

Para uma abordagem comunitária da saúde penitenciária

For a community-based approach of penitentiary health

Vilma Diuana de Castro¹, Alexandra Sánchez¹, Bernard Larouzé^{2,3}

Cerca de 567 mil pessoas privadas de liberdade (PPL) estavam encarceradas no Brasil em maio de 2014. Responsabilidade do Estado, a assistência à saúde dessas inúmeras pessoas, oriundas, em sua maioria, de comunidades desfavorecidas, muitas vezes com saúde precária, representa um desafio considerável. Bem como a educação e o trabalho, o acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS) faz parte do processo de “ressocialização” anunciado como prioritário pela administração penitenciária. Como para os outros cidadãos, a saúde é um direito fundamental também para as PPL confinadas em prisões geralmente insalubres e superlotadas (taxa de ocupação: 170%), um ambiente propício à difusão de doenças como a tuberculose (TB).

Como tem sido frequentemente assinalado, a saúde carcerária está em crise. Para responder a essa situação, recentemente foi lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), que institui, entre outras medidas, a transferência da responsabilidade pela saúde das PPL dos Estados para os municípios onde ficam localizadas as prisões. Dessa forma, muitos municípios deverão brevemente absorver esse componente carcerário.

Essa nova situação pode ser uma oportunidade para que os profissionais que vão reorganizar o sistema de saúde prisional possam refletir sobre as especificidades desse contexto. Em particular, as dificuldades de acesso às ações e serviços de saúde que não se limitam às barreiras impostas pelas grades e pela reduzida mobilidade dos detentos. Elas se referem também à concepção de saúde como um privilégio e não como um direito, à sua utilização como moeda de troca, à hierarquização dos riscos à vida e à saúde nesse ambiente violento que envolve conflitos e tensões entre os diferentes atores sociais que integram a vida nas prisões. A falta de informação e o medo do preconceito e da estigmatização incidem sobre o problema, tornando complexa a busca pelo serviço de saúde e a adesão ao tratamento. A restrição da autonomia das PPL limita sua participação nas ações de prevenção. Os agentes penitenciários (APs), sem informação, sentindo-se descompromissados com as ações de saúde e não se vendo beneficiados por seu trabalho, acabam por dificultar o acesso aos serviços de saúde, realizando triagens informais, muitas vezes baseadas no mérito, na disciplina e na segurança. Os profissionais de saúde, mal remunerados, com contratos de trabalho precários, são sobrecarregados e isolados nas unidades prisionais com limitadas ferramentas para diagnóstico e tratamento dos doentes e exercem suas funções no limite da ética profissional. Nesse contexto, as ações de prevenção e de promoção da saúde são negligenciadas em favor de práticas prescritivas e biomédicas.

¹Secretaria de Estado de Administração Penitenciária do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

²Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM); Institut Pierre Louis d’Épidémiologie et Santé Publique (iPLESP); Département d’Épidémiologie Sociale – Paris, France.

³Sorbonne Universités; Université Pierre et Marie Curie; iPLESP; Département d’Épidémiologie Sociale – Paris, France.

Endereço para correspondência: Vilma Diuana de Castro – Rua Conde de Bonfim, 1.140 – Tijuca – CEP: 20530-003 – Rio de Janeiro (RJ), Brasil –

E-mail: vilmadiuana@gmail.com

Para enfrentar esse problema é preciso ampliar a participação da comunidade carcerária, entendida como aqueles que vivem, trabalham e atuam de diferentes formas nesse espaço: PPL e suas famílias, APs, profissionais de saúde, assistentes sociais, professores, agentes religiosos, advogados e outros. Várias iniciativas voltadas para o controle da TB no âmbito do componente “Prisões” do Projeto Fundo Global TB demonstraram a exequibilidade e o impacto dessa abordagem. Essas iniciativas incluíram a formação e capacitação das PPL para atuarem como promotores de saúde, disseminando informação sobre a TB, colaborando na detecção de casos, melhorando a comunicação entre os detentos e o serviço de saúde. Foram criados canais de circulação de informação com a utilização de *folders*, cartazes, revistas em quadrinhos, vídeos, músicas e peças teatrais elaboradas com os detentos. Com os APs, foram realizados grupos nas unidades prisionais enfatizando a noção de saúde como um direito e um bem coletivo. A TB foi incluída nos cursos de formação de APs nas escolas penitenciárias, a partir de uma ementa que foi discutida e definida numa oficina de âmbito nacional sobre o assunto. Professores e agentes religiosos, por sua grande credibilidade junto aos detentos, foram capacitados e estimulados a atuarem como parceiros em ações de prevenção. Quanto aos profissionais de saúde, foram discutidos e definidos fluxos, normas e rotinas para racionalizar as práticas, favorecendo a integração entre os profissionais que atuam intra e extramuros.

No ambiente carcerário, o diálogo entre esses atores é complexo. Em particular, qualquer reivindicação por parte dos PPL, e até mesmo por parte dos profissionais de saúde, tende a ser considerada como falta de disciplina. Entretanto, o impacto no aumento da oferta de cuidados ficará limitado se a implementação da nova PNAISP não for acompanhada do reconhecimento das PPL como interlocutores válidos e dos vários atores da “comunidade carcerária” como parceiros nesse processo. Mais ainda, é preciso superar a indiferença da sociedade pelo que se passa atrás dos muros da prisão para que a superlotação, o desconforto, a violência e a insalubridade não sejam mais considerados como “normais” e que as PPL possam ver respeitados seus direitos à vida e à saúde em condições de dignidade.