitos.</u>	11	Informar os detentos hospitalizados sobre seus direitos	11	Informar os detentos sobre seus direitos de saúde.
12	<u>Explicar à equipe de saúde dos hospitais, a diferença entre a função da escolta e do acompanhante do detento hospitalizado.</u>	12	Explicar à equipe de saúde dos hospitais, a diferença entre a função da escolta e do acompanhante do detento hospitalizado.	12	Explicar à equipe de saúde dos hospitais, a diferença entre a função da escolta e do acompanhante do detento hospitalizado.
13	Buscar soluções com outros profissionais e promover a vinda de especialistas para informar sobre questões específicas.				
14	Dar, caso não possa ser pessoalmente, por telefone, via direção, resultado das visitas familiares.				

Os itens de 01 a 11 sofreram mudança na redação, aprimorando a idéia para uma melhor compreensão do seu conteúdo. O item 12 permaneceu inalterado e o 13 foi suprimido, por estar incluído no item 06, deste mesmo protocolo.

A privação de informação é uma das causas de sofrimento. Mas, isso pode não ser percebido, até pelo próprio detento. Isto é, ele permanece sem saber uma data

importante, como de uma consulta ou uma audiência; e, às vezes, é levado sem aviso prévio, sem que possa preparar-se. Ou, ainda, não fica sabendo da situação dos familiares. Há coisas sobre ele que já foram resolvidas e ele permanece sem a informação, muitas vezes até inocentado.

Como o Estado e as Instituições do Poder Judiciário assumem tais constrangimentos à dignidade humana? O que tem uma enfermeira a ver com tal situação?

Se nossos pressupostos profissionais, tal como se tem enunciado publicamente, se sustentam numa filosofia que tem como base “a defesa do direito à saúde” a todas as pessoas, qualquer situação que implique em adoecimento bio-psico-espiritual requer ações das enfermeiras.

Neste protocolo sobre privação de informação há muito do anterior, ou seja, “sofrimento por maus tratos”. Aliás, essa divisão em protocolos é mais para fins didáticos, porque há proximidade entre o sofrimento mental, a perda da identidade e a falta de comunicação com a família, assim como com os outros. Torna-se de suma importância informar ao detento os procedimentos orientados para suas necessidades. Os itens deste protocolo intentam cobrir questões que contribuam à sua saúde, mas o item sobre “justificar rupturas...” (08), implica em apresentar uma justificativa sincera sobre as falhas, quando ocorrerem, pois nesse caso, se não houver justificativa, seremos nós, profissionais, mais uma causa de sofrimentos ao nosso paciente.

g – Protocolo 7 - Necessidade de serem ouvidos - Não difere das necessidades que temos todos nós humanos de que nos escutem. Mas parece-me que os detentos são mais ávidos por contar, por dizer, por dar explicações. Eles procuram o profissional para falar. Sobre necessidade de ser ouvido, Rogers (1983, p. 39) diz que o terapeuta deveria manter uma “escuta ativa e sensível”, já comentada, a qual se torna como uma “força motriz poderosa” na relação terapêutica, fazendo com que o paciente mova-se na direção de sua transformação para melhor.

Muitos deles nem estão preocupados com a capacidade científica do profissional de Enfermagem, pois o que eles esperam mesmo é consideração sobre o que dizem para nós. Muitas vezes, procuram para consultar sem necessidade específica, ficando claro o motivo, ou seja, falar, apresentar suas vidas, suas

desgraças, sua ruína e seus bons propósitos, quase uma justificativa para o que fizeram. Querem demonstrar que desejam reintegrar-se à sociedade como cidadãos, querem receber apoio e aceitação. Por isso, falam e querem ser ouvidos.

Protocolo 7 – Necessidade de serem ouvidos					
Versão A		Versão B		Versão C	
1	Ter o cuidado de calar para poder ouvir e ouvir atentamente, estimulando a verbalização das suas dúvidas.	1	Estar atento às manifestações de sentimentos.	1	Estar atento às manifestações de sentimentos e comportamentos.
2	Acolher e apoiar seus propósitos de condutas sociais éticas ou de reabilitação.	2	Acolher e apoiar os propósitos de condutas sociais éticas ou de reabilitação, buscando conjuntamente os meios de mantê-las.	2	Acolher e apoiar os propósitos de condutas sociais éticas ou de reabilitação, buscando conjuntamente os meios de mantê-las.
3	Manter laços profissionais éticos e afetivos, tendo a chave do limite do envolvimento.	3	Manter claros os laços profissionais, éticos e afetivos, preservando o limite do envolvimento.	3	Manter claros os laços profissionais, éticos e afetivos, preservando o limite do envolvimento.
4	Checar informações e, se necessário, solicitar esclarecimentos.	4	Checar informações e, se necessário, solicitar esclarecimentos.	4	Checar informações e, se necessário, solicitar esclarecimentos.
5	Procurar manter o eixo do relato e ter um dado de cada vez.	5	Procurar manter o foco do relato, ajudando a organizar a sua informação.	5	Procurar manter o foco do relato, ajudando a organizar a sua informação.
6	Promover debates sobre assuntos de saúde e outros, e deixar que se expressem.	6	Propiciar oportunidades para debates de questões do interesse comum.	6	Propiciar oportunidades para debates de questões do interesse comum.
7	Demonstrar confiança, valorizando sua situação.				
8	Evitar, o quanto possível precipitação na busca de soluções, frente aos relatos.				
9	Facilitar o relato com dicas do tipo quem, quando, onde, ou, chamando-o pelo nome, dizer pequenas frases: pode me repeti o fato? Ou isso o faz sofrer? Ou desde quando senti isso? E outras.				
10	Dar orientação educativa, mas antes perguntar o que sabe sobre o assunto.				

11	Chamar periodicamente, após a alta do tratamento, se possível, para saber notícias suas e de seus familiares, conforme o caso, e manter vínculos de ressocialização.	
12	Aos hospitalizados que não conseguem se comunicar verbalmente, manter presença não verbal.	

Os itens 01, 02, 03, 05 e 06, neste Protocolo, foram melhorados em sua redação. O item 04 permaneceu inalterado; o item 07 foi suprimido, por estar incluído na proposição 02. O item 08 foi incluído na proposição 03 e os itens 09, 10 e 11 foram suprimidos, por pertencerem aos procedimentos normais do profissional. O item 12 já está incluído no 15 do Protocolo Geral e também foi suprimido.

Os itens que compõem este protocolo, estão claramente explicitados em seus enunciados, não sendo necessários comentários explicativos sobre eles.

h – Protocolo 8 - Atitudes sedutoras – Refere-se a condutas que visam estabelecer o limite necessário a uma relação terapêutica, uma vez que os detentos têm um vazio em relação a efetividade, ao contato físico, que lhe embrutece o coração e corrói sua esperança de serem aceitos.

Protocolo 8 – Atitudes sedutoras					
Versão A		Versão B		Versão C	
1	Compreender os comportamentos sedutores como expressão de necessidade humana de contato.	1	Compreender os comportamentos sedutores como expressão de necessidade humana, estabelecendo limites na relação terapêutica.	1	Compreender os comportamentos sedutores como expressão de necessidade humana, estabelecendo limites na relação terapêutica.
2	O toque físico necessário às ações terapêuticas deve ser firme e sem conotação dúbia.	2	O toque físico necessário às ações terapêuticas deve ser firme e sem conotação dúbia.	2	O toque físico necessário às ações terapêuticas deve ser firme e sem conotação dúbia.
3	Usar linguagem direta, clara e que expresse exclusivamente o que se deseja comunicar.	3	Usar linguagem direta, clara e que expresse exclusivamente o que se deseja comunicar.	3	Usar linguagem direta, clara e que expresse exclusivamente o que se deseja comunicar.
4	Esclarecer os problemas causados por dificuldades de interpretação.	4	Esclarecer os problemas causados por dificuldades de interpretação e/ou comunicação.	4	Esclarecer os problemas causados por dificuldades de interpretação e/ou comunicação.

5	Estabelecer limites claros na relação terapêutica, evitando situações de intimidade.	
---	--	--

Neste Protocolo, os itens 01 e 04 foram reformulados na sua redação, enquanto os itens 02 e 03 permaneceram inalterados. Já, o item 05 foi suprimido, por estar incluído no significado dos itens 02 e 03.

Geralmente, os detentos demonstram gratidão pelo que se faz por eles. Por pouco que se faça, são grandes os gestos de agradecimentos e até tentativa de maior aproximação. Acredito que isso ocorra, justamente, pelas circunstâncias da falta de contato com a sociedade. Eu diria que, se na convivência em sociedade a sedução está solta e livremente explorada, na prisão é maior a tentativa de aproximação, às vezes apenas para receber atenção, outras com interesse de ganhos secundários. É possível que derivem dessa sedução as chantagens e os subornos com as pessoas que convivem com eles e que são descritos na imprensa em geral. Muitos detentos gostariam de ser tratados de forma especial, com favores individualizados, mas não seria esta a conduta desejável. A atenção deverá ser no âmbito terapêutico. Acredito que tais atitudes não sejam diferentes das de pacientes de hospitais ou comunidade, porém, no presídio, certamente são mais exacerbadas; talvez pelo fato de estarem fechados, tenham mais carências afetivas.

i – Protocolo 9 - Repouso prejudicado – Esta proposição expressa uma contradição. Por um lado, os detentos têm o maior tempo do mundo e, por outro, apesar disso, muitas vezes são prejudicados em seu repouso, o que resultou neste protocolo.

Protocolo 9 – Repouso prejudicado					
Versão A		Versão B		Versão C	
1	Identificar as principais causas de problemas e provocar as mudanças possíveis.	1	Identificar as principais causas orgânicas e ambientais e intermediar na busca das soluções possíveis (<u>fumaça, ventilação, odores, ruídos</u>).	1	Identificar as principais causas orgânicas e ambientais e intermediar na busca das soluções possíveis (fumaça, ventilação, odores, ruídos).
2	Estimular para que utilizem as horas ociosas em atividades de trabalho, estudo, pátio ou outras.	2	Estimular para que utilizem as horas ociosas em atividades de trabalho, estudo, pátio ou outras.	2	Estimular para que utilizem as horas ociosas em atividades de trabalho, estudo, pátio ou outras.

3	Ensinar técnicas de relaxamento e descontração física.	3	Ensinar técnicas de relaxamento e descontração física.	3	Ensinar técnicas de relaxamento e descontração física.
4	<u>Explicar as necessidades de maior conforto do detento acamado aos outros habitantes da cela.</u>	4	Explicar as necessidades de maior conforto do detento acamado aos outros habitantes da cela.	4	Explicar as necessidades de maior conforto do detento acamado aos outros habitantes da cela.
5	Orientar para a mudança de hábitos diários que possam estar desfavorecendo o repouso.	5	Promover a consciência coletiva no sentido de propiciar o ambiente adequado ao repouso.	5	Promover a consciência coletiva no sentido de propiciar o ambiente adequado ao repouso.
6	Orientar para a higiene e saneamento geral da cela e da cama.				
7	Intermediar com a Direção para a troca de alojamento.				

Durante o processo de validação, o item 01 foi refeito na sua apresentação, para dar-lhe significado mais abrangente. Os itens 02, 03 e 04 permaneceram inalterados e o 05 e 06 foram sintetizados resultando no item 05. O item 07 foi suprimido, por estar incluído no significado do 01 e 02.

É preciso se levar em conta que, por ser a cela pequena para muitos habitantes, a consequência vai desde dividir o espaço com insetos, pouca ventilação, odores, luz sempre acesa, até falta de espaço para deitar. Também preocupações, medos, saudades e outros sentimentos interferem. Todas as causas de estresse que temos nós aqui fora, lá também existem, resguardadas as particularidades.

Será este um problema tão importante? Sabemos que o repouso é uma forma de reparação física e psíquica, sendo o sono comprovadamente importante para o equilíbrio e harmonia interna.

O que aconteceria conosco se tivéssemos que nos apinhar num espaço exíguo, com odores desagradáveis, fumaça, insetos e roedores, sabemos até que ali se encontram desafetos que podem se tornar perigoso à nossa sobrevivência?

Diante deste quadro, pouco a enfermagem poderá fazer, mas não deve descuidar-se de sua responsabilidade na luta pelo bem-estar possível a essas pessoas.

j – Protocolo 10 - Precariedade dos serviços de saúde - Inclui condutas que visam restaurar a assistência através de programas especiais, uma vez que muitos vivem na

prisão períodos ou situações que requerem assistência de longo prazo.

Protocolo 10 – Precariedades dos serviços de saúde oferecidos					
Versão A		Versão B		Versão C	
1	Anotar pontos imprescindíveis ao plano de cuidados de saúde e avaliar as ações prestadas.	1	Implantar sistema de avaliação periódica de saúde.	1	Implantar sistema de avaliação periódica de saúde.
2	Intermediar grupos terapêuticos como AAs, drogas, atividades físicas, nutrição e bem estar.	2	Estimular a participação em grupos de mútua ajuda.	2	Estimular a participação em grupos de mútua ajuda.
3	Intermediar para assistência específica.	3	Intermediar na assistência específica.	3	Intermediar na assistência específica necessária.
4	Promover tratamento periódico aos portadores de doenças sexualmente transmissíveis e AIDS; controle e prevenção a essas doenças.	4	Promover tratamento periódico aos portadores de doenças transmissíveis e crônicas degenerativas.	4	Promover assistência contínua aos portadores de doenças transmissíveis e crônicas degenerativas.
5	Promover controle de natalidade às mulheres presas, com atendimento pré-natal.	5	Criar programas de orientação especial sobre controle de natalidade às detentas(os) e seus familiares.	5	Criar programas de orientação especial sobre controle de natalidade às detentas(os) e seus familiares.
6	<i>Implantar programa de saúde da mulher no presídio.</i>	6	Implantar programa de saúde da mulher no presídio.	6	Implantar programa de saúde da mulher no presídio.
7	Promover programa de atenção à saúde mental.	7	Promover programa de atenção à saúde mental.	7	Promover programa de atenção à saúde mental.
8	Orientar sobre diagnóstico e terapêutica em curso e promover cuidados de Enfermagem específicos.				
9	Promover atendimento odontológico.				

Neste Protocolo, os itens 01, 02, 03, 04 e 05 tiveram sua redação melhorada, mais abrangente. Os itens 06 e 07 permaneceram inalterados e os itens 08 e 09 foram suprimidos, por serem considerados incluídos no item 03 deste protocolo.

A precariedade a que me refiro aqui é a mesma que atinge a população e pode-se esperar prejuízos a respeito da atenção à saúde dos detentos. Pois, se a população em geral está atendida nos programas de saúde da maneira como todos sabemos, o que se espera de programas de saúde dentro das prisões?

Entretanto, parece-me que nos últimos cinco anos, os detentos encaminhados aos Hospitais e Postos de Saúde da cidade, são atendidos com mais dedicação. Mas, há uma lacuna, no sentido de falta de equipe de saúde e, conseqüentemente, de programas de saúde neste Presídio, com os quais muitas doenças e muito sofrimento poderiam ser prevenidos. Não há médico nessa prisão e a odontologia é exercida esporadicamente por voluntários ou nos postos da cidade, mas, às vezes, passam dias ou até semanas, após o aparecimento da dor, para que os detentos sejam levados ao tratamento.

Assim, no final do Processo de Validação, temos a versão final (anexo 5) que se constitui numa contribuição fundamentada na prática. Suponho que ainda poderá ser reavaliada por outros colegas e aprimorada.

Fazer esta proposta foi um desafio, pois não poderia tornar-se uma prescrição fechada, mas sim tendo flexibilidade e amplitude e que pudesse nortear as ações da enfermagem.

5 – CONDUTAS, ESTRATÉGIAS, DIFICULDADES E FACILIDADES NO AVANÇO AOS OBJETIVOS.

O que foi difícil e o que foi fácil no atendimento aos encarcerados e, entre esses dois pólos, as condutas e estratégias para a construção dos protocolos são elementos importantes para a validação dos mesmos.

Ao prestar cuidados de enfermagem aos detentos, dever-se-ia ter em mente que, no primeiro encontro as informações são sempre mais superficiais. Com a frequência dos encontros subsequentes, consegue-se perceber mais as intenções subliminares dos pacientes. Confio que não se trata propriamente de inverdade da parte dos presos, mas, quase sempre, as informações vão aparecendo à medida que as consultas vão se sucedendo. Por isso, cuidar dos detentos inclui, além dos dados colhidos verbalmente, estar atento à aparência e às expressões não verbais, como gestos, sinais, maneira de sentar, pois esses são indícios importantes e nem sempre congruentes entre si ou totalmente verdadeiros.

A maioria dos detentos apresenta subterfúgios ou rodeios em suas expressões. Acredito que são hábitos que adquirem rápido. Quase todos são grandes “injustiçados” ou “inocentes”, apesar de que, quero lembrar, não deve ser função da enfermeira investigar o delito, ou julgá-lo. Constatei que entre eles há uma linguagem própria, expressões e maneiras características, que é preciso aprender a decifrar. Aliás, Varella (1999) fala dessa maneira de ser, com códigos de ética próprios que estabelecem e que todos devem observar no seu cotidiano, sob pena de serem punidos pelos companheiros, ou até perder a vida. E acrescenta a declaração de um detento sobre regras nas celas: “as regras de comportamento no horário da comida eram rígidas: não podia usar banheiro, escarrar, tossir e, muito menos, chupar dentes, que tomava paulada no ato” (p. 46).

Ao realizar os cuidados de Enfermagem, é importante ter presente os passos a seguir, quais sejam: uma boa identificação de ambas as partes. Ouvir as principais

queixas e tentar delimitar o âmbito da atuação é fundamental, assim como compreender a situação das vivências diárias nos seus locais e onde se desenvolvem essas vivências, interrogando sobre as suas relações familiares, investigando sobre os principais hábitos de saúde de qualquer ser humano, como higiene, ingestão alimentar, excreção, repouso, trabalho, lazer, além do exame físico. Assim, vão-se construindo dados para apontar caminhos de orientação e possíveis soluções.

Lembre-mos de aspectos importantes na arte da anamnese. Na primeira consulta, apesar da pessoa estar muito necessitada, a conversa não flui. A maneira de perguntar também influencia muito na resposta. Por isso, é necessário cuidado e perguntar de maneira a não sugerir. Se o assunto é sobre alimentos, perguntar como é sua alimentação, ou quantas refeições faz e do que consta, porque, do contrário, perguntando se come frutas, a resposta certamente será sim. A palavra “frutas” se repete na resposta, o que nem sempre pode corresponder à verdade.

Para a construção dos protocolos aqui sugeridos, segui as pegadas da minha própria experiência no decorrer dos cuidados e das resoluções ou ações prestadas a cada detento atendido. Assim, no primeiro protocolo, o geral, tentei aglutinar itens, à medida que foram surgindo necessidades comuns aos casos atendidos. Esse é o alicerce dos procedimentos e dele decorrem outras situações, dando origem aos outros protocolos.

Em relação ao segundo, sobre comunicação com a família, lembremo-nos que estão separados dos familiares. Dos que atendi, quase todos gostariam que eu visitasse sua família, quase como uma extensão do seu olhar. Consegui visitar poucas e por poucas vezes, não resultando em um acompanhamento efetivo de apoio e ajuda. A família do detento é uma seara vasta a ser explorada; com ela se teria muito chão a percorrer na assistência à saúde, porém, qualquer pequena ajuda é melhor do que o silêncio e a angústia de sentirem-se abandonados ou mesmo ausentes com sua família.

O protocolo que atende à situação da vida sedentária, ociosidade e sofrimento mental surgiu depois de atender detentos ociosos. Pessoas que, ao relatarem suas queixas, deixavam evidente que, se tivessem com o que se ocupar, aliviariam muito seus sofrimentos, primeiramente pela própria produção, mas também por encontrarem meios de expressão.

O protocolo relativo à perda da identidade também surgiu por atender detentos desanimados em relação a si próprios, necessitando reassumirem suas próprias vidas e buscando recursos para manter o auto-respeito.

O protocolo dedicado ao sofrimento por maus tratos foi inspirado por receber muitas queixas de espancamento ou outros sofrimentos mais sutis, como privação ou demora no socorro à saúde, fato que nega todas as leis e regras sociais que enunciam o direito do cidadão.

O protocolo correspondente à privação de informação atende, como o nome diz, aos sofrimentos causados pela constante falta de informações pertinentes as suas vidas. A enfermeira em uma prisão, ao cuidar da saúde dos detentos, tem responsabilidades todo o tempo em manter uma atitude ética, buscando os meios de informar sobre tudo o que diz respeito a cada um, segundo a necessidade expressa por ele, sendo que, nos assuntos sobre seu processo de condenação ou de outro profissional, encaminhá-los.

Quanto ao protocolo sobre atitudes sedutoras, embora nesta etapa da coleta de dados não tivesse sido abordada com declarações francamente sedutoras, reporteime a todos esses anos que atendi presidiários, além de encontrar outras formas de sedução, mesmo ao escancarar sua vida para receber compreensão.

O protocolo que orienta ações relativas ao repouso prejudicado é um ponto que, em se tratando de detentos que têm todo tempo disponível, parece uma contradição, conforme já analisado. Assim, esta questão requer uma compreensão mais aguçada sobre as perdas sofridas nos verdadeiros depósitos humanos que são as celas.

Sobre a precariedades dos serviços de saúde oferecidos, as proposições surgiam pela urgência de necessidades de assistência à saúde. Nesse sentido, acredito que bons programas de saúde para detentos não só beneficiariam a eles, mas suas famílias e a própria sociedade. Por exemplo, não há, no momento, programas para drogados ou dependência em geral e é alta a incidência de detentos com esse problema, além de alcoolismo, doenças infecto-contagiosas e assim por diante.

Assim, os protocolos de enfermagem aqui propostos, objetivo de meu trabalho, surgiram da assistência prestada aos detentos, mas antes de tudo pela crença

na construção da cidadania, também no ambiente da prisão.

5. 1 – Resolubilidade

Foucault (1979 e 1993) descreve o nascimento do hospital e da prisão e teoriza sobre o poder disciplinar nos sistemas e instituições, conforme apresentados na revisão bibliográfica. Não há dúvida que o poder disciplinar é algo necessário e positivo para o funcionamento das instituições. Sem ele, talvez, não seria possível manter a hierarquia para o bom funcionamento de uma instituição fechada. Porém, ele contém um lado negativo, na medida em que tira a faculdade pensante do indivíduo. Segundo o autor, o poder disciplinar é uma maneira de impor ordem no processo educativo ou de se conseguir o objetivo almejado entre pessoas em instituições como hospitais, prisões, quartéis.

No hospital, a disciplina converge para o funcionamento geral da própria engrenagem constituída para o tratamento e cura dos pacientes, que nada mais são do que o produto final do hospital. Há hierarquia de comandos na equipe de saúde, escalas, turnos e horários de trabalho e responsabilidades de ações precisas a desempenhar. Há disciplina também por parte dos doentes do hospital, que obedecem, submetendo-se a essa disciplina. A ordem de comando, deseja-se, reverteria em benefício dos pacientes hospitalizados, para que possam ser curados. Neste sentido, o poder disciplinar é positivo, desde que não tolha totalmente a capacidade pensante das enfermeiras, de maneira a não lhes permitir exercer seu poder criador. Daí que, no hospital há disciplina para manter o funcionamento da instituição, mas há, também pacientes mal atendidos, não curados, insatisfeitos, muitas vezes feridos em sua auto-estima e valor.

E na prisão, qual é a parte positiva do poder disciplinar? É grande também, mas lá se carece de aplicação de ações educativas e de atenção geral aos detentos. Enquanto os presídios forem dessa forma, com todo tipo de desrespeito à cidadania, será difícil a recuperação dos detentos para um retorno saudável à sociedade. Os agentes penitenciários não recebem formação específica para desempenhar o cargo, que deveria ser de agentes educadores. Piek (1985, p. 197) fala que o sistema carcerário é um sistema pervertido e “que só pode ser sentido como o sintoma de

uma doença muito mais profunda”, doença que atinge os detentos, mutilando-os física e mentalmente, pelo resto da vida. “E os carcereiros, às vezes provenientes das mesmas camadas da população, não suportam muito tempo tal situação, sem sofrer profundos danos morais”. Sempre haverá arbitrariedades das mais diferentes espécies, pois cada um usa seu jeito de agir. No que percebi, a ação dos agentes carece de uma linha condutora dos procedimentos, como ocorre em outras profissões. Eles só têm certeza que sua função é trancar pessoas e conduzi-las algemadas; fora isso, cada um faz o que pode. Ouso dizer que eles entram no ofício até por concurso, mas sem formação específica para o trabalho para o qual foram contratados, agindo por si e aprendendo no decorrer do agir.

Nesse sentido, quero fazer um paralelo entre o tratamento que recebem detentos de um presídio, com doentes de um hospital. Não qualquer hospital, mas um em que as pessoas foram contratadas para tratar dos doentes, como pessoas adultas, sérias, e até através de concurso, mas sem formação profissional nenhuma. Há ordem, hierarquia, mas os trabalhadores não têm formação de médico, enfermeiro, administrador ou outra. Com o tempo, por certo, surgiriam “enfermeiros”, “médicos”, “administradores”, dentre os melhores. Mas, até surgirem os mais habilitados, quantos pacientes pereceriam em suas mãos? Sem contar que a maioria exerceria suas funções erroneamente, sem resultados positivos, após anos de trabalho. Nesse caso, iriam culpar os pacientes por morrerem ou por não se curarem; pois se recebem atendimento e ainda assim perecem, de forma que se imputaria a culpa a eles, à doença deles, já que o atendimento foi oferecido. E há disciplina também, neste hospital, tanto por parte dos trabalhadores, como por parte dos doentes, todos seguidos da rotina já cristalizada.

Este hospital não existe, ainda bem! Mas o presídio existe e assim se revela. Os que trabalham lá são pessoas que, apesar de “bem intencionadas”, não têm formação profissional adequada ao tratamento das necessidades humanas para a ressocialização dos detentos. E os detentos, por sua vez, apesar de necessitarem de tratamento dos mais diversos aspectos, não se recuperam. Como diz Foucault (1979, p.132), “a prisão fabrica delinquentes” ou “os tornam ainda piores”. A culpa é deles, porém, de não se recuperarem.

Estabeleço um outro paralelo, agora entre presídio e um hospital normal. Os hospitais têm trabalhadores qualificados e ainda assim é comum a temida infecção hospitalar. Vou nomear a infecção ou contágio do presídio como “infecção presidial”. Lá os detentos se contaminam, como diz Foucault, (1979). Eles próprios afirmam isso, como o detento Abigail, ao dizer:

Olha dona, aqui, a sociedade vê o preso como o lixo da sociedade. Só a ocorrência da delegacia já discrimina a pessoa e não encontra emprego, quanto mais nós presos aqui dentro, ainda mais discriminados somos. Sabe dona, o próprio sistema carcerário é a faculdade do crime, imagine um poço, a tendência é descer, jamais subir. Se não tem um apoio e objetivo na vida, a tendência é piorar. Aqui a gente aprende muitas coisas boas, mas as ruins aprende muito mais. Eu estudei até a quarta série, mas aqui 80% é semi-analfabeto.

Os contágios no presídio são dos mais abrangentes e profundos possíveis, desde doenças até comportamentos e hábitos em geral.

Os detentos necessitam de variados tipos de assistência, porque, no mínimo, são doentes sociais, sem tratamento algum. Tenho constatado, por exemplo, alcoolistas que “acordam” no presídio, por terem cometido delito, e sequer lembram o que fizeram.

Por que e até quando os presídios só receberão pessoas para, como diz Foucault (1993), “docilizar” seus corpos, sem dar tratamento efetivo à sua reeducação e ressocialização? Parece-me vislumbrar, entretanto, boas intenções na formação dos advogados nas faculdades de direito, com o sistema judiciário e prisional no rumo do surgimento de pontes entre esses três segmentos. Quiçá, assim como a formação de outros profissionais, essa deixe de ser uma formação quase somente teórica, livresca e sem aplicabilidade prática para os indivíduos e para a sociedade.

Como ponto culminante na resolubilidade do trabalho de cuidados da saúde aos detentos, evoco o trabalho americano, que também apresento na revisão da literatura, no qual Drees (1985) descreve o surgimento da enfermagem em prisões americanas. A autora aponta pressupostos a serem observados por profissionais da saúde em prisões, que são: livrar-se de preconceitos arraigados na sociedade e dos da

própria pessoa, que causam discriminação nociva aos detentos e livrar-se da “síndrome de culpar a vítima”. Destaca ainda, três papéis principais da enfermagem em prisões: o de prestador de serviço e educador, defensor e avaliador dos serviços de saúde na prisão.

O papel de prestador de serviços e educador está presente em todos os protocolos propostos aqui, como também o papel de defensor do direito à saúde dos detentos. O papel de avaliador das ações de saúde em prisões, exerci-o na medida em que consegui desempenhar atividades efetivas, que produziram efeitos positivos de encaminhamentos, intermediações, esclarecimentos e melhora de situação nos casos atendidos. Não posso comparar com o que descreve a autora, por não existirem serviços de saúde sistemáticos.

Quanto ao fato de ser fácil ou difícil a atividade de cuidadora da saúde dos presidiários, não posso afirmar nenhuma coisa nem outra. Penso que dificuldades existem e muitas; mas, sem demagogia, a alegria de ver problemas resolvidos, por menores que sejam, vale a pena. Muitas vezes, a alegria das pessoas que consegui ajudar era tão grande que me fazia esquecer a dificuldade para realizar as ações prestadas.

6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Prisioneiros são pessoas que estão cumprindo pena privativa de liberdade, por delitos cometidos. Eles têm assegurado em leis o direito à saúde e tratamento digno de ser humano. Eles sofrem de doenças que são agravadas por problemas prisionais, isto é, pelo fato de estarem confinados.

Há uma reflexão a considerar sobre a vítima, que, após sofrer diretamente com a criminalidade, é abandonada à própria sorte, o que nesta tese não foi explorado.

A questão, neste trabalho, foi estudada de uma forma estrita, relacionando tão somente problemas de pessoas que são aprisionadas. Esta escolha se deu, como já foi levantado, não por falta de interesse de deter também o olhar sobre as vítimas, o que se constituiria numa outra linha de investigação, pensando-se que cuidados a enfermagem poderia dedicar a elas.

Contudo, esta escolha foi uma incursão nada fácil, em um campo que, por sua característica, poderia ser considerado altamente patogênico, além de apresentar-se como uma necessidade. O olhar sobre o criminoso e até mesmo a compaixão para com ele não significa uma falta de compreensão na mesma medida e um desejo de ajudar as vítimas desse mesmo criminoso. Somente que não foi o alvo de meus estudos.

Quanto ao criminoso, seu ato não deve ser aceito objetiva e moralmente pela sociedade. Justo que se lhe imponha castigo correspondente ao delito cometido. Mas, nota-se um descompromisso ético por parte da sociedade que, enquanto pune o criminoso, política e socialmente não tem se preocupado em encontrar soluções educativas eficientes para ele. A prova está na população carcerária, aumentando ano a ano.

Nosso papel na enfermagem, logicamente, não é classificar o crime ou o criminoso, mas dar assistência no que há de necessidades de saúde, a ele ou à sua

família. E, através da promoção de estratégias de atenção à saúde deles, colaboramos também com sua ressocialização.

Direitos Humanos deveria ser uma premissa normal em nosso agir, já que, afinal, somos todos humanos. Muito se fala e muito se escreve sobre o assunto, parece que na tentativa de tornar realidade um benefício que é, realmente, benefício de todos nós, independentemente da situação de vida.

Os artigos da Declaração dos Direitos Humanos, os da Constituição Brasileira e os da Lei de Execução Penal, são para serem respeitados, mas, encontramos muitas razões para dizer que foram sistematicamente descumpridos, seja por impotência, seja por desinteresse, raras vezes por ignorância.

A respeito de punição e castigo, Foucault (1993, p. 69-70) refere que deveria existir castigo para punir o infrator, mas não com a conotação de vingança sobre o condenado. A evolução das punições, que datam do século XVIII, traz a preocupação em punir o criminoso sem justiça criminal puna em vez de se vingar. Uma necessidade de um castigo sem suplício e tratamento cruel. Diz ele que:

é preciso que a justiça criminal puna em vez de se vingar. Essa necessidade de um castigo sem suplício é formulada primeiro como um grito do coração ou da natureza indignada: no pior dos assassinos, uma coisa pelo menos deve ser respeitada quando punimos: sua 'humanidade'.

Se naquela época já havia a preocupação em punir os culpados dos delitos sem vingar-se deles, através de torturas e maus tratos acrescidos à pena que lhes eram impostas, hoje, a punição deveria ter evoluído para melhor, com um sistema corretivo, como diz Foucault (1979). Nesse caso, seria um centro de educação como aos alunos da escola, em vez de ser local de depósito humano. Acrescentaria que, se a prisão fosse um centro educativo, inclusive os guardas penitenciários seriam profissionais treinados humanisticamente; para aprenderem estratégias e técnicas a serem aplicadas no tratamento de pessoa infratora, incluindo noções de legislação e direitos humanos, entre outros conteúdos, pois a formação adequada fornece ferramentas para um melhor juízo de situações tão críticas como as que são encontradas nas prisões.

Herkenhoff (1998, p. 175-181) faz um chamamento de atenção sobre torturas e maus tratos, dizendo que “o homem é o único ser, em toda a escala animal, que

pratica a tortura”. E que “a tortura política acabou, há 30 anos, no Brasil com a queda da ditadura. Mas a tortura a presos comuns é parte integrante do cotidiano das prisões brasileiras”. Ele evoca o 5º artigo da Declaração Universal dos Direitos Humanos, bem como a Constituição Brasileira, dizendo que ambas proíbem qualquer sorte de tortura, maus tratos, castigos desumanos ou degradantes. Diz ainda que “mesmo que tenha cometido um gravíssimo delito, o homem não deixa de ser uma pessoa humana”. E “quando rebeliões em presídios constituem o cotidiano dos noticiários, os fatos parecem indicar que é dever da sociedade discutir a questão e buscar soluções”.

Os presidiários não precisam de compaixão da sociedade, nem privilégio de leis a seu favor. No entanto, frente à falta de vontade política por parte das autoridades, as leis existentes são neutralizadas. Nessa realidade, quando se poderia sonhar com a transformação dos presídios em escolas de formação? Quando o preso se tornará aluno para receber formação de cidadão?

Há, contida nesta tese, um alerta para o problema social dos encarcerados, que é um grupo humano que está aí, aumentando ano a ano, formando um contingente desassistido. A socióloga Lemgruber (1998, p. 24) refere que há, sobre prisioneiros do Brasil, “prisões superpovoadas, índices crescentes de homicídio dentro das unidades prisionais, acentuada proliferação de doenças, rebeliões, violência generalizada”. Frente a isso, considero que, como nossa formação profissional é voltada para a saúde humana, e uma vez que as consequências do aprisionamento se tornam problemas de saúde, não podemos deixar de pensar que nossa formação deve ampliar-se para abarcar situações especiais como esta apresentada.

Não há muito a comentar a partir do que consegui elaborar ou apresentar aqui sobre uma prática assistencial de enfermagem, dedicada a essa população de seres humanos, situação não familiar ao cotidiano da enfermagem, a não ser reiterar minha intenção, que foi elaborar instrumentos para a assistência, a partir das necessidades de saúde de detentos, agravadas por problemas próprios por estarem tolhidos da liberdade.

Tratando-se de uma temática como esta, o primeiro passo a ser dado é o reconhecimento do espaço prisional como mais um campo de atuação da Enfermagem. Ações abrangentes na prevenção de doenças, proteção e educação para

a saúde, assim como, assistência curativa no mais amplo espectro de necessidades de um ser humano presidiário. Considerando também suas famílias, o campo de atuação é amplo e vasto. E não é fácil, quando se esbarra também nas limitações da Saúde Pública de nosso país.

Não se tem tecnologia específica, na enfermagem, para este tipo de assistência, que requer, até certo ponto, um preparo profissional específico, para que os profissionais tenham maiores subsídios para o enfrentamento das dificuldades pessoais em relação ao contexto em que ocorrerá seu trabalho, ou por conta do convívio com pessoas que podem assumir condutas provocadoras ou inibidoras.

Os Protocolos de Enfermagem aqui propostos não surgiram ao acaso e sim como fruto de um trabalho que vem sendo desenvolvido desde 1985, e que culminou com o mestrado em 1996. Para o doutorado, refiz a trajetória da assistência voltada aos presidiários.

Baseada na revisão da literatura, onde examinei especialmente a trajetória da enfermagem como assistência, unida às idéias de Foucault, Goffman, Rogers, entre outros, vim desenvolvendo consultas e ações de enfermagem entre presidiários.

Quero registrar, entretanto, que, apesar da minha intenção de detalhar as ações de enfermagem aos presidiários e construir protocolos para a assistência, sobreve-me forte a vontade de fazer uma recomendação a quem trabalhar com presidiários. Trata-se de dizer que, por um lado, trabalhar em prisões não é nenhum “bicho papão”, pois lá encontramos gente, e entre eles, muitos jovens necessitados de orientações as mais diversas que se possa imaginar. E eles vêm de famílias muito necessitadas. Por outro lado, como dizia na revisão bibliográfica sobre o valor do ser humano, a enfermeira irá imbuída de um valor interno. Quer dizer, a moral e a ética estão presentes em todas as ações da enfermagem. Aqui, mais do que, ou tanto quanto em qualquer outro ambiente de trabalho, são imprescindíveis atitudes éticas.

Assim, o valor da pessoa humana presente e conscientizado na enfermeira certamente vai mostrar caminhos apropriados rumo à independência e auto-gestão da saúde e comportamento de seus pacientes, perpassando por atitudes éticas e de comportamento ilibado. E, então, o caminho apontado será confiável e terá crédito.

A enfermagem tem muito a ver com a possibilidades de tornar os presídios casas de formação na busca da cidadania; bastaria vontade política por parte das

autoridades para que as leis fossem obedecidas e fossem contratadas enfermeiras para cuidar da saúde dos presidiários, desde que nelas tivesse o desejo de agirem profissionalmente na prestação do cuidado terapêutico.

E aos enfermeiros que trabalharão em prisões, não é minha pretensão fornecer uma manual de protocolos para o atendimento, pois seria ingenuidade pensar que necessitam de um manual. Minha pretensão, isto sim, foi dizer que é possível trabalhar como profissional de saúde em presídio e, principalmente, se for contratada para isso e receber um salário justo e condizente com a profissão. Porque, tanto os detentos com seus familiares necessitam receber cuidados de saúde, como enfermeiros necessitam mercado de trabalho. Seguindo ou não os protocolos aqui propostos, repito, é possível atender presidiários.

Assim, minha tese se confirma, pois encontrei inúmeros problemas prisionais que requerem assistência à saúde, a qual, em grande parte, pode ser prestada por enfermeiras. Demonstrei que esses problemas requerem ações incomuns, para as quais construí protocolos norteadores, desta forma considerando os objetivos alcançados.

Espero que este trabalho seja uma contribuição efetiva, quiçá para ajudar no cuidado aos pacientes em qualquer ambiente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABBAGNANO, Nicola. Dicionário de filosofia. 2ª ed. São Paulo: Mestre Jou, 1982.
- ADORNO, Sergio. O alvo está errado. Veja. v. 28, n. 18, p.7-10, 3 maio 1995.
- ALBERGARIA, Jason. Das penas e da execução penal. Belo Horizonte: Del Rey, 1992.
- ALMEIDA, M. Cecília P. e ROCHA, Juan S. Y. O saber de enfermagem e sua dimensão prática, 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1989.
- ALMEIDA, Noely M. D'. As fábricas do crime. Veja. p. 57. 15 set/1993.
- ALZUGARAY, Domingos. História do Mundo. Guinness: enciclopédia compacta de conhecimentos gerais. São Paulo: Três, 1995.
- ANISTIA INTERNACIONAL. BRASIL: aqui ninguém dorme sossegado. Violação dos Direitos Humanos contra detentos. Sessão Brasileira da Anistia Internacional. Porto Alegre, 1999.
- BACH, Alexandre. Pesquisa traça perfil do preso gaúcho. Zero Hora. Porto Alegre, RS, 25 maio. 1995. p. 82.
- BECCARIA, Cesare. Dos delitos e das penas. 2ª ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1997.
- BÍBLIA Sagrada. Centro bíblico católico. 104ª ed. São Paulo: AM. 1996.
- BICUDO, Hélio. O Brasil cruel e sem maquiagem. São Paulo: Moderna, 1994.
- BLATTES, Sérgio. Impunidade e criminalidade. A Razão. p. 2, Opinião. Santa Maria, 06/maio./1999.
- BOFF, Leonardo. Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 1999.
- BRASIL, Direitos Humanos: novo nome da liberdade e da democracia. Brasília, 1995.

- BRASIL, Senado Federal. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988, obra coletiva. 18ª ed. São Paulo: Saraiva, 1998.
- CAPRA, F. O ponto de mutação. São Paulo: Cultrix, 1982.
- CHALHOUB, Sidney. Cidade febril: cortiços e epidemias na Corte Imperial. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.
- CNBB. A fraternidade e os encarcerados: Cristo liberta de todas as prisões. Conferência Nacional dos Bispos do Brasil. São Paulo: Salesiana Dom Bosco, 1997.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1, 1987, Brasília. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988. 27p.
- DEMO, Pedro. Ciências sociais e qualidade. São Paulo: ALMED, 1985.
- DIAS, Lygia P. M.; TRENTINI, Mercedes e SILVA, Denise G. V. da. Grupos de convivência: uma alternativa instrumental para a prática da Enfermagem. Revista texto & Contexto Enfermagem, Florianópolis, SC, v. 4, nº 1, p. 83 - 92. Jan/Jun, 1995.
- DIMENSTEIN, Gilberto. O cidadão de papel: a infância, a adolescência e os Direitos Humanos no Brasil. São Paulo: Ática, 1993.
- _____. Aprendiz do futuro: cidadania hoje e amanhã. 2ª ed. São Paulo: Ática, 1998.
- DIREITOS HUMANOS: declarações de direitos e Garantias. 2ª ed. Brasília: SenadoFederal, subsecretaria de Edições Técnicas, 1996. 354 p.
- DREYFUS, H. e RABINOW, P. Michel Foucault: uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
- DROES, N. S. Community Health Nurses in Correctional Setting. In. ARCHER, S. E. & FLESHMAN, R. P. Community Health Nursing. Third Edition. Monterey, California. Wadsworth Inc.: 1985.
- DUARTE Jr. J. Francisco. A política da loucura. 2ª ed. Campinas, SP: Papyrus, 1986.
- EGRY, Emiko Y. Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone, 1996.
- FERNANDES, Marcio. "Rebelião" de policiais gera crise em SM: chefes das cadeias gaúchas queriam reconhecer "espancadores". Diretores saem. 31 presos machucados. A Razão. Santa Maria, RS. p. 10, 24.25/04/1999.

- FERREIRA, Rosa M. F. Meninos de rua: valores e expectativas de menores marginalizados em São Paulo. São Paulo: Centro Estudos da Cultura Contemporânea, 1979.
- FOUCAULT, Michel. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- _____. Vigiar e punir: história da violência nas prisões. Petrópolis: Vozes, 1987.
- FREIRE, Paulo. Pedagogia do oprimido. 16ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.
- FREIRE, Roberto, Ame e dê vexame, 13ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1990.
- GALVÃO, A. Mesquita. Uma questão aritmética. Zero Hora. p. 11. Porto Alegre, 19/set/1994.
- GELAIN, Ivo. Repensando o enfoque da ética profissional. Revista Texto & Contexto Enfermagem, v. 3, nº 2, p. 29 - 34. Florianópolis, SC. jul/dez/1994
- GERMANO, Raimunda M. A. Educação e ideologia da enfermagem no Brasil. São Paulo: Cortez, 1984.
- GOFFMAN, Erving. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva, 1974.
- HAMURABI, Rei da Babilônia. O código de Hamurabi. Petrópolis: Vozes, 1976.
- HERKENHOFF, João B. Crime: tratamento sem prisão. 3ª ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1998.
- JAGUARIBE, Helio et al. Brasil: reforma ou caos. 6ª ed. Rio de Janeiro: Paz(e Terra, 1991.
- KOSOVSKI, Ester. Cidadania para a vítima. (entrevista), Trubuna do Advogado – OAB/RJ. 24 p. Ano XXIX. Rio de Janeiro. Fev/2000.
- LEMGRUBER, Julita. Deve haver proporção entre crime comedito e pena aplicada. (entrevista) Tribuna do Advogado - OAB/RJ. 24 p. Rio de Janeiro. Abr/1998.
- LEOPARDI, M. Tereza. Necessidade de saúde e cidadania. Revista Texto & Contexto Enfermagem, Florianópolis, SC, v. 1, n. 1, p. 54 – 73. 1992.
- _____. Ciência e arte: um diálogo possível. Revista Texto & Contexto Enfermagem. v. 5, nº 1, p. 11 – 17, Florianópolis, SC. Jan./Jun. 1996.
- _____. Entre a moral e a técnica: ambigüidades dos cuidados da enfermagem. Florianópolis: UFSC, 1994.
- LEVIN, Leah. Direitos humanos. São Paulo: Brasiliense, 1985.

- LÜDKE, Menga e ANDRÉ, M. E. D. Pesquisa em educação: abordagens qualitativa. São Paulo: EPU, 1986.
- LUNARDI, Valéria L; BARBOSA, M. R. O pensar e o fazer da prática pedagógica: a busca de uma nova enfermeira. In: SAUPE, Rosita (Org.) Educação em enfermagem. Florianópolis: UFSC, 1998.
- MACHADO (Org.) M. H; AGUDELO, M. C. C. El trabajo en enfermería. Profissões de Saúde: uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- MELO, Cristina. Divisão Social do trabalho e Enfermagem. São Paulo: Cortez, 1986.
- MENDES, E. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Ucitec, 1996.
- MICHELS, Airton. In: Resumo. A Razão. p. 4. Santa Maria, RS. 17/06/1999.
- MINAYO, M. Cecília. de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 1993.
- MORAES FILHO, Evaristo de. Juros sociais altos. Jornal do Brasil. Caderno Ideias/Ensaio. p. 4 - 5. Rio de Janeiro, 2/jun/1991.
- OLIVEIRA, Juarez de. Lei de execução penal: organização dos textos, notas remissivas e índices. 6ª ed. São Paulo: Saraiva, 1993.
- OLIVEIRA, M. Odete de. Prisão: um paradoxo social. Florianópolis: UFSC, 1984.
- PENNA, Lincol de A. A Universidade no Terceiro Milênio: a construção da dignidade humana IN: SILVA, Luiz E. P. de C. et al. Proposta para uma universidade no Terceiro Milênio. Rio de Janeiro: Fundação Universitária José Bonifácio, 1991.
- PERES, W. Troncoso. Amor Mortífero. Veja. v. 27, n. 48, p.7 – 10. 30/nov/1994.
- PIEK, Nicodemus. Impressões sobre a questão carcerária no Brasil. In: QUEIROZ, José J. (org.). As prisões, os jovens e o povo. São Paulo: Paulinas, 1985.
- PIRES, D. Hegemonia Médica na Saúde e a Enfermagem. São Paulo: cortez, 1989.
- QUEIROZ, José J. (org.). As prisões, os jovens e o povo. São Paulo: Paulinas, 1985.
- RAMOS, Graciliano. Memórias do cárcere. 15ª ed. v. 1 e 2. Rio de Janeiro: Record, 1982.

- ROGERS, Carl, R. Tornar-se pessoa. 6ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1982.
- _____. Um jeito de ser. São Paulo: EPU, 1983.
- ROLIM, M. (Org.). Relatório azul: comissão de cidadania e direitos humanos da Assembléia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, 1995.
- _____. Encarcerados. Dos Labirintos. Santa Maria, RS. Assembléia Legislativa, RS. Diretoria de Anais, 1997.
- _____. Corredor polonês. A Razão. p. 2. Santa Maria, RS. Opinião, 20/04/1999.
- ROSA, Antonio José M. F. Execução Penal. São Paulo: Revista dos tribunais, 1995.
- RUBIN, Maria Augusta S. Enfermagem atrás das grades: um relato da assistência. UFSC, 1996. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem). Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1996.
- _____. Refletindo e sonhando enfermagem. Revista Cogitare Enfermagem. UFPR. v. 2, n. 2, p. 26 - 29. Jul/dez/1997.
- RUBIN, M. A. S. e LEOPARDI, Maria Tereza. Enfermagem e a saúde dos presidiários. Revista Saúde – URCAMP. Bagé, RS. v. 2, n. 2, p. 47 - 51. Jul/Dez/1998.
- RUBIN, M. A. S. e CARVALHO, Vivina L. de. A enfermagem e os grupos humanos necessitados de reabilitação psicossocial – uma reflexão alicerçada em Foucault. Revista Alternativa de Enfermagem. Rio de Janeiro. Ano II. n. 16, p. 13 – 24. Julho/1998.
- SANTOS, Valmira dos. Buscando um referencial de cuidados integrativos, na era do marketing e comunicação. Revista Texto & Contexto Enfermagem. Florianópolis, SC. v. 2, nº 2, p. 76 - 86. Jul/dez/1993.
- SILVA, Graciette, B. da. A enfermagem profissional: análise crítica. São Paulo: Cortez, 1986.
- SILVA, J. E. A velha ordem mundial. Ncapital. p. 2. Opinião, Florianópolis, SC, 11/nov/1997.
- SAUPE, Rosita (Org.). Educação em Enfermagem. Florianópolis: UFSC, 1998.
- TELES, Antônio X. Introdução ao estudo da filosofia. 21 ed. São Paulo: Ática, 1984.
- THOMPSON, Augusto. F. G. Esforço Histórico do Direito Criminal Luso-Brasileiro. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1976.

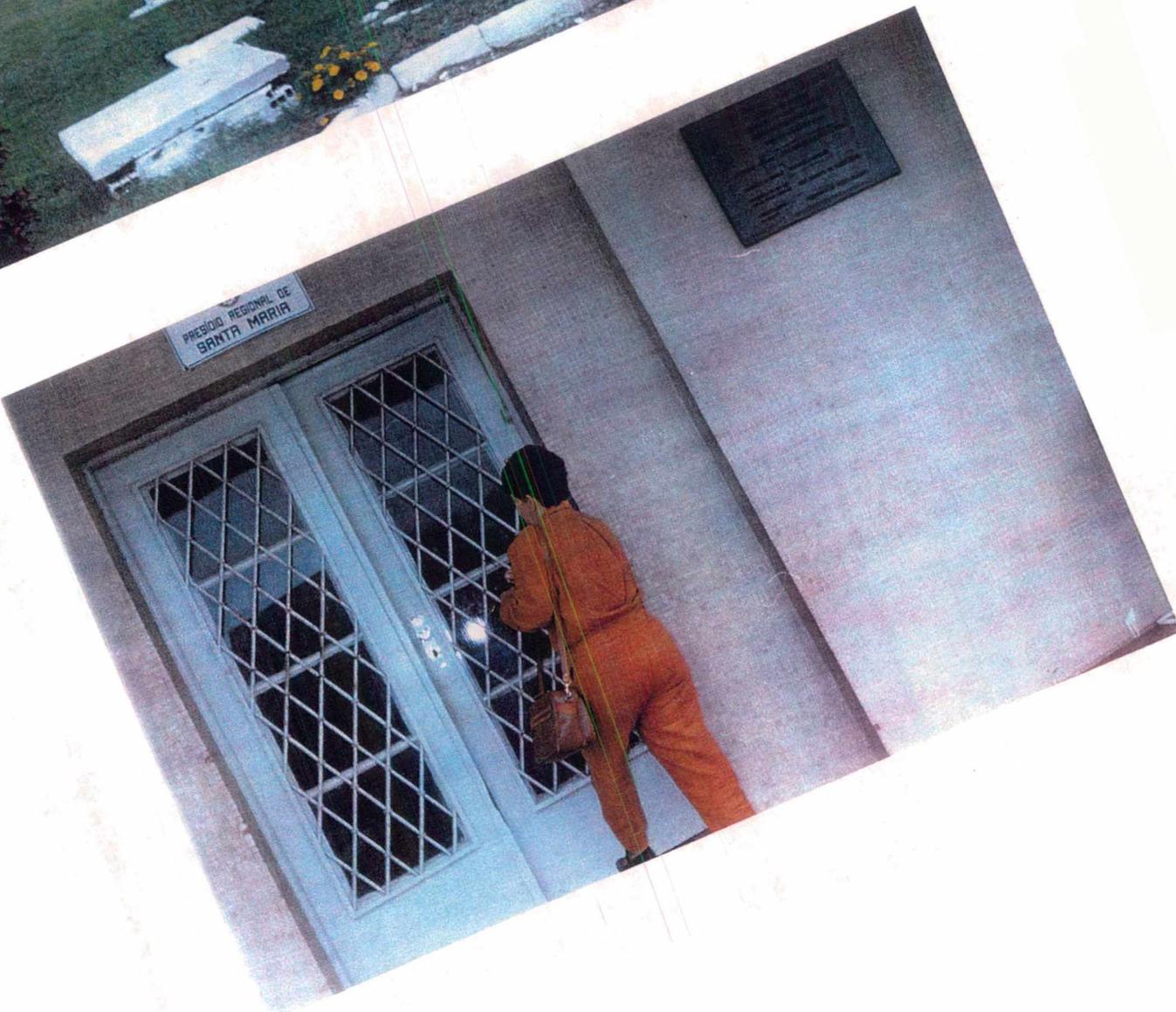
TRIVIÑOS, Augusto N. S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1992.

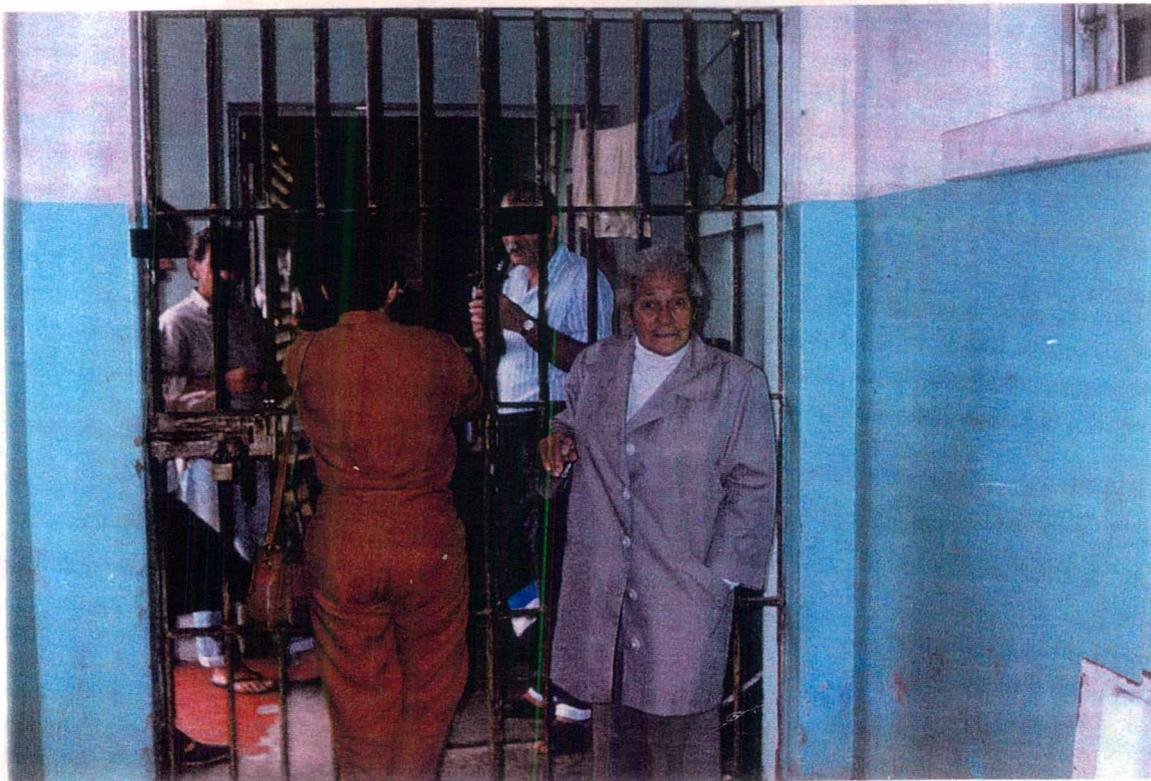
VARELLA, Drauzio. Estação Carandiru. São Paulo: Cia. das Letras, 1999.

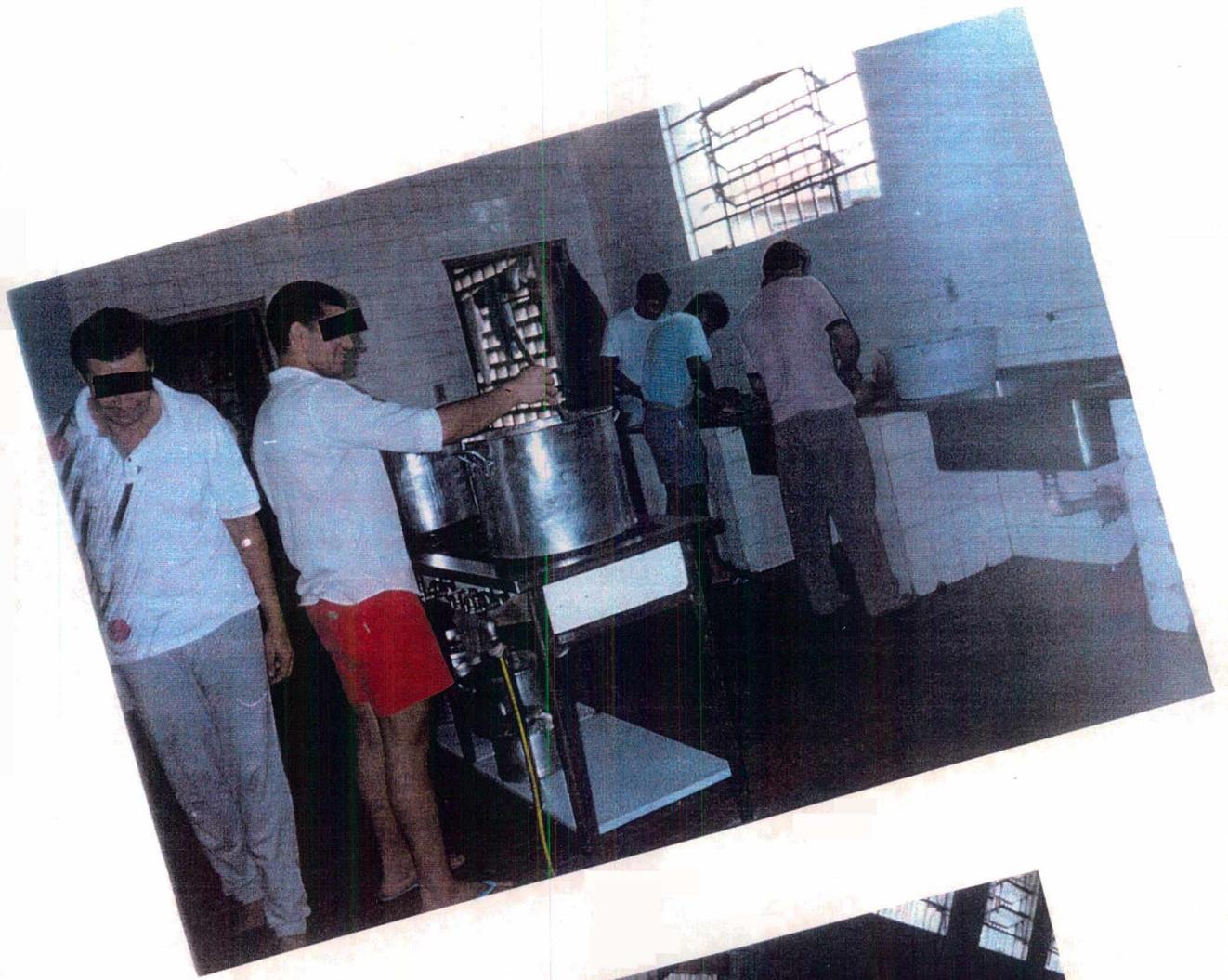
VEJA. Sem Saída: a prisão de mulheres vista por dentro. Veja. Especial. p. 87 - 111. 7/jun/1995.

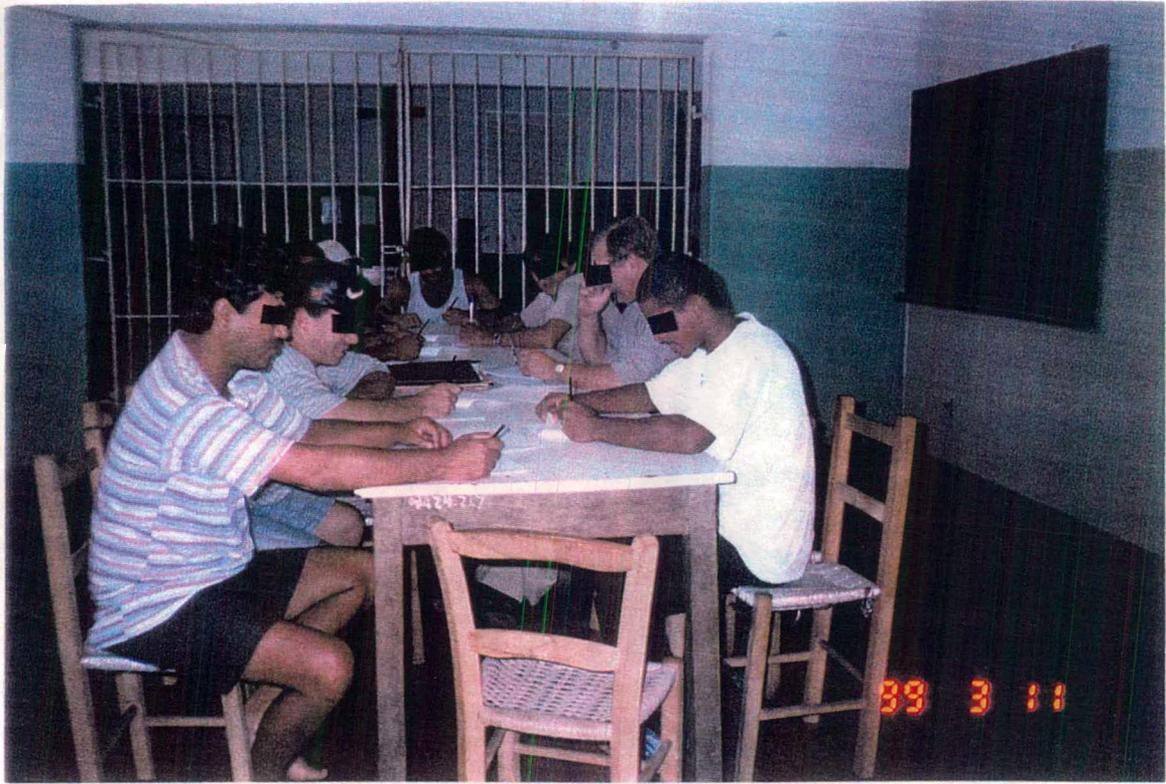
VIDAL, Marciano. Dicionário de Moral - dicionário de ética teológica. Aparecida, SP: Santuário, 1986.

ANEXO 1
FOTOS DO PRESÍDIO



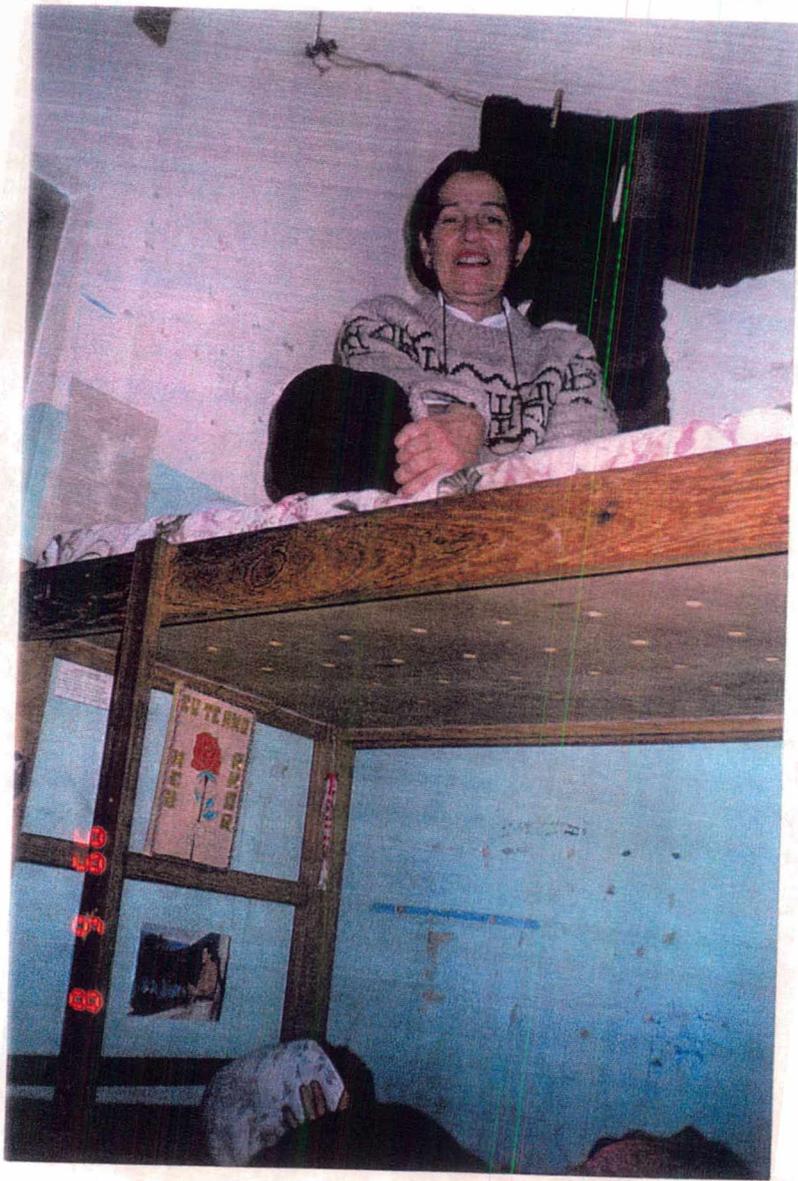






ANEXO 2
FOTOS DAS CELAS





ANEXO 3
FICHA DE CONSULTA INDIVIDUAL

1 - Rapport: Conversa para mútua identificação e estabelecimento de uma proposta de cuidados:

a) Nome:

d) Apelido

f) escolaridade

g) Estado civil:

2 - Saúde:

a) Principal problema; evolução e características

b) Outros problemas:

b.1) comuns de saúde

b.2) Prisionais

3 - Vida na prisão

3.1) Ambiente físico

3.2) Relações socio-afetivas

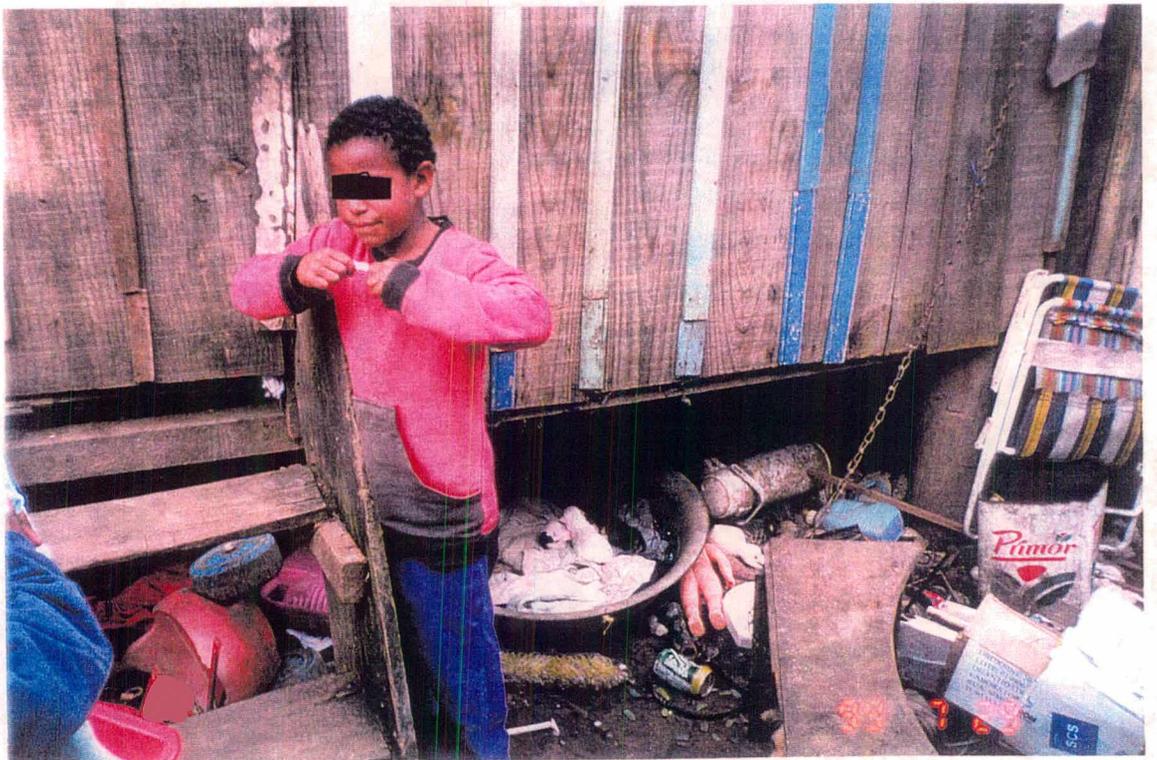
4 - Questões relacionadas com a vida fora da prisão (familiar-social)

5 - Resoluções

6 - Evoluções

7 - Agendamento

ANEXO 4
FOTOS DE FAMILIARES







ANEXO 5
VERSÃO FINAL DOS PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM

VERSÃO FINAL DOS PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM PARA ASSISTÊNCIA AOS PRESIDIÁRIOS

a – Protocolo 1 - Geral:

- 01 - Evitar minifestações de preconceitos em relação à situação do detento.
- 02 - Defender as necessidades e direitos do detento junto à direção, agentes, justiça ou outro.
- 03 - Evitar a precipitação na busca de soluções frente aos relatos dos detentos.
- 04 - Estabelecer contratos claros na relação terapêutica.
- 05 - Identificar necessidades de segurança adicional para os contatos com detentos ou seus familiares.
- 06 - Promover ações interdisciplinares e intersetoriais em relação aos problemas apresentados.
- 07 - Oferecer informações sobre rotinas genéricas do presídio, quando necessário.
- 08 - Refletir sobre sua responsabilidade com a comunidade.
- 09 - Ressignificar o sofrimento moral de estar detento.
- 10 - Ao atender grupos, ter o cuidado de seguir as regras básicas para esta atividade.
- 11 - Compreender as reações próprias a cada faixa etária.
- 12 - Sensibilizar-se frente às situações de vida do detento.
- 13 - Garantir que o detento receba tratamento necessário à sua situação de saúde.
- 14 - Encaminhar detentos para tratamentos especializados.
- 15 - Marcar presença junto aos hospitalizados e agir com interesse.
- 16 - Promover um espaço às pessoas que trabalham na instituição, para verbalizarem e refletirem os seus sentimentos e atitudes em relação aos detentos.

b - Protocolo 2 - Comunicação com a família

- 01 - Evitar juízo de valor sobre as relações familiares e valores do detento e sua família.
- 02 - Evitar aconselhamento, mas discutir alternativas.

d – Protocolo 4 - Perda da identidade

- 01 - Garantir um espaço para o atendimento, de forma a preservar sua individualidade.
- 02 - Ouvir com atenção e valorizar os relatos sobre suas vidas e outras informações.
- 03 - Chamar sempre pelo nome.
- 04 - Organizar oficinas onde possam estabelecer contatos com o seu “self”.
- 05 - Estimular o abandono de expressões como “eu era”, “eu queria”, etc. para eu sou, eu quero.
- 06 - Ajudar na identificação de objetivos pessoais.
- 07 - Comemorar os aniversários.
- 08 - Estimular o auto-cuidado corporal como parte de si próprio.
- 09 - Ao atender em grupos, ter o cuidado de ouvir um de cada vez.

e – Protocolo 5 - Sofrimento por maus tratos

- 01 - Estar atento às denúncias de maus tratos, verificando sua veracidade e buscando alternativas para evitá-los.
- 02 - Promover cuidados específicos.
- 03 - Promover programas e políticas de humanização no tratamento aos detentos.
- 04 - Ter clareza de que, o castigo da “pena privativa da liberdade”, é um sofrimento, que não inclui outras arbitrariedades que acresce a esse sofrimento.

f – Protocolo 6 - Privação de informação

- 01 - Intermediar as solicitações sobre a revisão do processo de prisão.
- 02 - Dar retorno sobre os passos que se seguem na resolução de cada problema surgido.
- 03 - Procurar respostas sobre pontos com que se comprometeu.
- 04 - Orientar para os horários das rotinas prisionais, cuja observação revertam em benefícios à saúde do detento.

comunicar.

04 - Esclarecer os problemas causados por dificuldades de interpretação e/ou comunicação.

i – Protocolo 9 - Repouso prejudicado

01 - Identificar as principais causas orgânicas e ambientais e intermediar na busca das soluções possíveis (fumaça, ventilação, odores, ruídos).

02 - Estimular para que utilizem as horas ociosas em atividades de trabalho, estudo, pátio ou outras.

03 - Ensinar técnicas de relaxamento e descontração física.

04 - Explicar as necessidades de maior conforto do detento acamado aos outros habitantes da cela.

05 - Promover a consciência coletiva no sentido de propiciar o ambiente adequado ao repouso.

j – Protocolo 10 - Precariedade dos serviços de saúde

01 - Implantar sistema de avaliação periódica de saúde.

02 - Estimular a participação em grupos de mútua ajuda.

03 - Intermediar na assistência específica necessária.

04 - Promover assistência contínua aos portadores de doenças transmissíveis e crônicas degenerativas.

05 - Criar programas de orientação especial sobre controle de natalidade às detentas(os) e seus familiares.

06 - Implantar programa de saúde da mulher no presídio.

07 - Promover programa de atenção à saúde mental.