

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA INSTITUCIONAL

MARIANA MOULIN BRUNOW FREITAS

**ENTRE MORTIFICAÇÕES E RESISTÊNCIAS:
A SAÚDE E O PSICOTRÓPICO NO SISTEMA PRISIONAL**

VITÓRIA

2013

MARIANA MOULIN BRUNOW FREITAS

**ENTRE MORTIFICAÇÕES E RESISTÊNCIAS:
A SAÚDE E O PSICOTRÓPICO NO SISTEMA PRISIONAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional do Centro de Ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Institucional.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Luciana Vieira Caliman.

VITÓRIA

2013

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

F866e Freitas, Mariana Moulin Brunow, 1986-
Entre mortificações e resistências : a saúde e o psicotrópico
no sistema prisional / Mariana Moulin Brunow Freitas. – 2013.
160 f.

Orientador: Luciana Vieira Caliman.
Dissertação (Mestrado em Psicologia Institucional) –
Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências
Humanas e Naturais.

1. Prisão. 2. Psicotrópicos. 3. Prisioneiros - Aspectos da
saúde. I. Caliman, Luciana Vieira. II. Universidade Federal do
Espírito Santo. Centro de Ciências Humanas e Naturais. III.
Título.

CDU: 159.9

MARIANA MOULIN BRUNOW FREITAS

ENTRE MORTIFICAÇÕES E RESISTÊNCIAS: A SAÚDE E O PSICOTRÓPICO NO SISTEMA PRISIONAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional do Centro de Ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Institucional.

Aprovada em 30 de agosto de 2013.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Luciana Vieira Caliman

Universidade Federal do Espírito Santo

Orientadora

Prof.^a Dr.^a Francis Sodré

Universidade Federal do Espírito Santo

Prof.^a Dr.^a Gilead Marchezi Tavares

Universidade Federal do Espírito Santo

Prof. Dr. Pedro Paulo Gastalho de Bicalho

Universidade Federal do Rio de Janeiro

AGRADECIMENTOS

A música, uma boa música, é aquela que nos faz lembrar de alguém e nos convida a dar um sorrisinho de canto de boca, uma gargalhada, um suspiro. *A música*, para pertencer a alguém, não precisa fazer sentido, é só lembrar e pronto. Apertar o peito, sabe? *A música* é um abraço, é *matar* a saudade, é uma forma de este alguém estar presente.

Durante o processo de mestrado, ou mesmo anterior a ele, várias *A música* estiveram presentes comigo, várias foram *as* lembranças, vários foram *os* abraços, *as* parcerias. Agora é o momento de agradecer. Agradecer por emprestarem *A música*, agradecer por estarem presentes. É um *obrigada por fazer parte*.

Luciana Caliman, “[...] *Dear Prudence, open up your eyes. Dear Prudence, see the sunny skies. The wind is low, the birds will sing. That you are part of everything. Dear Prudence, won’t you open up your eyes. Look around around around [...]*” (*The Beatles – Dear Prudence*). Obrigada por incentivar e me ensinar a olhar *para os lados*, foram momentos caros.

João, Jorge, Paulo e Ricardo, “[...] *I look from the wings at the play you are staging. While my guitar gently weeps. As I’m sitting here doing nothing, but aging. Still my guitar gently weeps*” (*The Beatles – While my Guitar Gently Weeps*). Obrigada *The Fab Four* por aceitar participar da pesquisa e por proporcionar encontros potentes.

Profissionais do CRE, da SEJUS e da USP, “[...] Dança na corda bamba, de sombrinha. E em cada passo, dessa linha, pode se machucar. Azar! A esperança equilibrista sabe que o show, de todo artista, tem que continuar” (Elis Regina [por] – *O bêbado e a equilibrista*). Obrigada pelo acolhimento e pela disponibilidade de fazer a pesquisa acontecer.

Francis Sodré, Gilead Tavares e Pedro Paulo Bicalho, “*Please, sir or madam, can you read my book? It took me year to write, will you take a look? [...]* *It’s a thousand pages, give or take a few. I’ll be writing more in a week or two. I can make it longer if you like the stuff. I can change it ‘round [...]*” (*The Beatles – Paperback Writer*). Obrigada por quererem fazer parte da *minha* história, é uma honra contar com vocês.

Ana Paula Louzada, Leila Machado, Lilian Margotto e M^a. Cristina Lavrador, “Levava uma vida sossegada, gostava de sombra e água fresca. Meu Deus! Quanto tempo eu passei, sem saber! [...]” (Rita Lee – Ovelha Negra). Obrigada pelos momentos em sala de aula (e os mil textos para ler).

Aline Matias, Karina Musso e Layla Fadini, “Eu prefiro ser essa metamorfose ambulante. Eu prefiro ser essa metamorfose ambulante. Do que ter aquela velha opinião formada sobre tudo. Do que ter aquela velha opinião formada sobre tudo. Eu quero dizer agora, o oposto do que disse antes [...]” (Raul Seixas – Metamorfose Ambulante). Obrigada pelos bons encontros que repercutem até hoje, pelo acreditar.

Alexandre Brito, Esmeraldina Sobral, Nathalia Domitrovic, Paula Maria Rangel, Ruy Anderson Martins e Vivian Fernanda Balbino, “*If you’re going to San Francisco, be sure to wear some flowers in your hair. If you’re going to San Francisco, you’re gonna meet some gentle people there [...]*” (Scott McKenzie – San Francisco). Obrigada por serem boas surpresas, boas *duplas*, bons ouvintes, bons leitores.

Arthur Gonçalves, Bruno Brumatte, Fernanda Gabriela Sossai, Juliana Alves, Maicon Dias, Marcus Vinicius Álvares, Mariana Dezan, Mirella Lotério, Nilda Kenupp, Renata Campbell, Rodrigo Ferreira, Vinicius Ayres Ribeiro, “*You show us everything you’ve got. You keep on dancin’ and the room gets hot. You drive us wild, we’ll drive you crazy. You say you wanna go for a spin. The party’s just begun, we’ll let you in. You drive us wild, we’ll drive you crazy [...]*” (Kiss – I Wanna Rock All Nite). Obrigada pelo rock’n’roll, pela torcida e pelo *hoje é dia de desligar!*

Adriana Dias, Andréa Monjardim, Fernando Talhate e Vitor Veiga, “[...] *They say the bad guys wear Black [...]*” (Pantera – Cowboys From Hell). Obrigada pela parceria, pelos ouvidos, pelos debates, pelas intermináveis explicações sobre *direito*, por todos esses anos.

Jamilly Oliveira e Marcelo Abelha, “[...] *I’m like evil, I get under your skin. Just like a bomb that’s ready to blow. ‘Cause I’m illegal, I got everything [...]*” (Ac/Dc – Shoot to Thrill). Obrigada pela companhia, pelo ombro, pela amizade, por apenas sentar ao meu lado.

Maria José Scardua, “[...] *They tried to make me go to rehab, but I said ‘no, no, no’. Yes, I’ve been black, but when I come back you’ll know, know, know. I ain’t got the time and if my daddy thinks I’m fine. He’s tried to make me go to rehab, but I won’t go, go, go [...]*” (Amy Winehouse – *Rehab*). Obrigada pelo visceral, pela intensidade de uma amizade, por me fazer cantar.

Carla Moulin e Marcela Moulin, “[...] A gente nem sabe que males se apronta. Fazendo de conta, fingindo esquecer. Que nada renasce antes que se acabe, e o sol que desponta tem que anoitecer. De nada adianta ficar-se de fora, a hora do sim é o descuido do não [...]” (Chico, Miúcha, Tom Jobim [por] – Sei lá... a vida tem sempre razão). Obrigada pelo cuidado, pelo respeito e pelo espaço, por torcer pelo renascimento.

Angela Maria Moulin, “[...] Maria, Maria é um dom, uma certa magia. Uma força que nos alerta. Uma mulher que merece viver e amar como outra qualquer do planeta. Maria, Maria é o som, é a cor, é o suor. É a dose mais forte e lenta. De uma gente que ri, quando deve chorar e não vive, apenas aguenta [...]” (Milton Nascimento – Maria, Maria). Obrigada, mãe. Obrigada por ser *isso* tudo, por ser só amor, por ser só paciência/impaciência, pela delicadeza.

Olavo, “*And I’d give up forever to touch you. ‘Cause I know that you feel me somehow. You’re the closet to heaven that I’ll ever be. And I don’t want to go home right now. And all I can taste is this moment. And all I can breathe is your life. And sooner or later it’s over. I just don’t want to miss you tonight [...]. I just want you to know who I am*” (Goo Goo Dolls – *Iris*). Obrigada por me ensinar a amar, a olhar, a abraçar, por confiar em um nós.

RESUMO

A *saúde* e o *uso do psicotrópico* no sistema prisional habitam um paradoxo. O sistema penitenciário, nas últimas décadas, passou por algumas transformações. No mundo, as estatísticas apontam crescimento populacional carcerário e prisões superlotadas, em condições precárias. No Brasil, a situação não é diferente: em 10 anos a população prisional brasileira duplicou e as condições de confinamento são paupérrimas, o que acaba contribuindo para a prevalência de doenças infectocontagiosas. Diante desta realidade, em 2003 homologou-se o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) que, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde, visa garantir a integralidade e a universalidade de acesso aos serviços de saúde para a população penitenciária. O estado do Espírito Santo aderiu ao PNSSP e formulou o Plano Operativo Estadual de Atenção Integral à Saúde da População Prisional (2004), contudo, foi a partir de 2010 que se efetivou o acesso aos serviços de *saúde prisional* capixaba. Neste contexto, a pesquisa de mestrado buscou investigar as práticas de saúde no sistema prisional e as formas de usos do psicotrópico por presos da Penitenciária de Segurança Máxima II (PSMA II), localizada no Complexo Penitenciário de Viana, Espírito Santo. Para tanto, foi necessário *habitar* o sistema penitenciário capixaba e realizar entrevistas semiestruturadas com profissionais da gestão de saúde prisional da Secretaria Estadual de Justiça do Espírito Santo, com profissional da área da medicina psiquiátrica e com presos da PSMA II. Dessa forma, foi possível observar que a saúde no sistema penitenciário, bem como os usos do psicotrópico, encontram-se em um espaço poroso. As práticas de saúde podem fortalecer estratégias de controle e produzir mortificação, como podem escapar dos investimentos biopolíticos e produzir resistência. O uso do medicamento psicotrópico por sujeitos privados de liberdade encontra-se nessa mesma ambivalência: podem servir como instrumentos regularizadores de captura, como podem produzir autonomia nas suas formas de uso pelos presos. Por fim, entre mortificações e resistências, afirma-se que é o próprio preso que administrará os tensionamentos desse paradoxo e irá produzir vida, potência de vida.

Palavras-chave: prisão; psicotrópico; saúde prisional.

ABSTRACT

The *health* and the *use of psychotropic* in the prison system live in paradox. The penitentiary system, during the last decades, passed through some transformations. In the world, the statistics indicate the rise of prison population and the overcrowded situation, without respectful conditions to live. In Brazil, conditions are the same: the prison population during the last ten years duplicated, the conditions of confinement are very poor and infectious diseases are very common. In front of this reality, in 2003 was approved the National Health Plan in the Prison System (NHPPS), in concord with Unified Health System, try to improve the integrality and universality health access to the prisoners. In Espírito Santo state adhered NHPPS and created the Operating State Plan of Integral Health Care of Prison Population (2004), nevertheless, only in 2010 the access to the prison health service became reality. In this context, the research of this master's degree tried to investigate the practices of health in prisional system and the way the psychotropic drugs can be used by prisoners in Maximum Security Prison II (MASP II), located in Viana, Espírito Santo. Therefore, it was necessary to *habit* the prison system and to carry out interviews with professionals in the management of prison healthcare from the State Department of Justice of Espírito Santo, with psychiatric professional and prisoners of MASP II. Thus, it was possible to observe that health in the prison system, as well as the uses of psychotropic drugs, are in a porous space. The healthcare practices can fortify strategies of control and produce mortification, as they can escape from biopolitics investments and produce resistance. The use of psychotropic by the inmates is in ambivalence: they can be adjusters' instruments of capture, as they can produce autonomy by the prisoners on their use. Finally, between mortification and resistances, is the prisoner who manages the tensions of this paradox and will produce life, powerful life.

Keywords: prison; psychotropic drug; prison health.

SUMÁRIO

1.	O COMEÇO DE UMA ESCRITA: PAPEL, LÁPIS, BORRACHA E MP3	11
1.1.	CARTA A UM AMIGO: 1º VERSO	17
1.2.	CARTA A UM AMIGO: REFRÃO	30
2.	O DESCANSO DE UMA ESCRITA: HISTÓRIA, LIVROS E PONTES	41
2.1.	MARCADOR DE PÁGINAS: IMPLICAÇÕES ENTRE A PRISÃO E A VIDA	44
2.2.	MARCADOR DE PÁGINAS: HISTÓRIA DAS PRÁTICAS DE SAÚDE NAS PRISÕES	59
2.2.1.	Estados Unidos da América	60
2.2.2.	Europa Ocidental	70
2.2.3.	Brasil	82
2.2.4.	Espírito Santo	100
2.2.4.1.	Penitenciária de Segurança Máxima II	110
3.	OS RESPINGOS DE UMA ESCRITA: DIÁRIO E OUTRAS TRILHAS SONORAS	116
3.1.	DIÁRIO DE UM CAMPO: SOLO (S)	120
4.	REFERÊNCIAS.....	148
4.1.	LISTA DE MÚSICAS	159
5.	APÊNDICE	160

1. O COMEÇO DE UMA ESCRITA: PAPEL, LÁPIS, BORRACHA E MP3¹

*I hear the train a comin', it's rolling round the bend and I ain't seen the sunshine since I don't know when. I'm stuck in Folsom prison, and time keeps draggin' on, but that train keeps a rollin' on down to San Anton [...]. Well if they'd free me from this prison, if that railroad train was mine, I bet I'd move just a little further down the line far from Folsom prison is where I want to stay and I'd let that lonesome whistle blow my blue away [...]*² (Johnny Cash – *Folsom Prison Blues*).

As linhas, os parágrafos, as folhas a seguir são rabiscos de uma dissertação de mestrado. A proposta de pesquisa teve o intuito de investigar as práticas de saúde no sistema prisional capixaba e o uso do medicamento psicotrópico por pessoas privadas de liberdade da Penitenciária de Segurança Máxima II, localizada no Complexo Penitenciário de Viana, no Espírito Santo.

Escrever sobre a prisão, narrar os seus ruídos, descrever os seus cheiros e mesmo comentar sobre as suas cores não é uma tarefa fácil. Eu apontei muitos lápis e gastei algumas borrachas. A prisão é um controverso estabelecimento, forjado com a função de privar a liberdade do indivíduo que rompeu com o *contrato social*, com o objetivo de *reformá-lo*. Ela é uma peça na maquinaria do Estado “[...] ou ainda uma empresa de modificação dos indivíduos que a privação de liberdade permite fazer funcionar no sistema legal” (FOUCAULT, 2006, p. 196).

Um espaço de controle dos corpos, de vigilância permanente, de privação de liberdade e de direitos. E é diante desta afirmação que se insere o desafio de falar sobre a saúde ou a produção de saúde nas prisões. Embora sejam escassos, estudos demonstram, devido às condições de confinamento, uma prevalência de doenças infectocontagiosas no ambiente prisional, como tuberculose, hanseníase e escabiose, como também transtornos mentais.

¹ O aparelho de mp3 é composto por músicas que estiveram presentes no processo de pesquisa e escrita da dissertação. Elas foram trazidas, mesmo que discretamente, para o texto em sua língua original, pois foi desta forma que afetou. As traduções estarão em notas de rodapé.

² “Eu ouço o trem chegando, está passando pela curva e eu não tenho visto o sol desde eu nem me lembro quando. Eu estou preso na prisão de Folsom, e o tempo continua se arrastando, mas esse trem continua passando até San Anton [...]. Bem, se eles me libertassem desta prisão, se aquele trem fosse meu, eu aposto como eu iria só mais um pouco adiante, longe da prisão de Folsom é onde quero ficar e eu ia deixar o apito levar minhas tristezas” (tradução nossa).

“As precárias condições de vida nas prisões, juntamente com condições sanitárias adversas, baixo nível socioeconômico e uso de drogas favorecem a ocorrência de adoecimento e morte [...]” (FÁVERO; MACIEL; MOREIRA, 2010, p.27). Assim, a pesquisa esteve acompanhada por algumas questões: como pensar sobre as possibilidades de produção de saúde no interior desse estabelecimento? Como propor espaços de produção de saúde ou pensar em saúde em espaços nos quais se fortalecem práticas de mortificação? Em que medida as práticas de saúde na prisão são capturadas e passam a servir (ou não) a esta lógica? O que as práticas de solicitação e dispensação de medicamentos, no âmbito da saúde prisional, têm fortalecido? A que elas têm servido e o que têm produzido?

As perguntas foram insistentes durante o percurso da pesquisa. Entretanto, para que elas tornassem essa análise possível, fez-se necessário, inicialmente, falar um pouco das prisões. Afinal, falar de *saúde* dentro de uma prisão é falar da *prisão*? Com a experiência de habitar o campo de pesquisa foi possível observar que o estabelecimento penal está para além de um local com muros de concreto, arames farpados e um grande cadeado fechado. A prisão faz parte de uma lógica punitiva que não se reduz ou não se restringe ao estabelecimento em si e à sua funcionalidade, mas que está *claramente* direcionada para determinados extratos da sociedade.

Os discursos que atravessam a prisão e a sociedade punitiva³ possuem heranças da Criminologia⁴, da Escola de Direito Penal Positivista⁵, do modelo eugênico e do movimento higienista⁶. Estes, comuns a partir do final do século XIX e início do século XX, podem refletir em uma individualização do crime e da sua pena, fortalecendo a relação causal entre criminalidade a certos indivíduos ou grupos sociais. Ou seja, apenas determinada parcela da

³ Cf. FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**. 31. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2006.

⁴ “A criminologia vai criticar a noção de livre arbítrio e de responsabilidade, mostrando que não é a razão que controla nossos atos, mas os instintos, os afetos, os atos reflexos. Há uma espécie de monstro adormecido que habita todo indivíduo, não apenas os reconhecidamente loucos, mas todos aqueles aparentemente normais e homens cidadão” (RAUTER, 2003, p. 28).

⁵ Kolker (2004, p. 174) diz que “[...] os adeptos da Escola Positiva de Direito Penal voltam-se para o homem delinquente e as características que os distinguem dos demais. Com esse objetivo tentam individualizar os fatores que condicionam o comportamento do criminoso e, apoiados em pressupostos deterministas e na noção de hereditariedade, passam a criticar a noção de livre arbítrio e a questionar a responsabilidade dos criminosos”.

⁶ O modelo eugênico é uma busca da “[...] esterilização dos chamados degenerados como profilaxia para os males sociais” e o movimento higienista “[...] irá se imiscuir nos mais diferentes setores da sociedade, redefinindo os papéis que devem desempenhar em um regime capitalista a família, a criança, a mulher, as elites e os segmentos pobres” (COIMBRA; NASCIMENTO, 2004, p. 03-04).

população acaba habitando os espaços da prisão. A aliança entre esses discursos contribuem, no Brasil, para o encarceramento de sujeitos jovens, negros e pobres (COIMBRA; NASCIMENTO, 2004).

Tal fato é perceptível de ser identificado através do contato com os dados divulgados pelo Sistema Integrado de Informações Penitenciárias – InfoPen, do Ministério da Justiça⁷. Os números demonstraram que até dezembro de 2012, a população carcerária brasileira era de 548.003 pessoas, sendo 513.713 custodiadas no Sistema Penitenciário⁸. Deste total, 51,8% eram sujeitos que se encontravam com idade entre 18-29 anos, 57,4% eram pardos/negros, 62,9% sem ou com instrução escolar de ensino fundamental incompleta e 93,8% eram homens. Estes números acabam por fatalmente retroalimentar a justificativa de que os homens jovens, pobres e pardos/negros são os mais perigosos, fortalecendo o discurso do higienismo social, na crença em *limpar* as ruas de uma epidemia de crimes cometidos por estes mesmos sujeitos.

Esses discursos também contribuíram a outro legado, ao vincularem-se às diversas estratégias de controle (quase sempre violentas) dos corpos dos sujeitos presos sob a justificativa de cura da anormalidade *delinquente* e em prol das políticas de segurança pública (KOLKER, 2004; RAUTER, 2003). No Brasil, o tratamento brutal nas prisões ainda é comum e divulgado, mesmo que timidamente, através dos meios de comunicação. Nos últimos 20 anos, foram expostas denúncias a respeito da superpopulação carcerária, estrutura física precária e maus tratos ocorridos nas penitenciárias brasileiras⁹.

Sobre a violência *permitida* dentro das prisões, lembro-me, curiosamente, de uma usuária do programa de saúde mental¹⁰ relatar, indignada, a sua experiência de ficar trancafiada em um manicômio, com todas as mazelas de viver ali. Ela disse, para o meu espanto, que ela não

⁷ BRASIL. Ministério da Justiça. **Sistema Integrado de Informações Penitenciárias**. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://www.portal.mj.gov.br>>. Acesso em 29 de jul. de 2013.

⁸ As outras 34.290 pessoas encontram-se internadas na Polícia Judiciária do Estado (Polícia Civil).

⁹ No estado do Espírito Santo, em janeiro de 2013, o presidente do Tribunal de Justiça (TJ) anunciou que iria disponibilizar para a população todos os procedimentos relativos aos casos de tortura. Para acompanhar, basta acessar o portal eletrônico do próprio TJ <<http://www.tj.es.gov.br>>, sob cuidados da Comissão de Combate à Tortura. Essa ação foi tomada após o episódio, em uma das Unidades Prisionais da região metropolitana de Vitória, onde 52 presos tiveram suas nádegas queimadas – em carne viva - após ficarem horas sentados no concreto quente. Inclusive, a página inicial do site do TJ estampou as fotos com o resultado das torturas (OFICINA DE NOTÍCIAS, 2013).

¹⁰ Encontro realizado no Rio de Janeiro, em 2012, de alguns Centros de Atenção Psicossocial de três cidades brasileiras.

era “*nenhum bandido para sofrer tanto*”. Esta frase fez com que me perdesse em alguns pensamentos e até questionar o que realmente significa a aplicação da pena de privação de liberdade. Não tenho o intuito de significar essa frase para aquela usuária, mas a mim ecoou, para além de uma crítica legítima do modelo manicomial de *tratamento* do transtorno mental, algo como “*eu não posso sofrer, mas quem cometeu um crime, sim*”. Violência e punição, a privação de direitos parece justificar-se pelo *merecimento*.

Percebe-se que a pena de privação de liberdade está repleta de práticas que se apoiam na punição sórdida do sujeito. Sobre a pena de *privação de liberdade*, Foucault (2010), durante uma entrevista realizada em 1973, ao ser questionado sobre como considerava a frase “[...] *a pena de privação de liberdade tem por objetivo essencial o benefício e a reinserção do condenado*”, disse:

Essa frase, citada atualmente pelos magistrados franceses com tanta deferência, foi formulada nos mesmos termos há mais de 150 anos. Quando se estabeleceram as prisões, era para fazer delas instrumentos de reforma. Isso fracassou. Imaginou-se que o internamento, a ruptura com o meio, a solidão, a reflexão, o trabalho obrigatório, a fiscalização contínua, as exortações morais e religiosas conduziram os condenados a se emendar. Cento e cinquenta anos de fracasso não dão ao sistema penitenciário um título para pedir que se lhe tenha confiança. Essa frase foi com frequência excessivamente repetida para que se lhe conceda ainda o menor crédito (FOUCAULT, 2010, p.65).

A questão levantada pelo entrevistador a Foucault é ainda atual. A questão da reforma moral do sujeito, através da detenção, encontra-se presente nos discursos públicos. Entretanto, o que se espera? A *reforma* moral do sujeito ou o desejo pela punição a quem *mereça*? Talvez os dois. Esse *fracasso*, como Foucault (2010) aponta, também é perceptível no Sistema Penitenciário brasileiro e, inclusive, capixaba. Entre 2002 a 2012, o Brasil passou de 239.345 para 548.003 presos, já no Espírito Santo, passou de 2.885 para 14.790 (BRASIL, 2012). Ou seja, em aproximadamente 10 anos, a população geral carcerária duplicou e a capixaba quintuplicou¹¹. Uma quantia considerável, em nome da transformação do sujeito.

¹¹De acordo com o censo 2000, a população brasileira era de 169.799.170 e a população capixaba de 3.097.232. Já no censo 2010, a população brasileira representava 190.712.713 e a população capixaba era de 3.512.612, ou seja, representando um aumento, em 10 anos, de 12,31% e 13,41% respectivamente. Nesse sentido, o aumento da população carcerária comparado com a população brasileira foi de 228% no Brasil e 512% no Espírito Santo.

As prisões no Brasil, devido a esse alto número de encarceramento e do número insuficiente de vagas, encontram-se superlotadas. Em relação ao território capixaba, conforme afirma Ribeiro Junior (2012), esse aumento está imerso em um contexto histórico-político do estado do Espírito Santo. Em 2001, o Espírito Santo se encontrava em uma crise administrativa coberta de escândalos ocasionados pelo Governo de José Ignácio Ferreira e pela Assembleia Legislativa comandada por José Carlos Gratz. A economia capixaba enfrentava um verdadeiro caos, devido a uma política coronelista e aos crimes organizados de *colarinho branco*. Em 2003, Paulo César Hartung Gomes assumiu o governo e teve a *missão* de combater este tipo de crime organizado e de reestruturar administrativamente o estado.

Em dois mandatos (2003-2006 e 2007-2010), o governo de Paulo Hartung passou por alguns grandes escândalos relacionados às políticas de segurança pública e do sistema prisional (RIBEIRO JUNIOR, 2012). Dois deles foram: a decadência do sistema penitenciário, ocasionada pela inflação da população carcerária, denunciada (2006); e a denúncia realizada pelo próprio Presidente do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCCP) às Organizações das Nações Unidas (ONU), devido às péssimas condições dos presídios capixabas (2009).

Em relação a essa última denúncia, o ex-presidente do CNPCCP Sérgio Salomão Shecaria, exprime no prefácio do livro “Encarceramento em Massa e a Criminalização da Pobreza no Espírito Santo: as políticas penitenciárias e de segurança pública do governo de Paulo Hartung (2003-2010)”, de Humberto Ribeiro Júnior, sua opinião do que viu em 2009:

Penitenciárias privadas com estrutura física irrepreensível conviviam com verdadeiras masmorras medievais. O complexo penitenciário de Viana tinha duas penitenciárias privatizadas para 277 presos cada (com 227 internos), convivendo com uma enxovia, chamada de CASCUVI (Casa de Custódia de Viana), que era de fazer inveja a Auschwitz-Birkenau, um dos piores campos de concentração nazista. O calabouço, com mais de 1.200 presos, não tinha luz (salvo das muralhas) e só tinha fornecimento de água uma hora por dia. Pessoas com doenças de pele grassavam naquele aljube. Corpos tomados por escabiose, sofrimentos evitáveis com alguns bons banhos eram encontrados naquele cárcere fétido e escuro. Pessoas morriam às escâncaras enquanto as penitenciárias privadas não tinham quaisquer excessos de presos, em face das vagas oferecidas, para que não houvesse denúncia dos contratos firmados entre o governo e empresas (RIBEIRO JUNIOR, 2012, p.13-14).

Comparar um presídio a um campo de extermínio de judeus pode ser considerado um exagero para alguns, mas questiono até que ponto eu (não) poderia afirmar isso. As mesmas denúncias que fizeram o próprio presidente do CNPCP vir de Brasília ao Espírito Santo e verificar a *falência* carcerária capixaba pessoalmente, mostraram também o descaso com os presos e o quanto eles estavam morrendo/sendo assassinados pelo próprio sistema. Foi a partir dessa denúncia realizada pelo Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária a ONU que uma série de mudanças ocorreu no território capixaba, como a desativação de contêineres que funcionavam como celas metálicas, a demolição da Casa de Custódia de Viana (CASCUVI), a construção de vários novos presídios e a inauguração da Unidade de Saúde Prisional e da Unidade de Acompanhamento de Tuberculose, ambas em Viana.

E é nesse contexto, pós-denúncia e implantação de ações, que a pesquisa se iniciou ao indagar sobre as práticas de saúde realizadas nas Unidades Prisionais, bem como os profissionais e os presos enxergavam os novos serviços de saúde oferecidos pelo sistema e como os medicamentos psicotrópicos estavam sendo utilizados pelos presos na Penitenciária de Segurança Máxima II do Espírito Santo. A pesquisa não se propôs a criticar tais práticas, mas buscou analisar as suas formas, os seus contornos, os sons periféricos. No estado capixaba são os psicotrópicos que ocupam o primeiro lugar, nos gastos, entre os recursos terapêuticos. Desta forma, foi necessário pensar o psicotrópico no interior de uma cultura farmacológica na qual a indústria farmacêutica e a lógica medicamentosa ganham força. Como aponta Rauter (2003, p. 14) “[...] Para cada síndrome, um moderno medicamento – a potente indústria farmacêutica parece ter encontrado um novo campo, o da prisão, para vender os seus produtos”.

Por fim, é importante destacar que a experiência de habitar a *prisão*, mesmo que por poucos meses, mesmo não integralmente, foi algo angustiante. Passar para o papel o cenário e as sensações sentidas, as contradições do campo e as suas violações de direitos ou mesmo os momentos dos encontros férteis, só foi possível quando percebi que poderia escrever para um leitor amigo, um companheiro. Abrir-me à experiência me possibilitou enxergar as formas endurecidas da prisão, mas não só isso: com alguns parceiros, compreendi que há algo que escapa ao engessamento prisional.

Dessa forma, a escrita foi resultado de um começo (com duas cartas), de um descanso (com algumas pausas) e de um diário. Ela fluiu como a estrutura básica de uma música, com intro, verso, refrão, ponte e solos. Cada qual com sua peculiaridade. Os sons, as letras, o aparelho de mp3 e os fones de ouvido foram grandes companheiros e contribuíram na jornada da pesquisa, que algumas vezes pareceu tão solitária. A música busca trazer o ruído, a tormenta, ela desestabiliza a quem escuta e o movimenta. Compartilhar esses momentos com um amigo, parceiro, companheiro, regida por palavras e musicalidades, fizeram da experiência de escrever uma forma de *escapar*.

1.1. CARTA A UM AMIGO: 1º VERSO

*There was a friend of mine on murder and the judge's gavel fell. Jury found him guilty, gave him sixteen years in hell. He said 'I ain't spending my life here, I ain't living alone, ain't breaking no rocks on the chain gang. I'm breakin' out and headin' home' [...]*¹² (Ac/Dc – Jailbreak)

Vitória, 14 de março de 2011¹³

Meu Caro Amigo,

Eu inicio esta carta já me desculpando. Acredito que nada reflita melhor a intensidade de uma escrita como a nossa própria grafia, contudo, a minha no decorrer desta conversa, pode nos atropelar e ficar, em alguns momentos, quase ilegível. Já no computador, depois de selecionada a fonte *Calibri* 12, adianto que esta escrita é mais do que contar uma história ou reconhecer os sentimentos que me provocaram a começá-la. Ela está para além de uma tentativa de desabafo e como diria Deleuze (2011, p. 14):

¹² "Havia um amigo meu envolvido em um assassinato e o martelo do juiz bateu. O júri o considerou culpado, e deu-lhe 16 anos no inferno. Ele disse 'Eu não vou passar minha vida aqui, eu não vou viver sozinho, não vou ficar acorrentado quebrando pedras. Eu vou fugir e voltar para casa [...]' (tradução nossa).

¹³ Essa data corresponde ao início do primeiro semestre do mestrado.

[...] A literatura aparece, então, como um empreendimento de saúde: não que o escritor tenha forçosamente uma saúde de ferro (haveria aqui a mesma ambiguidade que no atletismo), mas ele goza de uma frágil saúde irresistível, que provém do fato de ter visto e ouvido coisas demasiadamente grandes para ele, fortes demais, irrespiráveis, cuja passagem o esgota, dando-lhe contudo devires que uma gorda saúde dominante tornaria impossíveis [...].

Encontro-me com a necessidade de escrever. O conteúdo desta carta não é apenas meu, não fala só de mim, e nem mesmo as cores, os cheiros e os sons que senti, mas acho que posso emprestar as minhas mãos, por ora. *“Lend me your ears and I’ll sing you a song. And I’ll try not to sing out of key”*¹⁴. Empresto minhas mãos, minha memória e meus sentidos, compartilho algo que me é intenso. As lembranças se iniciam a partir de janeiro de 2010, quando fui contratada como psicóloga para atuar na equipe de saúde prisional no Complexo Penitenciário de Viana, do Espírito Santo.

No sistema penitenciário, há dois *cargos* possíveis de atuação para o psicólogo em uma única Unidade Prisional, que costumam ser divididos por duas áreas: saúde e justiça. Em território capixaba, atualmente, apenas os trabalhadores da área da justiça – diretamente ligados à Secretaria de Estado da Justiça, mas não concursados – possuem um “Manual de Diretrizes e Procedimentos” que indica as suas funções específicas, como a elaboração de relatórios e pareceres que serão encaminhados às varas criminais, contemplando a “[...] avaliação das condições psicológicas dos presos [...]” (ESPÍRITO SANTO, s.d., p.7). Já os psicólogos que estão na área da saúde – contratados por ONGs, OSCIPs – se reuniram ao longo do ano de 2011 para discutir sobre suas funções para a formalização do seu próprio manual, que se encontra em processo de finalização.

A entrada dos psicólogos na área da saúde prisional, no Espírito Santo, é recente. A presença deste profissional *surge* a partir da aprovação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), através da Portaria Interministerial nº 1777 de 09 de setembro de 2003 (BRASIL, 2004), no qual se estabelece uma equipe mínima de saúde para cada Unidade Prisional¹⁵. Esta equipe é necessariamente formada por um assistente social, um auxiliar de

¹⁴ “Empreste-me suas orelhas e eu cantarei uma canção para você. E eu tentarei não cantar fora do tom” (tradução nossa). The Beatles – *With a Little Help From my Friends*.

¹⁵ O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário tem como objetivo incluir no sistema de saúde os brasileiros privados de liberdade. É importante frisar que a lógica de atenção à saúde prisional está

consultório dentário, um auxiliar ou técnico de enfermagem, um enfermeiro, um médico, um psicólogo e um odontólogo. Segundo o PNSSP, cabe a uma equipe psicossocial desenvolver “[...] ações de prevenção dos agravos psicossociais decorrentes do confinamento” (BRASIL, 2004, p. 7).

E já na minha primeira semana como contratada, percebi que desenvolver *a prevenção de agravos*, conforme estabelecido pelo PNSSP e diante da imposição de *confinamento*, limitava determinados aspectos do trabalho. Indaguei-me se a produção de saúde, através da promoção do protagonismo do sujeito, naquele local, diante daquela situação, seria algo possível.

Eu, inicialmente, não tive um local exato de trabalho e desde que entrei no Complexo de Viana, também comecei a fazer parte do *confinamento*, comecei a fazer parte daquilo tudo, seguindo regras como: “não usar sapatos abertos”, “não entrar na unidade com objetos pessoais”, “não chegar próximo aos presos”, “não atender os presos por mais de 10 minutos”, “não perguntar mais do que se deve”. Adequar-me às regras, a tantas limitações e distâncias, e, *ainda*, prevenir agravos psicossociais produzidos pelo confinamento.

[...] Recusando-nos a ocupar os lugares tradicionalmente oferecidos no sistema prisional – não nos referimos apenas aos psicólogos, mas também aos guardas, carcereiros, administradores e presos – colocamo-nos diante da experimentação do diferente, da criação de outros sentidos, novos territórios. Ao querermos ser meros funcionários do cárcere, e para isso, se faz mister analisar as nossas implicações como uma prática do cotidiano, questionando a demanda institucional que é dirigida ao psicólogo. Do contrário, estaremos reproduzindo os dispositivos de captura e de controle [...] (BICALHO; ROSSOTTI, 2012, p. 8).

Diante de tantas impossibilidades, comecei a questionar sobre como gostaria de conduzir o meu trabalho. “*Pray tomorrow gets me higher*”¹⁶. A possibilidade de ser capturada por todo o movimento institucional não podia ser ignorada e nem mesmo deixar de problematizar os motivos de ter sido contratada para atender tão rapidamente cada pessoa. Como era a cena diária, nos primeiros dias? Os profissionais de saúde eram encaminhados a uma Unidade

fundamentada pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, reforçando, assim, a universalidade de acesso aos serviços de saúde. O PNSSP visa garantir a promoção de saúde, a prevenção e recuperação de agravos – para tanto, cada equipe mínima, de 20 horas, é responsável por até 500 presos, caso a Unidade Prisional supere este número deverá contratar uma nova equipe.

¹⁶ “Rezando para que o amanhã me deixe mais animado” (tradução nossa). Queen – *Under Pressure*.

Prisional (a ser) desativada e sentavam em um banco comprido, um do lado do outro. Separados por uma mesa, sentavam-se de frente para os presos que respondiam as perguntas (previamente construídas por alguém da SEJUS) de cada profissional. Os números começaram a se sobressair, e ficava claro que o que realmente importava era a quantidade de pessoas atendidas no fim do dia.

Não, eu não concordava com aquilo, Meu Caro. Eu não poderia trabalhar apenas em função de números, não queria fazer parte da manutenção do *status quo* daquela instituição de sequestro¹⁷ e nem de toda normalização e institucionalização que ela permitia operar em seu interior. Após poucas semanas de trabalho, ainda sem definição em qual Unidade Prisional iria atuar, a explicação para tamanho *desespero* e *urgência* para efetivação dos *acolhimentos/atendimentos* de saúde que os profissionais de saúde obtiveram foi: precisavam de números para que não perdesse o financiamento do Governo. Vale dizer que as ações de saúde no sistema prisional são realizadas através de recurso federal e existem metas pré-estabelecidas para que esse seja concedido. Ao tornar-se uma justificativa *plausível*, resolvi investir e continuar trabalhando e, finalmente, definiram o meu local de trabalho: a Unidade de Saúde Prisional.

Foi nesse momento que comecei a perceber o Complexo Penitenciário como um todo; alguns sons começaram a aparecer, conheci novos cheiros e notei uma coloração cinza constante. Os cheiros, as cores e os sons já se iniciavam nos portões de entrada com seus agentes penitenciários armados. As sensações sentidas se chocavam com as do início da trajetória, iniciada desde Vitória, em direção a Viana - 16 km; 1 hora e 30 minutos de ônibus¹⁸. “*Living easy, livin’ free. Season ticket, on a one, way ride. Asking nothing, leave me be. Taking everything in my stride*”¹⁹. Era uma longa estrada, com trânsito caótico e dois ônibus lotados: o primeiro de Vitória ao Terminal Campo Grande/Cariacica e o outro do Terminal Campo Grande rumo à Casa de Custódia/Viana.

¹⁷ Foucault (2009) utiliza-se do termo *instituições de sequestro* para falar da captura de determinadas instituições (como hospitais, escola, conventos e prisões, por exemplo), em um espaço organizado de forma disciplinar, com a finalidade da normalização. A prisão é a materialização máxima dessa captura. Os processos de institucionalização e normalização em voga no próprio estabelecimento penal fortalece sua função de sequestro.

¹⁸ Conforme a Lei de Execução Penal (1984), Artigo 90º “A penitenciária de homens será construída, em local afastado do centro urbano, à distância que não restrinja a visitação”.

¹⁹ “Vivendo fácil, vivendo livre. Um bilhete, uma viagem só de ida. Sem perguntas, me deixe viver. Pegando tudo em meu caminho” (tradução nossa). Ac/Dc – *Highway to Hell*.

O segundo ônibus era o que chamava mais atenção, por sua diferente *roupagem*: é a única linha que atende o público até o Complexo Penitenciário de Viana, saindo do Terminal de Campo Grande a cada hora, ocupado por diferentes sujeitos, com o mesmo destino. São presos que cumprem regime semiaberto, agentes penitenciários, trabalhadores da SEJUS, trabalhadores da Saúde, familiares dos presos, sujeitos que prestam assistência religiosa e outros. Grupos que dificilmente se misturavam.

O caminho perpassava por paisagens do concreto ao verde, do engarrafamento às pastagens de gado, saindo do centro urbano, passando por indústrias que emitiam desde o aroma do café a ração para animais. Cada vez mais próximo às entradas do Complexo Penitenciário, o rural com seu cheiro de mato já nos advertia: estávamos cada vez mais longe da cidade. Chegando aos portões, cada um já tinha que estar com o documento de identificação em mãos – apenas para o agente penitenciário conferir –, e quem não estivesse era obrigado a deixar a viagem. Diferente de todo o visual da estrada, o ônibus entrava em um campo de terra seca, composta por uma Unidade de Saúde Prisional, uma Unidade de Acompanhamento de Tuberculose, seis Unidades Prisionais administradas pela SEJUS (Casa de Custódia de Viana, Centro de Triagem de Viana-2008, Centro de Detenção Provisória de Viana II-2010, Penitenciárias de Segurança Média I-2000 e Penitenciária de Segurança Máxima II-2007) e duas administradas por empresa privada (Penitenciária de Segurança Média II-2004 e Máxima I-2001).

Minuciosamente vigiados, entrávamos em um campo onde as câmeras nos *olhavam* e o fluxo de aparelhos móveis era controlado, inclusive através da captação das conversas telefônicas. A sensação de estar sendo observada/perseguida era instantânea. Olhava para os lados e percebia: iniciava-se uma transformação, calculavam-se os movimentos e as falas para que estes não dessem indício a nenhuma má interpretação. O barulho dentro do ônibus, que existia devido às conversas, cessava. Os grupos iam aderindo características que, em tese, lhes pertenciam.

[...] É enquanto indivíduo que se entra na escola, é enquanto indivíduo que se entra no hospital, ou que se entra na prisão. A prisão, o hospital, a escola, a oficina não são formas de vigilância do próprio grupo. É a estrutura de vigilância que, chamando para si os indivíduos, tomando-os individualmente, integrando-os, vai constituir-los secundariamente enquanto grupo [...] (FOUCAULT, 2005a. p.113)

As expectativas que giram em torno dos nossos comportamentos são tecnicamente impostas no primeiro dia em que se entra na prisão. As normas são passadas logo de imediato: dos assistentes sociais aos familiares, dos chefes de segurança aos trabalhadores. Meu Amigo, acredito que jamais poderei simplificar o quanto é sufocante calcular cada movimento, expressão, fala. *“Sitting on the bed or lying wide awake. There’s demons in my head and it’s more than I can take”*²⁰. O sistema me *induzia* ser um sujeito irreconhecível, que adentrava em um processo de engessamento, colando a prisão em mim. É difícil resistir, acreditava que por estar trabalhando em um local *da saúde*, em uma equipe de saúde, os cansativos procedimentos não se fariam tão presentes. Considerava que, por mais que estivesse ligada ao estabelecimento prisional, trabalhar no âmbito da saúde traria mais leveza à situação. Ou, melhor dizendo, *eu* quis pensar assim.

Na verdade, considerei que por não estar de fato *dentro* de uma Unidade Prisional as coisas seriam diferentes, mas, de qualquer forma, eu ainda estava *dentro* do Complexo Penitenciário. É importante dizer que a USP era composta pela equipe mínima estabelecida pelo Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário e funcionava por 40 horas semanais. Ela era dividida por salas de atendimento médico, fisioterapêutico, psicológico e social; além destas, também salas de emergência, farmácia, enfermarias e administrativo. Em formato oval, apresentava em seu centro uma grande cela, parecida com um aviário, onde ficavam os presos com marca-passo e sem algemas. *“If I leave here tomorrow, would you still remember me? For I must be traveling on, now, ‘cause there’s too many places I’ve got to see”*²¹.

Diferente de todas as Unidades Prisionais onde as questões de segurança já estavam minimamente estabelecidas, a Unidade de Saúde Prisional tornou-se um caso à parte. O local no qual funciona a Unidade de Saúde Prisional era anteriormente uma das Unidades Prisionais do Complexo Penitenciário de Viana. O prédio foi reformado e adequado para o funcionamento de uma unidade de saúde, com projetos futuros de se transformar em uma Unidade de Pronto Atendimento. Como as Penitenciárias de Segurança Média I (PSME I) e Segurança Máxima II (PSMA II) não possuíam capacidade arquitetônica para receber uma equipe da área da saúde, a USP foi designada para atender toda a população destas. Por ser

²⁰ “Sentando na cama ou deitado ainda acordado. Há demônios na minha cabeça e é mais do que posso suportar” (tradução nossa). The Offspring – *Gotta Getta Away*.

²¹ “Se eu for embora daqui amanhã, você ainda se lembraria de mim? Pois devo seguir viagem, agora, porque há muitos lugares que preciso ver” (tradução nossa). Lynyrd Skynyrd – *Free Bird*.

uma Unidade de Saúde e não uma Unidade Prisional, as regras de segurança eram diferentes, e não objetivavam o mesmo rigor. O controle da segurança foi sendo construído, de certa forma, com as preferências da equipe técnica.

Por medida de segurança, inicialmente, foi estabelecido que todos os presos deveriam andar algemados com as mãos para trás e com marca-passos nos calcanhares. Contudo, esta regra começou a ser questionada tanto pelos presos quanto pelos agentes penitenciários. Como a USP atendia presos de diferentes níveis de segurança, achavam que essa condição era rigorosa demais para os presos em regimes mais brandos. A respeito das algemas, de qualquer forma, sempre se gerava uma situação peculiar nos atendimentos psicológicos: como o preso, ao sair da cela era necessariamente algemado para trás, os atendimentos individuais ou em grupo também eram realizados com os sujeitos algemados desta maneira. Uma situação desconfortável, no mínimo. Quando eu questionava sobre esta necessidade, as justificativas eram sempre em nome da segurança dos profissionais, da equipe como um todo e em nome do próprio Complexo, para evitar possíveis reféns e/ou fugas.

Essa *precaução*, de todos os presos serem algemados para trás e com marca-passos nos atendimentos, era particular devido a Unidade de Saúde Prisional atender os presos da Penitenciária de Segurança Máxima II, presídio no qual, em tese, são abrigados os presos de maior periculosidade do estado. Nele, a tipificação penal mais comum era, em 2010, de presos envolvidos com o tráfico de drogas. De qualquer forma, a dimensão do que era a PSMA II só ocorreu quando fiz minha primeira visita. Eu já estava na USP há uma semana e nem imaginava o que veria²². *“The man the authorities came to blame, for somethin’ that he never done. Put in a prison cell, but one time he could-a been the champion of the world”*²³. Os barulhos, os gritos, as cores, os labirintos e, principalmente, o cheiro do local... São indescritíveis.

A PSMA II é uma prisão extremamente *tecnológica*, e já na entrada se percebe que existe uma sala de operação que comanda as aberturas das portas externas: uma porta só abre se a anterior fechar. Após uma breve revista, eu estava apta a entrar nas dependências do

²² É importante frisar que a equipe de saúde encontra-se apenas na USP, o dia da visita foi apenas para conhecer a PSMA II.

²³ “O homem que as autoridades acabaram culpando, por algo que ele nunca fez. Colocado em uma cela, mas houve um tempo que ele poderia ter sido o campeão do mundo” (tradução nossa). Bob Dylan - *Hurricane*

presídio. A parte externa dá uma falsa sensação de acolhimento, já que existem pequenos jardins e uns cachorros adotados pelos agentes penitenciários. Cada vez que se entra, em direção as galerias que se encontram os presos, a sensação era de estar imersa em um grande labirinto e quanto mais se entra, mais as narinas queimavam com a mistura de cheiro da sujeira com creolina.

[...] Nossas prisões são muito diferentes do que estabelece a lei [...]. Passam (os presos) meses ou anos em celas absolutamente desumanas e infestadas de baratas, ratos e fezes de pombos; são expostos a todo tipo de violência (entre os próprios presos ou por parte do próprio corpo funcional); geralmente recebem alimentação insuficiente de má qualidade, sem falar nas muitas vezes que esta é deixada intencionalmente ao sol para que se estrague [...] (KOLKER, 2004, p.196).

Ser *hi-tech* não é sinônimo de local minimamente salubre ou livre desses tipos de problemas citados pela autora acima. A tecnologia está a serviço da vigilância e do controle. A estrutura física das celas da PSMA II até podia não estar em ruínas, mas problemas como a presença de insetos parasitários e a alimentação de má qualidade eram fatos. Apesar de ter frequentado poucos lugares da Máxima II, fiquei com a sensação de que precisava higienizar/desinfetar cada parte de meu corpo. Os cheiros de comida das marmitas do almoço e da creolina, misturada à sujeira aparente, além da eterna sensação de ser atacada por pulgas, fez com que meu corpo tivesse vários espasmos. Eu não saberia descrever o tipo de sujeira, não era algo como um lixo para todos os lados, mas um acúmulo de pó, de restos de alguma coisa. Só sei que, ali, dava-me arrepios.

Ainda durante a visita, passando por alguns corredores, estive presente durante o retorno do banho de sol de alguns presos e isso ocorreu da seguinte maneira: eles se apresentaram diante do espelho (espelhado em falso, onde os presos não conseguem enxergar quem está por trás dele) de frente, retiraram a roupa, as jogaram agachados e de costas, por um buraco que se encontrava ao lado do vidro. Ficar nu é necessário e constante – se existe algum procedimento de segurança, a primeira coisa que tiram é a roupa. Em seguida, ao se constatar que o preso não violou nenhuma regra, ele segue para o banho onde o chuveiro funciona por um tempo de 60 a 120 segundos. E era um novo cheiro, meu amigo, e também não foi agradável.

O meu corpo *sentiu* demais em uma única visita. Entrar na Máxima II, ver as galerias, sentir aqueles odores, ver os sujeitos em um nu violentado e em um estado de desconfiança atroz por 24 horas por dia me fizeram pensar que:

[...] Supostamente o papel da instituição carcerária é o da ressocialização. No entanto, as condições subumanas e o não estímulo a qualquer outra atividade, sem ser o ócio, deixam claro que não há um interesse econômico e social para que estes indivíduos voltem à sociedade, nem um investimento para tal [...] (BICALHO, *et al.*, 2010, p.18).

Aos poucos percebi que trabalhar em um local, no qual deveria atuar como facilitador da promoção de saúde e da prevenção de agravos, não garantia que as ações realizadas deixariam de ratificar toda uma lógica prisional, pautada no desrespeito, na violência silenciadora, no discurso microfascista²⁴. Reclamações de dores, sofrimento, cansaço eram tidas como inconvenientes, como se o sujeito quisesse chamar a atenção. E se o fosse? O preso incomodava, “*ele não tem direito a reclamar*”. Ter acesso à saúde, mesmo na forma da USP, era considerado como um luxo, um benefício por bom comportamento. Bem, essa era a minha percepção.

Caríssimo, falar em saúde nas prisões ainda é um grande desafio, estamos diante de um cenário de exclusão total. Uma considerável parte da sociedade acredita que se deva negar os direitos fundamentais daqueles que cometeram algum tipo de crime. E a isso eles chamam de justiça: além de ser banido de um coletivo, o indivíduo deve passar por uma nova forma de *suplício* – “[...] uma economia dos direitos suspensos” (FOUCAULT, 2006, p.14), concretizada através da *ausência/forma de estar presente* do Estado na assistência à saúde.

E o que restava para mim? Inexplicáveis eram os encontros com os presos, mesmo diante de tanto descaso e humilhações diárias. As lembranças não são só ruins. Naquela época e ainda agora há momentos de sorrisos de canto de boca. Existem também memórias de algumas risadas, de leveza após escutar uma boa piada ou uma boa conversa. Escutar suas histórias de vida, antes de serem presos ou as histórias a partir do presídio era inquietante,

²⁴ Foucault em “Introdução à vida não fascista”, fala de um fascismo que “[...] está em nós todos, que martela nossos espíritos e nossas condutas cotidianas, o fascismo que nos faz amar o poder, desejar esta coisa que nos domina e nos explora” (2004, p.05). Ou seja, nossas práticas são capturadas pelo discurso do poder que violenta, totaliza.

envolvente, interessante. “*What will you do when you get lonely and nobody’s waiting by your side?*”²⁵. Eu me sentia confusa: presenciei situações revoltantes, mas também vivenciei bons encontros.

Além disso, eu estava diante de uma situação problemática, percebia que investimentos na área da saúde estavam ocorrendo, mesmo que de forma incipiente. Contudo, eu me questionava justamente sobre as práticas que estavam ocorrendo em nome dessa saúde prisional. É notório que no sistema prisional são comuns doenças infectocontagiosas, como tuberculose, hanseníase e escabiose. Estas ocorrem devido ao confinamento obrigatório, superpopulação e má higiene. Diante desta característica, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário estabelece ações e metas justamente para erradicação dessas enfermidades.

O PNSSP propõe como resultado, por exemplo, “[...] implantação de ações de controle da tuberculose (TB) em 100% das unidades penitenciárias; diagnóstico de 100% dos casos existentes e cura de pelo menos 85% dos casos novos descobertos [...]” (BRASIL, 2004, p. 34). Em 2010, o sujeito diagnosticado com TB era levado à Unidade de Acompanhamento de Tuberculose e lá era atendido pela equipe de saúde da Unidade de Saúde Prisional. Devido a TB ser uma doença infectocontagiosa, todas as visitas do preso eram suspensas por 21 dias. E nem todos os presos recebiam essa notícia muito bem, alguns diziam que não iriam tomar o medicamento – e eis o momento que as práticas se tornam *confusas*.

Quando o preso se recusava a tomar a medicação, o enfermeiro tentava dissuadi-lo da ideia com as explicações técnicas. Caso não desse certo o psicólogo era imediatamente convocado. Se a negativa continuasse, o Diretor da Unidade de Saúde realizava a última conversa. Todavia, caso o sujeito ainda recusasse realizar o tratamento, como já ocorreu, havia a possibilidade de interferência policial. Eu nunca vi nada disso, mas escutei as mais mirabolantes formas de *adesões* aos tratamentos de saúde.

A saúde é um direito do preso, como também é negar-se a participar de qualquer ação ou submeter-se a um tratamento, *desde que* não prejudique outrem. Eu consigo compreender, também, que quando PNSSP foi formulado, possivelmente, os responsáveis não poderiam

²⁵ “O que você fará quando se sentir sozinho e ninguém estiver esperando ao seu lado?” (tradução nossa). Eric Clapton – *Layla*.

imaginar o que seria empreendido para o cumprimento das metas. Por outro lado, o sujeito quando comete um crime e é condenado perde sua liberdade, mas alguns dos seus direitos civis estão *garantidos*. Na própria Constituição Federal Brasileira²⁶ está escrito que o preso possui direito à educação, à saúde, ao trabalho, etc.; já a Lei de nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 regulamenta as ações dos serviços de saúde e o dever do Estado em garantir às pessoas e à coletividade o bem-estar biopsicossocial. Diante de duas leis que possuem um *peso* significativo, questiono qual é exatamente o motivo da aprovação – um pouco mais de uma década depois que foram homologadas – do próprio PNSSP. É uma sensação de certo excesso de leis para *garantir* uma mesma coisa, fazer efetivar algo já previsto em lei, conferir um novo significado ao que já deveria ter sido aplicado.

Em 2010, a situação era a seguinte no Espírito Santo: em nome do cumprimento de metas estabelecidas pelo Plano Nacional, o sujeito custodiado e condenado pelo Estado era obrigado, de certa forma, a se submeter à *saúde penitenciária*.

[...] temos uma tecnologia que, por sua vez, é centrada não no corpo, mas na vida; uma tecnologia que agrupa os efeitos de massas próprios de uma população, que procura controlar a série de eventos fortuitos que podem ocorrer numa massa viva; uma tecnologia que procura controlar (eventualmente modificar) a probabilidade desses eventos, em todo caso em compensar seus efeitos [...] (FOUCAULT, 2005b, p.297).

Um paradoxo habita essa saúde: da mesma forma que se apresenta como protetora, também é impositiva. Estamos diante de argumentos voltados para a linha do *direito*. O preso tem direito à saúde²⁷, e logo se formaliza o PNSSP que possui um conjunto de normas e regras voltadas para o bem-estar daquele sujeito que se encontra na prisão. Por outro lado, o preso está sob a tutela do Estado e deve agir em consonância a determinados regulamentos, em prol do bem-estar coletivo. A situação do sujeito privado de liberdade é peculiar, pois, devido a algo que possa prejudicar a população carcerária como um todo, ele é obrigado a participar de certas ações de saúde. Ou, por exemplo, quando este se nega a

²⁶ Além da Constituição da República Federal, a garantia à saúde aos presos encontra-se, também, na Lei de Execuções Penais, nas Regras Mínimas para o Tratamento de Prisioneiros da ONU (1955) e nas Regras Mínimas de Tratamento dos Presos no Brasil (1994).

²⁷ Na Constituição, o Artigo 5º; Inciso XLIX diz “[...] é assegurado aos presos o respeito à integridade física e moral”. Pela Lei de Execução Penal (1984), no Artigo 38º; “o preso conserva todos os direitos não atingidos pela perda da liberdade, impondo-se a todas as autoridades o respeito à sua integridade física e moral” (BRASIL, 1940).

fazer algum tratamento que não prejudique este coletivo, o Estado – para se isentar de responsabilidade, já que é dever deste garantir atenção à saúde – obriga o preso a assinar um termo de recusa de atendimento.

A partir de certa forma de operacionalizar a distribuição dos presos e definir suas funções e práticas, a assistência à saúde, dita aqui ainda em forma de vigilância, vinha se tornando cada vez mais uma medida de controle da população penitenciária. As próprias justificativas para a realização de alguns procedimentos disciplinares em cela passaram a ser em nome de um *bem-estar* populacional e individual. Saúde e Segurança tornaram-se parceiras. Em nome de evitar uma possível doença ou *transgressão*, as forças de ambas se uniram.

Nesse contexto, enquanto psicóloga da USP, percebi, dentre as diversas práticas realizadas ali, um possível movimento de efetivação de uma política medicamentosa, de solicitação e dispensação de substâncias psicoativas, reproduzida por alguns profissionais, agentes penitenciários, profissionais da área de saúde e também pelos próprios presos. À primeira vista, este movimento parecia ter o intuito de gerar certo *conforto institucional*. Naquela época, considerei que tal política medicamentosa sustentava-se na crença: *sujeitos medicados, cadeia silenciosa*. Em 2010, os presos e alguns profissionais solicitavam constantemente psicotrópicos²⁸ benzodiazepínicos²⁹. Em 2010, a lista de pessoas da PSMA II que faziam uso de, no mínimo, um psicotrópico era de 71 pessoas para um total de 321 presos.

Os presos solicitavam, os profissionais da saúde indicavam, os médicos prescreviam. Será que a prisão se configurara como mais um espaço de alargamento e infiltração de um movimento de medicação e medicalização da vida e da sociedade? Medicalização do crime e do criminoso que incita uma política de saúde estritamente medicamentosa também na prisão como uma instituição de sequestro? Um *provocar* silêncios mascarado de cuidado de saúde? O consumo de psicotrópicos poderia ser um analisador das práticas da Unidade de Saúde Prisional ou da Penitenciária de Segurança Máxima II?

²⁸ Conforme a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, o psicotrópico é a substância que pode causar dependência física ou psíquica. Os medicamentos comercializados mais comuns possuem a função ansiolítica, antidepressiva, anticonvulsivante, estimulante, entre outros (BRASIL, acesso online em 23 de julho de 2013).

²⁹ Os benzodiazepínicos são substâncias que possuem propriedades ansiolítica, sedativa, relaxante muscular, anticonvulsivante e hipnótico. O grupo dos benzodiazepínicos é extenso, sendo os medicamentos mais conhecidos, por exemplo: Bromazepam (Lexotam®), Clonazepam (Rivotril®), Diazepam (Valium®), Flunitrazepam (Rohypnol®), Midazolam (Dormonid®).

No entanto, fui notando que aqueles que recebiam o medicamento ou não tomavam todos ou não os tomavam todos os dias. Se a dispensa de psicotrópicos, via USP, revelava movimentos medicalizantes na saúde prisional, não era só isso que ele atualizava e permitia acontecer. Em posse do medicamento, na Penitenciária de Segurança Máxima II o medicamento se configurava em uma nova roupagem, estabelecida pelos próprios presos: ele também funcionava como moeda de troca entre eles e isso aparentava ser constante. O *valor* da pílula era estabelecido pelos próprios, bem como o funcionamento desta troca. Caso algum preso fosse pego com o medicamento (já que este deveria ser tomado no momento da entrega pelo técnico de enfermagem), sofria uma sanção disciplinar – o que para muitos, valia o risco. Ao longo dos meses em que trabalhei na Unidade de Saúde Prisional, percebi que o uso do medicamento ou mesmo essa troca foi ganhando vários significados.

A questão medicamentosa *denunciava* algo mais que um processo de medicamentação coletiva, embora isto também ocorresse. “*I won’t close my eyes, I can’t close my eyes*”³⁰. O psicotrópico diante daquele contexto falava sobre o próprio funcionamento da Unidade de Saúde Prisional e da Penitenciária de Segurança Máxima II. A Direção de Saúde Prisional estabeleceu aos psicólogos que realizassem ações visando à diminuição/exterminação do uso desse medicamento *nessa* Unidade Prisional. Perguntava-me o intuito destas ações, se era esse mesmo o problema, se era mesmo necessário ser tão ortodoxo. O objetivo era a punição, o controle, a redução dos gastos ou, de fato, a promoção de saúde?

O psicotrópico, bem como suas formas de uso, se tornou um dispositivo para analisar o sistema prisional capixaba, mais especificamente os de regime de segurança máxima. Por parte dos presos, a forma autônoma de lidar com o psicotrópico ou até mesmo de utilizá-lo como moeda de troca para benefício próprio ocorriam, segundo o que eu conseguia perceber, em momentos de necessidade de se *desconectar* do engessado, de experimentar outras formas de se sentir vivo. A troca do psicotrópico por favores era uma forma de se desprender das limitações da privação de liberdade: “*eu troco meu psicotrópico por seu doce do almoço*”; “*eu, que fui abandonado por minha família, troco meu psicotrópico por um contato da sua família com a minha*”. Ou, até mesmo, utilizar-se do medicamento não por

³⁰ “Eu não vou fechar meus olhos, eu não posso fechar meus olhos” (tradução nossa). Alice Cooper – *Can’t Sleep Clowns Will Eat Me*.

uma questão *médica*: “*eu que não possuo nenhum transtorno psicológico grave, utilizo o psicotrópico em dias de visita*” e “*fui abandonado por minha família e são nos dias de visita que o dia demora mais a passar*”.

A administração do psicotrópico pelo próprio preso tornou-se uma possibilidade de criação, invenção de outras formas de viver, formas de administrar o que *resta* em uma instituição tão coercitiva. E eu via beleza nisso: quando um preso contava sobre a sua experiência com a administração do psicotrópico, com as formas de uso deste medicamento, o sistema prisional, naquele encontro, gerava outros sons, outras cores. Não busco fazer aqui uma apologia ao uso de substâncias psicoativas, até por que, não era da substância em si que os presos falavam, mas o que através dela tornava-se possível e era provocado. Talvez, mais ainda, devo falar do encontro do preso com o psicotrópico e do encontro do preso comigo falando sobre o medicamento, que por vezes gerava uma sensação de *possível*, de protagonismo.

Meu Amigo, enquanto estive na USP, estava diante de presos que não tinham tantas possibilidades de escolha e de cuidado, não posso resumi-los a um determinado modo de existência, nem ao nosso conceito capitalista de liberdade. Liberdade é um conceito amplo, podendo ser julgado no campo da filosofia ou do direito. Eu falo de um posicionamento que já me era apavorante só de experimentar por 40 horas semanais. Ressalto apenas que, e o que acho que importa, mesmo diante de tantas atrocidades diárias, pessoas privadas de liberdade em um regime de *segurança máxima* ainda buscavam [...] criar “imprevisibilidades no que parecia previsível, incertezas no que parecia certo, possibilidades no que parecia impossível, fugas no que estava capturado” (GOTTARDI; MACHADO; PINHEIRO, 2008). E isso era admirável.

1.2. CARTA A UM AMIGO: REFRÃO

[...] Gonna make a jailbreak and I'm lookin' towards the sky. I'm gonna make a jailbreak. Oh, how I wish that I could fly. All in the name of liberty, all in the name of liberty. Go to be free³¹ [...] (Ac/Dc – Jailbreak)

Vitória, 20 de abril de 2012³²

Meu Caro Amigo,

As cores estão diferentes agora, assim como os cheiros. A musicalidade se distingue em um novo traçado, um diferente percurso. Após alguns meses da minha saída como psicóloga da Unidade de Saúde Prisional (ou do Complexo Penitenciário de Viana como um todo), percebi que as marcas causadas pelos encontros dificilmente iriam desaparecer. Ou melhor, eu não queria que elas desaparecessem, mas quis dar outras formas a elas – não cicatrizes.

Eu passei muito tempo pensando na minha experiência de trabalhar como psicóloga, no sistema prisional, como algo ruim, como um momento frustrante. É interessante perceber como algumas situações desagradáveis acabam anulando aquelas que nos foram caras, aquelas que nos alegram. O olhar de horror para as *pequenas* torturas diárias, o choro no caminho do trabalho ou de casa, a dor no estômago por engolir sapos, pererecas e alguns jacarés. As minhas lembranças eram sempre cinzentas e não de cores que me foram também presentes, de risos, de algumas gargalhadas ou conversas recheadas de musicalidade.

Eu precisava resgatar essas outras sensações. A aposta foi voltar a USP como pesquisadora do Programa de Pós-graduação em Psicologia Institucional da Universidade Federal do Espírito Santo para investigar como os psicotrópicos estavam sendo utilizados por sujeitos privados de liberdade no Sistema Prisional e como estava sendo a prática, pelos trabalhadores e pelos presos capixabas, da saúde prisional. O intuito foi de realizar o estudo

³¹ “Vou sair da cadeia e estou olhando para o céu. Eu vou fugir da cadeia, ah como eu gostaria de poder voar. Tudo em nome da liberdade, tudo em nome da liberdade. Tenho que ser livre” (tradução nossa).

³² O dia 20 de abril de 2012 foi o dia da minha Qualificação de mestrado.

na própria USP, com os presos da Penitenciária de Segurança Máxima II. *“I’ve been too long, I’m glad to be back. Yes, I’m let loose from de noose, that’s kept me hangin’ about”*³³.

Para a realização da pesquisa era necessária a autorização da Secretaria Estadual de Justiça e, como primeiro passo, procurei a Diretora Adjunta da USP para conversarmos sobre o – até então – projeto. Considerei que por já ter trabalhado ali seria interessante explicar, primeiramente, os objetivos do estudo, evitando qualquer constrangimento com a equipe da Unidade de Saúde Prisional³⁴. E tudo transcorreu de maneira tranquila, mas o que me chamou atenção, ao entrar na USP, após um ano da minha saída, foi perceber que a Unidade estava completamente diferente. Tinham acabado de reformá-la, foi uma sensação de estar entrando no local pela primeira vez, sentindo aquele cheiro pela primeira vez.

Confesso que, devido ao meu contato anterior com o campo, já havia marcas em meu corpo, e pensei que ao retornar ao Complexo Penitenciário a pesquisa já teria certas respostas ou certas perguntas já estariam respondidas. Acreditava que eram aquelas que estavam na pele, aquelas lembranças cinzentas que me acompanharam. Esta certeza se dissolveu quando eu voltei à USP. *“And the sun comes like god, into our room. All perfect light and promises”*³⁵. A estrutura física era a mesma, sem dúvidas, mas foi um encontro diferente.

[...] A realidade cartografada se apresenta como mapa móvel, de tal maneira que tudo aquilo que tem aparência de ‘o mesmo’ não passa de um concentrado de significação, de saber e de poder, que pode por vezes ter a pretensão ilegítima de ser centro de organização do rizoma³⁶. Entretanto, o rizoma não tem centro (ESCÓSSIA; KASTRUP; PASSOS, 2010, p. 10).

³³ “Eu estive longe por muito tempo, estou feliz por estar de volta. Sim, eu estou me libertando do nó, que me manteve suspenso até agora” (tradução nossa) Ac/Dc – *Back in Black*.

³⁴ Achei necessário certo cuidado em apresentar a pesquisa, para não chegar ao campo com olhares de desconfiança – tão comuns no sistema penitenciário. Eu não queria chegar representando a pessoa que estaria a favor ou contra alguém: a favor do preso, contra os agentes; a favor dos profissionais de saúde, contra a direção da unidade prisional, etc.

³⁵ “E o sol chega como Deus, entrando em nosso quarto. Todo em luz perfeita e promessas” (tradução nossa). INXS – *New Sensation*.

³⁶ Conforme indicam Deleuze e Guattari (2009, p. 37), o rizoma se encontra no *entre*. Esse *entre* não é localizável, mas faz parte de um movimento transversal. Ele é a diferença, os modos de estar na vida, voltado para uma experimentação (ESCÓSSIA; KASTRUP; PASSOS, 2010).

Meu Caro, não foi fácil me desconectar da rigidez, me desarticular do reconhecido e apostar em uma nova experiência³⁷ (ARAGÃO, 1992). Aventurar-me em um *novo* campo foi árduo; permitir-me fazer parte de outro movimento foi um exercício constante, mas não solitário³⁸. As orientações do mestrado, conversas em sala de aula ou nos corredores no PPGPSI ou mesmo nos telefonemas entre amigos possibilitaram que eu percebesse a necessidade de questionar as naturalizações dessas respostas *prontas*, como um compromisso ético³⁹, pois já estava atribuindo *valores* à minha pesquisa e, conseqüentemente, *endurecendo* minha forma de experienciar.

Eu não saberia dizer o porquê exato de querer voltar ao campo, voltar a um local que me trazia relampejos desagradáveis. Contudo, quando eu fechava meus olhos – talvez como forma de proteção ao que sentia em relação às lembranças – faces acabavam sendo desenhadas no escuro de minha memória. Os espaços entre esses rostos eram preenchidos por algumas histórias, por algum sentimento. Eu gostava do meu trabalho, mas não concordava como os presos costumavam ser tratados. Ou como insistiam em me dizer que eu deveria atender, no mínimo, 20 pessoas por dia. Saí por que não dei conta de continuar, mas eu sabia que queria voltar. Como pesquisadora, foi necessário retornar àquele antigo território para poder enxergar/sentir os engessamentos iniciais da pesquisa, desfazê-los e só assim, ao permitir ser afetada, ter a compreensão de um corpo que estava se reinventando, se misturando em *possíveis* diferentes configurações. A sensação ao entrar ali novamente extrapolava um *conhecido*, de maneira que eu não conseguia explicar, o lugar era o mesmo, só que outro.

³⁷ A experiência da pesquisa de mestrado foi entendida em sua produção da diferença, como o envolvimento do novo/não novo (não de maneira binária, mas transversal). A experiência *em si* não fala de uma situação individual, entalhada no eu, mas de uma produção coletiva de produção da própria diferença. Diante dos múltiplos movimentos, a experiência produz deslocamentos e investe na própria vida. Experienciar é resistir e produzir novas formas de existência. A experiência é *devir*, um *devir-outro*.

³⁸ “[...] Pode-se dizer que o texto é autobiográfico, desde que entendamos por ‘auto’, aqui, não a individualidade de uma existência, a do autor, mas a singularidade do modo como atravessam seu corpo as forças de um determinado contexto histórico” (ROLNIK, 2007, p. 22).

³⁹ Compromisso ético se refere a um compromisso com a vida, acompanhar os processos subjetivos através de alianças que sejam capazes de produzir acontecimentos potencializadores. De acordo com Machado (1999, p. 151), a “[...] ética não seria uma reprodução, mas uma criação; não seria uma aplicação de regras facultativas, um processo de pensamento e não a efetuação de soluções preconcebidas [...]”. Apostar em um compromisso ético é considerar, de fato, que as relações humanas não estão estabelecidas em uma relação *a priori*, desenhadas em linhas grotescas e fixas. As relações estão em um campo inventivo, sempre *a posteriori*, tentando romper com tentativas aprisionadoras, produções mortificantes. Ou seja, o compromisso ético aposta em uma direção de práticas que possibilite a construção do novo, do campo que gera vida, e não a repetição do mesmo.

As certezas foram se desmanchando, delicadamente. E assim, tive a oportunidade de me aventurar, de conhecer e habitar o campo de outra forma. A pesquisa foi se reconfigurando no processo de pesquisar, aliando-se a outros agentes (grupo de orientação do mestrado, profissionais da saúde e agentes penitenciários da USP). Primeiramente, encontrei-me com a Diretora de Saúde Prisional e com a Coordenadora de Farmácia da SEJUS visando saber sobre a implementação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário no estado do Espírito Santo e, também, sobre o uso do psicotrópico na Penitenciária de Segurança Máxima II. Em outro momento, encontrei-me, também, com a Diretora de Saúde da Unidade de Saúde Prisional que descreveu sobre as questões epidemiológicas da PSMA II, ações de saúde, o uso de drogas entre os sujeitos privados de liberdade e o uso do psicotrópico – como esse medicamento era distribuído, e como ocorre a fiscalização dentro do presídio. Por último, estive com o médico psiquiatra do Centro Regional de Especialidades Médicas (CRE).

Na semana seguinte ao encontro com a Diretora de Saúde da USP, nós duas fomos à Máxima II, após minha solicitação. Eu já conhecia a PSMA II, mas achei importante seguir por toda a sua extensão novamente. Senti-la e experienciar aquela prisão. Resumindo o trajeto: foi uma sensação de estar em uma montanha-russa. Lembranças do passado se confundido com a sensação do presente, até porque, pouca coisa parecia ter mudado – o cheiro estava absurdamente mais forte. Ou aquele cheiro não era mais o mesmo para mim? O que o reencontro com aquele lugar me dizia? Eu não estava conseguindo entender. As sensações não estavam claras e não eram boas.

Durante o percurso, escutei algumas histórias, alguns comentários: a Máxima II era a única Unidade Prisional, administrada pela SEJUS, que não se encontrava superlotada. A justificativa era devido ao seu caráter de segurança – ela, de fato, não pode ultrapassar o seu número de vagas previsto, pois poderia prejudicar, assim, a sua própria segurança. Inclusive, afirmaram que para *melhor* operacionalização deveriam só preencher metade das vagas disponíveis. Confesso que desconfiei deste *melhor*. No final do encontro, a Diretora de Saúde da USP disponibilizou a lista dos presos da Máxima II que estavam autorizados a receber medicamentos, ou seja, quem, através da receita médica, poderia fazer uso de

algum tipo de psicotrópico. Segundo esta lista, em junho de 2012, dos 309 sujeitos privados de liberdade da PSMA II, 71 faziam uso desse tipo de medicamento⁴⁰.

Eu sabia que daquele momento em diante começaria a frequentar o Complexo Penitenciário de Viana novamente, conversar com a Diretora só seria o início da grande jornada. As grades, o cheiro, as paredes da USP eram as mesmas, eu sabia disso, mas havia uma sensação de novo, tratava-se de habitar aquele conhecido-novo lugar de outra forma, que ainda seria construída ao longo da pesquisa. *"We don't claim to be perfect, but we're free"*⁴¹. O processo de pesquisar precisava de calma, até para eu poder entender os sentimentos e as sensações que iam surgindo e se confundido com as do passado. Considerei, então, recomeçar. Pensei em não resgatar os nomes do passado, aqueles a quem já havia atendido como psicóloga, mas utilizar essa lista a fim de selecionar alguns sujeitos para análise do prontuário⁴². Entretanto, para minha surpresa, foram raros os nomes que haviam saído da lista.

A escolha dos prontuários de saúde dos sujeitos privados de liberdade da PSMA II e que fazem uso do psicotrópico ocorreu da seguinte forma: dos 71 sujeitos que recebiam o medicamento, selecionei os que se encontravam há mais tempo na Unidade Prisional e os que utilizavam dois ou mais medicamentos diferentes. Após este levantamento, foram selecionados 17 sujeitos. Foram levantados dados, como: a idade, a escolaridade, o estado civil, o número de filhos, o uso de drogas anterior e/ou durante ao cárcere e o relato de distúrbio psiquiátrico ou neurológico. Foi também realizada a leitura da evolução médica, da enfermagem, da psicologia e do serviço social, bem como os anexos de receituário e exames, com o objetivo de verificar: o histórico de saúde/doenças, maiores queixas, os motivos para o uso do psicotrópico, o uso de drogas anterior e/ou durante o cárcere, se estava sendo visitado ou não pelos familiares, quem os visitavam e como eram estas visitas.

⁴⁰ Em 2010, como já dito anteriormente, dos 321 presos, 71 utilizavam algum tipo de psicotrópico. Já em 2012, com a lista *atualizada*, dos 309 presos, ainda 71 (não os mesmos) faziam o uso deste tipo de medicamento.

⁴¹ "Nós não temos a pretensão de sermos perfeitos, mas somos livres." (tradução nossa). Oasis – *Little by Little*.

⁴² A utilização dos prontuários teve o intuito de nortear o início da pesquisa. Pode-se perceber que eles diziam muito pouco sobre os presos, mas muito sobre os procedimentos e sobre as práticas de saúde. Cabe dizer que este documento é do sujeito, do preso, e não da Unidade Prisional. Desta forma, caso o preso tenha alguma consulta fora do presídio, o prontuário dele também é encaminhado. O que acaba não conferindo qualquer sigilo, já que os agentes penitenciários que o conduzirão ao serviço de saúde possuem total acesso. A dissertação não pontuou especificamente as informações escritas, mas utilizou o prontuário apenas como um registro que traz as práticas de saúde no ambiente prisional.

Enquanto estava nesse momento de seleção, eu não cheguei a ser apresentada por/para ninguém, apenas para a auxiliar administrativa, e além dela só conhecia outras duas pessoas com quem já havia trabalhado. Fora estes, até então, trocava poucas palavras com os profissionais de saúde. Na verdade, onde haviam me direcionado para analisar os prontuários ficava difícil de conhecer qualquer pessoa. A sala era próxima da sala da direção e afastada da maior parte dos profissionais. Eu chegava, cumprimentava alguns agentes penitenciários que ficavam na entrada, falava com a auxiliar administrativa e *era* enfiada dentro dessa sala fechada. “*Turn the power up. I’ve waited for so long, so I can hear my favourite song*”⁴³. Logo de início, percebi que a minha presença ocasionou alguns ruídos e gerou certo incômodo. Comecei a sentir alguns olhares. Não a ponto de serem desconfiados, mas acredito que as pessoas deveriam se perguntar quem eu era, já que ocupava um espaço. Era hora de me aproximar. Vale ressaltar que durante a orientação, escolhemos por não realizar entrevista com os profissionais da USP e optamos, então, por minha circulação no espaço, habitando-o. Acredito ter sido uma boa decisão. Dessa forma, fui me apresentando, aproximando, conversando pelos corredores.

Essas conversas eram, geralmente, informais, sobre o cotidiano dos profissionais. Os assuntos variavam entre o próprio ambiente de trabalho à vida pessoal, o quanto um afetava o outro. Ou, até mesmo, sobre determinados presos. No conversar com esses diversos trabalhadores, percebi que a pesquisa foi se compartilhando, se ampliando. “[...] O observador está sempre implicado no campo da observação e a intervenção modifica o objeto (BARROS; PASSOS, 2010, p. 21)”. O pesquisar produziu mudanças em mim e naqueles sujeitos, a minha presença provocou alguns sopros. Seja profissional da saúde, seja agente penitenciário, cada um começou a se envolver da sua forma: compartilhando histórias, repensando algumas formas de atuar. Enquanto esperávamos os presos chegarem, as conversas de corredor eram uma *troca de ideias*, como cada um enxergava o *estar preso*, *ser um preso*, *o acesso aos serviços de saúde pelo preso*, *o uso de droga ou do psicotrópico pelo preso*. A pesquisa produziu interferências:

[...] enquanto proposta de atuação transformadora da realidade sócio-política, já que propõe uma intervenção de ordem micropolítica na experiência social. O que se coloca em questão é a construção de uma ‘atitude de pesquisa’ que irá

⁴³ “Aumente o volume. Eu esperei por tanto tempo, então eu posso escutar a minha música favorita” (tradução nossa). Twisted Sister – *I Wanna Rock*.

radicalizar a ideia de interferência na relação sujeito/objeto pesquisado [...] (AGUIAR; ROCHA, 2003. p.6).

Nessa concepção, o pesquisador e o objeto são indissociáveis e se produzem mutuamente. A forma em que a pesquisa foi se configurando, logo no início, apontou que eu não estava ali apenas *para* os sujeitos privados de liberdade ou aberta apenas às falas deles. O processo de pesquisar foi se desenhando de forma fluida e agregando outros sujeitos, que também estavam ali, que também faziam parte do sistema, só que ocupando outras formas. Mas, ainda, existe um contexto da instituição que não posso ignorar e, nesta experiência, as relações também foram se articulando através dos seus conjuntos de normas e regras.

A pesquisa foi sendo realizada, inicialmente, através das minhas idas à Unidade, uma vez por semana, por quatro semanas, analisando os prontuários e conversando (conhecendo e fazendo ser conhecida) com a equipe de saúde e os agentes penitenciários, problematizando nossas práticas no sistema prisional. A sensação que estes momentos proporcionavam era de não *estar em uma prisão*, mas sim de *estar em um local de trabalho* deles. Contudo, ainda nos encontrávamos em um estabelecimento carcerário e isso se tornou nítido diante da seguinte situação: sempre que os presos chegavam à Unidade, os profissionais mudavam de atitude. O sorriso se tornava contido, a postura era mais rígida e um estado de alerta se infiltrava entre todos e silenciava-nos por alguns segundos. Preparada para receber, no máximo, dez pessoas privadas de liberdade, a USP encontrava outro contorno quando os presos chegavam. Eles de uniforme azul, os profissionais de saúde com os seus jalecos brancos e os agentes penitenciários com a sua farda preta. Todos os grupos separados, não mesclados.

A fase inicial da pesquisa se encerrou após quatro idas ao campo. Já conhecida, pela maioria dos profissionais que trabalhavam ali, fui encaminhada a uma nova sala, a *sala de emergência*. Em julho de 2012, após a análise dos 17 prontuários, com a pesquisa já se encaminhando, encontrei-me diante da necessidade de selecionar os presos que pudesse entrevistar. Em orientação, definimos realizar a entrevista com 04 sujeitos e decidimos por convidar aqueles que estavam há mais tempo presos e que faziam uso de mais de dois psicotrópicos. Com a possibilidade da entrevista se dar em diversas etapas, foi considerado

um número, à primeira vista, pequeno de sujeitos. Contudo, ressalta-se que a pesquisa já estava sendo realizada, não se resumindo à realização das entrevistas com os presos. Nela estavam incluídos os outros atores, como os presos com quem tive contato com os prontuários, daqueles que puxavam papo na USP quando eu passava pelos corredores, os profissionais da saúde, o administrativo, os gestores, os agentes penitenciários ou mesmo alguns familiares dos presos com quem pude conversar entre o Terminal de Campo Grande ao Complexo Penitenciário de Viana. No que diz respeito aos presos entrevistados, as histórias contadas por cada um deles não apenas os pertencia, mas pertencia a todo contexto no qual eles estavam inseridos, há anos. Diante da possibilidade de encontrar alguns que pudessem negar a participação na entrevista, este número foi dobrado. De antemão, foram convidados oito sujeitos, mas dois estavam *impossibilitados* de serem entrevistados (um havia sido transferido para outro presídio e outro tinha acabado de fugir, mas os prontuários da saúde ainda se encontravam na PSMA II).

A lista de possíveis participantes da entrevista apresentava, agora, seis nomes. A cada semana, eu escrevia um email para a auxiliar administrativa da USP que o encaminhava para a PSMA II. Eu convidei⁴⁴ todos os seis a comparecerem à USP para a apresentação individual da proposta da pesquisa. Conversei com todos eles e 04 sujeitos disseram querer participar da pesquisa; a respeito dos outros, um disse que acreditava estar para ser transferido, logo não via como dar continuidade, e outro disse que não tinha vontade de participar. Os que aceitaram disseram que, quando ressaltai que a pesquisa não os beneficiaria⁴⁵, *“só de sair da cela já é um benefício”*.

E, finalmente, uma nova forma da pesquisa se iniciou. Os encontros foram realizados em formato de entrevista não estruturada: a aposta seria na fluidez, em deixar a conversa acontecer sem, no entanto, perder o foco da pesquisa. *“When I get to the bottom I go back to the top of the slide. Where I stop and I turn and I go for a ride. Till I get to the bottom and I see you again”*⁴⁶. Os quatro, que estavam há mais de seis anos privados de liberdade, serão apresentados, nesta dissertação de mestrado, como: João (41 anos), Jorge (34 anos), Paulo

⁴⁴ É interessante dizer que quando eles são chamados pelo microfone na PSMA II, não são informados para onde estarão indo e/ou o porquê estarão saindo das celas.

⁴⁵ Nesse momento me referi sobre os benefícios, como progressão de regime e a diminuição do tempo de cumprimento das penas.

⁴⁶ “Quando eu chego ao fundo, eu volto para o topo do escorregador. Onde eu paro, eu me viro e saio para uma outra volta. Até que eu volte ao chão e te veja novamente” (tradução nossa). The Beatles – *Helter Skelter*.

(32 anos) e Ricardo (27 anos). O processo de entrevista começou em julho, terminando em setembro. A entrevista, para cada sujeito, foi dividida em três partes e em três encontros:

- a) A Entrevista 01 visou realizar uma retrospectiva em relação à saúde do sujeito, anterior ao cárcere.
- b) A Entrevista 02 consistiu em falar sobre a situação da saúde prisional, desde o momento em que foi preso, até agora.
- c) A Entrevista 03 abordou sobre o uso de drogas e sobre o uso e as formas de uso dos psicotrópicos no cárcere.

Meu Amigo, é importante dizer que os quatro sujeitos participantes da pesquisa já me conheciam, na forma de psicóloga da Unidade de Saúde Prisional em 2010. Já existia um *contrato* anterior que, no entanto, precisava ser refeito, reconstruído. Fazer-me ver sem ser psicóloga, mas como pesquisadora e também fazê-los ver isso, foi difícil. A sensação de retornar ao campo, *tentar* me desprender da figura de psicóloga, *tentar* uma nova forma de experienciar a Unidade de Saúde Prisional e até mesmo *tentar* um novo contrato com aqueles sujeitos, foi extraordinária. Eu e os presos construímos uma relação rica – eu não preciso mais fechar os olhos para fugir de qualquer sensação desagradável, eles estão abertos, sorrindo, fortificados. As lembranças estão acordadas, não separadas daquelas que me fizeram cicatrizes, mas com novos formatos, com novas tatuagens.

[...] o problema, para o cartógrafo não é o do falso-ou-verdadeiro, nem o do teórico-ou-empírico, mas sim do vitalizante-ou-destrutivo, ativo-ou-reativo. **O que ele quer é participar, embarcar na constituição de territórios existenciais, constituição de realidade [...]. Ele aceita a vida e se entrega. De corpo e alma.** (ROLNIK, 2007, p.66, grifo do autor).

As três partes das entrevistas se misturaram e tornaram-se, de fato, uma conversa. Uma *reciprocidade* se estabeleceu. No final, deixei-me levar, não era necessário *combater* as outras formas de relação que havíamos pactuado, como preso-psicóloga. As entrevistas costumavam se alargar, indo para outros caminhos, mas isso foi necessário para poder recriar uma diferente parceria. O novo contrato, a confiança, de certa forma, foi surpreendente, teve uma característica descontraída. Não atrelar a pesquisa a algo fechado, como o próprio sistema prisional, deixando um ambiente mais *livre*, tornou-a bastante

interessante, com a sensação de ter me deixado aberta para uma nova experiência. Foi possível criar novas cores, novos contornos mesmo em um ambiente tão hostil.

2. O DESCANSO DE UMA ESCRITA: HISTÓRIA, LIVROS E PONTES⁴⁷

[...] *Well, I've got one foot on the platform, the other foot on the train. I'm going back to New Orleans, to wear that ball and chain. Well, there is a house in New Orleans. They call the 'Risin Sun and it's been the ruin of many a poor boy. And God, I know I'm one*⁴⁸ (The Animals - House of the Rising Sun).

As cartas anteriormente escritas serão, por pouco tempo, colocadas de lado. Isto não significa abandono ou desqualificação das mesmas, mas sim momento de preenchê-las, de criar adjacências com a proposta da pesquisa de mestrado. As linhas que compõem este capítulo não estão desprendidas do conteúdo anterior, apenas se reconfiguram em novas formas de contato com o sistema prisional e suas práticas de saúde.

Esse *novo* contato ocorreu através da aproximação com outras escritas sobre a prisão e foi possível observar que as práticas de cuidado com o preso fazem parte de um discurso recente na lógica do sistema penitenciário. Ao encontro de literaturas que pudessem, ao menos, permitir um panorama geral dessa temática, percebe-se a existência de um passado (ainda presente) sombrio. Hoje em dia é difícil encontrar textos científicos que abordem especificamente o tema *saúde prisional*. Foi possível, no entanto, localizar pesquisas no âmbito da epidemiologia que apontam a prevalência de algumas doenças decorrentes do confinamento. Além destas, os próprios trabalhos sobre *prisão* indicam, mesmo de forma indireta, as condições de *saúde* nos presídios – e esses quase sempre falam da *ausência* da saúde e da produção de adoecimento.

Essas tais condições de *saúde* podem, inclusive, ser observadas em alguns romances conhecidos, como em “Recordações da Casa dos Mortos”, escrito por Dostoiévski (2011), que passou quatro anos privado de liberdade na prisão da Sibéria:

⁴⁷ A Ponte/*Bridge* faz parte da estrutura básica de qualquer música, como a intro, os versos e o refrão. Conforme a Wikipédia, a ponte é na música uma transição “[...] que também prepara para o retorno do seu tema original [...]”. Em relação à letra de uma canção, a ponte costuma ser usada tipicamente para pausar e refletir a respeito de partes anteriores do texto, ou preparar o ouvinte para seu clímax [...]”. Seu sentido traduz o interesse neste capítulo: servir como uma transição, refletir sobre os pontos colocados no outro capítulo e preparar para o próximo.

⁴⁸ “Bem, eu estou com um pé na plataforma e o outro no trem. Estou voltando para Nova Orleans, para usar aquela bola e corrente. Bem, há uma casa em Nova Orleans. Eles chamam de Casa do Sol Nascente e tem sido a ruína de muitos pobres garotos. E Deus, eu sei que sou um” (tradução nossa).

[...] Em um dos lados da paliçada existe um grande portão, sólido, e sempre quieto; permanentemente vigiado por guardas, e nunca aberto, exceto quando os condenados saem ao trabalho. Para além dela, existe luz e liberdade, a vida de pessoas livres. Para além da paliçada, um mundo maravilhoso, fantástico como um conto de fada. Não era a mesma coisa do nosso lado. Aqui, não existia nenhuma semelhança. Hábitos, costumes, estatutos, eram tudo precisamente fixos. Era a casa dos mortos-vivos [...] ⁴⁹ (2011, p.08, tradução nossa).

Comparar a prisão a uma casa de mortos-vivos é algo forte, uma afirmação forte. De fato, é possível imaginar que a experiência do encarceramento a Dostoiévski ultrapassou a sua pele, penetrando-o lentamente com a finalidade de enrijecê-lo, docilizá-lo. O autor, segundo algumas fontes biográficas, foi condenado a um crime político, na primeira metade do século XIX. Em seu exílio foi lhe imposto trabalho forçado e, durante esses anos, Dostoiévski, que já sofria com ataques epiléticos em liberdade, estes aumentaram significativamente. Após a sua conquista de liberdade, o escritor descreveu o local de sua prisão, como uma penitenciária inóspita, suja, com um grande aglomerado de pessoas e insetos parasitas ⁵⁰.

É importante destacar que a utilização desse trecho não tem a pretensão de generalizar todos os processos ou exaltar a mortificação do sujeito privado de liberdade, comparando-o a zumbis. De fato, tratava-se da produção de um processo de mortificação permanente do qual resultou a sensação/experiência de sentir-se *morto* em vida. Por outro lado, essas palavras escritas por Dostoiévski podem ser analisadas a partir de determinadas vibrações sentidas, ainda vivas. Em contato com o excerto do livro e com as declarações pós-cárcere conseguidas pela internet, a respeito das condições da prisão e de encarceramento, sobre uma prisão específica do século XIX, é possível dimensionar que a *saúde* fatalmente não era uma questão relevante, ao menos não na Sibéria.

Na verdade, esse panorama não constata uma ausência de saúde nas prisões, já que a saúde não é um estado. Saúde não se opõe à doença, não é a sua ausência. Não se iguala ao normal ou à norma, a certo padrão. Assim, a produção de saúde não se efetiva somente ou

⁴⁹ “[...] *On one side of the palisade is a great gate, solid, and always shut; watched perpetually by the sentinels, and never opened, except when the convicts go out to work. Beyond this, there are light and liberty, the life of free people! Beyond the palisade, one thought of the marvelous world, fantastic as a fairy tale. It was not the same on our side. Here, there was no resemblance to anything. Habits, customs, laws, were all precisely fixed. It was the house of living death [...]*”.

⁵⁰ INSTITUTO RUSSO, acesso em 14 jan. 2013.

apenas através da garantia da salubridade do ambiente ou da inexistência de agravos. A existência, mesmo que escassos, de dados epidemiológicos⁵¹ e estatísticos sobre patologias acometidas no sistema carcerário não podem, portanto, dizer tudo sobre a saúde no sistema prisional, embora digam *sim* muita coisa.

Para Canguilhem “[...] a saúde era entendida, então, em relação à possibilidade de enfrentar situações novas, pela margem de tolerância (ou de segurança)⁵² que cada um possui para enfrentar e superar as infidelidades do meio” (CAPONI, 2009b, p. 65). Esta dinâmica entre o indivíduo e o meio não deve ser entendida como meramente adaptativa, ela extrapola a capacidade do sujeito reagir a possíveis situações indesejáveis, resultando em novas respostas. A saúde provoca à vida enfrentar as formas variadas do meio, a possibilidade de reagir frente a variados elementos. É estar aberto ao risco, a arriscar-se. Segundo esta perspectiva, o sujeito encontra-se ativo no seu próprio processo de produção de saúde, quando possui a capacidade de criar e romper normas, contribuir para um estado normativo (a vida em sua forma ativa). A saúde não é pensada como forma contrária à doença ou como ausência. Para Caponi (2009b) adotar esta nova forma de pensar saúde impõe um desafio para as práticas de saúde e para as políticas públicas de saúde.

[...] o conceito de saúde como abertura ao risco nos permite repensar os conceitos de prevenção e promoção da saúde. Lembremos que, para Canguilhem, a saúde implica segurança contra os riscos, audácia para corrigi-los e possibilidade de superar nossas capacidades iniciais. Nesse sentido, competirá, aos programas de saúde coletiva criar estratégias de prevenção das doenças capazes de minimizar a exposição a riscos desnecessários e, ao mesmo tempo, gerar políticas de promoção de saúde que nos permitam maximizar a capacidade que cada indivíduo possui para tolerar, enfrentar e corrigir aqueles riscos ou traições que inevitavelmente fazem parte da nossa história (CAPONI, 2009b, p. 75).

Esse trecho extraído da Caponi (2009b) finaliza com a aposta na produção de saúde. Em relação a esta pesquisa de mestrado, torna-se pertinente, pois contribui como forma de pensar, além do que se entende por saúde, o emprego das próprias políticas públicas atuais,

⁵¹ Desligar-se dessas concepções não significa ignorar a importância do conhecimento epidemiológico ou das estatísticas produzidas, mas sim colocá-las como únicas verdades.

⁵² Margem de Segurança: limite de certo poder de tolerância a partir das agressões do meio ambiente (CAPONI, 2009). A saúde é considerada a partir da ampliação dos meios de enfrentar novas situações, superar as dificuldades impostas pelo meio.

como as políticas de saúde penitenciária⁵³. Inicialmente, pensar em instituição carcerária e políticas que visem minimizar as exposições do risco e maximizar a capacidade de reagir a esse risco pode gerar certa estranheza. Entretanto, não se parte do pressuposto que a associação destas seja incoerente ou impossível.

É um campo delicado. As práticas de saúde entram na prisão habitando um *paradoxo*, entre o limite de corroborar com práticas individualizantes e disciplinares, através de estratégias de controle, mas também de efetivar práticas de produção de saúde. É possível afirmar que a entrada das políticas públicas de saúde nas prisões e sua efetivação podem se dar tanto como uma conquista em direção à produção de saúde, tal como aponta pela autora acima, mas também como uma forma de remodelação dos *criminosos* em corpos dóceis.

Este capítulo visa uma melhor compreensão a respeito da prisão e o que pode se chamar de *práticas* de saúde nas prisões. É uma pausa, um suspiro para englobar os atravessamentos da pesquisa de mestrado. Para tanto, foi adotada subdivisões, separadas apenas por marcadores de páginas, que se referem a: 1) Implicações entre a Prisão e a Vida; 2) Um Estudo sobre a História das Práticas de Saúde nas Prisões.

2.1. MARCADOR DE PÁGINAS: IMPLICAÇÕES ENTRE A PRISÃO E A VIDA

*'We want information, information, information.' 'Who are you?' 'The new number two'. 'Who is number one?' 'You are number six.' 'I am not a number, I am a free man!' [...] Run, fight, to breathe, it's tough. Now you see me, now you don't. Break the walls, I'm coming out [...]'*⁵⁴ (Iron Maiden – *The Prisoner*).

⁵³ Cf. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação da saúde no sistema penitenciário**. Brasília. 2010.

⁵⁴ ""Nós queremos informação, informação, informação.' 'Quem é você?' 'O novo número dois.' 'Quem é o número um?' 'Você é o número seis.' 'Eu não sou um número, eu sou um homem livre!' [...] Corra, lute, respirar é difícil. Agora você me vê, agora não. Quebre as paredes, eu estou saindo" (tradução nossa).

A pena de prisão se instalou, como forma *geral* do castigo, somente a partir do século XIX. “[...] É interessante notar que a prisão não era uma pena de direito, no sistema penal dos séculos XVII e XVIII [...]” (FOUCAULT, 2005a, p. 98), nessa época, eram comuns crimes que previam o castigo físico e/ou a morte ao sujeito que praticou o crime. A prisão ou masmorra era apenas um local de passagem, um depósito que não desempenhava o papel moral de correção, um lugar onde se encontravam pessoas mutiladas, sem orelhas ou dedos (FOUCAULT, 2010). As prisões “[...] eram lugares que se guardavam os criminosos, esperando que a sanção dos tribunais os levasse à punição corporal e pública” (MOTTA, 2011, p.83).

Com o início das críticas realizadas à técnica do suplício⁵⁵, percebeu-se a necessidade de punir de outra forma. “[...] Não se trata simplesmente de uma crítica da crueldade do suplício, mas de uma nova economia do poder [...]” (CASTRO, 2004, p. 340), de uma nova tecnologia da vigilância voltada para o adestramento do corpo. Estas práticas de punição foram transformadas em práticas de aprisionamento, as ações do poder localizadas na prisão buscavam exercer a coerção detalhada e a modelação do corpo a fim de individualizar. A punição, concebida dessa forma, como uma função social complexa de adestramento, procurava induzir uma série de efeitos positivos que se conectavam a interesses locais (MOTTA, 2010).

A forma-prisão, para Foucault (2006), se constituiu:

[...] por todo o corpo social, os processos para repartir os indivíduos, fixá-los e distribuí-los espacialmente, classificá-los, tirar deles o máximo de tempo, e o máximo de forças, treinar seus corpos, codificar seu comportamento contínuo, mantê-los numa visibilidade sem lacuna, formar em torno deles um aparelho completo de observação, registro e notas, constituir sobre eles um saber que se acumula e se centraliza [...] (FOUCAULT, 2006, p. 195).

A prisão é uma peça no conjunto das punições e, segundo Foucault (2006), deve funcionar como um aparelho disciplinar exaustivo, com vigilância ininterrupta. A prisão, dentro de um conjunto de forças discursivas e não discursivas que expõe o poder, se atualiza e se

⁵⁵ Até o final do século XVIII ou início do século XIX o suplício era uma prática punitiva comum. Exercia-se o castigo diretamente no corpo, com punições físicas realizadas por um algoz, e também ocorriam as execuções públicas.

diferencia (DELEUZE, 2005). Ela é a forma austera da disciplina, estratégia que atravessa as unidades encarcerantes e que age diretamente no corpo humano, que tem como função repartir o tempo e os espaços e se utilizou do modelo estrutural panóptico⁵⁶ para impor formas de condutas, de gerir a vida. Foucault (2006) sintetiza que a punição, pelo poder disciplinar, não reprime, mas normaliza.

Essa nova economia política do corpo, associada a uma rede de saber-poder, procurou ajustar o indivíduo, ao nível da sua virtualidade (FOUCAULT, 2005a), do que pode vir a fazer. O indivíduo torna-se um inimigo interno quando quebra o contrato social após cometer um crime. Para Foucault (2005a), a prisão não tem a função de excluir e sim de incluir os indivíduos no processo de produção, nos aparelhos de formação e correção; a ligação entre estes elementos ocorre através da normalização⁵⁷. O criminoso, compreendido no perigo que *representa* à sociedade, torna-se o sujeito que deve passar por uma transformação moral, com mudanças previstas em seu comportamento.

Acompanhado desse controle, dessa observação constante, ocorreu uma formação discursiva, um novo saber, um saber individualizante e repartido que toma como referência o sujeito em sua virtualidade e não pelo crime que cometeu (FOUCAULT, 2006). A prisão nasceu atrelada à noção de liberdade como um bem e com o advento do capitalismo, as instituições de vigilância penais se configuraram como uma nova forma de poder incidir sobre o sujeito. As instituições carcerárias, baseadas na privação de liberdade e com a

⁵⁶ O modelo panóptico é uma figura arquitetônica desenvolvida por Bentham. O panóptico é uma forma de organizar os espaços, deixá-lo mais visível, transparente. O “[...] dispositivo do panóptico organiza unidades espaciais que permitem ver sem parar e reconhecer imediatamente. Em suma, o princípio da masmorra é invertido; ou antes, de suas três funções – trancar, privar de luz e esconder – só se conserva a primeira e suprimem-se as outras duas. A plena luz e o olhar de um vigia captam melhor que a sombra, que finalmente protegia. A visibilidade é uma armadilha” (FOUCAULT, 2006, p.166). Como dispositivo do poder, faz funcionar as técnicas disciplinares, já que tem a função de “[...] induzir no detento um estado consciente e permanente de visibilidade que assegura o funcionamento automático do poder [...]” (FOUCAULT, 2006, p. 166). Não utilizado apenas nas prisões, ele funciona como uma máquina capaz de modificar o comportamento, aperfeiçoando o exercício do poder. O panóptico não pode ser entendido apenas dentro de uma dimensão física-estrutural, esse dispositivo também gera um sistema de documentação individualizante, são os registros realizados por algumas categorias profissionais que trabalham dentro das prisões. Exemplo: pareceres técnicos e disciplinares.

⁵⁷ Foucault em *Vigiar e Punir* indica que as sociedades modernas são sociedades de normalização. A norma não é uma lei natural, mas forjada para estabelecer uma divisão, uma separação entre os indivíduos. Ela atua nas condutas ao mesmo tempo em que diferencia os sujeitos (CASTRO, 2009). “[...] A normalização descreve o funcionamento e a finalidade do poder. A realização de tal objetivo, no entanto, ainda que tenha alcançado uma extensão notável, nem por isso é hegemônica; deve enfrentar-se com os movimentos de luta e questionamento [...]” (CASTRO, 2009, p. 309). A normalização não resulta de um processo de dominação no qual impera a passividade, mas sim de uma relação de poder.

função de transformação dos indivíduos, se utiliza de um sistema de coações e da punição como “[...] uma técnica de coerção dos indivíduos [...]” (FOUCAULT, 2006, p; 108), atuando no corpo, o admoestando.

Essa instituição forjada, com o ideal de reformar os criminosos, deveria agir com precisão, para que pudesse transformá-los. As instâncias de controle que investem no corpo de maneira meticulosa e densa possibilitaram um saber sobre o orgânico, sobre o fisiológico (FOUCAULT, 2008). Por fim,

A prisão, local de execução da pena, é ao mesmo tempo local de observação dos indivíduos punidos. Em dois sentidos. Vigilância, é claro. Mas também conhecimento de cada detento, de seu comportamento, de suas disposições profundas, de sua progressiva melhora; as prisões devem ser concebidas como um local de formação para um saber clínico sobre os condenados; ‘o sistema penitenciário não pode ser uma concepção a priori; é uma indução do estado social. Há doenças morais assim como acidentes da saúde em que o tratamento depende do foco e da direção do mal’ (FOUCAULT, 2006, p. 208-209).

A arquitetura panóptica, que até a década de 1840 foi a principal forma nas construções penitenciárias, possibilitava o regime de vigilância constante e a documentação de registros sobre os sujeitos. O que ocorre, através da observação destes, é uma produção de saber sobre este indivíduo específico. Neste processo, há uma união de discursos judiciais e médicos, formando uma nova ciência, a criminologia, que busca observar a relação de causalidade entre o ato criminoso e a periculosidade, ou seja, busca analisar, diagnosticar, naturalizar a manifestação desses dois pontos. O ato criminoso torna-se intrínseco ao sujeito que o cometeu, faz parte de sua *essência*. A criminologia surge como um novo saber qualificado para a concepção desse sujeito individualizado e potencialmente perigoso.

Esse conjunto de conhecimentos sobre o crime e o criminoso se expande e sustenta uma *origem* da delinquência, uma justificativa – *biológica* – do delito no próprio delinquente. Foucault (2010) indica que a sociedade de vigilância aproxima e possui o intuito de sistematizar o direito a partir da ciência. O juiz, quando aplica uma pena ao criminoso, torna-se um pouco médico, intervém aplicando a pena a partir de um saber médico. O malfeitor, ao cometer o delito, é considerado dentro do seu desvio e o tempo da pena que será aplicada, de privação de liberdade, deve garantir que o sujeito se emende, se modifique.

Essa pena *prevê* a duração necessária para que o indivíduo seja punido e seja reformado. A presença do discurso médico foi crucial para se definir a clientela a ser encarcerada.

A medicina, analisada como um saber atravessado pelas relações de poder e o médico como uma autoridade política⁵⁸, protegerá e defenderá a sociedade daqueles que saíram da norma, dos degenerados (FOUCAULT, 2008). Para tanto, atuará diretamente sobre um determinado alvo, sobre a vida. As mudanças políticas e econômicas, entre o século XVIII e XIX, resultaram em algumas transformações consideráveis em relação à vida, ao corpo e ao coletivo. O surgimento do indivíduo, forjado pelo corte entre o público e privado⁵⁹, se tornou um investimento de uma nova sociedade: a capitalista. A saúde do sujeito torna-se uma preocupação por estar diretamente ligada ao crescimento da economia, à necessidade de existir corpos sadios e aptos ao trabalho, para isso “[...] Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista [...]” (FOUCAULT, 2008, p. 80).

Fahri Neto (2007), baseado em Foucault, aponta dois mecanismos produzidos pela medicalização da vida, isto é, dois objetos que foram apreendidos pelo saber da medicina com efeitos de eliminar e produzir determinados comportamentos: o primeiro mecanismo está relacionado à preocupação com a saúde da população, ou seja, não uma medicina individual e sim uma medicina que enxerga a vida, o sujeito, inserido em uma coletividade; o segundo mecanismo está associado à interferência da medicina no meio, às mudanças locais no ambiente urbano, ou seja, uma intervenção no meio onde compreende essa coletividade.

Essa *ciência* intervém diretamente na sua população. “[...] uma medicina que é essencialmente um controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes mais ricas” (FOUCAULT, 2008, p. 97). Esta intervenção toma forma a partir da segunda metade do século XVIII, como apresenta Foucault (2005b), e se instala como uma nova técnica que atuará integrada a técnica

⁵⁸ As relações de poder devem ser entendidas em rede, sempre fluidas, e o poder como não localizável e não hierarquizado (FAHRI NETO, 2007). O saber existe dentro de uma produção de verdade e o poder existe em análise – o saber/poder deve ser pensado em um conjunto de relações, práticas, estratégias.

⁵⁹ De acordo com Sennet (2002), a partir do século XVIII ocorreram algumas mudanças no âmbito público (França e Inglaterra): um novo processo econômico, a criação das cidades e migração de pessoas a esses centros urbanos. É o momento em que surge o *indivíduo* (e a separação deste com o público) e a criação da família nuclear. O sistema intimista, centrado na família de idealização burguesa, se descolou das ruas, local de atribuição da imoralidade. “[...] O público e a ideia de desgraça estavam intimamente ligados. Para um homem burguês, o público tinha uma conotação moral diversa [...]” (SENNET, 2002, p. 39). A rua tornou-se o local da perversidade, do contágio.

disciplinar, mas utilizando diferentes instrumentos. O foco dessa nova tecnologia – biopolítica – está no homem biológico, como espécie-humana. Ao contrário da disciplina⁶⁰, a biopolítica é totalizante, o poder se exerce sobre a população, sobre a massa. São estas duas séries, disciplina e biopolítica, que Foucault apresenta como biopoder, um poder que se encarrega do corpo e da vida (FAHRI NETO, 2007).

[...] a disciplina tenta reger a multiplicidade dos homens na medida em que essa multiplicidade pode e deve redundar em corpos individuais que devem ser vigiados, treinados, utilizados, eventualmente punidos. E, depois, a nova tecnologia que se instala se dirige à multiplicidade dos homens, não na medida em que eles se resumem em corpos, mas na medida em que ela forma, ao contrário, uma massa global, afetada por processos de conjunto que são próprios da vida, que são processos como o nascimento, a morte, a produção de doenças, etc. [...] (FOUCAULT, 2005b, p. 289).

A partir de então, o Estado realiza a *biorregulamentação*, ou seja, uma regulamentação da vida através dos discursos e das instituições que operam recortando, de forma política, higiênica e eugênica, a pessoa/população. O recorte higiênico atua limpando os espaços públicos e privados e o eugênico trabalha de forma dialética separando os considerados normais dos sujeitos degenerados. O corpo individual e o corpo coletivo tornam-se centrais nessa dinâmica de exercício do poder. A medicina “[...] vai ter, agora a função maior da higiene pública, com organismos de coordenação dos tratamentos médicos, de centralização da informação, de normalização do saber, e que adquire também o aspecto de campanha de aprendizado da higiene e de medicalização da população [...]” (FOUCAULT, 2005b, p. 291). O saber-poder médico torna-se peça fundamental para administrar, regulamentar uma política da vida. Ele se articula como tecnologia política, atuando tanto no corpo, como na população. O discurso médico institui a norma e o poder se exerce no âmbito do orgânico e do coletivo.

⁶⁰ A anátomo-política utiliza procedimentos que garantem a distribuição espacial dos indivíduos, a organização de seus corpos “[...] mediante todo um sistema de vigilância, de hierarquias, de inspeções, de escriturações, de relatórios: toda essa tecnologia, que podemos chamar de tecnologia disciplinar do trabalho [...]” (FOUCAULT, 2005b, p. 288). Convém com o controle das virtualidades, o corpo torna-se um objeto a ser modificado, corrigido, devendo ser “[...] saudável, limpo, asséptico e disciplinado [...]” (COIMBRA, 2006, p. 07). A *preocupação* está voltada para o que esse indivíduo poderá fazer e não o que já fez, dessa forma há uma discreta e permanente moldagem do corpo. O propósito é fabricar, forjar um novo homem, um corpo dócil, apto ao trabalho e, se necessário, punido.

O controle da vida, como corpo produtivo, não se restringe apenas ao controle da espécie – o Estado protegendo a população –, mas no modo de vida da população – o Estado gere a vida da sua população. O biopoder, incidindo sobre a vida, não defende, no entanto, todas as suas manifestações. Há a defesa das formas de vida que devem persistir e há as tentativas de aniquilação daquelas que saem da norma, são corrompidas. Foucault (2005b) traz a norma como o elemento que circula entre a tecnologia disciplinar e biopolítica, já que se aplica, da mesma forma, ao corpo e a população. A esse elemento que circula tanto em um quanto em outro, ele complementa dizendo: “[...] A norma é o que pode tanto se aplicar a um corpo que se quer disciplinar quanto a uma população que se quer regulamentar [...]” (FOUCAULT, 2005b, p. 302). A norma conecta a disciplina e a biopolítica, o cruzamento entre elementos disciplinares e elementos biopolíticos que mobiliza a sociedade de normalização.

O Estado, que se utiliza do discurso médico, atua diretamente pela normalização social para justificar determinadas práticas de eliminação de riscos. A psiquiatria, forma de manifestação da medicina, teve o papel de elaboração de discursos, conjuntamente com o darwinismo social, que afastam os anormais, isolam os perigos sociais, os transferem para as *cadeias*. Ela “[...] se torna a ciência de proteção científica da sociedade, ela se torna a ciência da proteção biológica da espécie [...]” (FOUCAULT, 2002, p. 402). A ciência psiquiatria tem, então, a função de proteger e manter a ordem. O foco, com atravessamento desses novos discursos, não é mais a higienização dos espaços, mas a purificação da própria raça. Como poder normalizador, exerce-se o racismo de Estado com justificativas biológicas (FAHRI NETO, 2007).

[...] que é o racismo? É, primeiro, o meio de introduzir afinal, nesse domínio da vida de que o poder se incumbiu, um corte: o corte entre o que deve viver e o que deve morrer. No contínuo biológico da espécie humana, o aparecimento das raças, a distinção das raças, a hierarquia das raças, a qualificação de certas raças como boas e de outras, ao contrário, como inferiores [...]; uma maneira de defasar, no interior da população, uns grupos em relação aos outros [...], o racismo terá sua segunda função: terá como papel permitir uma relação positiva, se vocês quiserem, do tipo: ‘quanto mais você matar, mais você fará morrer’, ou ‘quanto mais você deixar morrer, mais, por isso mesmo, você viverá’ (FOUCAULT, 2005b, p. 304-305).

O controle dos considerados degenerados (possivelmente os maiores clientes das prisões), daqueles que não vivem de acordo com a sociedade, surge com o desejo de eliminar a raça *ruim*, eliminar o perigo biológico. O Estado regulamenta a vida de todas as formas e diante

da separação entre a raça pura da não pura, eliminam-se determinadas formas de existência. Em um Estado de direito, o direito não é preservado. Deixa-se morrer através da omissão. O racismo está ligado à tecnologia de poder e, conforme Foucault (2005), foi essencial para a emergência do biopoder. “[...] O racismo torna-se necessário e é legitimado em nome de um objetivo maior: a defesa da própria vida, a defesa da espécie e da nação, que se afirma juntamente com a classe que a sustenta” (CALIMAN, 2001, s.p.).

Em defesa da própria vida, deixam-se mortes acontecerem; este cenário traz antigas formas de exercer o poder. Foucault (2007b) expõe, brevemente, em *A Vontade de Saber* que o poder soberano, hegemônico até o século XVII, tinha um determinado privilégio: o direito de vida e de morte. A vida, o corpo e o trabalho dos súditos pertenciam ao rei, como também todo o território. O poder soberano se traduzia, sobre a vida do outro que infringiu suas leis, com a punição da morte. “[...] O direito que é formulado como ‘de vida e morte’ é, de fato, o direito de *causar* a morte ou de *deixar* viver [...]” (FOUCAULT, 2007b, p. 148, grifos do autor). A transformação das relações de força que levaram ao exercício do biopoder traz o poder sobre a vida e morte de outra maneira. O poder utiliza, neste momento, com seus controles e mecanismos reguladores, para dar conta do corpo produtivo, de uma vida que será sustentáculo do Estado.

Ocorre a fragmentação, a decomposição, já que “[...] o racismo, acho eu, assegura a função de morte na economia do biopoder, segundo o princípio de que a morte dos outros é o fortalecimento biológico da própria pessoa [...]” (FOUCAULT, 2005b, p. 308). Deixa-se morrer para poder viver, situação tão controversa diante de um poder que ao gerir a vida, defende a vida, mas também permite a morte⁶¹ daqueles que *oferecem* perigo à sociedade. O Estado assume a função de assegurar a proteção da sua população, acima de *qualquer* coisa, garantindo a sua purificação.

⁶¹ Foucault (2007b, p. 148-149) destaca que “[...] Essa morte, que se fundamentava no direito do soberano se defender ou pedir que o defendessem, vai aparecer como o simples reverso do direito do corpo social de garantir sua própria vida, mantê-la ou desenvolvê-la. Contudo, jamais as guerras foram tão sangrentas como a partir do século XIX e nunca, guardadas as proporções, os regimes havia, até então, praticado tais holocaustos em suas próprias populações [...]”. O biopoder defende as formas de vida que devem persistir e exclui as que não devem. Esse pequeno fragmento, resumidamente, fala que nunca se matou tanto. Por mais que faça valer um poder que defende a vida, não serão todas que serão selecionadas. Pela pureza da raça, elimina-se as formas de vida que não devem existir. O Estado pode não ser o algoz direto, mas exclui ou não interfere na aniquilação das raças que enfraquecem a sociedade.

Entretanto, Foucault (2009) mais tarde percebeu que essa proteção não se dava apenas por uma relação belicosa, de guerra das raças, com as estratégias de normalização social. Alguns instrumentos serão, também, direcionados a todo um grupo organizacional, com as formas de *conduzir* a vida das pessoas. A proteção se exerce, em uma repartição espacial, sobre o conjunto de uma população. Essa biopolítica, exercida pelo o que ele chamou de mecanismos de segurança, analisa toda a sociedade em seus índices, frequências e dessa representação percebe-se certo padrão. O Estado⁶² torna-se o organizador do meio, controlando os efeitos e reduzindo os danos. Há interferências em determinados fluxos, tomados como naturais (exemplos: números de natalidade e de homicídios da população são padronizados e se houver alguma discrepância, por motivos quaisquer, o Estado intervém diretamente) nos acontecimentos no meio de uma população.

O poder torna-se mais uma questão de governo do que uma questão de enfrentamento. O Governo e a sua população possuirão uma relação de imanência, já que ele faz parte do que governa, o ato de governar a população tem a finalidade de conduzi-la a um fim adequado. As práticas de vigilância policial e a prevenção da criminalidade, por exemplo, são mecanismos utilizados pelo Estado a fim de reduzir algum evento que possa trazer risco a sua população⁶³. Para tanto, o Estado, adota uma campanha de segurança pública que, caso seja necessário, irá agir rapidamente, se colocando acima de qualquer mecanismo jurídico (FAHRI NETO, 2007).

“O Estado deve mostrar-se a postos, para agir com presteza e vigor frente ao perigo pronto para tomar as decisões necessárias para garantir a segurança, mesmo que o faça em detrimento das leis [...]” (FAHRI NETO, 2007). O Estado defende a sociedade de tudo que se constitui como ameaça, antevendo todos os possíveis danos que podem acometê-la. A emergencialidade⁶⁴, com o discurso do risco sempre presente e permanente, faz com que

⁶² A questão do Governo na forma do Estado, para Foucault, foi à primeira forma de analisar a arte da condução de condutas – uma ação sobre ações futuras – e não se resume na figura do Estado. O Governo deve ser entendido em sua multiplicidade, deve ser entendido inserido dentro de um conjunto de fluxos, inseridos no objeto que governa. O *pai* de família, por exemplo, não é exterior a sua própria família, o pai faz parte da família, ou seja, o Estado não deve ser considerado separado do seu próprio governo.

⁶³ A polícia é a própria racionalização do Estado, desdobrava-se na racionalidade do Estado. A polícia, quando foi inventada, não tinha os mesmos propósitos que são conhecidos nos dias atuais (de repressão), mas de vigilância. Ela era responsável pelos decretos e pelas orientações dadas à população. A forma de *combate* da criminalidade não era ainda baseada na força, mas de manutenção da segurança do próprio Estado.

⁶⁴ É neste momento que surge, como relata Santos (2010), quase instantaneamente em toda a Europa, a instituição prisão como forma exclusiva de punição, no final do século XVIII e início do século XIX. Após uma

haja uma intervenção na interação da população com o meio. O dispositivo de segurança proposto por Foucault (2009), ao contrário da disciplina, não valoriza os detalhes como bons ou ruins, esse mecanismo biopolítico apoia-se em processos considerados inevitáveis, naturais que, de certa forma, coloquem em risco a população. Ele não se refere a singularidades, mas considera pertinente tudo que está ao nível da população, da multiplicidade. O interesse do Estado é garantir a vida da sua população e não de cada sujeito, mesmo que isso signifique garantir a morte de um indivíduo para que sua população vingue.

[...] todo indivíduo que aceita as leis do seu país assina um contrato social, aceita-o e o revalida a cada instante em seu próprio comportamento, enquanto aquele que, ao contrário, viola as leis, rasga o contrato social, este torna-se estrangeiro em seu próprio país e, por conseguinte, cai sob as leis penais que vão puni-lo, exila-lo, de certo modo matá-lo. O delinquente em relação a esse sujeito coletivo criado pelo contrato social rasga esse contrato e cai do lado de fora desse sujeito coletivo [...] (FOUCAULT, 2009, p. 58).

A questão da segurança, como um dispositivo biopolítico de saber-poder, se atenta para a questão espacial dos fluxos, da circulação. Se a segurança da população ocorrer justamente com a intervenção do meio, caberão mecanismos de controle social para assegurar isso. Evitar a circulação de delinquentes ou qualquer outro sujeito que apresente risco à sociedade, não só relacionado aos atos criminosos, mas também com a proliferação da sujeira e das doenças atreladas a este público, tornou-se primordial na sociedade biopolítica. É importante destacar que a biopolítica como forma de racismo de Estado e como forma de dispositivo de segurança não são, na verdade, questões separadas. Estas formas de exercício do poder, exercício da biopolítica, coexistem e apenas a análise realizada por Foucault ocorreu em momentos distintos.

A *diferença* entre (ou *o que complementa*) esses dois mecanismos biopolíticos encontra-se, de certa forma, na *localização* dos seus *inimigos*: enquanto no racismo de Estado o inimigo encontra-se no interior do próprio Estado, aquele indivíduo que compromete a pureza da sua população, o estrangeiro em seu próprio país; o mecanismo de segurança também opera como uma defesa da sua própria população, mas com preocupações mais no âmbito

reforma no sistema penitenciário e judiciário (BARROS; PASSOS, 2001), a prisão será uma das instituições que acolherá esses sujeitos e que sustentará o *estado de emergência*, em defesa da vida.

da política/da economia, que são os indivíduos externos ao Estado, o estrangeiro, aquele que o próprio Estado não conhece, que representa perigo.

O racismo de Estado e o mecanismo de segurança, como formas da tecnologia biopolítica, investirão nos próprios processos da vida, como já dito anteriormente. A importância biológica, a eliminação dos estranhos e a defesa da sociedade estão inseridas dentro de um contexto que “[...] trata-se de eliminar, não os adversários, mas os perigos, em relação à população e para a população” (PELBART, 2005, p. 59). Então, pode-se inferir que serão nas *vidas* de determinados sujeitos, que cometeram algo considerado como um crime, aqueles que representam perigo à sociedade por rasgar o contrato social e violar a ordem, que atuarão os procedimentos do poder.

Agamben (2010), a respeito da palavra *vida*, aponta duas distinções que os gregos possuíam para este termo: *bios* e *zoé*. O primeiro termo indicava a forma peculiar de viver do próprio indivíduo ou a maneira de viver de um grupo. O segundo se refere à vida comum a todos os seres, o fato de viver comum a todos. Atentando-se para o segundo significado da palavra *vida*, *zoé* era a simples vida natural, excluída da *polis*, voltada para a questão reprodutiva. A politização da *zoé*, dessa vida nua, através de políticas de Estado que a efetivam, inicia-se a partir da Idade Moderna, “[...] quando a vida natural começa, por sua vez, a ser incluída nos mecanismos e nos cálculos do poder estatal, e a política se transforma em *biopolítica* [...]” (AGAMBEN, 2010, p. 10-11).

A vida nua é reduzida, ao mesmo tempo, a uma vida matável e insacrável (AGAMBEN, 2010). A essa vida, o autor traz a figura antiga do direito romano arcaico, o *homo sacer*, que “[...] julgado por um delito, pode ser morto sem que isso constitua um homicídio, ou uma execução, ou uma condenação, ou um sacrilégio, nem sequer um sacrifício [...]” (PELBART, 2010, P. 61). A essa vida discriminada como não autêntica, considera-se poder matar, para poder viver. É uma vida que não possui valores jurídicos, não é avaliada como um bem para o Estado.

A ‘vida indigna de ser vivida’ não é, com toda evidência, um conceito ético, que concerne às expectativas e legítimos desejos do indivíduo: é, sobretudo, um conceito político, no qual está em questão a extrema metamorfose da vida matável e insacrável do *homo sacer*, sobre a qual se baseia o poder soberano [...]. Se ao

soberano, na medida em que decide sobre o estado de exceção⁶⁵, compete em qualquer tempo o poder de decidir qual vida possa ser morta sem que se cometa homicídio, na idade da biopolítica este poder tende a emancipar-se do estado de exceção, transformando-s em poder de decidir sobre o ponto em que a vida cessa de ser politicamente relevante [...] (AGAMBEN, 2010, p. 137-138).

A vida nua, a vida desqualificada, é possível de ser exemplificada nas prisões, sem muito esforço. Os livros, filmes ou materiais midiáticos, que falavam sobre os prisioneiros e sobre as prisões, oferecem um panorama tangível. O preso é reduzido a *zoé*, e possivelmente já o era antes de ser capturado pela instituição prisão. O que se pode observar é que, através desses instrumentos informativos, as instituições de encarceramento tentam, frequentemente, descaracterizar o sujeito, utilizando de técnicas disciplinares e biopolíticas. Cortam-lhe os cabelos, retiram-lhe as suas roupas e as substituem por uniformes institucionais, o higienizam. Depois passam por um processo de acolhimento institucional, desde administrativo-jurídico ao atendimento com a equipe de saúde. O preso é concebido como um desvio, um anormal, e a relação que se estabelece com ele é, geralmente, marcada pela violência. O racismo contra o anormal se legitima como um meio de defesa da sociedade (CAPONI, 2009a). O *perigo biológico*, aqui já denominado como delinquente, terá em seu corpo, em sua vida, uma série de interferências.

A prisão, como uma das faces da segregação da biopolítica, é fortalecida pelo próprio discurso da vida desqualificada. O criminoso, separado de toda a sociedade, enjaulado, é exposto a riscos que não poderá evitar. A vida que não é digna de ser vivida, deixa-se morrer. O Estado não oferece diretamente mecanismos que irão findar com a vida desse sujeito, mas pode *fornecer* condições precárias o suficiente, em suas prisões, que irão gradualmente fazer cessar essa vida. A superpopulação carcerária e as péssimas condições de alguns estabelecimentos penais, por exemplo, demonstram certa *ausência* do Estado. E pergunta-se: um *ponto cego* nas práticas de governo do Estado em defesa da vida? Um

⁶⁵ Agamben (2010) aponta como préstimo a questão da soberania de suspensão da lei, do sujeito como propriedade do rei, como uma autorização para matar alguém sem que isso signifique homicídio. O estado de exceção fala de uma exclusão sem que, de certa forma, o sujeito excluído esteja fora da norma. O sujeito não é banido de um coletivo, mas é exposto ao risco, abandonado pela lei. Pelbart (2003) chama essa situação de dupla captura paradoxal, já que a vida é “[...] excluída da comunidade por ser insacrificável, é nela incluída por ser matável [...]” (p. 62). É o totalitarismo do Estado biopolítico, onde o Estado toma as decisões sobre a vida.

ponto chave nas práticas de governo de um Estado biopolítico, legitimadas pelo racismo em defesa da vida?

Diante da realidade de abandono enfrentado pelos presos, iniciam-se no final do século XX grupos de discussões a respeito da situação das condições de *saúde* nas unidades prisionais. Estas discussões, realizadas por várias organizações, tinham como pauta desde questões de salubridade, prevalência de doenças à capacitação profissional dos trabalhadores da saúde. A princípio, inicialmente, era uma proposta de *cuidado* aos presos, mas acabou sendo efetivada também de outras formas.

As políticas de saúde no sistema penitenciário, que são políticas de Estado, foram criadas recentemente nos países ocidentais. Elas entraram nas prisões baseadas sob o argumento de que “*é necessário cuidar da saúde do preso, porque em determinado momento ele retornará à sociedade*”. Uma preocupação efetiva com o preso? Ou uma preocupação com a sociedade – na tentativa de evitar anomalias possíveis de serem provocadas pelo egresso? Em defesa da sociedade a qualquer custo, as práticas de saúde podem se tornar uma guerra contra o perigo biológico, podendo até se utilizar de mecanismos coercitivos, como vacinas obrigatórias ou a impossibilidades de negar o tratamento de doenças infectocontagiosas, entre outros.

O limiar entre *cuidado* e *estratégia de controle* é extremamente sutil. As políticas de saúde, utilizadas dessa forma, fortaleceram práticas *em defesa da sociedade*. Por outro lado, apesar das políticas de saúde terem favorecido certo mecanismo biopolítico, não se pode afirmar que *só* exista esta possibilidade dentro das prisões. Existem outros possíveis, por vezes proporcionados pela própria política, não capturados e enrijecidos pelos modos de saber-poder biopolíticos. Existem outras formas também de efetivar o cuidado.

[...] Pensamos em todo o caso que o corpo tem apenas as leis de sua fisiologia, e que ele escapa à história. Novo erro; ele é formado por uma série de regimes que o constroem; ele é destroçado por ritmos de trabalho, repouso e festa; ele é intoxicado por venenos – alimentos ou valores, hábitos alimentares e leis morais simultaneamente; ele cria resistências [...] (FOUCAULT, 2008, p.27).

O poder, entendido como difuso e estabelecido na própria relação (DELEUZE, 2005), não está encarnado no aparelho do Estado e o preso não se confere como agente que sofre a

violência – até porque, o poder não se produz na violência repressora e sim na produção da realidade para atingir certos fins. São as relações de força que constituem o poder e o seu efeito não deve ser entendido, também, como bom/mau. “[...] Dizer que não há escapatória ao poder, afirmar sua onipresença, não quer dizer que não há saída, possibilidade de reconfiguração das relações de poder. Não há poder sem resistência; é justamente sobre a resistência que o poder se exerce [...]” (FAHRI NETO, 2007, 70). A vida, contudo, é ao mesmo tempo exercício de poder e ponto de resistência – resistência a um assujeitamento.

A palavra resistência está carregada de sentidos: resistir contra ou resistir a, como também uma força contrária (ROQUE, 2002), mas aqui ela deve ser entendida como uma dobra, uma insistência da existência. A resistência, em Foucault, não é um enfrentamento ao poder, uma ação reativa e contrária. Na verdade, resistência e poder coexistem, ambos são ativos e se atualizam. Resistir às formas de dominação, é estar em criação, é lutar. A vida, nesta perspectiva, afeta e é afetada, “[...] se torna resistência ao poder quando o poder toma como objeto a vida [...]” (DELEUZE, 2005, p. 99). A resistência é sempre afirmativa, é produção de saúde.

A resistência entendida como capacidade inventiva de produção de saúde, de novas existências, é uma aposta para problematizar como tem se dado práticas de saúde nas instituições. É importante destacar que os pontos de análise, realizados até então – o encarceramento como uma prática punitiva; a medicina como uma estratégia de biopoder; e a vida nua também com capacidade de resistir e criar novas linhas de produção de saúde –, se fundem e se orientam para pensar produção de saúde no sistema penitenciário. Na prisão, como local de eliminação, os discursos/práticas de saúde entram como instrumento biopolítico, mas também possibilitam a criação das linhas de resistência.

O espaço prisional é povoado por diversas linhas de força⁶⁶. O campo da saúde entra na prisão entre o limite de corroborar com práticas individualizantes, através das estratégias de controle, mas, também, como cuidado de fato. Falar sobre saúde nas prisões é um assunto

⁶⁶ As linhas molares, as linhas moleculares e as linhas de fuga. As linhas molares percorrem e definem certos lugares, são linhas duras que classificam e organizam segmentarizações e as linhas moleculares são mais flexíveis, criam imprevisibilidades. Ambas coexistem. Já as linhas de fuga são ativas e sempre desdobram em si mesmas, caracterizam o próprio processo de produção de subjetividade, elas escapam das formalizações e das imposições (CÉSPEDES, 2011; DELEUZE; GUATTARI, 2008). As linhas de fuga podem ser entendidas como linhas de resistência.

delicado, pois se encontra no *entre* da questão do direito de cuidado do próprio corpo e das práticas de medicalização autoritárias, justificadas pelo discurso da defesa da saúde, da sociedade e da vida (digna de ser vivida). O biopoder desqualifica a vida e em um local onde se impera a vida nua, as políticas de saúde podem ser utilizadas para controlar os corpos, controlar os *perigos biológicos*, ou, ainda, simplesmente, deixar morrer sem atendimento ou atendimento precário. O atendimento à saúde nas prisões é algo nebuloso e por ele estar nesse limiar:

Os autores especializados consideram, que entre a população prisional, um dos mais significativos direitos é o que se refere à saúde [...], nas prisões, um nível inadequado de atenção à saúde pode conduzir rapidamente a situações caracterizáveis como tratamento desumano ou degradante. Por outro lado, uma boa assistência à saúde pode ter um impacto positivo na qualidade de vida geral nos centros penitenciários, tanto para os reclusos quanto para o corpo funcional [...] (KOLKER, 2001, p. 55).

Aposta-se que a saúde prisional, apesar de constituir-se como um mecanismo de controle, pode viabilizar, também, criação e expansão da vida. A saúde no sistema penitenciário pode funcionar como um espaço poroso onde é possível escapar de certos endurecimentos, de certas práticas de envenenamento. Esta é a aposta que procura ser feita neste trabalho, mas é preciso dizer que esta porosidade não está dada, não é natural, não se exercita sem colocarmos constantemente em análise o que se está produzindo como profissional de saúde prisional.

As próximas páginas se aventurarão por uma tentativa de unir alguns dados sobre como eram e como são abordadas as práticas de saúde, as políticas públicas de saúde nas prisões dos Estados Unidos da América, da Europa, do Brasil e do Espírito Santo e os discursos que as atravessam. Dificilmente se encontra literatura específica sobre o assunto. Entretanto, foram utilizadas algumas partes de livros, de jornais *online* ou sites de organizações oficiais e não oficiais. A leitura partiu do pressuposto de que qualquer informação era bem vinda. Falar de saúde nas prisões é falar sobre as próprias prisões, é falar não só do ambiente coletivo, mas também das práticas de encarceramento desses locais.

2.2. MARCADOR DE PÁGINAS: HISTÓRIA DAS PRÁTICAS DE SAÚDE NAS PRISÕES

The warden threw a party in county jail. The prison band was there and they began to wail. The band was jumpin' and the joint began to swing. You should've heard those knocked out jailbirds sing⁶⁷ [...] (Elvis Presley – Jailhouse Rock).

A prisão, na história, pode se confundir com diversas cenas. Existem as imagens que são mais poéticas, imaginativas, como a prisão da Ilha de Santa Helena, antiga colônia britânica, próxima ao continente africano, que foi o local de exílio de Napoleão Bonaparte. Uma ilha com altos paredões de rochas, sem praia e com uma vasta floresta. Existem, também, aquelas imagens que parecem pertencer a um grande gangster ítalo-americano, como a prisão de Alcatraz, localizada na Baía de São Francisco, na Califórnia, agora inativa, que abrigou o lendário mafioso Al Capone, preso por sonegação de imposto de renda. Um presídio rodeado por águas revoltas, com grande quantidade de guardas e com os presos considerados mais violentos de todo território americano⁶⁸.

As imagens das prisões entram também na história cinematográfica e acabam por confundir o telespectador: filmes, documentários ou programas de TV norte-americanos mostram suas prisões e seus longos corredores. O surpreendente *“The Life of David Gale”* (2003) que tenta traduzir a falácia do sistema a favor da pena de morte. Ou mesmo *“American History”* (1998) mostrando por trás histórias de racismo, guetos americanos e violência urbana – e a continuação disso dentro da prisão. Além do *“The Deer Hunter”* (1978) com a cena no campo de prisioneiros norte-americanos na Guerra do Vietnã, onde são submetidos a diversas torturas psicológicas.

Já com outras imagens se aproximando cada vez mais da realidade brasileira, o próprio filme *“Tropa de Elite II”* (2010), em um dos seus primeiros minutos, mostra o sangüinário ataque de presos a uma facção rival no presídio Bangu I, localizado no Rio de Janeiro. Situação que

⁶⁷ “O diretor deu uma festa na cadeia municipal. A banda da prisão estava lá e eles começaram a chorar. A banda estava pulando e a prisão começou a requebrar. Você deveria ter ouvido aqueles presos inconscientes cantarem.” (tradução nossa).

⁶⁸ Cf. BEIRÃO, N. Memórias do cárcere. Carta Capital. Seção Sociedade. Disponível em: <<http://www.cartacapital.com.br/revista/758/memorias-do-carcere-8744.html/view>>. Acesso em: 06 ago. 2013.

reflete a violência dentro das prisões, inclusive entre os próprios presos, corrupção interna, com os agentes penitenciários, e uma polícia militar impulsiva e assassina. E como não recordar de “Carandiru” (2003)? O impacto que o filme provoca ou a sensação de desconforto que ele sugere. O massacre do Complexo Penitenciário de Carandiru, em São Paulo, tinha se tornado mais uma sombra fantasmagórica, com suas injustiças e violações de direitos, na história do Brasil. A sua demolição não apaga a sua história.

Os filmes, as imagens, as lembranças são formas de contar e fazer história. Eles não traduzem em uma única poesia, eles provocam sensações diversas, multifacetada. Na tentativa de recriar novas formas de aproximação com a temática *saúde no sistema prisional*, um dos caminhos possíveis foi explanar uma certa história. A curiosidade pela história surgiu após alguns questionamentos – não descolados dessas imagens: como eram/são as práticas de saúde prisional no Brasil? E no resto do mundo? Será que há políticas de saúde prisional? Se existem, como será que funcionam? Os medicamentos psicotrópicos se tornaram uma questão? Ou as discussões se voltam mais para o uso de drogas no cárcere?

As perguntas ainda se refazem, sem que cheguem a uma forma comum. Utilizando de diversas fontes escritas, não houve uma busca pela verdade, mas sim diálogos. Os textos que auxiliaram na *busca* de como ocorriam/ocorrem práticas de saúde no sistema prisional variam de reportagens, artigos científicos a literatura. As práticas de saúde, descritas nas próximas páginas, se aventurarão em lugares distintos, com histórias dos Estados Unidos da América, Europa Ocidental, Brasil e Espírito Santo.

2.2.1. Estados Unidos da América

A história do funcionamento das prisões dos Estados Unidos da América é extensa, mas são raros os textos que falam sobre as práticas de saúde nas prisões. O primeiro contato que a pesquisa teve com algo *próximo* a este assunto foi através da história da Guerra de Secessão

(1861-1865). Segundo Grabianowski (2007), durante a guerra civil americana houve registros de maus tratos em presos, ocorridos na prisão de Alton em Ilinoís. Esta penitenciária, desativada anos após sua inauguração, ocorrida em 1833, foi reaberta como uma prisão militar, servindo para albergar os soldados Confederados (norte-americanos do sul do país, escravagistas) resistentes ou aqueles que fossem contrários às ideologias da União (norte-americanos do norte do país, libertários). Superlotada, as condições da penitenciária eram péssimas e houve uma grande taxa de mortalidade naquele local. “[...] Verões úmidos e quentes, invernos frios do Centro-Oeste tiveram um forte impacto sobre os prisioneiros que já estavam enfraquecidos pela má alimentação e pela roupa inadequada [...]”⁶⁹ (tradução nossa). Os prisioneiros foram morrendo de pneumonia, disenteria e de doenças contagiosas, como varíola e rubéola. É possível perceber que não havia uma preocupação com as condições de encarceramento ou com a situação de saúde dos presos. Ou, se existia, não era exercitada a ponto de responder à grande taxa de mortalidade que assolava a prisão.

Como essa prisão foi destinada a presos políticos, acabava tendo *certas* características distintas das prisões comuns, todavia a utilização desse exemplo deve-se apenas para indicar a situação de algumas prisões norte-americanas (ou mesmo a situação de saúde dos EUA, em momentos de guerra). A prisão de Alton foi desativada por se encontrar em péssimas condições e só foi reaberta devido à situação de guerra. Por outro lado, esta característica não diz respeito a todas as prisões norte-americanas no século XIX, algumas, inclusive, tiveram um grande impacto no cenário mundial.

Nos Estados Unidos as práticas do trabalho forçado e do isolamento⁷⁰ sempre foram comuns como forma de punição, mas as prisões de Auburn (Nova Iorque) e Filadélfia (Pensilvânia), na primeira metade do século XIX, também adotaram a rígida disciplina de proibir os presos de se comunicarem entre si (MOTTA, 2011; FOUCAULT, 2006). Na primeira ocorria o isolamento total dos presos à noite e durante o dia eles trabalhavam em conjunto, em uma oficina, mas eram proibidos de falar. Já na segunda, os presos estavam absolutamente separados, dia e noite, trabalhando sozinhos em suas celas. “[...] Assim, tanto em um como outro sistema, não se observa o princípio da sociabilidade e se estabelece como gênero de

⁶⁹ “[...] *Hot, humid summers and cold Midwestern winters took a heavy toll on prisoners already weakened by poor nourishment and inadequate clothing [...]*” (ALTON prison, acesso em: 06 ago. 2013).

⁷⁰ Conforme Foucault (2006, p.202), o “trabalho é definido, junto com o isolamento, como um agente da transformação carcerária”.

escravidão doméstica” (FLEURY, 1874, *apud* MOTTA, 2011, p. 120). Com a justificativa de fazer com que os presos não se corrompessem através do contato entre si, esse sistema se prontificou a executar, em prol de uma ressocialização moral, condenar o sujeito a qualquer tipo de contato social.

Em Auburn, os prisioneiros ainda podiam falar em tom baixo, mesmo que raramente, com os carcereiros, entretanto era imposta a repetição e as regras deveriam ser respeitadas, sob o risco de sanção disciplinar. Desta forma, esperava-se que a coação através da vigilância *desencadearia* um aprendizado da lei, o respeito às normas. Em Filadélfia, por outro lado, o isolamento absoluto, provocado pela própria estrutura física do presídio e pelas normas da instituição, tinha o intuito de deixar o indivíduo sozinho com a sua própria *consciência*. O objetivo era de que ocorresse uma transformação da moral, após o remorso (FOUCAULT, 2006, p. 200-201). Apesar de esses modelos terem servido como exemplos em todo o mundo, ao longo dos anos, começaram a ser questionados em sua eficiência – não pelo viés da *humanização* do encarceramento, mas pela impossibilidade de recuperação do criminoso, já que não garantiam a mudança e o arrependimento deste.

Os Estados Unidos, pouco mais de um século após o cessar fogos da Guerra Civil, já tendo ocorrido duas grandes guerras mundiais e assinada a Declaração Universal de Direitos Humanos, foram palco de outra notoriedade internacional, através de uma de suas prisões: Attica (Nova Iorque). Esta penitenciária, em 1971, se tornou “[...] o símbolo da brutalidade carcerária” (WACQUANT, 2001, p.83). Em uma grande rebelião, onde os carcereiros foram feitos reféns, os presos reivindicaram o fim da censura, melhorias na assistência à saúde, entre outras. Contudo, após cinco dias de negociações, que já estavam tendendo para uma resolução pacífica, a polícia estadual nova-iorquina invadiu a penitenciária, sob os holofotes da mídia americana, e matou 43 presos, sendo que os feridos não tiveram consentimento para atendimento médico⁷¹. Passado o massacre, um ano depois, Foucault visitou a prisão e encontrou corredores limpos e aquecidos (MOTTA, 2010).

É somente pela ação coletiva, pela organização política, pela rebelião que os detentos poderão escapar deste sistema de adestramento. As prisões americanas parecem, bem mais facilmente do que as prisões europeias, poder ser um lugar de ação política. As prisões americanas, de fato, desempenham um duplo papel: o de

⁷¹ KLEFF, acesso em 06 ago. 2013.

lugar de castigo, tal como existe hoje e há séculos, e o de campo de concentração [...] (FOUCAULT, 2010, p.137).

No início dos anos 1970, Foucault (2010) indicou que a maior parte dos prisioneiros norte-americanos era composta de pobres, pessoas urbanas e pertencentes a outras minorias significativas. Com os Estados Unidos já apresentando a maior taxa de encarceramento no mundo, ele comparou a cela dos prisioneiros de Attica à jaula de animais, cubículos criados para animais selvagens. Em sua visita, surpreendeu-se com o que viu, já que os relatos das prisões da França eram sempre de lugares sujos e repugnantes, diferente do que ocorria ali. Inclusive, comparou estar nesta prisão a estar no interior de uma máquina, de grande tecnologia (exercício do poder), onde o detento ficava de 10 a 12 horas trancado sob normas milimetricamente calculadas. Concluiu que estar nessa máquina, submetido a esse tipo de adestramento, não era apenas uma forma de punição, mas também de eliminação.

A crença de que a prisão produz homens virtuosos era, para Foucault, algo contraditório. A eliminação dos sujeitos ocorre desde quando a sociedade os envia para a prisão, na qual os sujeitos serão esmagados, quebrados e até mesmo fisicamente eliminados. Já a prisão elimina as pessoas quando as libertam, reenviando para a sociedade, fazendo assim um movimento circular. As formas de eliminação, neste tipo de campo de concentração, na prisão eram de “[...] eliminação física das pessoas que saem dela, que morrem nela, às vezes diretamente, e quase sempre indiretamente, uma vez que elas não podem mais encontrar emprego, não têm nenhum meio de subsistência, não podem mais reconstituir uma família [...]” (FOUCAULT, 2010, p.139).

Já nas décadas posteriores, os Estados Unidos quadruplicaram a sua população carcerária através do chamado rigor penal. Isso foi devido à política de Tolerância Zero, nascida em Nova Iorque, que se estabeleceu no território norte-americano, visando aniquilar agressivamente as pequenas delinquências (WACQUANT, 2001). Esta perseguição se fixou, mais especificamente, entre pobres e negros. Esta eliminação social efetivada pela política de Tolerância Zero, conforme destaca Wacquant (2001), serviu para acalmar a classe média, ao mesmo tempo em que tirou das ruas o possível delinquente. Com uma política fascista,

auxiliada por uma mídia sensacionalista, a criação do estado de insegurança tornou-se a peça chave para exterminar das ruas o perigo eminente e separá-lo dos cidadãos de *bem*.

[...] Segundo a *National Urban League*, em dois anos essa brigada, que roda em carros comuns e opera à paisana, deteve e revistou na rua 45.000 pessoas sob mera suspeita baseada no vestuário, aparência, comportamento e – acima de qualquer outro indício – a cor da pele. Mais de 37.000 dessas detenções se revelaram gratuitas e as acusações sobre metade das 8.000 restantes foram consideradas nulas e inválidas pelos tribunais, deixando um resíduo de apenas 4.000 detenções justificadas: uma em doze. Uma investigação levada a cabo pelo jornal *New York Daily News* sugere que perto de 80% dos jovens negros e latinos da cidade foram detidos e revistados pelo menos uma vez pelas forças da ordem (WACQUANT, 2001, p.35).

Essa nova realidade não estava separada de um contexto econômico: a ascensão e consolidação do neoliberalismo também estavam intrinsecamente relacionadas com o aumento dessa específica população carcerária. Uma política proposta para a eliminação espacial dos pobres, negros e latinos relacionada com a necessidade de construção de novos estabelecimentos penais, fez com que o encarceramento se tornasse um (bom) negócio. Nas décadas de 1980 e 1990, várias prisões foram construídas, contudo, ainda eram insuficientes para abrigar o crescente número de presos, ou seja, a superpopulação carcerária estava sempre presente (WACQUANT, 2001), sendo necessária a construção de outros presídios. Observa-se que o encarceramento como um investimento econômico não contribuiu apenas para a criação de um negócio imobiliário, mas para a produção de novos empregos: sejam agentes penitenciários, profissionais da área da saúde ou mesmo empresas para fornecimento de comida, segurança, tecnologias de identificação, entre outros.

É neste contexto que a *saúde prisional* norte-americana começa a ser implantada. Sabe-se que os Estados Unidos não possuem cobertura médica pública fornecida à população, ao menos no que concerne a um plano de saúde que viabilize acesso integral, universal e gratuito. Na década de 1980, conforme relata Wacquant (2001), 45 milhões de norte-americanos não possuíam qualquer acesso à saúde, mas o sistema prisional norte-americano fornecia atendimento médico, com enfermarias equipadas que funcionavam 24 horas. De acordo com Christopher Beam (2009), o sistema de saúde penitenciário norte-americano funciona de forma diferente em cada estado. Como possuem autonomia política no que concerne as suas prisões, a *saúde prisional* depende da política do próprio estado e o preso

pode tanto não ter acesso à saúde, quanto pode ter acesso a um serviço de qualidade duvidosa, sendo que o preso pagará, no máximo, cinco dólares a uma visita emergencial do médico.

Considerando as especificidades e particularidades estaduais, no que se refere à saúde prisional americana, atentando-se para a mercantilização da prisão e para a *oferta* mercadológica da saúde, a mera possibilidade de garantia de direitos à população carcerária também foi colocada em questão e questionada por Beam (2009). Tal questionamento ganha corpo e é fortalecido pela crítica da ausência de cobertura pública da assistência à saúde a população dos EUA, como também foi feito por Mansfield Frazier (2011). Contudo, este autor considerava *desnecessário o gasto* com o sujeito privado de liberdade, em contraste com a necessidade de saúde da população civil, não atendida pelo governo americano. Segundo Frazier (2011), os sujeitos estão cometendo crimes e sendo presos para ter acesso ao sistema de saúde de *qualidade* gratuito. As duras críticas ao dispendioso sistema de saúde público prisional ocorrem por contrastar com o dos norte-americanos livres e contribuintes, a classe média, que devem pagar pelo seu.

Ao mesmo tempo, a opinião do autor vai de encontro com as denúncias das reais condições das prisões dos EUA, como as expostas por Paul von Zielbauer (2005). Este relatou os horrores da negligência que ocorreram nas prisões norte-americanas, com suas empresas privadas com fins lucrativos. O autor iniciou o artigo contando duas histórias similares de dois sujeitos que não tiveram o mínimo de atendimento de saúde dentro das prisões e que morreram após 10 dias de espera. Após inúmeras mortes causadas por um sistema de saúde falho, foi criada, em Nova Iorque, a Comissão Estadual de Correção⁷² para investigar todos os casos de morte e a empresa responsável pela prestação de serviço.

A Comissão descobriu, entre muitos problemas, médicos desqualificados, falta de treinamento da equipe de saúde, falta de equipamentos necessários (como aparelhos para recém-nascidos em uma penitenciária feminina) e má conduta de alguns profissionais. Inclusive, a exemplo da situação acima, sobre a morte desses dois prisioneiros, uma enfermeira em depoimento na Flórida disse: “[...] Nós economizamos dinheiro, pois pulamos

⁷² *The State Commission of Correction.*

a ambulância e os levamos direto para o necrotério”⁷³ (Zielbauer, 2005, tradução nossa). Em outros estados dos EUA foram encontrados problemas similares e, também, péssimas condições de trabalho dos profissionais de saúde prisional.

As falas desses artigos, de jornais de circulação livre norte-americanos, refletem a lógica capitalista e moralista que funciona nos Estados Unidos. Eles demonstram não apenas uma privatização comercial e falaciosa do *direito* à saúde, mas também a ideia comum de que presos, aqueles que subtraíram bens de uma sociedade que preza o consumo, não devem ter um atendimento digno e que isso, inclusive, contraria os interesses dos contribuintes (classe média), aqueles que de fato deveriam receber incentivos governamentais.

Já o artigo científico “A Saúde e a Assistência à Saúde de Prisioneiros Norte-Americanos: uma pesquisa nacional” (WILPER et al., 2009, tradução nossa) teve como objetivo analisar a prevalência de doenças crônicas e o acesso à saúde de prisioneiros norte-americanos. Segundo o artigo, em um censo demográfico realizado em 2002, foi identificado que as doenças crônicas são comuns entre os presos, principalmente a hipertensão e o *diabetes mellitus*, e o número de casos é proporcionalmente superior ao resto da população. A pesquisa expôs que 13,9% dos prisioneiros federais, 20,1% dos prisioneiros estaduais e 68,4% dos detentos das cadeias⁷⁴ possuíam algum tipo de doença crônica e não receberam atendimento médico no momento que foram presos. “[...] Quase 1 milhão de detentos (750.000) relatam ter uma ou mais condição médica crônica, e seu acesso à atenção médica parece ser ruim, particularmente nas cadeias [...]”⁷⁵ (WILPER et al., 2009, p. 04, tradução nossa).

O artigo também apresentou uma discussão a respeito da saúde mental e sobre o elevado número de prescrições de medicações para fins psiquiátricos. Conforme os autores relataram, 14,8% dos prisioneiros federais, 25,5% dos presos estaduais e 25% dos detentos das cadeias locais possuíam, ao menos, um diagnóstico prévio de transtorno mental e, anterior ao cárcere, os sujeitos fizeram uso de medicamentos psicotrópicos. Contudo, eles apontaram que no momento da prisão, uma proporção muito menor fazia uso desse tipo de

⁷³ “[...] *We save money because we skip the ambulance and bring them right to the morgue*”.

⁷⁴ Através do artigo observa-se haver uma distinção entre três tipos de prisões, as federais, as estaduais e as cadeias locais.

⁷⁵ “[...] *Almost 1 million inmates (750.000) report having 1 or more chronic medical condition, and their access to medical care appears to be poor, particularly in jails [...]*”.

medicação, “[...] Nossos dados também demonstram que as prisões estão mantendo e tratando de muitas pessoas mentalmente doentes que estavam fora do tratamento, no momento da prisão”⁷⁶ (WILPER et al., 2009, p.04, tradução nossa), ou seja, para muitos, o tratamento medicamentoso continuado inicia-se somente após a prisão.

Esses autores consideraram que o grande número de sujeitos que, na época da pesquisa, faziam tratamento psiquiátrico nas prisões e o alto número de prescrições de psicotrópicos nas prisões refletiam o acesso limitado de atenção à saúde mental comunitária. Percebe-se, no entanto, que eles relacionaram o transtorno mental à ação do crime, justificaram o ato criminoso com a *doença* mental não tratada, e ainda sugeriram que um serviço de saúde mental público melhor poderia diminuir significativamente o número de crimes e prisões.

Por fim, os autores confirmaram que a atenção à saúde nas prisões, fosse relacionada ao tratamento das doenças crônicas, fosse ao tratamento psiquiátrico, não era a mais adequada, mas conseguia ser pior nas cadeias locais do que nas prisões federais e estaduais. Eles explicaram este fato dizendo que, já que a duração do encarceramento nas cadeias locais é menor do que nas prisões, possivelmente não há investimento o suficiente. Já em Chicago, Kate Sexton realizou uma pesquisa sobre “Assistência à Saúde nas Prisões Americanas” (2010, tradução nossa). Ela apontou que 1 a cada 100 americanos adultos estava preso e direcionou um novo *problema* às prisões norte-americanas: a população carcerária está envelhecendo. A pesquisadora conclui que cada vez mais os EUA terão que investir em atenção básica à saúde dos seus presos, principalmente naqueles que estão com idade superior a 60 anos, devido o aumento das doenças crônicas como uma realidade nas penitenciárias dos EUA.

⁷⁶ “[...] *Our data also demonstrate that prisons are holding and treating many mentally ill people who where off treatment at the time of arrest*”

A história da assistência à saúde nas prisões nos Estados Unidos da América reflete a concepção da saúde dentro de uma lógica de mercado, concebida como passível de consumo.

O cenário prisional nos Estados Unidos foi capturado pela máquina capitalista. A saúde prisional, diante dessa ótica, se torna uma nova mercadoria. Os atendimentos de saúde parecem apenas cumprir um protocolo, mas ao mesmo tempo fazem movimentar a circulação de capital. É fundamental ressaltar que a política social e econômica dos Estados Unidos deve ser pensada dentro de uma lógica calcada na qual o Estado⁷⁷ é pensado como regulador, ou seja, mediador da relação entre o mercado e o público, investindo em modelos que focam ações privatistas, individualizadas. Em vez de o próprio Estado criar, implantar e avaliar as políticas sociais, ele *contrata* uma esfera não estatal (Associações, Organizações Não Governamentais, entre outras) para realizar estas funções. Na verdade, as privatizações não eximem o Estado da sua proteção social, ele não se desresponsabiliza. É apenas uma nova forma de gerir a vida, sob o modelo de um novo capitalismo – o Estado não *coloca as mãos*, mas gere a vida. Ocorre que não existe o interesse, pelo Estado, em ter políticas sócio-assistenciais. Ao sujeito que não se enquadra, o Estado pune com as políticas de segurança pública.

A chave da prosperidade norte-americana, e a solução para o desemprego de massa, residiria numa formula simples, para não dizer simplista: menos Estado [...]. Os partidários das políticas neoliberais de desmantelamento do Estado-providência gostam de frisar como essa ‘flexibilização’ estimulou a produção de riquezas e criação de empregos. Estão menos interessados em abordar as consequências sociais devastadoras do *dumping social* que elas implicam: no caso, a precariedade e a pobreza de massa, a generalização da insegurança social no cerne da prosperidade encontrada e o crescimento vertiginoso das desigualdades, o que alimenta segregação, criminalidade e o desamparo das instituições públicas (WACQUANT, 2001, p.77).

Wacquant (2001) apresenta em seu livro “As Prisões da Miséria” a política de Tolerância Zero, a qual prevê que o Estado atue como uma verdadeira máquina de punições,

⁷⁷ O Estado, em sua forma absoluta, surge a partir do século XVIII para proteger o próprio território. As classes ricas foram essenciais para sua consolidação, pois sustentaram essa nova organização através do financiamento ao rei, dando-lhe força, incentivo. Dessa maneira, a burguesia garantiu o poder, e garantiu também a propriedade privada. O Estado, no liberalismo clássico, torna-se provedor e protege a sua população coletivamente, através de políticas estatais de proteção. Já pela ótica neoliberal, foram realizadas políticas privadas voltadas a um coletivo, mas que não são, de fato, políticas públicas.

combatendo desde as menores infrações a fim de *impedir* futuros delitos mais graves. É uma proposta de *mais Estado* nas áreas policiais e *menos Estado* nas áreas sociais e econômicas (BOCCO, 2010). Há uma transformação do Estado como Providência a um Estado Penal. Desde a implantação dessa política, mortes foram causadas tanto pelo *desinteresse* do Estado com as camadas mais pobres, como através da violência policial contra grupos específicos (negros e pobres). Essa política não se resume a uma política punitiva, mas também está baseada em uma controversa defesa da sociedade, de uma raça pura não criminosa, daqueles que estão corrompidos.

A saúde prisional está inserida dentro da lógica mercadológica neoliberal norte-americana. Os presos estão inseridos nas relações estabelecidas pelo próprio capital. A prisão nos Estados Unidos funciona como um negócio extremamente rentável através do alto índice de encarceramento. A prisão, representada em sua maior parte por uma população de negros e de pobres, tornou-se uma grande máquina de punição e eliminação de estranhos. Nos EUA, país onde não existe política de saúde pública, a saúde prisional se configura como mercado – mesmo de qualidade duvidosa, já que o público-alvo é aquele que, em tese, se busca eliminar para a purificação da raça. Por outro lado, esse sujeito pobre quando é capturado pela instituição prisional, torna-se um consumidor em potencial. Ele faz circular o capital, ele torna-se o consumidor da saúde prisional.

Para além da questão política financeira, verifica-se também nos Estados Unidos da América um discurso frequente que relaciona a doença mental com a criminalidade. Como consequência, há uma grande discussão que apoia a utilização de medicamentos psicotrópicos, dentre outras coisas, para sujeitos com *sofrimento mental*, sob o argumento de prevenção do crime. Enquanto isso, a questão da saúde mental dentro do sistema penitenciário norte-americano enfrenta um elevado número de sujeitos realizando tratamento psiquiátrico, diga-se, recebendo psicotrópicos – o que também reflete e fortalece a relação estabelecida entre a doença mental e criminalidade, além da própria cultura farmacológica do país.

Outro alarmante quadro epidemiológico nas prisões americanas está relacionado com a própria instância política e jurídica do país, ou seja, é resultado indireto da política de Tolerância Zero. Além do elevado número de pessoas encarceradas, existem os que estão lá

há bastante tempo: a população carcerária norte-americana está envelhecendo e com isso alguns problemas de saúde pública podem ocorrer caso não sejam tomadas as iniciativas necessárias. Esta população envelhecida necessita de cuidados especiais, relativo às doenças crônicas. O prognóstico possível, diante desse quadro, é um investimento considerável na atenção primária de saúde, todavia este modelo esbarra com a própria noção mercadológica e curativista que está infiltrada na condição de acesso à saúde dos norte-americanos e nas prisões dos Estados Unidos.

2.2.2. Europa Ocidental

As masmorras da Europa eram localizadas dentro dos castelos e conventos, ou no alto ou no porão. Antes do século XIX, elas apenas serviam de local de passagem para os sujeitos, entre a condenação e o suplício. De paredes grossas e escuras, com pouca circulação de ar e de luz, os sujeitos eram abandonados e conviviam com animais pestilentos, com pouca possibilidade de saída. Com a formação da sociedade disciplinar, o advento do capitalismo e a criação das cidades, as prisões foram sendo construídas, geralmente, em locais afastados, ainda preservando, inicialmente, o caráter sujo e escuro dos calabouços medievais.

O muro feudal, alto e imponente, que separava a corte dos estrangeiros, a *persona non grata* dos homens de prestígio, mudaria de local e começaria a servir “[...] fechado sobre o trabalho agora misterioso da punição [...]” (FOUCAULT, 2006, p. 96), um local para se exercitar o castigo em busca da correção moral. Para um efetivo bom adestramento, com fiscalizações atenciosas, foram adotadas algumas transformações. As mudanças na estrutura das prisões ocorreram após adaptá-las a estrutura arquitetural de Bentham, o panóptico.

O panóptico de Bentham, como um aparelho de controle, não foi criado especialmente para a construção das prisões. Ele, como dispositivo de poder, foi adotado por alguns estabelecimentos (OLIVEIRA, 2007). Contudo, supostamente nestes lugares produzia-se o seu efeito de forma mais perceptível, dando ao preso a sensação de ser, sempre,

monitorado. Enquanto nas masmorras os presos não eram vistos, geralmente ignorados, sob essa nova proposta a impressão é de que se estava em constante vigilância. De um corpo que era torturado, despedaçado a um corpo trancado, vigiado, observado (coagido?).

Em um livro coordenado por Foucault (2007a)⁷⁸, foi feita uma análise sobre o caso de Pierre Rivière, condenado à morte na primeira metade do século XIX e que, posteriormente, teve sua pena substituída por prisão perpétua. Reunidos alguns documentos, um deles é o do registro interno da Unidade Prisional para qual Pierre foi transferido, a *Beaulieu*. Este registro (1835) descreveu minuciosamente a estrutura interna da penitenciária, como o dia a dia de qualquer preso: a sua estrutura física foi destacada (com a filosofia do panóptico *reinventada*), pelo escritor do relatório, diante das facilidades de se vigiar os presos por esse sistema de controle.

Esse profissional escreveu que a penitenciária estava em um dos locais mais salubres da França e que os aposentos eram arejados, absolutamente limpos e livres de qualquer odor desagradável. Eles tinham uma enfermaria, uma farmácia localizada dentro do próprio estabelecimento e recebiam visitas de médicos, se necessário. Quando os presos chegavam à prisão passavam por uma vistoria, verificando se possuíam doenças contagiosas, eram cortados os cabelos dos homens e todos eram banhados. Entregavam-lhe uniformes que eram substituídos uma vez por semana. Eles eram obrigados a trabalhar, recebiam por isso, e ao chegarem às oficinas “[...] cessa toda conversa. Este silêncio não é absoluto, não é o silêncio dos túmulos, como entre os americanos; é o silêncio que é naturalmente observado no trabalho, e quando não se quer perder tempo [...]” (citado por FOUCAULT, 2007a, p.174-175).

É possível observar semelhante situação nas falas abaixo, sobre uma prisão londrina:

Em 1842, a prisão de Pentonville foi inaugurada. Esta prisão utilizou o design de sistema separado. McGowen (1995) pensou, ‘Pentonville representou a apoteose da ideia de que um ambiente totalmente controlado pode produzir indivíduos reformados e autônomos’ (p.101). Não só Pentonville desempenhou seus objetivos do sistema separado, mas ela também utilizou a ideia do panóptico criado por Jeremy Bentham. O design panóptico, em conjunto com o sistema separado,

⁷⁸ Cf. FOUCAULT, M. (Coord.). Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão. Rio de Janeiro: Graal. 2007.

permitiu aos carcereiros uma separação efetiva dos prisioneiros enquanto mantêm uma cuidadosa vigilância sobre cada um deles⁷⁹. (JACKSON, 1997, tradução nossa).

A construção da prisão floresceu até a década de 1840, visando transformar a prisão de um lugar de confinamento fisicamente e moralmente nojento a uma máquina de reforma funcionando limpa e racionalmente. A crença otimista na nova prisão com base na uniformidade e impessoalidade foi generalizada⁸⁰. (WACHSMANN, 2009, tradução nossa).

Essas informações, de como funcionavam as penitenciárias francesa e inglesa (Pentonville), nas décadas de 1830-1840, indicavam uma *preocupação* a respeito da distribuição dos presos dentro das suas penitenciárias, preocupação com a reforma moral do criminoso. Esses relatos apontam que a salubridade da prisão estava diretamente relacionada à facilidade da vigilância e reforma moral do indivíduo. Já com informações pertinentes a respeito do funcionamento das penitenciárias nos Estados Unidos, os países da Europa começaram a modernizar os seus presídios. A preocupação não era simplesmente fornecer um local salubre aos presos, mas prover um ambiente em que pudessem ser controlados.

Por outro lado, outros debates também foram surgindo na Europa Ocidental, após a Segunda Guerra Mundial⁸¹. A Europa teve a difícil missão de se reconstruir e, devido ao que presenciou, iniciou debates acerca da temática dos direitos humanos⁸². A Organização das Nações Unidas, em 1955, “[...] reconhecendo a especial vulnerabilidade das pessoas detidas

⁷⁹ “In 1842, the Pentonville prison was opened. This prison used the design of separate system. McGowen (1995) thought, ‘Pentonville represented the apotheosis of the idea that a totally controlled environment could produce a reformed and autonomous individual’ (p.101). Not only did Pentonville fulfill the goals of the separate system but it also used the panopticon idea created by Jeremy Bentham. The panopticon design, in conjunction with the separate system, allows prison overseers to effectively separate prisoners while maintaining a careful watch upon each of them”.

⁸⁰ “Prison building flourished until the 1840s, aimed at transforming the prison from a physically and morally filthy place of confinement into a clean and rationally functioning reform-machine. The optimistic belief in the new prison based on uniformity and impersonality was widespread”.

⁸¹ A Alemanha nazista teve como palco as maiores atrocidades já vistas, como os campos de concentração de prisioneiros de guerra. Hitler determinou a prisão dos ciganos, dos negros, das prostitutas, dos homossexuais, judeus e pessoas com deficiência mental ou física. As condições de privação de liberdade, em momentos de guerra, são completamente diferentes em épocas de democracia, contudo, foi durante o III *Reich* que uma grande equipe médica nazista torturou vários desses prisioneiros em experiências médicas. Diante dessas ações, percebeu-se a necessidade de estabelecer normas e limites para os experimentos com pessoas e em 1947 foi criado o Código de Nuremberg que determinou como crucial o consentimento voluntário do sujeito a ser pesquisado. Posteriormente, por considerar que este Código precisava ser revisto, a Associação Médica Mundial elaborou a Declaração de Helsinque e, por fim, a UNESCO apresentou a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos.

⁸² Cf. Declaração de Helsinque (2000), Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (2005) e Código de Nuremberg (1947). BRASIL, acesso em 12 nov. 2012.

ou presas a sofrerem violações de direitos humanos [...]” (KOLKER, 2001, p. 08), acrescentou, posteriormente à Convenção Europeia de Direitos Humanos (1950), as Regras Mínimas para o Tratamento dos Presos (RMTP). Assumindo que pessoas privadas de liberdade são mais sujeitas a sofrerem violações de direitos (KOLKER, 2001), as regras serviriam como um instrumento que visa garantir os direitos desses sujeitos e, tecnicamente, protegê-los das práticas de torturas ou maus tratos.

O discurso da garantia dos direitos à vida a pessoas privadas de liberdade limitou-se às RMTP, em uma época em que se estabelecia que as celas destinadas ao isolamento noturno deveriam ser ocupadas por apenas um preso, sem contato com outros sujeitos. Esta situação demonstra que esse discurso ainda era incipiente, pois nem todas as práticas ou formas de encarceramento foram questionadas – há a presença da moralização do preso como sujeito corrompido e que necessita ser recuperado. Os debates sobre as garantias de direito continuaram ocorrendo e algumas modificações foram acompanhando as mudanças políticas-econômicas de alguns países.

A Europa, na década de 1970, a partir das primeiras manifestações neoliberais, passou por algumas transformações, também ao que concerne o âmbito prisional. Tal como nos EUA, houve um aumento rápido e contínuo do encarceramento, contudo, diferente dos norte-americanos, o aumento desses números nos países do velho continente deveu-se não pelo alto número de condenações, mas pela longa duração das detenções (WACQUANT, 2001). A inflação carcerária, entre os anos de 1983 a 1997, na Dinamarca foi de 6%, na Espanha de 66%, na França de 39%, na Holanda de 240%, na Inglaterra de 43%, na Irlanda de 66% e em Portugal de 140% (WACQUANT, 2001, p. 103).

Na Europa, a expansão carcerária, conforme relata Wacquant (2001), caiu prioritariamente entre “[...] os elementos marginalizados do mercado de trabalho (particularmente os jovens e os estrangeiros) [...]” (WACQUANT, 2001, p. 105). Além disso, havia uma diferenciação significativa entre o tempo de cumprimento da pena entre um nativo e um estrangeiro, sendo a duração média da privação de liberdade, de um estrangeiro, mais longa do que os demais. Casos, estes, não necessariamente em decorrência da entrada ilegal, mas exatamente devido às pequenas delinquências ou em decorrência ao tráfico de drogas. De

todo modo, as condições do encarceramento eram continuamente denunciadas como violadoras dos direitos.

[...] as condições de confinamento são tipicamente atentatórias ao direito e à dignidade humana. É o caso, entre outros, do tristemente célebre centro de Arenq, perto da estação ferroviária marítima de Marselha, onde um hangar vetusto construído em 1917 e desprovido do conforto mínimo necessário à habitação serve de depósito para cerca de 1.500 estrangeiros expulsos ano após ano para a África do Norte (WACQUANT, 2001, p. 111).

Nos países da Europa, o superpovoamento dos presídios também é uma realidade e as condições carcerárias, conforme Wacquant (2001), são tidas como ultrajantes. Diante dessas situações, o Comitê para a Prevenção da Tortura e das Punições ou Tratamentos Desumanos escreveu um relatório, em 2003, expondo as situações paupérrimas dos presídios franceses, como também os centros de retenção para estrangeiros: “[...] celas escuras e malcheirosas, com paredes úmidas, roupas de cama sujas, falta de iluminação e ventilação [...]” (WACQUANT, 2001, p. 117). Além da França, o Comitê passou por outros países e as denúncias foram semelhantes, “[...] insultos, pontapés ou socos e tapas, privação de alimentação ou de remédios, e pressões psicológicas [...]” (WACQUANT, 2001, p. 117).

Um relatório divulgado pelo Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência⁸³ afirmou que muitos europeus presos tinham dificuldade de acesso aos serviços de saúde, inclusive relacionado ao tratamento para toxicodependentes. A pesquisa realizada nas prisões da União Europeia mostrou que 1/3 dos homens reclusos eram consumidores de drogas injetáveis, sendo que até 34% da população carcerária fez uso por vias endovenosas durante o cumprimento da pena (OEDT, 2004). Este estudo levantou questões sobre o compartilhamento e a higiene desse tipo de uso, ressaltando a prevenção de doenças infectocontagiosas. Segundo o relatório, são poucos os estabelecimentos penitenciários nos quais existe o programa de substituição da droga e da possibilidade da troca e descartes das seringas.

Já o artigo “Prevenção das Violações dos Direitos Humanos em Locais de Detenção: uma iniciativa europeia” (1995), escrito por Dominique Bertrand e Timothy Harding, dissertou

⁸³ OEDT, acesso em 15 nov. 2012.

sobre a “Convenção para a Prevenção da Tortura e Tratamento Desumano ou Degradantes ou Castigo”⁸⁴ realizada na Europa. Os autores contam que foi estabelecida, nesta Convenção, a necessidade de dar maior atenção a respeito da saúde na prisão. Diante disso, o Comitê de Prevenção da Tortura (CPT)⁸⁵ visitou alguns países e verificou algumas situações:

[...] Por exemplo, na Dinamarca, uma forma peculiarmente severa de confinamento solitário estava sendo aplicada para encarcerar presos por até 21 meses, resultando em graves distúrbios psiquiátricos. Presos em confinamento solitário que pediam para ver um médico não eram imediatamente atendidos e autoridades judiciais constantemente ignoram recomendações médicas para acabar com o isolamento. Na Áustria, a assistência médica a pessoas que estão sob custódia policial foi considerada inadequada e denúncias de sérios abusos a detentos em custódia policial durante interrogatórios eram apoiadas por relatórios médicos que indicavam contusões, hematomas e lesões no tímpano. O relatório do Reino Unido inclui uma crítica devastadora de uma superlotação brutal e condições miseráveis a prisioneiros encarcerados [...].⁸⁶ (BERTRAND; HARDING, 1995, p.238-239, tradução nossa).

O CPT afirmou que a combinação de superlotação, insalubridade e inatividade são resultados de violação dos direitos humanos. Em 1992 após a divulgação do Terceiro Relatório Geral, o Comitê definiu sete pontos básicos para saúde no âmbito da prisão, como acesso ao médico, equivalência de cuidado, consentimento e confidencialidade, medidas preventivas, intervenções humanitárias, independência e competência profissional (BERTRAND; HARDING, 1995, p.239). Além destes pontos, ressaltou-se também a necessidade de atendimento ambulatorial, assim como psiquiátrico. Estes, segundo o Comitê, demandados pela própria situação de confinamento. Em alguns países, após a visita do CPT e do encaminhamento dos relatórios, houve mudança na forma de tratar os sujeitos sob custódia do Estado – foram criadas algumas políticas de atendimento médico assim que o sujeito entrasse no sistema prisional. Contudo, isso não significa que houve superação dos problemas de saúde nas prisões, mas para o CPT o fato de ter aberto um diálogo promissor com os Governos já foi considerado um sucesso (BERTRAND; HARDING, 1995, p. 240).

⁸⁴ *Convention for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment.*

⁸⁵ *Committee for The Prevention of Torture.*

⁸⁶ [...] *For example, in Denmark, an unusually harsh form of solitary confinement was being applied to remand prisoners for up to 21 months, resulting in serious psychiatric disturbances. Prisoners in solitary confinement asking to see a doctor were not seen promptly and judicial authorities consistently ignored medical recommendations to terminate isolation. In Austria, medical care of persons in police custody was said to be inadequate and allegations of serious ill-treatment of detainees in police custody during interrogation were supported by medical reports of contusions, bruising and eardrum damage. The United Kingdom report include devastating criticism of gross over-crowding and squalid conditions in remand prisons [...].*

Uma década depois do 3º relatório divulgado pelo Comitê de Prevenção a Tortura, em Portugal, a Comissão de Estudo e Debate da Reforma do Sistema Prisional se reuniu para realizar um estudo sobre as condições das prisões portuguesas, e o resultado desse encontro foi o documento “Guião para Debate Público (sugestões)” (BRIZ, s.d.). Percebe-se que, neste documento, existe uma preocupação maior em decorrência ao uso de drogas injetáveis e o compartilhamento das seringas, ou seja, comportamentos considerados de risco que facilitariam a transmissão de doenças infectocontagiosas. Nesse Guião, estão definidas algumas estratégias de prevenção à saúde no âmbito prisional e também estão atribuídas algumas medidas gerais para promover a mudança, assegurando acesso à saúde, como também melhorias ao espaço.

Em 1997, Portugal contava com uma taxa de mortalidade de 106 pessoas a cada 10.000 prisioneiros, já em 2006, a taxa era de 70 presos, mesmo a quase uma década de pequenas melhorias, este número ainda é considerado alto (ACED, 2006). Portugal, inclusive, entre os países da União Europeia, é o que possui o maior índice de mortalidade durante o cárcere. Aparentemente existe um esforço entre organizações não governamentais, como a Associação Contra a Exclusão pelo Desenvolvimento (ACED, 2004), e alguns órgãos do governo português, como o Ministério Público, para diminuir os números de mortes nas penitenciárias. A ACED, por exemplo, enviou um documento a políticos e jornalistas pedindo que houvesse uma averiguação a respeito das causas das mortes dos internos portugueses, “[...] Da experiência aprendemos que a opinião pública é mais sensível ao obituário do que às condições sofridas ao vivo pelos presos [...]” (ACED, 2006, p.01).

Por fim, a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2007, lançou um Guia⁸⁷, para os profissionais que trabalham nas prisões, com o objetivo de promover saúde no ambiente onde se encontram sujeitos confinados. O Guia é direcionado a profissionais que se encontram na área de assistência à saúde prisional e lá se encontram capítulos que falam da realidade das prisões e dos *mecanismos* para poder superar, promover saúde e prevenir agravos dessa típica população. As discussões são divididas em: o prisioneiro como paciente; protegendo e promovendo saúde em prisões; atenção primária de saúde em prisões; questões éticas e problemas clínicos específicos da prisão; doenças mais comuns (DSTs,

⁸⁷ Cf. Health in Prisons, a WHO Guide to the Essentials in Prisons Health, acesso em 14 dez. 2012.

tuberculose, dermatites, infecções intestinais); uso de drogas nas prisões e substituições de tratamentos; saúde mental nas prisões; atenção dentária nas prisões; atenção especial a mulheres presas; e promovendo saúde e gerenciando o estresse entre funcionários que trabalham nas prisões.

O Guia da OMS para os fundamentos em saúde prisional não traz apenas *o que deve ser feito* pelos profissionais de saúde, como um manual. Ele é também composto de discussões e de preocupações dos múltiplos problemas de saúde que acometem os sujeitos privados de liberdade. O Guia descreve um investimento coletivo, na Europa, em efetivar o assunto *saúde nas prisões*, em proporcionar não só um acesso médico, mas toda uma atenção baseada nas situações críticas dos presídios, relacionadas à saúde.

A Europa Ocidental possui algumas peculiaridades, ela é multifacetada. É impossível generalizar as condições econômicas, políticas e/ou culturais de todos os países, pois os processos de transformação destas são intensamente variados, inclusive em seus próprios territórios. Por uma questão didática, torna-se interessante colocar as percepções em um campo macro, mas isso não quer dizer que não haja a importância de analisar os micromovimentos, as singularidades de cada país. Com o estudo até então realizado, pôde-se perceber que a Europa encontra-se em um caminho que pode se aproximar dos Estados Unidos, assim como que pode se afastar. De qualquer forma, a política de Tolerância Zero também se encontra presente. A sociedade pós-moderna europeia costuma prender os sujeitos por longos períodos, pelos crimes de menor grau de violação, mas também produz discussões sobre e pelos direitos da vida.

Na sociedade pós-moderna, conforme nos relata Foucault (2005b), foram mantidos alguns mecanismos de eliminação dos sujeitos, com a justificativa de defender a vida, a sociedade.

A medicina social⁸⁸, ao longo dos últimos séculos, tornou-se um destes mecanismos que higienizam os espaços e reservam a raça pura. Foucault quando se referiu ao racismo de Estado, não o restringiu a uma questão étnica, mas aos modos de vida que são *incompatíveis* com a pureza da sociedade, com o que se encontra em ordem. O que não pertence a *esse* espaço, a *esse* ideal de pureza, elimina-se, exclui, encaminha a instituições que foram criadas para o segregamento. Zygmunt Bauman (1998) em seu livro “O Mal-Estar da Pós-Modernidade” traz a ideia de *ordem* e *pureza*. A primeira pode ser entendida como algo que está em seu devido lugar, que não destoa, que não é diferente. A segunda deve ser analisada dentro da perspectiva do processo de normatização, dentro das normas pré-estabelecidas por determinados grupos.

Durante a Idade Média o impuro era o estrangeiro, um estranho que não pertencia a nenhum lugar, situação esta que gerava desconforto, desconfiança, saía da ordem. Com o advento do capitalismo e com a ascensão da globalização, o capital tornou-se instável e desapropriado, não sendo gerenciado por um único centro, como antigamente administrado unicamente pelo Estado. O capital assumiu um caráter rotativo, de rápida circulação, tendo como consequência a sensação de compressão do espaço e do tempo e a produção de novos estranhos (BAUMAN, 1999). Segundo Bauman (1998), na pós-modernidade, época de instabilidade do capital, o estranho muda constantemente e é produzido de acordo com a circunstância, sendo definido pelo consumo. O autor (1998) define estes novos estranhos como *consumidores falhos*, o capitalismo é regido pelo próprio consumo, pela possibilidade de renovação que o próprio consumo pode proporcionar. Ele afirma que a sociedade pós-moderna é uma sociedade do consumo e os consumidores falhos estão fora do lugar, e destoam da ordem. O consumidor falho é visto como algo fora do lugar e deve ser eliminado.

Wacquant (2001, p.107-108) aponta que os jovens estrangeiros e os drogados são os principais *clientes* das prisões europeias:

⁸⁸ A medicina social é uma ciência que traz o próprio corpo como investimento social e político. Michel Foucault, no texto “O Nascimento da Medicina Social”, se propõe a problematizar a questão da medicina moderna como uma medicina social de práticas individualizantes. Ele, inicialmente, relata que, com o advento do capitalismo, o corpo foi socializado como primeiro objeto de força de trabalho. Esse texto de Foucault traduz a legitimação da medicina social, da individualização do corpo e da oposição do público e do privado que foram se constituindo ao longo dos séculos XVIII e XIX.

Com efeito, por toda Europa, os estrangeiros, os imigrantes não-ocidentais ditos da 'segunda geração' (e que justamente não o são) e as pessoas de cor, que compõem as categorias mais vulneráveis tanto no mercado de emprego quanto face ao setor assistencial do Estado, em virtude de seu recrutamento de classe mais baixo e das discriminações múltiplas que lhe são infligidas, estão maciçamente representados no seio da população carcerária – e isso num nível comparável em muitos lugares à 'desproporcionalidade' que atinge os negros nos Estados Unidos [...], os negros são sete vezes mais suscetíveis de serem presos do que seu homólogos brancos ou de extração asiática (as mulheres afro-antilhanas, 10 vezes mais). Essa sub-representação é particularmente flagrante entre os detidos 'caídos' por porte ou tráfico de droga, dos quais mais da metade é negra, e por roubo, onde essa proporção se aproxima dos dois terços.

O autor indica que, na Europa, são determinados grupos que, definidos pela etnia ou pelo poder aquisitivo, se concentram nas prisões. As indicações de Bauman (1998; 1999), Foucault (2005b) e Wacquant (2001) se aproximam, em determinado sentido: eliminação de estranhos, criminalização da pobreza e glorificação do Estado penal. Elementos que se unem e resultam em uma instituição-prisão segregacionista e populosa, onde o menor crime é punido com uma pena de longa duração. As masmorras, em *princípio*, eram utilizadas sob a justificativa da correção moral, mas ainda carregavam as lembranças dos suplícios. As prisões panópticas, tentativas de reestruturação dos espaços penitenciários, foram exaltadas como locais que iriam possibilitar maior controle, maior vigilância dentro das prisões. A pergunta que se sobressai é: o que uma *melhor* organização dos espaços das prisões produz e faz fazer? Quando Foucault (2007a) traz o registro que descreve como funcionava a prisão onde Pierre Rivière se encontrava, observando melhor, percebe-se que o espaço é vangloriado, primeiramente, por poder vigiar melhor, controlar melhor os presos.

Pensar saúde nas prisões não é *apenas* pensar em ambientes limpos e isentos da propagação de doenças. Entretanto, ao considerar a produção de saúde como uma reinvenção da autonomia do sujeito, pode-se entender que o comprometimento dos espaços também pode afetar as novas composições de reinvenção de si da pessoa privada de liberdade. As discussões sobre saúde prisional, realizadas a partir da década de 1980, a respeito da saúde no sistema penitenciário europeu, se encaminharam a uma tentativa de mudança nas práticas de saúde, não se limitando a falar sobre espaços ou na centralidade do especialista.

O prefácio do Guia “Saúde nas Prisões: um guia da OMS para fundamentos em saúde prisional”⁸⁹ (2007, tradução nossa) revela as práticas e os tons das preocupações, em alguns países europeus, referente as prisões e saúde pública:

Uma das mais poderosas lições, desde o final do século passado, é que a saúde pública não pode mais se permitir ignorar a saúde prisional. A ascensão e a rápida disseminação da infecção pelo HIV e a AIDS, o ressurgimento de outras graves doenças transmissíveis, como a tuberculose e a hepatite e o crescente reconhecimento que as prisões são receptáculos inadequados para pessoas com dependência e problemas de saúde mental, tem impulsionado a saúde prisional para o topo da agenda de saúde pública. Como todas as sociedades tentam lidar com esses graves problemas de saúde, tornou-se claro que qualquer estratégia nacional para controlá-los requer desenvolver e incluir políticas penitenciárias, porque as prisões contêm, ao mesmo tempo, um número desproporcional de pessoas exigindo assistência à saúde.

Uma boa saúde prisional cria benefícios consideráveis. Ela evita a propagação de doenças e promove saúde através da conscientização do que todos podem fazer para ajudar a manter a sua própria saúde e o bem-estar dos outros. Além disso, no entanto, pode ajudar a melhorar o estado de saúde de comunidades, contribuindo, assim, para a saúde de todos.

Este guia fornece informações práticas e conselhos sobre como obter uma boa saúde nas prisões. O seu conselho é baseado em evidências do que funciona melhor, e o conselho vem de especialistas selecionados, com considerável conhecimento e experiência nas necessidades especiais das prisões e locais de detenção compulsória. Ele apresenta o que é conhecido agora, mas será tomado cuidado em obter regulares *feedbacks* de quem o escreveu e de quem o está usando, para que o guia possa ser atualizado regularmente.

Todas as prisões são diferentes, mas compartilham desafios comuns. Os países variam consideravelmente nos recursos disponíveis para a melhoria dos serviços prisionais. A posição atual dos serviços de saúde varia substancialmente em prisões por todo o mundo. Alguns países com serviços básicos ou rudimentares vão precisar de apoio para introduzir as abordagens indicadas nesta publicação. Outros estão em posições mais favoráveis. Mas acreditamos que todos os países vão encontrar algumas áreas de seus serviços de saúde prisional que podem ser melhoradas e elas ganharão uma análise cuidadosa a partir desse guia⁹⁰ (OMS, 2007, p.viii, tradução nossa).

⁸⁹ *Health in Prisons, a WHO Guide to the Essentials in Prisons Health*

⁹⁰ One of the strongest lessons from the end of the last century is that public health can no longer afford to ignore prison health. The rise and rapid spread of HIV infection and AIDS, the resurgence of other serious communicable diseases such as tuberculosis and hepatitis and the increasing recognition that prisons are inappropriate receptacles for people with dependence and mental health problems have thrust prison health high on the public health agenda. As all societies try to cope with these serious health problems, it has become clear that any national strategy for controlling them requires developing and including prison policies, as prisons contain, at any one time, a disproportionate number of those requiring health assistance. Good prison health creates considerable benefits. It prevents the spread of diseases and promotes health through awareness of what everyone can do to help maintain their own health and well-being and that of others. In addition, however, it can help to improve the health status of communities, thus contributing to health for all. This guide gives practical information and advice on how to achieve good health in prisons. Its advice is based on evidence of what works best, and the advice comes from selected experts with considerable knowledge of

Na Europa, existe uma preocupação real relacionada às condições e aos serviços de saúde nos estabelecimentos prisionais. Contudo, também há discursos políticos que justificam a necessidade da criação, implantação e implementação de políticas de saúde penitenciárias utilizando-se de argumentos biopolíticos. O cuidado ao preso ainda pertence a uma lógica da defesa da vida da sociedade, já que o discurso de *promoção de saúde* ainda está relacionado a uma preocupação com a comunidade *fora-cárcere*. Por outro lado, são as práticas e os efeitos da saúde que devem ser exaltados, pois o preso, mesmo que indiretamente, será afetado por essas mudanças, beneficiando-se, por exemplo, com a própria política de redução de danos, estimulada dentro dos presídios europeus, associada ao uso de drogas e à transmissão de doenças infectocontagiosas, com distribuição de seringas e camisinhas, além das campanhas educativas.

Percebe-se, no mínimo, que há um interesse em ampliar os olhares, a própria política de redução de danos sugere o abandono do paradigma da abstinência e do celibato como medidas de controle. De qualquer forma, é possível enxergar uma aposta na diversidade, um investimento na abertura de criação de mundos. É possível afirmar que a saúde prisional na Europa está em processo, mesmo com a presença de *velhos* discursos. A análise da história da política de assistência à saúde na Europa Ocidental indica um possível caminho. As *portas*, aparentemente, encontram-se abertas para conceber a saúde em sua forma ampla, não apenas relacionadas às seringas, a medicamentos e ao acesso a recursos humanos.

and experience in the special needs of prisons and places of compulsory detention. It outlines what is known now, but care will be taken to get regular feedback from those who wrote it and those who are using it, so that the guide can be updated regularly. All prisons are different, but they share common challenges. Countries vary considerably in the resources available for improving prison services. The current position of prison health services varies substantially in prisons throughout the world. Some countries with basic or rudimentary services will need support to introduce the approaches indicated in this publication. Others are in more favorable positions. But we believe that all countries will find some areas of their prison health services that could be improved and will gain from careful consideration of this guide.

2.2.3. Brasil

O processo ocorrido na Europa e nos Estados Unidos, de substituição de uma pena corporal a uma pena privativa de liberdade, ocorreu também aqui. No Brasil, a cultura de encarceramento foi surgindo a partir do Código Criminal de 1830⁹¹ e, de fato, só foi colocada em prática a partir da década de 1850 (MOTTA, 2011). Vale lembrar que ainda nesta época o Brasil fazia uso de trabalho escravo⁹² e este código aplicava-se, diretamente, aos homens livres⁹³.

A diferença que ocorreu, em relação aos escravos, na época ainda considerados como objetos privados, foi apenas em relação a quem iria aplicar o castigo. “[...] O calabouço, lugar de castigos, é um índice de que a pedagogia e a ortopedia disciplinar não ocupam todo o espaço da política penal [...]” (MOTTA, 2011, p. 03). Segundo o autor, os castigos corporais estiveram presentes nas penitenciárias, não só entre os escravos, até a década de 1870 e, inclusive, uma grande parte dos considerados negros livres já habitavam aqueles espaço, desde o seu início. “[...] Há de um lado, a presença do castigo corporal na penalidade do período, e, por outro, a presença da pena de degredo. Trata-se uma sociedade que ao mesmo tempo castiga o corpo e o exila” (MOTTA, 2011, p. 14). Em meio a uma dupla finalidade, as prisões brasileiras estavam ocupando os espaços e caminhando, cada vez mais, para a sua consolidação.

A situação das prisões brasileiras, principalmente as do Rio de Janeiro, na primeira metade do século XIX, era precária. Em 1844, Cesário Eugênio Gomes de Araújo defendeu a sua tese de doutorado, pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, que tratava sobre a higiene dentro das prisões e as considerações necessárias para que ocorresse a reforma prisional.

⁹¹ No Código Criminal de 1830 se estabelecia, por exemplo, a pena de morte (pela força), pena de galés (trabalho forçado), pena de banimento, pena de prisão com trabalho e prisão simples. A prisão tinha tanto a finalidade de ser um local de passagem quanto de privação de liberdade (BRASIL, 1830).

⁹² Em 1871 foi decretada a Lei do Ventre Livre que estabeleceu que todos os filhos de escravos seriam considerados sujeitos livres e em 1888 foi, finalmente, sancionada a Lei Áurea que aboliu definitivamente o trabalho escravo no Brasil.

⁹³ Segundo o Art. 60 do Código Criminal de 1830 “*Se o réo fôr escravo, e incorrer em pena, que não seja capital, ou de galés, será condenado na de açoites, e depois de os soffrer, será entregue a seu senhor, que se obrigará a trazel-o com um ferro, pelo tempo, e maneira que o Juiz designar*” – revogado pela Lei 3.310, de 1886.

Ele expõe que, “[...] nenhuma prisão civil se acha em estado de oferecer aquelas condições que à salubridade são indispensáveis [...]” (ARAÚJO, 1844, *apud* MOTTA, p. 194). Até mesmo, coloca como impossível a reforma de alguns prédios prisionais e que estes deveriam ser demolidos, para a construção de outros. Por exemplo, o Aljube do Rio de Janeiro, a latrina, lugar reservado como banheiro, ficava localizada em um canto da prisão, destampada, com os dejetos dos presos expostos, além disso, a ventilação era quase inexistente e quase não existia luz (MOTTA, 2011).

Em 1874, uma Comissão Inspetora, nomeada pela Câmara Municipal do Rio de Janeiro visitou o Aljube, construído em 1732 como prisão clerical, para avaliação. Nela constataram uma superpopulação que fazia morrer presos comuns, misturados entre outros com diferentes penas, e descreveram as precariedades de todo o local, como condições de higiene inexistentes, mau cheiro e caos absoluto. O relatório que traz essas informações é complementado com a crítica a esse sistema, sem separação dos sujeitos pela pena, e traz a fala da necessidade de se criar um local para a regeneração moral daqueles que foram punidos a prisão simples e a com trabalho⁹⁴ (MOTTA, 2011).

Foi na segunda metade do século XIX que o Brasil começou a unificar a sua forma de punir. Com a diminuição da aplicação de outras punições, as penitenciárias foram se tornando locais apenas para a execução da pena de privação de liberdade e também, nesta época, o Brasil começou a participar de seminários internacionais, trazendo ideias para aplicar nas prisões nacionais, importando o modelo americano utilizado na penitenciária de Auburn, que propõe o isolamento conjuntamente com o mutismo obrigatório e o modelo de Bentham (considerado um fracasso aqui, pelas falhas em suas construções). As irregularidades foram muitas, e em nada se aproximava com o modelo apresentado pelo arquiteto inglês, mas mesmo assim o diretor da Casa de Correção no Rio de Janeiro em 1855, Antônio José de Miranda Falcão, defendia que o primordial era a *moral do estabelecimento* e

⁹⁴ O Código de 1830 previa: morte pela forca (só se a pena fosse irrevogável), pena das galés (trabalho forçado em embarcações à vela), pena de prisão com trabalho, pena de prisão simples (podendo ser perpétua), pena de banimento (suspensão dos direitos de cidadão brasileiro e exílio), pena de degredo (o réu obrigado a residir em um local destinado a sua sentença, sem poder sair dele), pena de desterro (exílio temporário da comarca onde ocorreu o crime), multa, suspensão ou perda de emprego. Como as prisões ainda eram locais de passagem, os sujeitos condenados a essas diferentes penas, ficavam todos no mesmo local. Com o início da *reforma* penal, na segunda metade do século XIX, considerou-se a necessidade de separar os criminosos por suas penas, pelos tipos de culpa (MOTTA, 2011).

aposta na mudança do regulamento dentro das prisões⁹⁵, possibilitando maior autonomia ao diretor e controle sobre os detentos, para diminuir os efeitos nocivos e provocar a reforma moral (MOTTA, 2011).

Contudo, falar em propor mudanças dentro do sistema penitenciário não significa que elas efetivamente irão acontecer: as condições de encarceramento ainda eram precárias e o número de presos maior do que a capacidade se manteve. Outra realidade que assombrava as prisões era reflexa do que ocorria fora dela: sabe-se que, na segunda metade do século XIX houve ocorrências de epidemias (febre amarela e varíola) com alto índice de mortalidade no Brasil. Na Casa de Correção da Corte, segundo o diretor Miranda Falcão, em 1854 entre 216 presos, 161 foram tratados de alguma doença e 08 foram a óbito. Já em 1866, segundo o diretor Daniel Thompson, entre 263 presos, 11 faleceram de “*moléstias próprias das estações*” e considerou ainda que as situações de higiene dentro da penitenciária eram melhores do que no resto do Rio de Janeiro (MOTTA, 2011).

Ainda segundo Thompson, nessa prisão, a respeito da loucura, não existiram mais do que dois casos e outros três com acessos esporádicos de loucura. O diretor não relacionou esses casos com o isolamento e culpabiliza cada um desses sujeitos por sua “*perda da razão*”, seja pelo vício do onanismo, desengano ou tempo de enclausuramento. Além disso, pontua que eram comuns casos de falsas loucuras e que isso era utilizado como tática dos presos “[...] 1ª) recorrer ao esquecimento, 2ª) realizar o desejo de transgredir o regulamento e 3ª) dar expansão a seus maus instintos [...]” (THOMPSON, 1867, *apud* MOTTA, 2011, p.170).

Em 1868, o médico Almeida Valle assumiu a direção da Casa de Correção da Corte e utilizou a prisão, antes de tudo, como um laboratório para analisar os comportamentos dos condenados, visando estudar o efeito da prisão sob os criminosos. Ele considerou que a “detenção penitenciária, depois de certa idade, produz inevitável e fatalmente a morte em seus prisioneiros [...]” (MOTTA, 2011, p. 180) e defendia um sistema de diminuição progressiva da pena, principalmente calculada com a idade do preso. Ele também considerava que para o sucesso da regeneração moral do sujeito era necessária a combinação da privação de liberdade com a estrutura física adequada, regulamento

⁹⁵ “[...] ‘abolir o pecúlio’, limitar as comunicações dos presos com o exterior, restringir o direito de escrever cartas, recebê-las e mesmo cortar as visitas periódicas [...]” (MOTTA, 2011, p.160).

institucional e introdução moral e religiosa. O discurso de Almeida Valle era de que a alma do sujeito era enferma e que ela precisava ser tratada, e que para isso, era necessária a intervenção religiosa (MOTTA, 2011).

Sobre a Casa de Correção da Corte foi o diretor Almeida Valle quem deu mais pistas sobre como eram as condições da penitenciária. Ele dissertou, conforme expõe Motta (2011), que o local de construção da prisão foi uma escolha infeliz, já que se localizava próxima a uma montanha – o que acabou aumentando consideravelmente o nível de umidade e diminuindo a ventilação em alguns lugares. Além disso, a arquitetura era verdadeiramente ruim, a começar com a escada em forma de caracol entre os andares, possibilitando a comunicação entre os presos. Em relação a questões administrativas (legais), ele disse que nem sempre quando o sujeito cumpria o tempo de sua pena era posto em liberdade, sendo necessário que o próprio preso esperasse por dias, semanas ou até meses para conseguir o seu alvará de soltura (MOTTA, 2011).

A respeito do isolamento e do mutismo, Almeida Valle se limitava a dizer que estes eram cruciais em causar doenças orgânicas capazes de provocar a morte. Ele era contra, inclusive, trocar a pena do sujeito condenado a galés a prisão simples ou com trabalho, já que aqueles não ficavam todos os dias isolados ou proibidos de falar. “[...] O regime penitenciário age sobre o espírito do detento, que, por sua vez, age sobre o corpo, adoecendo-o. A morte rápida é uma doença da penitenciária, é filha do seu regime” (MOTTA, 2011, p. 188). Já os presos que eram recebidos na enfermaria, segundo o relatório do Almeida Valle de 1869, 07 eram escravos que tinham sofrido castigo corporal, 43 apresentavam supressão da respiração, 24 apresentavam reumatismo, 165 erisipela (infecção cutânea causada, geralmente, por bactéria), 156 diarreia, 12 cólicas, 09 catarro pulmonar e 07 bronquite (MOTTA, 2011).

A consolidação das leis penais ocorreu com o Código Penal de 1890 e o encarceramento⁹⁶ se tornou a função central, extinguindo as penas galés e de morte. Foi a partir desse momento que os especialistas da época que visitaram alguns países da Europa a fim de conhecer os modelos que estavam estabelecidos por lá, reforçaram a necessidade de adaptações e

⁹⁶ Segundo o Art. 45, “A pena de prisão celular será cumprida em estabelecimento especial com isolamento celular e trabalho obrigatório [...]”.

construções de novas prisões, aproximando ao que se estabelecia no Código Penal de 1890. Já no início do século XX, quando a pandemia da gripe espanhola chegou ao Rio de Janeiro, afetou a todos na Casa de Correção: entre os 250 sentenciados, 207 foram acometidos pela doença, 06 foram os mortos na época (03 de tuberculose pulmonar e 03 de gripe espanhola), como também todos os profissionais que ali trabalhavam. A prisão teve que ser adaptada para que pudesse cuidar de todos os doentes.

A Casa de Correção passou por reformas que duraram mais de 70 anos, nunca chegando ao ideal esperado para uma penitenciária, sendo finalmente desativada em 1950. Até os últimos relatórios expedidos pelos diretores da prisão, ressaltavam um nível de higiene normal, atendimento médico e, também, dentário gratuitos. Nesses relatórios foi demonstrado, em momentos distintos, um número contínuo de presos mortos por tuberculose e a preocupação dos diretores em construir um local isolado para estes sujeitos⁹⁷.

No final do século XIX, foi construída a Colônia Correcional de Dois Rios em Ilha Grande, que serviu para abrigar, tanto homens quanto mulheres e menores de idade, pequenos contraventores e também sujeitos acusados de vadiagem e alcoolismo. Anos mais tarde, cada vez mais aumentava o número de reincidentes que eram direcionados a essa prisão e já em 1909 a prisão enfrentava problemas de superpopulação. Segundo Myrna dos Santos (2006, p. 05), “[...] A alimentação era precária, as doenças, constantes, e as condições de higiene, indignas. A separação de internos de acordo com idade, sexo e contravenção era praticamente impossível, pois os presos amontoavam-se em ambientes coletivos [...]”.

Dez anos mais tarde, a situação não era diferente na Colônia Correcional de Dois Rios. Na década de 1920 todos os presos que se encontravam na Colônia Correcional ficavam amontoados em um grande barracão e caso ocorresse alguma tentativa de fuga, os policiais ou os moradores próximos da Colônia, se utilizavam do terror e cometiam as piores barbáries (SANTOS, 2006). Além disso, em documentos relatava-se que muitos sujeitos morriam logo após o internamento nessa prisão, “[...] Morria-se de beribéri, disenteria,

⁹⁷ A exemplo disso, o prédio Lazareto que foi construído, no Rio de Janeiro, com a função de abrigar imigrantes recém-chegados ao Brasil que possuíam algum tipo de doença infectocontagiosa e no final do século XIX começou a receber poucos presos, mas logo foi fechado (PASSETTI, s.d.), tendo sido reaberto anos mais tarde. Em 1917, a estrutura foi assumida como presídio, estando, inicialmente sob a custódia do Ministério da Marinha (SANTOS, 2006).

tuberculose, sífilis, ou seja, doenças resultantes da má alimentação, falta de higiene e maus tratos [...]” (SANTOS, 2006, p. 07).

Graciliano Ramos, em “Memórias do Cárcere” (1953), descreveu, minuciosamente, a experiência de ter sido preso e as dificuldades que enfrentou. Em 1936⁹⁸, após suspeita de ser filiado ao Partido Comunista em Maceió, ficou sob a tutela do Estado, mas em um ano de privação de liberdade jamais recebeu uma acusação oficial. Ele passou por meses de angústia, sendo transferido de um local a outro, sem nunca obter respostas às suas perguntas. Vivendo em situações paupérrimas, como na ocasião que foi transferido de Alagoas ao Rio de Janeiro em um porão de navio superlotado (200-300 pessoas) e com precárias situações de higiene, sem conseguir se alimentar, recorreu ao álcool (obtido clandestinamente) e aos cigarros para passar o tempo. Em relação ao local que servia de banheiro, no navio, disse:

Subi, entrei num quarto imundo. Paredes nojentas, papéis sujos a amontoar-se, a espalhar-se no chão, ausência de água, o ambiente mais sórdido que se possa imaginar. Difícil tratar desse ignóbil assunto, nunca em livro se descerram certas portas [...]. O meu pijama aderiu ao corpo, fazia-me cócegas repugnantes; andavam-me pruridos na pele, davam-me a sensação de ser agredido por multidões de pulgas (RAMOS, 2011, p. 169).

Este relato não mudou depois que chegou à Ilha Grande. Primeiramente, foi alojado no Pavilhão dos Primários e detalhou ao leitor histórias de escassez de água e percevejos que lhe picavam a carne quando estava na cama. Meses mais tarde, já na Casa Correcional, ressaltou as más instalações da prisão, o asco que tinha pela sujeira e o cheiro insuportável que cobria os ambientes, e as torturas que sofreu. Na fila para atendimento médico, acreditando ser algo inútil, fala “[...] Mais tarde receberíamos alguns frascos de remédio, que seriam despejados na areia do alojamento. Não tínhamos confiança na bebida [...]” (RAMOS, 2011, p. 464). E a cada dia que se passava Graciliano ficava mais debilitado, fosse

⁹⁸ Entre os anos de 1930 e 1936 ocorreu o período da Segunda República ou República Nova, marcado por algumas instabilidades de disputas políticas. Em 1935 ocorreu a Intentona Comunista, uma tentativa de derrubar o governo de Getúlio Vargas, tendo como personagem principal, Luiz Carlos Prestes. Após este episódio, ocorreram diversas buscas para capturar os revolucionários e nem sempre todos os que se prendiam eram, necessariamente, filiados ao Partido Comunista do Brasil. De qualquer forma, isso demonstra o nível de perseguição do Governo contra qualquer sujeito que minimamente discordasse da sua atuação, como era o caso de Graciliano Ramos, que propôs algumas mudanças relacionadas à educação em Alagoas.

pela apendicite que desenvolveu enquanto estava lá, fosse pela má alimentação e fraqueza dos pulmões.

O cenário que descreveu da Casa Correcional era de pura miséria e abandono, onde sujeitos morriam desnecessariamente, por doenças evitáveis e tratáveis. O relato de Graciliano Ramos simplesmente evidencia que da década de 1890 à década de 1930 não houve nenhuma alteração no cenário dessa prisão, ou, possivelmente, com o passar dos anos, cada vez mais a situação se agravava. Por mais tentativas de reformas que ocorressem, implacavelmente, a Casa Correcional era um local onde se geria uma lei própria, a lei da tortura, a lei do descaso, onde o sujeito cada vez mais se aproximava de maneira precoce da morte.

Outro autor que teve sua experiência no sistema prisional, mas não como preso, foi Percival de Souza (jornalista). Na primeira página de seu livro, “A Prisão: histórias dos homens que vivem no maior presídio do mundo” (197?), informa ao leitor que a Casa de Detenção (1938), em São Paulo, encontrava-se superlotada, pois o espaço que deveria comportar 2.220 homens, apresentava um número superior a 6.000 presos – quase três vezes a mais do que sua capacidade. Esta realidade datava de trinta anos antes, quando a prisão já se encontrava com a sua capacidade superior ao número de vagas.

A Casa de Detenção foi inaugurada na década de 1920 com dois pavilhões, batizada de Instituto de Regeneração do Carandiru, e adotou o modelo da penitenciária de Auburn. A proposta era apenas receber presos já condenados e separá-los entre primários ou reincidentes e também pelos tipos de delitos. Entre as décadas de 1920 e 1940, o preso condenado, ao chegar à prisão, deveria ser submetido a uma rigorosa análise médica, entretanto, ao longo de sua pena, o detento apresentava várias doenças, o que acabou indicando uma grande falha da penitenciária. “[...] A maioria dos presos sofria de alguma moléstia – 95% deles tinham verminoses, sífilis, tuberculose e avitaminose etc. [...]” (PEDROSO, 2012, p. 129), situação que indicava que o *atendimento* médico ocorria apenas na porta de entrada e, durante o cárcere, o preso estava sujeito a qualquer tipo de enfermidade.

Já na década de 1950, com a construção de um novo pavilhão, o presídio de São Paulo foi apelidado de Presídio de Carandiru e passou também a abrigar sujeitos que aguardavam o

juízo, aumentando o número de vagas, mas ainda assim não foram suficientes. Na década de 1960 foram construídos mais quatro pavilhões e as celas passaram a ser coletivas, abandonando o caráter de regeneração individual pelo modelo americano. O livro que Percival de Souza escreveu é do início da década de 1970 e traz um curto relato sobre a sua impressão dos sujeitos (funcionários e prisioneiros) que habitavam o Complexo de Carandiru, assim como uma crítica de como se conduzia a pena neste local.

Ele conta sobre o processo de entrada do sujeito no Complexo, muito parecido com o que já acontecia desde 1920, mas não com um intuito de vistoria médica, mas como controle: o sujeito era revistado, vacinado e tinha os cabelos cortados, depois era encaminhado para realizar o procedimento administrativo-social. Na época, relatou que um dos grandes problemas era a violência interna, entre os próprios presos e seus *acertos de conta*, o que ocasionava alguns ferimentos por armas brancas e finalizava com o sujeito sendo encaminhado ao Hospital das Clínicas. Exceto essas situações, os presos estavam reféns de várias doenças, como a tuberculose – mas existia uma simpatia pela doença: “[...] É que o tuberculoso é o único aqui dentro que recebe uma alimentação especial, tipo dieta [...]. A razão desse orgulho [de estar com TB] é que o preso não pode comer bem como ele [...]” (SOUZA, 197?, p. 29), ou seja, necessita estar doente para existir no presídio.

A história mais recente que existe, para falar de questões da saúde prisional, em relação ao Complexo Penitenciário de São Paulo é o livro “Estação Carandiru” de Drauzio Varella, que atuou como médico voluntário de prevenção à AIDS, em 1989. Neste ano, encontravam-se no Complexo cerca de 7.200 presos. O relato de Drauzio Varella, podendo também ser identificado no filme “Carandiru” (2003), traz um pouco da realidade, do cheiro, das limitações, da violência e do descaso, desse local de *transformação* da moral. Local superlotado, com as mesmas reclamações que no início do século XX, em que o Diretor de um dos pavilhões responde o seguinte aos presos:

“– Estão reclamando do quê? Comem sem trabalhar; boa ou má, recebem assistência médica e remédio de graça, direito que trabalhador não tem; quando aprontam e um companheiro cisma de matar vocês, nós transferimos para o Seguro. Quem tira cadeia é a família, que sai de casa no escuro com a sacolada, pega três conduções e ainda reúne dinheirinho ganho com suor para vocês gastarem no crack” (citado por VARELLA, 2012, p. 53).

O discurso de alguns trabalhadores do sistema prisional ainda é de que os presos reclamam desnecessariamente. Além disso, a fala acima também menciona um possível uso de drogas dentro da prisão – quando o pecúlio foi proibido nas prisões brasileiras, a moeda da cadeia passou a ser o cigarro. A concentração de cigarros era grande, como o número de sujeitos que os utilizavam. O álcool também era produzido, ilegalmente, dentro das próprias celas e alguns presos tiravam o seu sustento com a venda dele. No entanto, quando Drauzio chegou à Casa de Detenção, além de perceber a utilização dessas drogas, verificou também um grande e alarmante número de sujeitos que faziam uso de drogas injetáveis. As seringas eram utilizadas coletivamente e um preso tinha até uma mini-fábrica que as produzia de materiais de caneta *Bic*.

Drauzio iniciou seu trabalho de prevenção da AIDS alertando sobre o uso coletivo da seringa para utilização da droga. Em 1990, colheu sangue de 2.492 e aplicou questionários epidemiológicos. Além desse risco, observou que o alto número de parceiros sexuais sem uso de preservativo facilitava a exposição ao vírus a essa população. “Os resultados mostraram que 17,3% dos presos da Detenção estavam infectados pelo *HIV* [...]” (VARELLA, 2012, p. 64).

A assistência médica no presídio era precária para enfrentar uma epidemia como aquela. Para cuidar dos 7 mil prisioneiros, havia dez médicos, se tanto. Os baixos salários e a falta de condições de trabalho haviam corroído o ânimo da maioria, de tal forma que poucos, deste grupo já pequeno, exerciam a função com dignidade (VARELLA, 2012, p. 79).

A partir desse momento, Varella começou a frequentar o Complexo de forma mais sistemática, organizada e não apenas para promover a prevenção de HIV/AIDS. A situação, segundo ele, do presídio era lastimável, como os atendimentos, ambulatório e assistência médica. Varella relatou histórias críticas de tuberculose, dermatites (eczemas, sarna, picadas de percevejo, por exemplo) e também de leptospirose. A aglomeração de sujeira era tão intensa que era comum a circulação de ratos por todos as Unidades Prisionais, em todos os locais, entrando nas celas pelo próprio cano ligado ao vaso sanitário. Apesar do relato do próprio médico em dizer que havia faxinas constantes, a situação da presença constante de ratos acabava extrapolando as ações dos presos.

A imaginação, durante a leitura do livro “Estação Carandiru” (2012), se encaminhou para lembranças aprendidas em sala de aula, nas aulas de história, de épocas medievais em que comunidades eram dizimadas por algumas epidemias. A Casa de Detenção de São Paulo encontrava-se com alto número de presos para poucas vagas em pavilhões precários e falta de assistência médica adequada. Ao longo do século XX, o Brasil foi permeado por circunstâncias idênticas, de norte a sul. Incansáveis foram notícias denunciando um sistema penal antiquado, com os mesmos dilemas causados por falta de incentivo e de políticas públicas. A sociedade do cárcere brasileira terminou o século XX em uma desconfortável situação de aumento da população carcerária, com Unidades Prisionais em ruínas e notório descaso com a população prisional.

O sociólogo Wacquant, em nota aos leitores brasileiros do livro “As Prisões da Miséria” (2001) disse:

[...] O sistema penitenciário acumula com efeito as taras das piores jaulas do terceiro Mundo, mas levadas a uma escala digna do Primeiro Mundo, por sua dimensão e pela indiferença estudada dos políticos e do público: entupimento estarrecedor dos estabelecimentos, o que se traduz por condições de vida e de higiene abomináveis, caracterizadas pela falta de espaço, ar, luz e alimentação (nos distritos policiais, os detentos, frequentemente, inocentes, são empilhados, meses e até anos a fio em completa ilegalidade, até oito em celas concebidas para uma única pessoa, como na Casa de Detenção de São Paulo, onde são reconhecidos pelo aspecto raquítico e tez amarelada, o que lhes vale o apelido de “amarelos”); negação de acesso à assistência jurídica e aos cuidados elementares de saúde, cujo resultado é a aceleração dramática da difusão da tuberculose e do vírus HIV entre as classes populares; violência pandêmica entre detentos, sob forma de maus-tratos, extorsões, sovas, estupros e assassinatos, em razão da superpopulação superacentuada, da ausência de separação, entre as diversas categorias de criminosos, da inatividade forçada (embora a lei estipule que todos os prisioneiros devam participar de programas de educação e de formação) e das carências da supervisão (p. 11).

A escrita de Drauzio Varella possibilitou enxergar que, ao longo de todo século XX, poucas foram as mudanças que ocorreram no sistema prisional brasileiro e as que ocorreram estão relacionadas a construções de novos presídios, detrimento destes e aumento expoente da população carcerária. Entretanto, em relação à saúde no sistema penitenciário, críticas a respeito da assistência médica se tornaram mais consistentes e perpassavam por vários pontos: superlotação, precariedade e insalubridade das celas deixando o “[...] ambiente propício à proliferação de epidemias e ao contágio de doenças [...]” (ASSIS, 2007, p.1).

Esse quadro não era próprio ao estado de São Paulo, as prisões de todo o Brasil também se encontravam em um verdadeiro caos. Foi a partir da década de 1990 que algumas outras tentativas de mudanças começaram a ocorrer. No Brasil iniciou-se um grupo de discussão sobre *saúde e garantias de direitos* aos presos. Este grupo era composto, em sua maioria, por profissionais da área da saúde e do judiciário⁹⁹. Dos encontros realizados, resultaram dois importantes documentos: o “Manual de Saúde e Direitos Humanos nas Prisões”, organizado pela médica Tânia Kolker, e o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), homologado através da Portaria Interministerial de nº. 1777/2003¹⁰⁰. O primeiro contém um apanhado geral das leis e tratados internacionais assinados pelo Brasil que garantem ao preso assistência à saúde de qualidade, e o segundo prevê a inclusão da população carcerária no Sistema Único de Saúde.

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, aprovado pelo Ministério da Justiça e pelo Ministério da Saúde, é o mais importante instrumento legal que *garante* o acesso do preso condenado às ações e aos serviços de saúde. A política é uma estratégia de Governo que visa atender, através de ações e serviços de saúde, a população carcerária. É importante ressaltar que o preso, pelo censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), é considerado residente do município/estado em que se encontra privado de liberdade (BRASIL, 2004). Em relação à atenção à saúde, em tese, esta população encontra-se já contemplada pelos recursos federais para atenção primária, secundária e terciária, ou seja, o Plano Nacional de Saúde é apenas um *complemento*, não sendo obrigatória a sua adoção pelos estados.

Para a adesão do PNSSP, pelos estados brasileiros, foi criado o Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário (IASSP), componente do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável)¹⁰¹, que possui financiamento proveniente de 30% dos recursos do Ministério

⁹⁹ Cf. GOIS, S. et al. **Para além das grades e punições: uma revisão sistemática sobre a saúde penitenciária**. In: Revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2012.

¹⁰⁰ O PNSSP “[...] é fruto de um trabalho matricial construído com a participação de diversas áreas técnicas dos Ministérios da Saúde e da Justiça [...]” (BRASIL, 2004).

¹⁰¹ De acordo com a Portaria nº 204 de 29 de janeiro de 2007, o repasse financeiro das ações e serviços de saúde ocorre em “Bloco de Financiamento” e funciona conforme a sua especificação (Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS). O Bloco de Financiamento da Atenção Básica é dividido em dois componentes: Piso da Atenção Básica Fixo e Piso da Atenção Básica Variável. Este último “[...] é constituído por recursos financeiros destinados ao financiamento de estratégias, realizadas no âmbito da atenção básica [...]” (BRASIL, 2007, p. 03).

da Justiça e 70% dos recursos do Ministério da Saúde. O repasse deste incentivo, visando 100% da população carcerária, dependerá da quantidade de equipes mínimas implantadas nas Unidades Prisionais e será realizado através do Fundo Nacional de Saúde¹⁰².

As equipes devem ser formadas por assistente social, atendente de consultório dentário, auxiliar de enfermagem, enfermeiro, médico, psicólogo e odontólogo, com jornada de trabalho de 20 horas semanais, para atenção de 100 até 500 presos. Caso a Unidade Prisional possua um número superior a 500 presos, deve ser contratada uma nova equipe mínima de saúde, por mais 20 horas. A cada equipe implantada, o incentivo, em 2003, seria de R\$40.008,00/ano, ou seja, valor mensal inferior a R\$4.000/equipe. Posteriormente, até 2010, o valor subiu para R\$ 64.000,00/ano por equipe, sendo menor que R\$ 6000/mês.

A limitação da implementação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário é notória. Os objetivos da política, além de contratar uma equipe de saúde, são de reformar e equipar as próprias Unidades Prisionais e organizar as ações e serviços de atenção básica. O Brasil, diante de uma realidade sucateada, torna o valor do Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário irrisório. Até meados da década de 2000, as dificuldades encontradas, em relação à área da saúde, nos presídios brasileiros eram as mesmas em todo o país: dificuldade de acesso aos serviços de saúde, dificuldade de agendamento para consultas, dificuldade de medicação e/ou tratamento¹⁰³. Entretanto, a grande diferença encontra-se na situação de confinamento e todas as hostilidades enfrentadas por esse público específico¹⁰⁴.

Para reverter esse panorama geral, ao que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde pelo preso, foram traçadas algumas linhas de ação, sendo estas referentes à: atenção primária,

¹⁰² “[...] O Fundo Nacional de Saúde (FNS) é o gestor financeiro, na esfera federal, dos recursos do Sistema Único de Saúde (SUS). Tem como missão ‘contribuir para o fortalecimento da cidadania, mediante a melhoria contínua do financiamento das ações de saúde’”. (SAÚDE; acesso em 02 jun. 2013).

¹⁰³ Diretora de Saúde do Sistema Prisional (informação verbal).

¹⁰⁴ Em um encontro promovido pelo Centro de Estudos da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz), no Rio de Janeiro, ocorreu um debate entre profissionais de diversas áreas. Neste, foram apresentados os números a respeito da tuberculose no sistema penitenciário, sendo 5% os casos notificados só no Rio de Janeiro e a taxa de incidência de 2.560 para cada cem mil. Vilma Diuana, psicóloga e responsável pela Informação e Educação em Saúde do Programa de Controle de Tuberculose da Secretaria de Estado de Administração Penitenciária no Rio de Janeiro, ao explicar sobre as dificuldades que permeiam a saúde no sistema prisional, disse “[...] há uma desvalorização dos sintomas de saúde pelos presos e a desvalorização das queixas pelos guardas e profissionais de saúde, uma vez que ‘os presos são interlocutores não confiáveis’” (2010, s.p.).

atenção secundária e atenção terciária de saúde. As ações de atenção básica são: Controle de Tuberculose; Controle de Hipertensão e Diabetes; Dermatologia Sanitária – Hanseníase; Saúde Bucal; Saúde da Mulher. As ações de média complexidade são: Terapias em Grupo e Individuais. As ações complementares são: Diagnóstico, Aconselhamento e Tratamento em DST/HIV/AIDS; Atenção em Saúde Mental; Protocolo Mínimo para o Diagnóstico de Saúde e Desenvolvimento de Ações de Promoção da Saúde e de Prevenção de Agravos (por ingresso da pessoa presa no sistema penitenciário); Agentes de Promoção de Saúde.

As metas dessas ações são controladas e o repasse do Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário também depende do cumprimento destas. Vale lembrar que o incentivo é apenas um bônus para adesão, não sendo somente competência do Governo, sob as esferas dos Ministérios da Justiça e da Saúde, a responsabilidade pela execução do PNSSP. As Secretarias Estaduais de Saúde e de Justiça (ou sua correspondente) e as Secretarias Municipais de Saúde também se envolvem com o processo de implantação, implementação, monitoramento e execuções de ações de saúde.

A essas três últimas instâncias governamentais cabem formular o Plano Operativo Estadual de Atenção Integral à Saúde da População Prisional (POE). O Plano Nacional de Saúde encontra-se em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, como a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência e a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios. O POE corrobora com outros princípios do SUS, como a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática e a regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde. O Plano Operativo torna-se preciso por relevar as questões de saúde localizadas nas regiões onde são/serão feitas as ações, como também a realidade e os agravantes da privação de liberdade.

Em 2009, a partir da análise dos Relatórios de Gestão dos estados, das visitas de monitoramento/acompanhamento aos nove primeiros estados qualificados, realizados em conjunto com o DEPEN/MJ, das recomendações das Consultas Regional e Nacional sobre HIV/Aids no Sistema Penitenciário, além de relatos de gestores e profissionais de saúde no sistema penitenciário, as equipes técnicas dos Ministérios da Saúde e da Justiça concluíram que era o momento adequado para se proceder uma ampla revisão do PNSSP, a fim de adequá-lo às realidades locais, objetivando a melhoria das ações de saúde direcionadas à população penitenciária (BRASIL, 2010, p.06)

Em 2010, sete anos após a homologação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, foi realizada uma consulta prévia, com participação dos profissionais de saúde do sistema penitenciário, que desencadeou em eixos de discussão para a revisão do PNSSP. No encontro realizado para este fim, observou-se que as condições de acesso às ações e aos serviços saúde pelos presos ainda estavam longe do ideal. O Brasil possui um déficit de quase 210 mil vagas, colocando a população carcerária em condições insalubres e mais vulneráveis a doenças. Além de uma estrutura física precária, que dificulta o acesso à saúde, a maior crítica, a respeito do Plano Nacional de Saúde, é em não contemplar a totalidade dos presos do sistema prisional, mas apenas a população penitenciária¹⁰⁵.

Já em 2012, houve uma visita técnica, por parte do Ministério da Saúde, a duas penitenciárias dos Estados Unidos para conhecer e identificar as práticas realizadas que fossem possíveis de serem aplicadas no Brasil. Segundo o assessor técnico Victor Eloy Fonseca, o Brasil passa por um processo de “[...] reformulação das diretrizes para atenção à saúde no sistema prisional [...]” e esta visita teve como objetivo realizar uma troca de experiências que possivelmente contribuirá para a formulação da política de assistência à saúde brasileira.

No Brasil, o Ministério da Justiça e o Ministério da Saúde, visando à melhoria do acesso à saúde pelos sujeitos privados de liberdade, criaram o Grupo de Trabalho Interministerial (GTI) e o Comitê Técnico Intersectorial de Saúde no Sistema Prisional. O intuito é a reformulação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, tendo a principal mudança na ampliação ao acesso às ações e aos serviços de saúde a todos que pertencem à comunidade prisional, além dos presos (condenados, provisórios, semiaberto, entre outros), os familiares dos presos e os agentes penitenciários¹⁰⁶. Além disso, o GTI tem também a importante missão de discutir como efetivar as ações de saúde em meios a questões de segurança, já que são lógicas que podem se colidir em determinados momentos, como quando a escova de dente é transformada em um instrumento afiado.

¹⁰⁵ Os presos julgados/condenados ao regime fechado são os únicos que são contemplados pelo Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário, ou seja, os presos provisórios, de regime aberto, que se encontram em cadeias públicas, entre outros, não estão compreendidos no PNSSP.

¹⁰⁶ Dominguez, acesso em 03 de jul de 2013.

Com Graciliano Ramos e Drauzio Varella foi possível aproximar-se das prisões brasileiras. Dois livros de autores com escritas diferentes, realizadas em momentos distintos e, cada um, como um participante ativo dentro de uma prisão. O texto, escrito no passado, que separa um do outro por quase meio século, fez um recorte para falar, um pouco, de um determinado pano de fundo – a prisão –, talvez mesmo sem essa pretensão. Esses livros representam apenas alguns capítulos do que *foi* a prisão brasileira. Entretanto, com os autores, é possível observar que poucas foram às mudanças. Há uma naturalização das condições das prisões, há um abafamento dos problemas (centenários!) que ainda circulam nas instituições de confinamento penal. Durante a leitura foi possível perceber que os problemas que se configuravam no passado, ainda estão presentes, são atuais.

As prisões do Brasil, como pôde se observar até então, possuem um histórico de arquitetura desregular, ambientes insalubres e caóticos, além de indício de violência e torturas. A justificativa dada para a realização da reforma penal foi e ainda é voltada para uma *melhor* reforma moral do sujeito, e não se percebe uma preocupação em relação a mudanças em prol de um bem-estar. O sujeito em pena restritiva de liberdade encontra, além de um espaço inóspito, dificuldades no acesso à saúde, às medicações, aos defensores públicos, aos advogados da Unidade Prisional com acesso ao seu processo criminal. O próprio Ministro da Justiça do Brasil, José Eduardo Cardozo, em novembro de 2012, afirmou que “[...] Se fosse para cumprir muitos anos na prisão, em alguns dos nossos presídios, eu preferia morrer [...]”.

As escritas de Ramos e Varella e a fala atual do Ministro da Justiça indicam uma falha em discutir, criar e executar políticas públicas que possam combater os problemas prisionais. Desde o início, mais precisamente sobre o campo da saúde, as prisões brasileiras enfrentam problemas relacionados ao superpovoamento e às doenças infectocontagiosas. A prevalência da tuberculose¹⁰⁷ é algo real – embora as estatísticas tenham variado ao longo

¹⁰⁷ A Tuberculose (TB) no Brasil apresentou seus impactos principalmente nos finais do século XIX e início do XX, quando morriam metade dos indivíduos acometidos. O seu contágio ocorre através do contato com secreções respiratórias contaminadas. Estudos apontam relações da TB com más condições de higiene e com a

dos anos, a TB continua sendo um problema de saúde nas prisões. Em pleno século XXI, além da TB, algumas doenças ainda *assombram* os presídios brasileiros, como a hanseníase e as DSTs. Em um primeiro momento, pensou-se que com o *acesso* aos serviços e à atenção primária de saúde se conseguiria reverter este quadro, mas em um estudo realizado no Pará foi observado que os agentes comunitários, que faziam visitas em um presídio específico, não estavam passando informações de maneira acessível às presas, o que poderia ser um indício do porquê, naquele local, não haver a extinção dessas doenças¹⁰⁸. Ou seja, não é apenas o acesso aos serviços ou procedimentos de saúde que garantem sua efetivação, mas também *como* suas práticas estão sendo concretizadas.

A execução das políticas públicas de saúde voltadas para sujeitos privados de liberdade, no Brasil, é um desafio. “[...] Na perspectiva da saúde coletiva, considerando saúde no seu conceito mais amplo, as unidades prisionais devem propiciar um ambiente favorável através de acesso à assistência à saúde, psicossocial, pedagógico, entre outros direitos previstos em leis” (DAMAS, 2012, p. 01). No fim, o que se percebe é um ambiente precário, favorável à disseminação de doenças e ao uso e abuso de drogas. Por outro lado, o desafio não se refere apenas à precariedade das situações vividas na privação de liberdade, há também a cultura de não considerar o preso um sujeito de direitos, mesmo com instrumentos legais que garantam o seu acesso à saúde.

Os meios de comunicação apresentam à população o risco ao qual está sujeita, emanado do sistema prisional, uma vez que ele não cumpre eficazmente seu desejado papel de formar um cordão de isolamento em torno das ‘anomalias’ sociais. Em consonância, o que se espera das autoridades responsáveis é que ponham em funcionamento um conjunto de estabelecimentos carcerários com dispositivos físicos, materiais e recursos humanos suficientes para calar ou tornar invisível a massa carcerária. E isso deve ser feito consumindo o mínimo possível de verba pública. Tal perspectiva foi apresentada por Thompson (1976) quando aponta que o fato de um ex-presidiário tornar a cometer atos criminosos é, em geral, visto com naturalidade, pois da prisão exige-se, apenas, que mantenha seus internos longe da sociedade. Acrescentaríamos que o fato mencionado talvez seja visto até com certa satisfação, já que reforça a percepção compartilhada por muitas pessoas de que nada há a fazer com ‘bandidos’ a não ser mantê-los trancafiados (sem muita preocupação com as condições em que o encarceramento se dará) ou exterminá-los (MENANDRO; TAVARES, 2008, p. 340).

pobreza, além da existência de grupos de maior risco (população carcerária, indígenas, população albergada e outros) e da relação direta da não execução das ações de controle com qualidade e garantia de acesso ao paciente tuberculoso para a cura e a não transmissão da doença (HIJJAR et al., 2007).

¹⁰⁸ Cf. AIRES, T. Doenças assombram a rotina do presídio. In: **Portal ORM**. 2009. Disponível em: <http://noticias.orm.com.br/noticia.asp?id=396065&|doen%C3%A7as+assombram+a+rotina+do+pres%C3%ADio#.UQwEVL_LSNc>. Acesso em: 01 de fevereiro de 2013>. Acesso em: 1 fev. 2013.

Percebe-se que o direito de acesso, do preso, à saúde não concerne a uma situação pontual, existem outras falhas no sistema prisional, dificuldades em ter acesso a outros direitos. Há uma naturalização sobre como realizar o *cuidado* com os sujeitos privados de liberdade. Para a população, em geral, espera-se que o Estado apreenda o sujeito criminoso, o mantenha preso e garanta não haver possibilidades de fugas. Dá-se importância a retirar esse sujeito das ruas, do convívio comum, não importando a qualidade das prisões e dos serviços realizados. É necessário isolar o sujeito. Contudo, não se pode negar que novos discursos, a respeito da funcionalidade da prisão, são criados e vão se confluindo com a prática punitiva de cerceamento de liberdade.

As discussões a respeito da garantia do direito à saúde prisional como um dos meios de promoção da *regeneração* moral começou há menos de 20 anos. Ao longo da década de 1990 ocorreram grupos de debates sobre o direito da população carcerária ao acesso dos serviços de saúde no Sistema Único de Saúde. Foi no início da década de 2000 que houve a construção do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário¹⁰⁹ e a aprovação deste pela Portaria Interministerial nº 1777, de 09 de setembro de 2003¹¹⁰. O PNSSP encontra-se em consonância legal “[...] pela Constituição Federal de 1988, pela Lei nº 8.080, de 1990, que regulamenta o Sistema Único de Saúde, pela Lei nº 8.142, de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde, e pela Lei de Execução Penal nº 7.210, de 1984” (BRASIL, 2004). Além destas, também com as Regras Mínimas para o Tratamento de Prisioneiro da Organização das Nações Unidas e com as Regras Mínimas para o Tratamento do Preso do Brasil.

O Plano Nacional é mais um mecanismo legal que estabelece que o Estado deva garantir o acesso do preso aos serviços de saúde. Segundo o PNSSP “[...] Quando recolhidas aos estabelecimentos prisionais, as pessoas trazem problemas de saúde, vícios, bem como transtornos mentais, que são gradualmente agravados pela precariedade das condições de moradia, alimentação e saúde das unidades prisionais” (BRASIL, 2004, p. 11-12).

¹⁰⁹ O PNSSP “[...] é fruto de um trabalho matricial construído com a participação de diversas áreas técnicas dos Ministérios da Saúde e da Justiça e com a participação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária” (BRASIL, 2004, p. 10).

¹¹⁰ Ministério da Justiça e Ministério da Saúde.

É preciso pensar, no entanto, no lugar fronteiro e paradoxal habitado pelas políticas de saúde como um todo – e especificamente as da saúde prisional. Estas visam garantir o direito à saúde, mas fazem também funcionar mecanismos de regulamentação e controle – principalmente nas prisões. A frase supracitada, retirada do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, indica, de determinada maneira, a forma como a própria política caracteriza, nomeia e define a clientela recebida no sistema prisional. A uma população *problemática*, a saúde se fundamenta como possibilidade de transformação do sujeito viciado, doente. O discurso da saúde prisional pode, assim, justificar e legitimar práticas de controle da vida, de estratégias biopolíticas, dentro de uma instituição penal.

A política de saúde prisional, aliada ao discurso de regeneração, irá atuar como uma técnica biopolítica de intervenção. As prisões funcionam como isolamento dos sujeitos criminosos da sociedade de *bem*, com as péssimas condições que o estabelecimento oferecia, é possível observar um investimento para a eliminação do sujeito, inclusive no factual, deixando presos morrerem. As penitenciárias brasileiras, há anos, são comparadas a campos de concentração, locais onde funciona um Estado fascista. Neste contexto, é preciso interrogar os por quês da implantação da saúde prisional. Por que modificar um sistema de eliminação de *sucesso*? Trata-se, efetivamente, de uma modificação? As prisões brasileiras cada vez mais ganham notoriedade, pelas questões desumanas e casos de tortura. Existe uma pressão externa que requer mudanças nesse cenário.

Acreditando que os altos índices de criminalidade não serão reduzidos apenas com a ampliação do Sistema Penitenciário, por meio da construção de mais presídios e do aumento indiscriminado de vagas, surge a preocupação de investir em políticas de atenção à saúde, à educação e à profissionalização das pessoas privadas de liberdade (BRASIL, 2004, p. 13).

A consolidação das políticas de saúde no ambiente prisional está caminhando ao lado das políticas de educação e profissionalização. Os presídios estão se abrindo para investimentos de capital privado, algumas empresas procuram por mão de obra barata para a produção de seus produtos e também ganham o selo de empresa social, tendo benefícios fiscais. Por outro lado, não se pode negar a importância desses tipos de investimentos aos próprios internos, com a possibilidade de poder ter uma diferente rotina – não a de 22 horas no ócio –, com progressão da sua pena e uma renda extra; produção de saúde. O que não pode se

perder de vista é que esses investimentos, bem como a saúde prisional podem efetivar-se não apenas como uma conquista para os presos, mas também como uma forma de remodelar criminosos em corpos dóceis, adestrados, que estarão servindo à lógica do capital. Sempre dependerá das práticas que serão aplicadas pela instituição, pelas equipes de saúde e de educação, como pelo próprio preso.

A saúde prisional, no Brasil, encontra-se ainda em um momento de transição. A realidade desta saúde nos estados brasileiros, por outro lado, possui características que lhe são próprias. Não cabe, neste momento, explanar como sucede a implementação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário ao longo do território nacional, mas sabe-se, no entanto, que das 27 unidades federativas, 23 aderiram ao PNSSP (Maranhão, Piauí, Rio Grande do Norte e Santa Catarina estão terminando o seu processo de qualificação). As próximas páginas se debruçarão apenas sobre um destes estados: o Espírito Santo.

2.2.4. **Espírito Santo**

As realidades até então apresentadas nos estados do Rio de Janeiro e São Paulo, não estão isoladas em relação ao resto do Brasil. Em similar situação, o estado do Espírito Santo, também localizado na região sudeste do país, atravessou e ainda atravessa os mesmos problemas e dificuldades de garantir assistência à saúde aos sujeitos privados de liberdade. Entretanto, o sistema penitenciário capixaba só ganhou notoriedade no início do século XXI, resultado de duas denúncias realizadas pelo Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária ao Governo Federal e às Organizações das Nações Unidas¹¹¹.

¹¹¹ Durante o Governo de Paulo César Hartung Gomes (2003-2011) foram três grandes escândalos, dois deles no início do mandato: 1) Crise dos Grampos (2005): denúncia de um grampo ilegal na central telefônica da Rede Gazeta; 2) Crise do Sistema Penitenciário (2006): denúncias das péssimas condições dos presídios capixabas; e 3) Crise das *Masmorras* de Hartung (2009): inspeção realizada pelo Presidente do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária.

O território capixaba, até início dos anos 2000, era caracterizado como sendo de uma frágil e retrógrada economia (RIBEIRO JUNIOR, 2012). Sem grandes investimentos no estado, a política também era atravessada por uma grande crise, devido às acusações de corrupção contra o governador José Ignácio Ferreira e contra o presidente da Assembleia Legislativa José Carlos Gratz. Diante dessa circunstância, houve um pedido de intervenção federal que foi negado pela Procuradoria Geral da República. Até os anos 2002, os capixabas foram espectadores de diversas denúncias do crime organizado de colarinho branco.

Em 2003, Paulo César Hartung Gomes assumiu como governador do Espírito Santo e, em seus discursos, disse adotar a missão de realizar uma reforma administrativa e modernizar a economia do estado (que se encontrava em um limbo entre suas siderúrgicas privatizadas e uma agropecuária decadente, além da estagnação do polo industrial). Durante os quatro primeiros anos, o combate à violência urbana não esteve nos discursos do governador ou mesmo como ação principal do Secretário de Segurança Pública, Rodney Miranda. Contudo, mesmo assim, o Governo foi “[...] responsável por aumentar em cerca de 3,5 vezes a população carcerária do Estado [...]” (RIBEIRO JUNIOR, 2012, p. 30), culminando, em 2006, com a *Crise do Sistema Penitenciário*.

Em 25 de agosto de 2006 o presidente do Sindicato dos Trabalhadores e Servidores Públicos do Estado do Espírito Santo realizou uma denúncia ao juiz da 5ª Vara Criminal de Vitória. O conteúdo da denúncia perpassava por: péssimas condições de trabalho em determinado estabelecimento prisional de presos provisórios, devido à superpopulação e também a falta de recursos humanos. Segundo o presidente sindical, essa Unidade Prisional que possuía 270 vagas, estava alojando 709 pessoas. Após alguns trâmites formais, além de novas denúncias, foi apenas em 22 de fevereiro de 2006 que foi designada a visita do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP) ao Sistema Prisional capixaba.

A visita¹¹² ocorreu em março de 2006 e, segundo o relatório final da CNPCP¹¹³, foram encontradas tais situações na Penitenciária de Segurança Máxima (PSM):

¹¹² Faz observar que a visita pelos Conselheiros do CNPCP foi realizada justamente na época em que ocorriam no estado do Espírito Santo casos de ônibus incendiados. Segundo a imprensa local e a Secretaria de Justiça do Espírito Santo, os ataques eram ordenados de dentro dos próprios presídios capixabas. Inclusive, tal situação também se encontra no relatório final do CNPCP.

¹¹³ Relatório de Inspeção no Estado do Espírito Santo (12 a 14 de Março de 2006).

[...] A unidade não possui celas individuais, apresentando um consultório médico e uma enfermaria e uma área para isolamento de presos tuberculosos.

Exclama-se que os presos-pacientes ficam no chão, na ausência de acomodações apropriadas. Exclama-se, ainda, que constatamos a presença, naquele dia, de dois paraplégicos e duas auxiliares de enfermagem. O médico somente atende, a unidade, duas vezes por semana, não possuindo os referidos locais de atendimento médico condições higiênicas mínimas. Ao revés. São elas deploráveis. Ademais, não são realizados trabalhos de prevenção ou controle de doenças infecto-contagiosas e de doenças sexualmente transmissíveis (DST) [...] (BIONDI, E.; VIEIRA, L., 2006, p. 35).

Os conselheiros visitaram também a Casa de Custódia de Viana (CASCUVI) e sobre o local disseram que:

Trata-se de local degradante, malcheiroso, sujo, propício a doenças que, por acaso enumeradas aqui, dariam margem a várias páginas, já que a Unidade Prisional não oferece, sequer, condições para porcos criados de maneira primitiva. Uma verdadeira 'casa de horror'. Ou, como bem disse o promotor de Justiça, doutor Lourival Lima do Nascimento, 'casa não, só horror' [...] (BIONDI, E.; VIEIRA, L., 2006, p. 40).

Na época os conselheiros do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária concluíram que eram necessárias medidas emergenciais no estado do Espírito Santo, principalmente nos estabelecimentos penitenciários visitados de Viana e também deram o prazo de um ano para que ocorressem mudanças significativas. Com as observações do que viram ou sentiram, os conselheiros resumiram na expressão "*casa não, só horror*" (como Dostoiévski também o fez com a sua *casa dos mortos vivos*), como é a situação da privação de liberdade nos presídios que visitaram.

Em 2007, conforme o Relatório Final da Câmara de Deputados, foi realizada uma Comissão Parlamentar de Inquérito do Sistema Carcerário Brasileiro, e no Espírito Santo foi constatado que havia 4.819 vagas, sendo que a população carcerária ultrapassava o número de 14.000 presos. O Governo, diante da situação emergencial de resolver os problemas de superlotação, precárias instalações, péssimas condições de saúde e com uma população prisional que praticamente havia dobrado em três anos (entre dezembro de 2002 a dezembro de 2005), instalou celas metálicas adaptadas (contêineres) como forma de ampliar as vagas. "A aparente solução encontrada com a utilização das celas metálicas

deixou o Espírito Santo fora dos holofotes nacionais, seja da mídia, seja dos órgãos oficiais responsáveis, por algum tempo [...]” (RIBEIRO JUNIOR, 2012, p. 42).

Apesar da criação de novas *vagas*, a população carcerária ainda crescia vertiginosamente. Elas ainda eram insuficientes para abrigar tantas pessoas que adentravam no sistema prisional. As estapafúrdias celas metálicas, também conhecidas como *micro-ondas*¹¹⁴, foram medidas alternativas e provisórias, mas tornaram-se definitivas e cada vez mais abarrotadas de pessoas. Uma crise prenunciada. Além das celas micro-ondas, as situações de determinados presídios se aproximavam às piores masmorras medievais, devido à alta umidade, pouca ventilação, falta de energia, higiene precária, entre outras semelhanças.

O Conselho Nacional de Políticas Criminais e Penitenciárias, através do seu próprio presidente, retornou ao Espírito Santo em abril de 2009 e encontrou situações piores que as de 2006 – sim, foi possível. O presidente visitou dois locais, a CASCUVI (na época com 370 vagas e abrigando 1177 presos) e as celas metálicas (com capacidade para 144 presos, abrigando quase 400).

O relatório final a respeito da Casa de Custódia de Viana constatou que:

[...] Não há luz elétrica. Não há chuveiros. A água é fornecida somente ao final do dia. Durante a noite, os pavilhões são iluminados com holofotes direcionados das muralhas. O estado de higiene é de causar nojo. Colônias de moscas, mosquitos, insetos e ratos são visualizáveis pra quaisquer visitantes. Restos de alimentos são encontráveis em meio ao pátio [...]. Atendimento médico inexistente. Flagramos presos com doenças de pele. A escabiose, em um dos casos, toma todo o tronco de um interno [...] (SCHECARIA, S., 2009, p. 3-4).

Já nas celas metálicas localizadas no município de Serra, Schecaria (2009) disse:

Sob as celas encontramos um rio de esgoto (a manilha estava quebrada há semanas). Na água preta e fétida encontravam-se insetos, larvas, roedores, garrafas de refrigerantes, restos de marmitas, restos de comida, sujeiras de todos os tipos. A profundidade daquele rio de fezes e dejetos chegava a quarenta centímetros, aproximadamente. O cheiro era de causar náuseas [...] (p. 05).

¹¹⁴ [...] Tratava-se de uma estrutura metálica retangular, feita com chapas de aço, sem grades e janelas, trancada com cadeados e correntes. A construção foi utilizada para aprisionar detentos [...]” (ATUAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL, 2011, p. 35).

Através dos relatos dos dois conselheiros, em 2006, e do presidente do CNPCP, em 2009, percebe-se a precariedade do sistema prisional capixaba e o *desinteresse* do governador Paulo Hartung em mudar o cenário (medieval) penitenciário. Schecaria, após a visitação, chegou a reunir-se com as autoridades locais, mas como considerou que não houve interesse por parte deles, encaminhou um pedido de intervenção federal no estado à Procuradoria Geral da República (GALVÊZ, 2009). Não houve a intervenção e Schecaria¹¹⁵ também não obteve o apoio do Ministério da Justiça (GASPARI, 2010).

A situação presidiária capixaba ficou insustentável. Após um ano da visita do CNPCP não ocorreram significativas mudanças e o Conselho Estadual de Direitos Humanos do Espírito Santo, durante todo o ano, tentou criar possíveis diálogos com o Governo, entretanto, não conseguiu a sua atenção. Em consequência, em março de 2010, o CEDH-ES, a Justiça Global e o Conectas Direitos Humanos¹¹⁶ realizaram uma denúncia oficial ao Conselho de Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas, em Genebra.

A consequência dessa denúncia internacional foi a controversa ampliação do número de vagas, com a construção de novos presídios *sem* licitação, com o argumento da emergência. O Espírito Santo possui, ao todo, 36 unidades prisionais, sendo que 12 foram inauguradas após maio de 2010 (RIBEIRO JUNIOR, 2012). Em dezembro de 2012, 14.790 sujeitos faziam parte da população carcerária e 12.536 era o número de vagas, possuindo um déficit de 2.254 (BRASIL, 2012). Do total de encarcerados, a maior parte encontrava-se em regime provisório, representando também o maior número de déficit de vagas.

O Espírito Santo carregará por toda a sua história vários episódios de violações de direitos nas prisões. O sistema prisional capixaba, mesmo após as mudanças, com as novas Unidades Prisionais, é permeado por narrativas com cenários grotescos: prisões aos pedaços que não chegam oferecer, no mínimo, água e luz. As peles consumidas por doenças como escabiose (sarna) e hanseníase (lepra), dignas de épocas medievais. Além da eterna tuberculose que, aparentemente, está presente desde os primórdios das prisões no Brasil e nunca cessa de fazer novos detentos suas vítimas.

¹¹⁵ Cf. Matéria escrita pelo jornalista Elio Gaspari: <http://oglobo.globo.com/pais/noblat/posts/2010/03/07/as-masmorras-de-hartung-aparecerao-na-onu-272212.asp>

¹¹⁶ Cf. Exposição e requerimento do Conectas Direitos Humanos ao Supremo Tribunal Federal das situações horrendas dos presídios capixabas em 2009, solicitando intervenção federal no estado do Espírito Santo. http://www.estadao.com.br/especiais/2009/11/crimesnobrasil_if_es.pdf

Enfim, o Governo, conivente com esta situação, deixou por muitos anos que esse tipo de doenças acometesse os presos. Sem esquecer também da AIDS e das DSTs, que foram transmitidas, por simples objetos usados coletivamente (máquina de raspar cabelos e barbeadores) fornecidos pelas mãos dos próprios funcionários do Estado.

A grave situação em que se encontram as pessoas privadas de liberdade, refletida, dentre outros fatores, nas práticas de violência, na precariedade de espaço físico e na carência do atendimento à saúde, é uma realidade que não se pode negar. Embora existam inúmeros tratados internacionais que definem normas e orientações para uma melhor implementação das unidades penitenciárias de todo o mundo, observa-se que estas não vêm sendo seguidas (BRASIL, 2004, p. 07)

A demonstração de despreocupação do Governo remete ao pensamento de que não lhe era/é interessante falar de saúde prisional. Entretanto, com uma reputação internacional em baixa, a postura da Gestão precisou mudar. E foi com a saúde penitenciária, além das construções de Unidades Prisionais em massa, que o Estado *investiu*. O Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário chegou ao Espírito Santo visando garantir assistência à saúde aos presos e a promoção de saúde, mesmo em situação de confinamento. Todavia, a política de saúde prisional já estava implantada no estado desde 2004, mas foi apenas a partir de 2010 que foi lhe dedicada mais atenção.

De fato, anterior (e durante) ao processo de implantação da política de saúde nas prisões capixabas, o acesso à saúde era precário. O preso, caso passasse mal, precisava ser encaminhado à rede de saúde do município/estado e, chegando à rede, existiam duas possibilidades: não ser atendido e retornar ao presídio ou receber o atendimento sem garantia de tratamento (não receber a medicação, não ter continuidade do tratamento indicado). Na maior parte dos casos era a própria família que custeava o tratamento e as Unidades Prisionais não contavam nem com um técnico de enfermagem para auxiliar. Estes profissionais só faziam parte da equipe do Hospital de Custódia para Tratamento Psiquiátrico¹¹⁷.

Além disso, a ausência de exames complementares, como de DST/AIDS, era uma realidade. Nesta época, apenas o serviço de prevenção de DST/AIDS existia nas Unidades Prisionais,

¹¹⁷ Diretora de Saúde Prisional (informação verbal).

com oficinas educativas. Os testes diagnósticos de infecção eram raros e, caso o diagnóstico fosse feito, não existia a garantia do tratamento e/ou profissional que pudesse auxiliar. Em um momento em que não eram destinados recursos para atendimento à população prisional, a Pastoral Carcerária viabilizava, de forma pontual, medicamentos e consultas. O auxílio da Pastoral não era sistemático ou englobava todos os presos do sistema, portanto, ainda era insuficiente¹¹⁸.

A aderência ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, no Espírito Santo, ocorreu após a apresentação do Plano Operativo Estadual de Implantação do Sistema de Assistência Integral à Saúde da População Prisional, em junho de 2004. O POE teve como objetivo estabelecer as metas gerais e específicas para o território do estado. Na época, a população carcerária capixaba encontrava-se com 4.446 detentos distribuídos em 14 Unidades Prisionais (ESPÍRITO SANTO, 2004). Esta realidade mudou com a triplicação da população carcerária do estado, e novos desafios foram surgindo. Sendo assim, o Plano Operativo Estadual encontra-se em fase de revisão, atualização das metas e dos serviços de saúde¹¹⁹.

Uma das modificações propostas e já instituída nas Unidades Prisionais capixabas é o acesso às ações e aos serviços de saúde a todos os presos, sejam condenados, que se encontram em regime semiaberto ou provisório. Outras se referem, mais precisamente, aos agentes penitenciários. Estes profissionais são os que se encontram em maior contato com os sujeitos privados de liberdade. Para a saúde prisional, eles estão no *entre*. A equipe de saúde pode realizar a marcação de exames ou traçar o tratamento necessário para o preso, mas se o agente penitenciário não viabilizar essa troca, a *saúde prisional* é bloqueada. A relação entre os agentes penitenciários e a saúde prisional é marcada por negação de transporte de transferência (e perda de consulta), por exemplo. Diante desta realidade, foi iniciado o processo de capacitação do agente penitenciário, sobre a importância do acesso às ações e aos serviços de saúde pelo preso. Foi também criada a Unidade Central de Atenção Psicossocial dos Servidores Penitenciários¹²⁰.

¹¹⁸ Diretora de Saúde Prisional (informação verbal).

¹¹⁹ Diretora de Saúde Prisional (informação verbal).

¹²⁰ "UCAP - Unidade Central de Atenção Psicossocial dos Servidores Penitenciários da SEJUS faz parte de um programa da Secretaria que visa criar condições favoráveis para a promoção da saúde, melhoria das condições e relações de trabalho, ampliação do conhecimento, desenvolvimento de atitudes e comportamentos individuais e coletivos para a proteção da saúde física e psíquica no local de trabalho, garantindo a assistência

É o agente que, quando o sujeito privado de liberdade possui alguma demanda, repassa a informação para o técnico de enfermagem. Este profissional analisa a demanda, constrói uma lista do dia/da semana, e o encaminha para o assistente social, para o médico, ou para o psicólogo ou para o odontólogo. Caso seja uma questão médica, será o médico generalista que identificará a necessidade do sujeito, o encaminhando para o enfermeiro ou para o fisioterapeuta (especialidade incluída na rede de saúde prisional capixaba) ou para a especialidade médica que necessita.

Nesse último caso, o auxiliar administrativo (cargo que também foi criado, não previsto no Plano Nacional de Saúde) da equipe de saúde marcará uma consulta para o preso no Centro Regional de Especialidades Médicas (CRE). Como a Secretaria Estadual de Justiça possui uma parceria com a Secretaria Estadual de Saúde, devido ao PNSSP, a SESA disponibilizou uma cota de exames e de consultas a serem realizados pelos presos. Isso *facilita* o acesso do preso aos serviços de saúde. Contudo, o preso não é obrigado a ser atendido pelo profissional que a SEJUS indica, cabendo-lhe, se for de sua preferência escolher pelo serviço privado (e ele arcará com a dispensa).

Como o estado é *obrigado* a fornecer/facilitar o acesso às ações e aos serviços de saúde aos sujeitos privados de liberdade, atualmente, o Espírito Santo *não aceita* mais que os familiares custeiem o tratamento/medicamento do sujeito privado de liberdade. O Ministério da Saúde envia à Secretaria Estadual de Justiça um kit de medicamentos básico/mínimo. Este kit é disponibilizado para cada equipe de saúde cadastrada por Unidade Prisional, contudo, ele é insuficiente para as demandas necessárias. Enquanto a Secretaria Estadual de Saúde norteia a política, a SEJUS faz a compra dos outros medicamentos necessários e de todo o equipamento para cada Unidade. Inclusive, cada equipe de saúde por Unidade Prisional é contratada pela própria SEJUS, cabendo a SESA capacitá-la¹²¹.

Além do kit básico, os medicamentos que costumeiramente são fornecidos por Unidades de Saúde, como para hipertensão e diabetes, são fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde para o preso – como o preso é considerado pelo IBGE como residente do município, ao ser cadastrado no programa do próprio município, ele recebe o medicamento *diretamente*. A

social e psicológica aos servidores pertencentes aos quadros da Secretaria Estadual de Justiça”. (ESPÍRITO SANTO, acesso online em 06 de jul de 2013).

¹²¹ Diretora de Saúde Prisional (informação verbal).

SEJUS também compra e controla alguns medicamentos, como analgésicos, anti-inflamatórios e psicotrópicos. De qualquer forma, a Secretaria de Justiça define o elenco de medicação, através do perfil epidemiológico da população, e apenas compra o que o município/estado não consegue oferecer¹²².

No caso da prescrição de algum medicamento psicotrópico, a equipe de saúde da Unidade Prisional faz a solicitação para a farmácia da SEJUS, localizada no Complexo de Viana. A liberação do medicamento é apenas mediante receita e o tempo de uso deve constar no próprio receituário. Quando o médico psiquiatra prescreve um tratamento, o preso deve sair do consultório com uma nova consulta marcada, para que haja continuidade do tratamento – já que ele não receberá o medicamento sem a receita médica¹²³.

No estado do Espírito Santo a solicitação do psicotrópico ocorre, em sua maioria, devido a queixas de insônia e a crises convulsivas (relacionadas ao uso contínuo de drogas)¹²⁴. A entrada da droga ainda é uma realidade nos presídios capixabas, contudo, com a construção das Unidades Prisionais novas, percebeu-se uma diminuição significativa. Estas UPs dificultam o contato do preso com outras pessoas – as visitas ocorrem em cabines transparentes e os presos em regime provisório não possuem visita íntima. Em determinado momento, percebeu-se um aumento significativo da demanda do psicotrópico – talvez pela abstinência, talvez pelo regime das novas Unidades Prisionais, talvez pelos dois.

A procura pelas consultas com o psiquiatra aumentou, a busca é por soluções medicamentosas. O preso quer sair com a receita de algum psicotrópico, principalmente ansiolítico. Contudo, há ainda o grande problema de marcação de consultas com os médicos psiquiatras, pois no estado do Espírito Santo são poucos os profissionais que se encontram na rede de saúde pública. Atualmente, existem psiquiatras que atuam diretamente no Hospital de Custódia para Tratamento Psiquiátrico e estes não são utilizados para atender os outros presos. Até porque, não há um interesse por parte da SEJUS de criar uma

¹²² Diretora de Saúde Prisional (informação verbal).

¹²³ Diretora de Saúde Prisional (informação verbal)

¹²⁴ Diretora de Saúde Prisional (informação verbal).

superestrutura dentro do sistema prisional, já que existe uma rede de saúde *fora* dos presídios que pode ser utilizada¹²⁵.

O acesso ao médico psiquiatra, mesmo com a cota disponibilizada pela Secretaria de Saúde, é insuficiente. Além disto, no dia da consulta, precisa-se verificar a disponibilidade da escolta armada para executar o transporte do preso. No dia do atendimento, o preso é encaminhado ao serviço pelos agentes de escolta. Chegando ao CRE, alguns agentes se espalham para realizar a segurança do local, enquanto outros acompanham o preso até o andar do atendimento. Os psiquiatras, geralmente, não sabem através da lista diária de atendimentos, quem é preso e quem não é - descobrem apenas quando o agente comunica¹²⁶.

Os presos são sempre os primeiros a serem atendidos e os atendimentos ocorrem em uma sala *especial*, diferente da que o psiquiatra costuma atender. Durante a consulta, a porta é fechada, o preso fica algemado, com marca-passo e um agente penitenciário fica dentro da sala, próximo à porta. A presença de um agente durante o atendimento é uma regra de segurança imposta pela SEJUS, o que pode acarretar certo desconforto ao preso. Devido a isso, as falas costumam ser tímidas e, geralmente, pontuais: costumam queixar-se da dificuldade de dormir e evitam prolongar a consulta, talvez por medo de represálias¹²⁷.

Atualmente, no Centro Regional de Especialidades Médicas é possível identificar um alto número de casos de ansiedade e depressão, entre a população geral atendida. Já entre os presos, esta realidade não muda, mesmo com outras patologias recorrentes, como transtornos relacionados ao uso ou ao abuso de substâncias psicoativas. Com o *diagnóstico* realizado, traça-se uma linha de tratamento medicamentoso, mas a maior parte dos presos (se não for todos) atendidos pelo CRE-Metropolitano já faziam o uso do medicamento antes da primeira consulta com o psiquiatra. O grande problema em atender a esta específica população é a dificuldade dos retornos, não há uma continuidade¹²⁸.

É importante destacar que o funcionamento da saúde prisional capixaba, acima mencionado, baseia-se não na observação cotidiana de seu exercício e prática, mas na

¹²⁵ Diretora de Saúde Prisional (informação verbal).

¹²⁶ Médico Psiquiatra do CRE-Metropolitano (informação verbal).

¹²⁷ Médico Psiquiatra do CRE-Metropolitano (informação verbal).

¹²⁸ Médico Psiquiatra do CRE-Metropolitano (informação verbal).

leitura de documentos e entrevistas com profissionais da gestão. Ao mesmo tempo, faz-se necessário ressaltar que apesar de dados generalizados, sobre a situação da saúde prisional no estado do Espírito Santo, existem algumas especificações em cada Unidade Prisional. Elas podem depender desde o local onde se encontra a Unidade Prisional (diferenças entre presídios do interior e da região metropolitana), sua estrutura física e seu controle administrativo (UPs públicas e privadas). Buscou-se, no processo da pesquisa, direcionar uma maior explanação a respeito da Penitenciária de Segurança Máxima II.

2.2.4.1. Penitenciária de Segurança Máxima II

A proposta de pesquisa desta dissertação de mestrado focalizou o seu campo no Espírito Santo, mais precisamente na Penitenciária de Segurança Máxima II (PSMA II) e na Unidade de Saúde Prisional (USP), localizadas no Complexo Penitenciário de Viana. Até então, foi realizada uma contextualização história da política e da economia do estado do Espírito Santo, que envolvem as prisões capixabas. Contudo, existem especificações a respeito da PSMA II que devem ainda ser abordadas: cada Unidade Prisional tem a sua história e a Máxima II não é diferente.

Desde o início, a Penitenciária de Segurança Máxima II está envolta em escândalos e práticas *duvidosas*. Sobre a PSMA II, dificilmente a sua história será encontrada em livros ou artigos, mesmo pela internet. As lembranças do lugar são contadas no dia a dia, pelos sujeitos que a habitam: sejam presos ou seus familiares, agentes penitenciários ou outros profissionais. Os parágrafos que seguem estarão preenchidos com diversos autores. Estas pessoas foram fundamentais para poder investigar como funciona a saúde penitenciária no estado do Espírito Santo e como se dá o uso de psicotrópicos por sujeitos privados de liberdade na PSMA II. O entrelaçamento da pesquisa faz com que as histórias não possuam donos e sim, que as várias versões, possam fazer uma história. Não é de interesse pontuar, explicitar ou

qualificar uma fala. As mãos que escrevem a dissertação estão contaminadas por todas as versões, por todos os olhares.

A Penitenciária de Segurança Máxima II está envolta por diversas histórias. Estas podem ser relatadas pelos presos, pelos profissionais da SEJUS ou mesmo pela população espírito-santense. Anterior à sua própria construção, a PSMA II já causava polêmica. Ela surgiu em um momento em que o Governo do Espírito Santo, diante da necessidade de dar respostas rápidas (e institucionais) para o aumento da criminalidade e para a superpopulação carcerária, inicia o processo de realização de obras de unidades prisionais sem licitação (RIBEIRO JUNIOR, 2012).

As prisões capixabas, até o início do século XXI, estavam bastante sucateadas e representavam grandes falhas de segurança, além de uma estrutura física falida e um considerável número de presos. Diante desta realidade, segundo Ribeiro Junior (2012), até 2010 o Espírito Santo gastou cerca de 400 milhões de reais para a construção de 19 unidades prisionais, sendo todas sem licitação sob a justificativa da emergência de reverter e modernizar o quadro institucional carcerário. A PSMA II foi uma das primeiras a utilizar este discurso e foi pensada para um público específico: sujeitos que representavam a *elite* criminosa, ou seja, os grandes chefes do tráfico de drogas capixaba.

A necessidade da construção de um estabelecimento de segurança máxima *surgiu* após uma gama de ataques contra ônibus públicos na região da Grande Vitória, na segunda metade do ano de 2006¹²⁹. As investigações concluíram que os ônibus foram incendiados sob o comando de alguns presos do sistema penitenciário capixaba que exigiam o retorno de outros transferidos. Na época, o governo do Espírito Santo garantiu que os responsáveis haviam sido identificados e – como não se tinha uma prisão adequada para estes –, os separou em vários outros estados brasileiros.

A construção da Penitenciária de Segurança Máxima II iniciou-se em 2006 e, em menos de um ano, foi finalizada. Antes mesmo da abertura oficial, muitos presos foram recebidos na nova unidade prisional. A recepção foi à base da agressão. Durante semanas, os presos, que foram identificados como responsáveis pelos ataques aos ônibus públicos, conviveram com

¹²⁹ Cf. BANDIDOS incendeiam dois ônibus em Vitória. Seção Cidades. Jornal Estadão. Acesso em: 07 de ago. 2013.

balas de borracha, bombas de gás e corredor polonês, entre outras formas de tortura. Os presos não tinham contato com seus familiares e nem mesmo seus familiares sabiam onde estavam localizados.

A cada novo preso que chegava à PSMA II, um novo sujeito para participar dos infundáveis ataques. Esta situação perdurou por um longo período. Durante a recepção, sabe-se de alguns sujeitos privados de liberdade que sofreram sequelas irreversíveis, como perda da visão ou limitação de algum membro. Após os anos de sua inauguração, os casos de agressão diminuíram em intensidade e frequência, mas ainda assim há casos de *contenção* com força desnecessariamente exacerbada.

A Penitenciária de Segurança Máxima II, em tese, foi uma Unidade Prisional arquitetada e construída às pressas. Localizada no Complexo Penitenciário de Viana, no Espírito Santo, ela é uma das últimas construídas ali. Destinada a abrigar os presos de maior periculosidade do estado, ela possui diversos artefatos tecnológicos para evitar fugas e garantir o mínimo contato do preso com o ambiente externo. Os sofisticados equipamentos iniciam-se desde o primeiro portão: cercada de câmeras, portas só abrem se outras se fecharem.

O controle *high tech* faz dividir o espaço entre o ambiente interno comum aos funcionários e presos e o ambiente das três galerias onde ficam os presos. As salas de controle são dignas de filmes de ficção científica com painéis contendo diversos botões e a penitenciária um grande labirinto. A sensação de não saber onde se está, para aqueles que não costumam frequentar a PSMA II, é frequente. Nos corredores estreitos circulam, em sua maioria, homens armados fardados de preto, que apertam uma espécie de campainha para adentrar cada vez mais no labirinto.

Em um determinado momento, chega-se ao corredor no qual, ao invés de parede, existe um vidro espelhado falso. Este corredor divide o ambiente interno dos funcionários com as três galerias. A sala de controle da galeria funciona no alto desse corredor espelhado, de maneira que consiga observar as três galerias sem problemas. Nesta sala, é possível abrir ou fechar as celas, ligar ou desligar os três chuveiros que funcionam em cada uma delas.

As galerias dividem-se em A, B e C e os presos são divididos de acordo com *seu estilo*: crimes cometidos, facções, entre outros. Não existem, diretamente, conflitos entre as galerias, mas

não é prudente misturá-los. Cada vez mais as tensões entre duas facções contrárias que existem no Espírito Santo aumentam. No entanto, até hoje, foram poucos os incidentes físicos, como brigas e esfaqueamentos. As galerias A e C são as maiores, as duas possuem dois andares de cela, de cada lado. A cela é composta por quatro camas/*jegas* e um conjunto de pia com água potável e vaso. Os chuveiros encontram-se no andar inferior e o preso só poderá tomar banho se assim for permitido.

As celas são pequenas, chegando a ser apertadas para quatro pessoas. Os presos convivem *trancados* uns com os outros, diariamente, por 22 horas. Apenas é permitido que tenham duas horas de banho de sol/dia, contudo, costuma ser menos. Número que só se modifica nos finais de semana de visita familiar: o preso pode receber a sua família a cada 15 dias, caso não tenha nenhuma sanção disciplinar; o preso pode ter visita íntima também a cada 15 dias, apenas de *mulheres* que comprovem a união estável. Entretanto, sabe-se que a frequência das visitas íntimas é bem menor, sempre dificultada. Antigamente, o preso chegava há 80 dias sem visita íntima, o que ocasionou um número considerável de separações.

A Penitenciária de Segurança Máxima II apesar de contar com diversos equipamentos de segurança e controle, não possui uma total adequação em seu espaço. Os quartos para a visita íntima, por exemplo, foram inicialmente improvisados e mais tarde fez-se uma pequena obra – após intervenção do Ministério Público – para que os espaços pudessem ser adequados para tal. Outra situação irregular está relacionada ao âmbito da saúde, pois a PSMA II só conta com um posto de saúde e com um técnico de enfermagem por escala. De fato, possivelmente pela urgência em sua construção, foi ignorado na planta um setor para atendimentos da equipe de saúde. Devido a isso, o governo do Espírito Santo iniciou, no final de 2009, o projeto *Unidade de Saúde Prisional e Unidade de Tratamento de Tuberculose* no espaço do Complexo Penitenciário de Viana¹³⁰.

A Unidade de Saúde Prisional (USP) é um prédio localizado no interior do Complexo de Viana, próximo a sua entrada. A sua estrutura física foi um reaproveitamento de uma prisão

¹³⁰ A Unidade de Saúde Prisional, de fato, foi construída para atender a população carcerária da Grande Vitória, contudo, devido à necessidade de haver um espaço para atender os presos da PSMA II, o projeto inicial foi modificado. Além da PSMA II, a USP também atende os presos da Penitenciária de Segurança Média I e algumas demandas espontâneas das outras Unidades Prisionais localizadas no Complexo Penitenciário de Viana.

desativada e, através de uma reforma, foi adaptada para que suportasse tanto uma equipe de saúde, como enfermarias – proposta futura para receber presos com determinados agravos, em vez de serem encaminhados a algum pronto atendimento ou mesmo para recuperação desse agravo, evitando assim deslocamento de pessoal, internações e fugas. Desta forma, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) só foi implantado – de fato, com toda a equipe mínima prevista –, na Penitenciária de Segurança Máxima II, a partir de 2010.

A USP é composta por uma equipe de saúde, de segunda a sexta, com auxiliar administrativo, assistente social, auxiliar de consultório dentário, enfermeiro, fisioterapeuta, médico, odontólogo, psicólogo, técnico de enfermagem e técnico de radiologia. Atualmente, funciona com uma equipe mínima de plantão formada por auxiliar administrativo, enfermeiro, médico e técnico de enfermagem. Em todos os horários há uma equipe de agentes penitenciários exclusiva.

É importante lembrar que a Unidade de Saúde Prisional foi implantada em meio a escândalos do sistema carcerário do Espírito Santo. Ela surge como uma das respostas para minimizar um dos problemas encontrados pelo Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, no caso relacionado ao precário sistema de saúde no cenário prisional. A USP deve executar o que está previsto no Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, aprovado pela Portaria Interministerial de nº 1777/2003.

O perfil epidemiológico da Penitenciária de Segurança Máxima e maior demanda da Unidade de Saúde Prisional estão relacionados com as doenças da pele. Estas surgem em decorrência das questões de higiene pessoal e higiene das celas (são os próprios presos que limpam suas celas e lavam algumas de suas roupas). Além das dermatoses, existe uma alta solicitação do atendimento psiquiátrico e psicológico: os tratamentos psiquiátricos concentram o maior número, entre os recursos terapêuticos¹³¹.

A demanda pelo psicotrópico é realizada, na maior parte das vezes, pelo próprio detento. Percebe-se que estas aumentam quando o sujeito é abandonado pelos familiares. Caso o detento consiga a prescrição do uso do medicamento, realizada pelo psiquiatra, está é

¹³¹ Diretora da Unidade de Saúde Prisional (informação verbal).

primeiramente analisada pela farmacêutica do sistema. Após a liberação, enquanto a USP abriga a equipe de saúde, a Penitenciária de Segurança Máxima II conta com um técnico de enfermagem. Caso o preso necessite tomar algum medicamento, será este profissional que lhe entregará – só nos períodos diurnos, já que à noite a Máxima II não conta com o técnico e é o próprio agente penitenciário que faz a dispensação – é vedada a entrega da cartela do remédio ao preso, todavia, também não é garantia que este, ao receber o medicamento, o tome na mesma hora ou o guarde. Atualmente, não tem se encontrado medicamentos conservados nas celas¹³².

Sobre o uso do psicotrópico, o atual profissional da psicologia da USP criou um grupo terapêutico de periodicidade semanal para aqueles que possuem o interesse em parar com o uso do medicamento. O encontro possui dois momentos, um de teor informativo e um de técnicas de sono/relaxamento. Quando o sujeito se recusa a fazer o uso do medicamento ou deseja encerrar o tratamento, lhe é entregue um documento para ser assinado, atestando a sua recusa. Contudo, isso não exime o profissional da psicologia sobre a responsabilidade desta recusa: o preso será encaminhado ao psiquiatra para que ele possa analisar se, de fato, pode ocorrer à interrupção do tratamento. O argumento é que o estado precisa zelar tanto pela saúde deste sujeito que quer a interrupção, quanto para com aqueles que estão à sua volta¹³³.

Por fim, o panorama geral da PSMA II é um quadro de acesso às ações e aos serviços de saúde via Unidade de Saúde Prisional. Durante a semana, os presos que são encaminhados a USP, participam de oficinas de educação em saúde, promovidas pela própria equipe técnica. Raras vezes esta equipe dirige-se a PSMA II, o que ocorre apenas para a realização de ações coletivas de saúde, como de vacinação. Além disso, a USP é estruturada e vem passando por reformas para atender todos os níveis de atenção em saúde, apenas os casos mais graves continuam sendo encaminhados aos hospitais pela própria USP. O interesse é que, de fato, o sujeito privado de liberdade saia cada vez menos do Complexo Penitenciário de Viana. A justificativa é que esta é uma forma de garantir saúde, mas também de evitar novos procedimentos administrativos, como escolta (perdas de consultas por falta de escolta) e possíveis fugas.

¹³² Diretora da Unidade de Saúde Prisional (informação verbal).

¹³³ Diretora de Saúde Prisional (informação verbal).

3. OS RESPINGOS DE UMA ESCRITA: DIÁRIO E OUTRAS TRILHAS SONORAS

*[...] Has he lost his mind? Can he see or is he blind? Can he walk at all, or if he moves will he fall? Is he alive or dead? Has he thoughts within his head? We'll just pass him there. Why should we even care? [...]*¹³⁴ (Black Sabbath – Iron Man).

As linhas escritas, desta dissertação de mestrado, estão longe de depreender-se a uma conclusão sobre o sistema penitenciário brasileiro e capixaba. É preciso levar em consideração, sempre, as possibilidades de mudança e negar as generalizações que tão comumente grudam em nossa pele. Desta forma, afirma-se que no sistema prisional não há *apenas* a produção da mortificação do sujeito privado de liberdade. Aposta-se que algo consegue escapar dos investimentos de captura biorreguladores que são *também* utilizados no ambiente prisional.

Entre capturas e apostas, pontua-se a necessidade da não moralização da prisão ou do preso. Essa recusa em atribuir valores acaba por provocar um olhar diferenciado sobre estes sujeitos. A prisão torna-se um cenário e o preso um protagonista. O elenco de apoio é composto por vários personagens que circulam por esse cenário, mas é o preso quem *carrega a responsabilidade* de ser o personagem principal. Ou seja, apesar dos familiares, funcionários ou pesquisadores habitarem o espaço-prisão, é o preso quem se encontra privado de liberdade. E não há como negar essa diferença.

É convidando o preso a se manifestar que será possível, de fato, sentir o que pode produzir mortificações e em quais momentos ele consegue produzir resistência – os outros sujeitos, que também fazem parte do sistema, tornam-se colaboradores na produção destas ações. Apesar disso, é mais corriqueiro que os presos não emprestem a sua voz, o seu olhar ou a sua versão sobre como é habitar uma prisão, e sim esses outros. Por outro lado, essa realidade encontra-se em um período de mudanças. Existem alguns investimentos que conseguem demonstrar isto, como o documentário *O Prisioneiro da Grade de Ferro (Autos-*

¹³⁴ “Ele perdeu a cabeça? Ele pode enxergar ou ele é cego? Ele pode andar afinal, ou se ele se mover ele irá cair? Ele está vivo ou morto? Tem pensamentos em sua cabeça? Nós vamos passar por ele ali. Por que devemos nos importar?” (tradução nossa).

Retratos). Ele aponta a falácia do sistema carcerário brasileiro, sendo possível dimensionar, sem a claustrofobia típica a quem não está preso, como é habitar um presídio.

As imagens captadas dentro do Complexo Penitenciário do Carandiru, em São Paulo, foram realizadas por um período de sete meses, no ano de 2001, pelos próprios sujeitos privados de liberdade. O documentário foi um desmembramento de um projeto que funcionava no próprio Complexo. O projeto consistia em uma Oficina de Vídeo onde os presos aprenderam a manejar equipamentos digitais e, após autorização da direção, puderam gravar o que quisessem do seu dia a dia (VALENTE, 2003).

O filme é de uma sensibilidade poderosa. Sob a ótica de quem está preso é possível *habitar* a prisão por eles e não a partir de outros. Os presos-cineastas operaram as câmeras em diversos espaços da Casa de Detenção e, muito à vontade, convidaram os espectadores a participar daquilo, vivenciar a prisão sob seu *olhar*. O documentário conseguiu retratar, para além das questões diárias ou do discurso maçante do sofrimento de estar preso, a multiplicidade de sentimentos que carrega o lugar, as produções que invoca aos que habitam ali ter.

Logo no início, após 10 minutos de conversas, apresentações e imagens entre (d)os presos, um deles gravou o momento em que um funcionário da Casa de Detenção recepciona os novos internos, e o espectador acaba se encontrando, junto com os outros presos, no banco desse *acolhimento*. Não há separação de quem é preso e de quem assiste, já que pelos olhos de quem está preso, encontram-se também o do ouvinte. E a fala do profissional afeta ambos:

Nós começamos essa palestra falando de duas certezas: primeira, os senhores estão presos – não dá para esquecer; segunda certeza, os senhores vão sair – não se esqueçam disso. Hoje os senhores estão entrando no sistema penitenciário, alguns retornando, mas acredito que a maioria entrando. Os senhores talvez possam concordar comigo, estar preso é horrível. Por que uma vez aqui dentro, senhores, os senhores estarão sendo observados 24 horas por dia. Vejo que a maioria recebeu uma cartilha. Não é isso? Cartilha dos Direitos e Deveres do Preso. Tá errado? Tá. Porque a partir de hoje, aqui, não existe preso, detento, condenado, sentenciado, ladrão, vagabundo, maluco, bandidão. A denominação correta para cada um dos senhores, aqui dentro, a partir de hoje, é reeducando. A cadeia tá dando muita ênfase ao trabalho. O que tá correto. A Constituição manda. Então não só o sistema penitenciário de São Paulo, mas como todos os outros sistemas de outros estados tem por obrigação lhes oferecer trabalho. Alguns dos senhores conhecem essa famosa remissão de pena. Hum? Três dias trabalhados, um dia a menos de pena. Aqui existe trabalho? Existe. Em todos pavilhões? Em todos os

pavilhões. Para todo mundo? Não senhores. Esse é o lado mau. Nenhum dos senhores pediu para vir preso, acredito eu que nenhum dos senhores esteja gostando de estar preso. Não queria, não tá gostando, não é bom. Lamento. Essa é a prisão. Não sou tão sádico agora de no final desejar boas vindas, 'sejam bem vindos a peni...', esquece. Muito obrigado senhores, uma boa tarde. Podem sair, obrigado (O prisioneiro da grade de ferro (auto-retratos), 2003, 11-13 min).

A gravação foi capaz de distanciar o quadro abstrato de se estar preso e de proporcionar como seria a *vivência* em uma prisão brasileira no início do século XXI. Ela, inclusive, serve para contextualizar, em cores, os problemas que perpassam a privação de liberdade. Ao ver e ao escutar o profissional na sua palestra de *boas-vindas*, é de se esperar um verdadeiro horror, um local mal assombrado. A fala, misturada com imagens das péssimas condições da prisão, das suas celas lotadas, da precariedade da saúde, da violência sob facões, podem gerar a impressão de que no sistema penitenciário só existe produção de sofrimento, morte, descaso. Uma sensação de que a vida acabou, *já era*.

No entanto, esse não é o intuito do filme, não é um filme-denúncia. De fato, essa impressão é difícil de ser desconstruída por quem nunca foi preso, mas é na própria sensibilidade do olhar de quem habita a prisão que é possível ver os tensionamentos que percorrem o sistema prisional. O preso é o condutor que dribla os pontos de tensão. O filme demonstrou atores ativos e isso foi possível de ser observado através das cantorias de ritmos variados, das diversas artes que calejavam as mãos, da experiência do exercício físico, das fotos de família e dos pôsteres de mulheres nuas que enfeitavam as paredes, dos campeonatos de futebol interno e da própria pinga que era minuciosamente produzida em uma das celas.

E foi na aposta desse olhar que o filme iniciou com a fala de Celso, um dos sujeitos privados de liberdade:

A gente tá preso aqui. A gente tá pagando pra justiça pelos nossos erros, né? Que a gente cometeu no passado. Então a gente já tem todo o sistema, né? Desfavorável a nós, né? Contra a gente. Então, o que a gente tem que fazer é a gente se unir, né? Procurar a nossa força, tirar nossa força dessa união. Apesar do esforço que existe pra que a gente sofra também fisicamente, né? Nos privando de assistência médica, nos privando de assistência odontológica, nos alimentando da forma que eles nos alimentam. Apesar disso, fisicamente também a gente não tem tanto sofrimento. O sofrimento maior mesmo é o sofrimento da solidão, do isolamento, de estar fora de sua família, de estar longe das pessoas que você ama [...] (O prisioneiro da grade de ferro (auto-retratos), 2003, 02:45-3:57 min).

O discurso do Celso não cai nas armadilhas da produção de mortificação no sistema penitenciário. Ele aponta as tensões. As falas dele e do funcionário do Complexo Penitenciário do Carandiru possibilitam o telespectador observar as peculiaridades que atravessam os muros, as cercas e as celas de uma prisão. *O Prisioneiro da Grade de Ferro (Auto-Retratos)* não está distante de outras realidades no Brasil, mesmo Carandiru sendo a prisão mais polêmica da história do Brasil. O filme sensibilizou a pesquisa de mestrado ao observar que são várias as composições que perpassam uma prisão e que acaba existindo similaridades com outras. O intuito aqui não é apontar as semelhanças e as diferenças, mas através da pesquisa e das experiências em habitar o campo, afirmar que há mortificações e investimentos de resistência. O filme só começou a indicar isso.

O documentário sensibiliza a partir da fala do preso, do olhar do preso, do seu dia a dia – o que ele considera valer a pena falar, mostrar. Esta sutileza foi fundamental para a escrita da própria dissertação. Falar de saúde prisional é falar da própria lógica do sistema penal. Existe um contexto no qual a saúde se insere, em que o uso do psicotrópico aparece – e estes são dispositivos para a análise. Destarte, para pensar como funciona a saúde e a questão do medicamento no âmbito prisional, não se deve contaminar apenas pelo olhar de horror de quem não está preso, mas se deixar afetar pelo olhar do próprio sujeito privado de liberdade. E, a partir desses olhares que se cruzam, perceber quais afetos que permanecem, que marcam. As inquietações.

O presente trabalho contou com vários personagens, vários sujeitos que puderam contribuir com os seus olhares, como: os próprios presos, os agentes penitenciários, os técnicos administrativos, os profissionais da área de saúde, os trabalhadores da Secretaria Estadual de Justiça, entre outros. A própria pesquisadora envolveu-se e tornou-se uma contrarregra. Atrás das grandes cortinas, uma grande movimentação. Uma parte da experiência de habitar o campo já foi escrita anteriormente – de atriz à contrarregra – em duas cartas para um leitor amigo. Para finalizar, as páginas a seguir partem de um diário: não foram escritas para alguém específico e também nem é uma conversa solitária. É o que *sobrou*, é o que ficou dos encontros com os presos e com os quatro atores principais, com a contrarregra.

O diário não é secreto, mas escrito em primeira pessoa. Isto não significa que é unicamente da pesquisadora. Serão as conversas (in)quietas, daquelas que reverberam na *cabeça* e

insistem em não desaparecer. De certa forma, são as impressões da pesquisadora como contrarregra– antes, durante e após os encontros com os presos –, mas contadas como narradora de um filme.

3.1. DIÁRIO DE UM CAMPO: SOLO(s).

*Blackbird singing in the dead of night, take these broken wings and learn to fly. All your life, you were only waiting for this moment to arise. Blackbird singing in the dead of night, take these sunken eyes and learn to see. All your life, you were only waiting for the moment to be free. Blackbird fly, Blackbird fly into the light of the dark black night [...]*¹³⁵ (The Beatles – Blackbird).

O cenário do retorno, um *certo* retorno, iniciou bucólico. A cidade de Vitória havia sido agraciada pelo frio, pela chuva fina no final daquela manhã. De Vitória até Viana, era uma longa jornada. Eu sabia que *lá* o tempo estaria ainda melhor. Era a melhor maneira de iniciar a minha volta: encarar alguns ônibus lotados e uma terra árida no tempo fresco é bem mais agradável. Além disto, serviria para disfarçar o corpo trêmulo de *nervoso*.

A ansiedade não era apenas pela expectativa do que ia encontrar, mas eu estava envolta de uma péssima impressão. Eu regressava a um local de onde escolhera sair, mas que nunca desgrudou de mim. Apesar de desdobrar-me a uma nova possibilidade – de psicóloga da Unidade de Saúde Prisional (USP), à pesquisadora, com campo na Unidade de Saúde Prisional – não tinha como negar que a primeira existia na segunda e que a segunda estava completamente *envenenada* pelas impressões da primeira.

No dia do retorno, o veneno se intensificou. Embriagada de várias imagens que insistiam em se presentificar na memória, tentei calá-las com o som das mp3s. Era uma longa estrada, eu

¹³⁵ “Pássaro-negro canta na calada da noite, pegue essas asas quebradas e aprenda a voar. Em toda a sua vida, você apenas esperou este momento para levantar. Pássaro-negro canta na calada da noite, pegue esses olhos fundos e aprenda a enxergar. Em toda a sua vida, você estava apenas esperando este momento para ser livre. Pássaro-negro voe, Pássaro-negro voe até a luz da noite escura [...]” (tradução nossa).

precisava me distrair ou seria consumida pelas lembranças. As músicas *tentaram*, mas não foram suficientes para me desprender de tantos pensamentos negativos ou de respostas que eu dizia prontas. Só quando pisei novamente no Complexo Penitenciário de Viana que algo se moveu.

Em Viana, a chuva não era tão fina quanto em Vitória, o frio era mais duro. No Complexo Penitenciário, de sombrinha em punho, tirei um minuto para observar até onde meus olhos podiam alcançar. A imagem de uma prisão não é agradável, acho que nunca é. O Complexo está localizado em uma terra seca, mas rodeado por um verde vivo forte. A própria terra molhada de chuva era seca, um lugar estéril. Era estranho voltar e contemplar as imagens, e as lembranças que surgiram naquele momento, surpreendentemente, não eram negativas. Eram apenas lembranças.

Da portaria do Complexo Penitenciário de Viana até a Unidade de Saúde Prisional são poucos segundos gastos a pé. Admirei o prédio da Unidade de Saúde Prisional. À medida que me aproximava alguns tremeliques surgiram, não sei se eram de frio ou de ansiedade. Eu estava desconfortável. Na guarita da USP, me identifiquei a um agente penitenciário. Um *grosso quem é você* foi perguntado e eu fiquei em dúvida do que responder, qual referência dar. Ex-psicóloga da USP? Pesquisadora da Universidade Federal do Espírito Santo? Bem, eu era essas duas.

Decidi pela pesquisadora, já que foi esta a aposta do retorno. Ao entrar na Unidade de Saúde Prisional o cheiro me tonteou. Lá não era tão forte quanto nas Unidades Prisionais, mas tinha um cheiro distante de *cadeia* misturado com álcool, éter, higienizadores. Como estava chovendo forte, a USP recebeu poucos presos – a área reservada para os presos possui teto gradeado. Com pouca movimentação, percebi que havia um clima diferente na equipe, algo mais alegre, diferente, suave. Atentei-me para o fato de que a *vida* de um local é passível de mudança. Apesar de ter sido um primeiro dia tímido, provocou que os meus engessamentos, carregados de preocupação, começassem a se dissipar.

Fui embora combinando de voltar dias depois. Era momento de iniciar a análise dos prontuários (da saúde) daqueles que faziam uso do psicotrópico da Penitenciária de Segurança Máxima II. Quando este dia chegou, em nada se parecia com o início da jornada do primeiro. A *cabeça* não estava cheia de veneno, estava tranquila, leve. Já na USP, alguns

presos me reconheceram, mesmo eu não tendo atendido a todos. Entre familiaridades e novidades, o *clima* da pesquisa não estava nada como eu imaginava. Não me *doeu* começar a experienciar o campo.

Surpreendida com as primeiras sensações, fui encaminhada para a sala de reuniões e lá se encontravam diversos prontuários. Diante destes, reparei que os nomes dos presos que faziam uso do psicotrópico me eram comuns: eram praticamente os mesmos da minha época como psicóloga. Sondei sobre e soube que poucos haviam sido transferidos ou tiveram progressão de regime.

A PSMA II é um presídio construído para receber presos capixabas, em tese, de maior periculosidade para a população. O tempo de condenação destes costuma ser alto, devido aos crimes cometidos, mas não posso garantir que a permanência na Máxima II seja por isto ou por alguma morosidade da justiça. De qualquer forma, é estranho perceber que depois de anos as pessoas continuam lá, nas mesmas paredes, nos mesmos procedimentos, na mesma privação de liberdade. Eu tive, por eles, uma sensação petrificada, de vida congelada, sem movimentação, parada.

Encontrei-me pensando no outro, me vi pensando no que não aguentaria se fosse o outro. Os nomes me sufocaram. Imaginava uma vida de repetições, de restrições. Olhando aqueles papéis, em contato com aqueles prontuários, fantasiei certa *ausência* de vida, um viver sem graça, cinza, árido, como a própria terra do Complexo Penitenciário. Ao folhear as páginas, os conteúdos eram de reclamações, de abandonos, de dor. “*Que inferno ser um preso*”, pensei na hora.

As queixas são desde melhorias na alimentação, pedido de atendimento médico ou com o assistente social da SEJUS, a pedidos de trabalho e transferência de cela. Nos prontuários da saúde, em alguns casos, vi que a *reclamação* se alastrava por mais de anos e o preso demorava a receber o tratamento desejado ou o exame que tinha solicitado. O prontuário de saúde foi uma das coisas mais melancólicas que li na vida. Eram páginas e mais páginas com relatos de sofrimento que perduravam.

Uma vida indigna e uma perda de tempo. Era isso o que estava escrito nas entrelinhas. O prontuário indicava que as práticas de saúde com aqueles presos eram produtoras de

mortificação. Perguntava-me: a saúde prisional é apenas ter acesso ao profissional? É a execução de um protocolo? O prontuário é apenas um documento que comprova que aquele sujeito passou por um profissional da saúde? Sem considerar *como* foi o atendimento?

Por outro lado, ao conversar com aqueles que me reconheceram, separados por uma grade, a impressão era um pouco diferente. Era um *“olha doutora, a coisa tá na mesma, muito difícil pra gente, mas tá tudo tranquilo”*, com sorriso no rosto. E quem me disse isto foi um preso que tem algumas balas alojadas próximas à coluna há anos, que corre o risco de ficar paraplégico. Já outro me recebeu com um largo sorriso no rosto e começou a contar os últimos *causos* da sua vida, como ele tinha conseguido fugir, mas infelizmente *caiu de novo* no sistema.

E eu pensei, o que estava no prontuário, apesar de ser coerente, não representava aqueles sujeitos. Ao longo dos dias que fiz a análise dos prontuários, dividia-me entre a leitura, conversas nos corredores com os agentes e com alguns presos que vinham puxar conversa; como um que disse *“oh doutora, você voltou? A senhora podia me atender, né?”*, este estava de coração partido e sempre que me via, me chamava e falava a mesma coisa. *“Tô sofrendo muito, tô apaixonado”*, repetia.

E foi nessas conversas cruzadas com alguns presos, nas primeiras semanas de campo, que percebi o quanto é caro falar com alguém. A leitura do prontuário foi pontual, teve a sua importância na análise dos serviços de saúde da PSMA II e na seleção de sujeitos para participarem da pesquisa, mas foi um tanto lúgubre. Além disso, o prontuário mesmo sendo do preso, quem os escrevia eram os profissionais, sob a ótica de cada profissão. Os papéis se não forem administrados com cuidado serão só compostos de palavras vazias, sem vida.

Confesso que a pesquisa se iniciou pensando sobre o uso do psicotrópico dentro das Unidades Prisionais do Espírito Santo. Todavia, foi circulando pelo espaço, olhando as páginas do prontuário, lendo a evolução feita por cada profissional, que me percebi perguntando outras coisas, estranhando outras coisas. O campo me falava outra coisa. Um incômodo era gerado quando lia algo como um sujeito que estava evacuando sangue há três anos: no primeiro ano, ele solicitou atendimento diversas vezes; no segundo ano, conseguiu atendimento com um proctologista; no terceiro ano, conseguiu fazer o exame pedido no ano

anterior pelo médico – o exame foi realizado duas vezes. Este sujeito encontrava-se com um *corpo estranho no intestino*, nada lhe foi informado (e o exame estava pronto há seis meses).

Ao ler sobre essa situação, fechei o prontuário, o afastei e fiquei pensando: *“será que só eu acho essa morosidade absurda? Procedimentos simples e há seis meses já se tinha o resultado. Por que não informá-lo? O que significava esse corpo estranho? Por que não marcar a cirurgia e iniciar o tratamento? Será que estavam esperando aquele sujeito morrer?”*. Afinal, era uma eliminação do *risco* sem grandes esforços, uma forma de o Estado não se fazer presente.

Diante de palavras tão *vazias* (cheias de asperezas), abandonei o que estava escrito (ou era consumida por aquilo) e fui para as *entrevistas*, para os encontros com João, Jorge, Paulo e Ricardo, os quatro internos que concordaram em participar da pesquisa.

Nesse momento, os sentimentos do início do percurso já tinham me abandonado. Não havia rancor, não havia choro. Estes foram substituídos por curiosidade, envolvimento. Eu me sentia bem na Unidade de Saúde e comecei a perceber que os trabalhadores também estavam à vontade com minha presença, pois eu *“era de casa”*, disse um. Isto foi essencial para construir a dinâmica dos encontros com os presos. Com certo voto de confiança, vi que seria possível criar um ambiente onde poderia *entrevistá-los* sem interferências ou procedimentos de segurança.

E assim foi durante todas as entrevistas. Algemas para frente, portas fechadas, sozinhos. Os agentes penitenciários possibilitaram isto. Os procedimentos de segurança de presos da Máxima II são extremamente rigorosos e houve uma abertura de precedente, com autorização da direção da USP. Não houve tentativas de imposição, mal estar. Sabia também que eu dobrava o trabalho de alerta deles, mas abriram um espaço para comunicação até com perguntas, como: *“tem certeza que quer algemas pra frente? Quer que eu feche a porta para senhora? Prefere que algum agente fique com a senhora?”*. Enfim, ver a pesquisa fluindo em parceria com os agentes penitenciários foi uma surpresa.

A primeira sala que me foi destinada foi a de emergência, a única disponível. As outras eram utilizadas pelos próprios trabalhadores da USP. Era a única possível com portas e com janela

de vidro onde os agentes penitenciários poderiam observar. Contudo, existia um problema: caso ocorresse alguma emergência, teria que parar a entrevista e sair da sala. E algumas aconteceram. Depois fui destinada a sala de higienização – que contém uma mesa e duas cadeiras, bem mais agradável – e lá fiquei até o último encontro.

A primeira pessoa que encontrei foi João. Quando o agente penitenciário foi buscá-lo, aguardei na porta. Assim que me avistou, deu um largo sorriso. “*Me reconheceu*”, pensei. Sorri de volta e entrei na sala. Enquanto o aguardava, fiquei pensando sobre sua aparência física, como tinha mudado. Ele estava visivelmente mais magro, mais careca, os seus dentes estavam amarelados, sua pele estava pálida, de um tom cinzento. “*Os anos tinham sido injustos ali*”, pensei.

João é o *donos* da história que mencionei acima, do sujeito que estava três anos evacuando sangue. Eu imaginava que ele estivesse doente, mas fiquei baqueada com sua aparência. Ao entrar na sala, João novamente sorriu e eu falei: “*ei, me reconheceu? Como você está?*” E ele respondeu: “*lógico! Pessoas que foram boas pra gente é difícil de esquecer*”¹³⁶. E a partir desta frase, foi uma longa conversa.

Este primeiro momento, era apenas para apresentar a proposta da pesquisa de mestrado e não a entrevista. Ressaltei que eu não havia voltado a trabalhar no sistema como psicóloga, mas estava ali como pesquisadora, para fazer uma pesquisa sobre a saúde no sistema prisional e o uso do psicotrópico por sujeitos privados de liberdade. E depois disso deixei em aberto para ele falar o que quisesse.

Ele começou dizendo que não estavam *pagando* o seu medicamento e comentou sobre sua última consulta com o psiquiatra. João disse que foi ao médico “*com o nome de Neozine® na cabeça, já que era o mais forte*” e o psiquiatra apenas perguntou qual ele costumava tomar – “*e receitou, pronto, acabou*”. E falou sobre o medicamento, o quanto o efeito é duradouro e

¹³⁶ O *ser boa pra gente* está relacionado a um documento que encaminhei a assistente social da SEJUS, quando psicóloga. Coisa *simples*, solicitei a inclusão do João no grupo que recebe livros semanais na PSMA II. Nem todos os internos possuem autorização para receber livros. Livros (!). É interessante perceber como algo *simples*, como acesso à leitura, é negado no sistema de privação de liberdade. O único livro que é de acesso a todos e pode ser mantido dentro da cela é a Bíblia – o que fala da própria lógica penitenciária que aposta na *regeneração* da moral. O delinquente possui uma moral estragada e o catecismo surge como instrumento de auxílio na *recuperação* desse sujeito.

certo, *“eu sei que a senhora não gosta disso, mas eles me viciaram nessa parada”*. Ele estava mencionando sobre o meu trabalho como psicóloga, de diminuir o uso do psicotrópico pelos presos.

Ele continuou dizendo que dificilmente suportaria viver na PSMA II sem o medicamento, e considerava ser *maltratado* pelo sistema. João disse que está *“já cinco anos nesta Unidade e há anos solicito médico e não sou encaminhado para nenhuma consulta”*. Completou dizendo que estava comendo uma marmita/*casuda laxativa*, devido a sua condição médica, *“mas não consigo mais encarar... só vinha frango pálido todos os dias e tudo que eu queria era um ovo”*.

João foi bastante receptivo comigo e com a proposta de pesquisa, disse um *“pode contar comigo para qualquer coisa, confio na senhora”*. Lemos juntos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE, em anexo), e ele me perguntou algumas coisas e pediu para que eu ficasse com a via dele. Ele foi enfático sobre o TCLE não ser anexado em nenhum prontuário – tinha receio de sofrer alguma represália, *“já que nunca se sabe”*. Eu tinha esquecido essa parte, da que o sistema penitenciário produz desconfiança. *Inimigos imaginários?*, não sei. O encontro foi agradável, com algumas histórias do passado dele, como baterista de uma banda de rock, cover de Ac/Dc, Iron Maiden. *“Bandas que a senhora não deve conhecer”*. Sorri.

Dias depois, encontrei-me com o Ricardo. Antes de iniciarmos até mesmo os cumprimentos, ele foi falando do meu cabelo. *“Prefiro a senhora de cabelo vermelho”* e ele estava castanho. Concordei, eu *também* achava. O mesmo processo de esclarecimento que fiz com João, foi realizado com Ricardo. Expliquei sobre o que estava fazendo na Unidade de Saúde Prisional, sobre a proposta de pesquisa e se ele concordava em contribuir. Ricardo aceitou e, como João, também solicitou que a via do Termo de Consentimento ficasse comigo. O desconfiar reafirma a posição de estrangeiro, do sujeito exilado em seu próprio país, do sentir-se sozinho mesmo entre os seus. Aqui, disse ele, *“é só com deus e mais ninguém”*.

Depois desse momento, começamos a conversar sobre como tinham sido esses últimos anos, desde que saí da USP. Ricardo falou um pouco sobre sua vida, só que antes da prisão. Enquanto ele falava, eu refletia *“será que a minha pergunta ‘como tem sido estes últimos anos?’ foi insensível? Ou ele não entendeu? Ele está falando da vida dele antes da prisão. Por*

quê? Não vale a pena falar daqui? É o morto-vivo que Dostoiévski falava?”. Ele morava no interior do estado do Espírito Santo e desde novo fora envolvido com o tráfico de drogas da região. Ele teve algumas passagens pelo sistema socioeducativo, o que para ele *“isso é a mesma coisa que a prisão, só muda o tempo que fica preso”*.

O nosso papo iniciou tímido, mas por fim Ricardo alongou um bate-papo. Insisti novamente na pergunta. *“As coisas não mudaram muito, desde que a senhora saiu”* e eu voltei a pensar *“será que ele não tinha respondido a minha pergunta por que não há nada de novo para contar? É aquela história, por que falar do que está ruim?”*. Ele é visitado, atualmente, apenas por sua irmã e seus filhos. A sua mãe não a vê desde que foi transferido, há cinco anos, para a PSMA II. Já sua ex-companheira, falou sobre ela engasgado – o traiu. Contou a história da traição doído, não esperava isso dela, foi um longo relacionamento. A dor foi tanta que ele mandou sua irmã retirar seus três filhos da casa da ex e se mudar para um local mais próximo do Complexo Penitenciário de Viana. Ele, aliás, foi um dos 12 primeiros a *inaugurar* a Máxima II, recebido com bombas e tiros de borracha.

Recepção complicada para quem sofre de convulsões em decorrência a situações de estresse, como é o caso do Ricardo. O uso dos medicamentos psicotrópicos é devido às suas convulsões. Ele sofre desse *mal* há alguns anos e toma dois tipos de medicamentos para o controle dessas. No dia em que nos encontramos, ele comentou que *“as convulsões aumentaram e o médico resolveu aumentar o número de remédios, mas não estavam pagando há 20 dias e só recebi ontem”*. O motivo da demora não foi explicado, *“ah, simplesmente não tinha”*. Quando o conheci, as sequelas do derrame que teve anos antes (o que desencadeou as convulsões) eram bem visíveis, estes dois anos fizeram com que ele tivesse tido uma melhora significativa nos sinais. E ele falou a respeito, orgulhoso disse *“reparou como está melhor?”*. Concordei e nos despedimos.

O terceiro a concordar em participar da pesquisa foi o tímido Jorge. Nosso primeiro encontro foi consideravelmente rápido. Ele havia me reconhecido, mesmo tendo nos encontrado uma única vez quando era psicóloga. Esclareci o motivo do meu temporário retorno, não como funcionária, mas como pesquisadora. Disse também que a pesquisa não iria desencadear em nenhum benefício, mas ele disse *“só da senhora lembrar da gente, só de tirar a gente da cela, já é benefício”*.

Achei uma resposta simpática. *“Ele estava me dizendo sobre a potência do encontro”*. Daquele encontro. *“Entre tantos processos de mortificação, Jorge falou sobre uma das formas de escapar dos investimentos de captura”*. Não sei se ele sabe o quanto sua frase significou, mas acho que sim. Eu que demorei um pouco para perceber. Ele continuou falando sobre os dias na Penitenciária de Segurança Máxima II, dos perigos que está passando por ser *preso de seguro*, em um lugar com muitos *presos de cadeia*¹³⁷. Jorge contou que sua família mora longe, no *“interior do interior”* do Espírito Santo, mal os vê e está cansado de *pagar 12 anos de tranca* e que a prisão é a culpada pelos seus problemas de saúde (hipertensão e depressão/ansiedade). Sobre o uso do psicotrópico, disse que ainda o toma e que a última caixa foi comprada pela sua própria família, já que tinha meses que não estavam liberando para ele.

Já com Paulo, o encontro foi por acaso, ele não estava na lista dos sujeitos privados de liberdade que faziam uso do psicotrópico. No último dia para convidar o quarto preso, a auxiliar administrativa comentou que tinha se esquecido de chamá-lo e seria impossível no mesmo dia ou nos próximos pedir que fosse à Unidade. Preocupada com o tempo do campo e pensando na viagem que tinha feito e na que faria ao voltar pra casa, olhei a relação de presos que se encontravam na USP. Eis que o nome do Paulo surgiu, *“este nome eu lembro”*, supus.

Paulo, de todos, é o mais reservado. Eu e ele, na época como psicóloga, tínhamos nos encontrados duas ou três vezes. Na época, ele não costumava falar muito, e neste dia não foi diferente. Falei sobre a pesquisa, ele concordou e pronto. Atualizou-me um pouco sobre sua vida, principalmente a afetiva, mas entre algumas frases curtas e outras, achei que teve algumas intenções de me acuar, melindrar. Ignorei.

Ele é um traficante conhecido no Espírito Santo, mas deixei claro que não queria conversar sobre as rixas que existem no tráfico de drogas e sim sobre a saúde prisional e o uso do psicotrópico na prisão. *“Impossível”*, pensei. Já imaginava que os assuntos sobre as *facções* iriam surgir novamente, com ele ou com os outros. Sobre o medicamento, falou que não o

¹³⁷ Entre os presos há um conjunto de normas e regras estabelecidas, crimes e atitudes permitidos e condenados. É um código moral. Os presos de seguro fazem parte da minoria da população carcerária, os seus crimes não são *aceitos* entre os presos, ou tiveram alguma atitude condenável enquanto preso. Exemplo: estupro, matador de aluguel, *fura olho* (cobiçar a mulher do outro). Os presos de seguro e de cadeia costumam ser separados nas Unidades Prisionais, a chance que ocorra alguma ocorrência *catastrófica* é grande.

usa mais e deu a entender que o uso foi uma *“praga”*. Indaguei o motivo, respondeu algo como *“eu não me reconhecia”*. A conversa foi curta, mas achei que deveria continuar apostando nele como participante da pesquisa. Paulo é o único dos quatro que não faz mais uso do psicotrópico e é o que tem menos tempo de *cadeia*, e único com passagem pelo presídio federal. Seria um contrabalanço.

Após esses primeiros contatos, de reencontro e comprometimento com a pesquisa, caminhamos para uma nova *fase*. Além desses, foram mais três encontros com cada um, com o intuito de pesquisar sobre: como era o acesso à saúde anterior ao cárcere; como era anterior e posterior à implantação do PNSSP; como e quais são os usos do psicotrópico durante o cumprimento da pena na PSMA II. Ao longo destes encontros, cada vez mais João, Jorge, Paulo e Ricardo foram ficando mais à vontade, o clima – inclusive proporcionado pela equipe técnica e pelos agentes penitenciários – foi de cumplicidade.

No dia da primeira entrevista, cheguei antes dos presos da PSMA II e fui conversar com algumas pessoas. Percebi um movimento relacionado ao atendimento médico. Alguns presos do regime semiaberto estavam esperando a médica para serem atendidos. A auxiliar administrativa já havia comunicado que eles haviam chegado, mas ela não havia se movimentado para atendê-los. A questão da centralidade médica apareceu. E a equipe começou a esboçar certo incômodo: *“médico aqui é em primeiro lugar. Ela sabia que já deveria começar a atender, já falei uma vez e fica chato falar de novo”*. O agente respondeu: *“não tem dessa de ficar com medo de médico não, a própria Diretora da USP já disse isso”*. Só que alguém completou, dizendo: *“ahã. Até a médica falar mal de mim para ela e quem sofre sou eu”*.

As *regalias* dos profissionais da medicina geram desconforto com a equipe. Os horários são maleáveis, os salários são altos e a disposição para execução do trabalho é diferenciada. Enquanto a equipe tenta realizar a integração, o médico sempre opera separado. A Direção é conivente com a atitude, pois são grandes as dificuldades de conseguir um profissional da medicina que queira trabalhar no sistema penitenciário ou que se mantenha no cargo. Os presos chegaram a comentar que alguns médicos não colocam as mãos neles ou mal os olham. Comecei refletir, *“não os tocam? Mal os olham? Como assim? Como são realizados os exames? E se não os tocam ou os olham, por quais motivos? São vidas que não valem a*

pena?”. Se podemos afirmar que, de forma geral, têm sido fortalecidas posturas e procedimentos que afastam ou eliminam a narrativa dos sujeitos atendidos (nas práticas médicas) e a potência do encontro terapêutico (da relação estabelecida entre médico e paciente), ao que parecia, ali na prisão, esta direção era intensificada – pelos mesmos motivos e processos?

O assunto foi encerrado quando os presos da PSMA II chegaram. Na Unidade de Saúde Prisional há um horário de atendimento para cada Unidade Prisional que recebem. Os presos em *nenhuma* circunstância devem ser *misturados*. Então, quando chegaram os da PSMA II, ainda com os presos do regime semiaberto na USP, gerou certa tensão e alerta redobrado. Fui pro meu *canto*, para a sala de higienização, onde realizei as entrevistas do dia. “*Canto interessante, nome de sala interessante*”.

Essa primeira etapa tinha como proposta investigar quais práticas de saúde atravessaram por aqueles sujeitos ou foram por eles vivenciadas, como era o acesso às ações e aos serviços de saúde anterior ao cárcere, como era o seu processo de produção de saúde e nele o uso de drogas e/ou psicotrópicos.

Ricardo foi o primeiro. Ele estava parecendo sentir-se mais à vontade do que da última vez, bastante eloquente. Como o encontro anterior tinha se prolongado muito, reforcei que estava ali para realizar a pesquisa e que, devido ao horário, seria interessante sermos mais pontuais sobre algumas questões. O que foi impossível de cumprir. Cada pergunta estava recheada de histórias muito interessantes para serem *interrompidas*. Além disso, se realmente *pontuasse* ou ficasse *neurótica* com o horário, seria a mesma coisa que antigamente. Cumprir números, ser capturada. Era justamente o que criticara. “*Para que iria reforçar mais regras, mais cortes, mais silêncio?*”. O que não significa se perder entre assuntos, mas um deixar rolar, saber ouvir e quando perguntar.

Sobre o acesso às ações e aos serviços de saúde, ele começou contando sobre a sua experiência mais intensa: Ricardo sofreu um derrame com apenas 17 anos. Deste, ficou em coma por dois dias e depois oito meses sem andar, fazendo fisioterapia. Antes e depois do derrame, segundo relatou, sua frequência aos serviços de saúde era nula, exceto pelas vacinas quando criança. Médico?, para ele “*é o último recurso. Nem morrendo. Eu pedia a minha irmã – enfermeira – que ajudasse, e só se precisasse mesmo*”. Depois do derrame, o

seu primeiro ataque epiléptico foi com 20 anos e ele não foi à Unidade Básica de Saúde (UBS) ou ao Pronto Socorro.

A justificativa? Além de não achar *necessário*, a localização da UBS era, para ele, *péssima*. “*Péssima?*”, perguntei. “*Sim, do lado do posto policial*”, respondeu. Chegou a ter contato com a agente comunitária de saúde que media sua pressão e glicose, mas se precisasse ir à UBS, não enfrentaria o *perigo* de ser preso *só pra isso*. Ele “*ficava pouco doente, andava de bicicleta quase todos os dias, não fazia uso de drogas, bebi poucas vezes – não gosto do efeito*”.

Foi uma conversa agradável. Ricardo se manteve calmo, tranquilo. Achei interessante a maneira em que conduzia as suas histórias. Como no nosso reencontro, esta vez ele também contou sobre sua vida e o *mundo do tráfico*, sem exaltar os *benefícios* que vivia. Na verdade, era difícil mencionar esta parte da sua história – mesmo sobre rodas, sem andar, continuou “*no crime, só era mais fácil de me matar*”, comentou. As suas lembranças são mais carregadas pela sua família do que qualquer outro assunto. Talvez isto influenciasse a sua postura, e era o que mais me chamava à atenção. Ele era o mais novo dos quatro entrevistados e o que mais apresentava uma serenidade, um ar maduro “*de quem já perdeu muita coisa*”. Ele utilizou o espaço, nosso encontro para falar do que produzia vida. Saúde não era ir aos médicos, tomar vacinas. Era sua pedalada, era manter-se ativo e respeitado no *crime* mesmo paraplégico.

Naquele mesmo dia, entrevistei João. A sensação de tranquilidade que Ricardo proporcionava em nada se aproximava com a intensidade do João. Ele me deixava carregada, me convidava para uma conversa – monólogo – como psicóloga. Era difícil *lutar* contra isto. Eu estava ali sendo vista como psicóloga, sendo questionada, “*você lembra disso, não lembra?*”, me perguntava. A primeira entrevista dele me consumiu demais, conversas sem início e fim, permeávamos entre várias histórias. Contou-me sobre sua infância, eu tentei entender. Contou sobre sua adolescência, me perdi na metade do caminho. Contou-me sobre sua idade adulta, eu já não sabia mais em que ponto estava. Bem, as histórias iam e vinham.

No final, ele disse “*tive uma vida muito desregrada. Muito rock, muita droga, vida louca, com muito sexo*”. Oposto do Ricardo, João valorizou demais a vida *do crime, do rock* e fala

que “*hoje eu pago por tudo que fiz*”. Moralização e culpabilização. “*É disso mesmo que ele estava me falando?*”, me perguntei. Quando adolescente, chegou a pegar gonorreia e foi direto na farmácia comprar os antibióticos. Nunca foi ao médico, sempre tomou remédios por conta própria. Contudo, sobre sua aparência, sempre foi vaidoso: dentista “*era de lei*”. Nunca soube onde ficava a Unidade Básica de Saúde do seu bairro, mas lembrou dos locais de todos os dentistas que já foi. Para ele, dói saber como está a sua aparência – e estava ainda mais magro desde o último encontro – e se envergonhava dizendo, repetidas vezes, que “*a culpa foi da minha vida desregrada*”. Ele se sentia responsável por sua aparência, pela evacuação de sangue, pelo desânimo.

Assustei-me, João descrevia uma sensação de estar morto em vida. O processo de mortificação era permanente e estava se retroalimentando da sua doença. Ele sabia que havia algo *errado* com ele, algo que o definhava, algo que ninguém contava. “*Você está querendo me contar alguma coisa?*”, ele me perguntou. E eu só pensava, “*eu não deveria ter lido aquele maldito prontuário*”. Era um *deixar morrer*, que me indignava.

Quando iniciei a pesquisa, escutei a *propaganda*, dos gestores, que o Espírito Santo fornece acesso às ações e aos serviços de saúde a 100% dos presos do sistema penitenciário. E eu pensava “*legal, estão pensando para além*”. Só que a história não é bem assim: o *Espírito Santo* demora 03 anos para diagnosticar um sujeito e ainda assim não faz nada? O *Espírito Santo* faz ações de vacinações mensais e obrigatórias, mas deixa um sujeito evacuando sangue até morrer? O *Espírito Santo* leva-o ao médico, faz-lhe os exames e pronto? Ele teve acesso às ações e aos serviços de saúde? Bem, sim, teve. De fato, João teve acesso às ações e aos serviços de saúde, mas como foram as práticas *dessa* saúde?

Eu saí da USP arrasada, cansada, exausta. Em uma tarde conversei quase duas horas com cada um, mas João foi o *xeque-mate*. Tanto esse encontro, quanto o outro fez com que saísse do Complexo Penitenciário de Viana imersa em vários pensamentos. Nem *tão* diretamente relacionados com a pesquisa, mas como as histórias dele me afetavam de maneira negativa. Isso acontecia não pela falta de linearidade de suas histórias ou pelos conteúdos, mas sim pela forma em que eram contadas. Ele pesava, deixava tudo de tonalidade cinzenta, quase preta. Me puxava para baixo e isso me irritava deveras, e ao mesmo tempo eu não conseguia tirar João da cabeça, preocupada.

Eu tive alguns pesadelos, dos quais não cheguei a recordar. Reccei que os próximos encontros, fosse com João ou com os outros três, terminasse em uma descarga para mim. *“Eu vou precisar podar um pouco a entrevista, eu não aguento”*, pensei. Tentar direcionar mais e evitar a curiosidade pelas explicações, pelas lembranças ou mesmo o silêncio. Esta não era a melhor opção, mas uma pesquisadora adoecida também não.

Fiquei confusa. *“Será que estou sendo psicóloga? Será que estou sendo pesquisadora? Será que eu preciso ser uma ou outra?”*. Ou eu me entregava e liberava os afetos, ou eu me endurecia e pronto. *“O que eu quero?”*, pensei. *“Eu estou com medo de quê?”*. Eu estava com medo de ser psicóloga, de sentir saudade, de investir e ir embora. Eu estava com medo de perder o foco da pesquisa e ser só psicóloga? A pesquisadora não estava adoecendo pelos conteúdos, pelas conversas, mas por achar que a psicóloga podia se descolar, pedir licença. Eu precisava apostar na construção de um novo, sem o nome de uma ou de outra, mas na criação destas novas relações.

Abri-me ao risco. Na semana seguinte, no ônibus de Vitória a Cariacica, me deparei com o cobrador do ônibus carregando um pote de balas transparente cheio de furinhos (sem as balas). Dentro deste pote havia um passarinho, bonito, quieto. Achei poético. Eu indo encontrar pessoas presas em uma gaiola e aquele pássaro ali. Observar a beleza de um pássaro preso não seria a mesma coisa que pesquisar a vida dos *enjaulados*? A pesquisa estava contribuindo para a manutenção de certo *zoológico*? As formas de ver? Eu cheguei à USP e lá estavam os presos, sendo observados. Por mim e por todos. O pássaro preso na gaiola me deixou engasgada.

O primeiro a ser entrevistado, naquele dia, foi Jorge e eu tinha o intuito de saber o seu acesso à saúde anterior ao cárcere. O encontro foi descontraído, ele riu bastante contando sobre suas histórias de garoto do interior. Disse que não teve acesso aos serviços de saúde quando criança, *“as coisas se resolviam com chá de ervas, arnica ou pela faca mesmo”* (no caso de um abscesso). Só no final da sua adolescência que viu, pela primeira vez, um técnico de enfermagem: seu irmão estava contaminado com meningite e foi a primeira vez que todos da sua família tomaram vacinas.

Saúde, para Jorge, *“é ser feliz, acordar de bom ânimo, estar saudável”* e me mostra o muque do braço. Sorri. Contou que nunca precisou malhar, porque trabalhava na roça, mas que

agora o corpo precisava gastar energia e tenta fazer uns exercícios na cela. Completou dizendo que a alimentação também é importante, *“para ter saúde tem que comer bem; e comer bem é comer muito”*. Seu prato sempre teve uma variedade boa de alimentos, só que à medida que foi ficando mais velho, começou a se interessar na *“bebericada”* da cachaça ou do conhaque. Usou muita droga também e disse *“fumei maconha pela primeira vez com 11 anos (meu tio que me deu), mas gostei mesmo da cocaína”*. Foi apenas depois de preso que Jorge começou a usar o psicotrópico, como também o crack. *“O psicotrópico e o crack depois de preso?”*, perguntei interessada. E o discurso do PNSSP que as prisões recebem pessoas problemáticas e viciadas?¹³⁸ Jorge enfrentou um grande problema com o crack, mas só na prisão. Quando conseguia fugir, não fumava na rua. O que as nossas prisões têm produzido, oferecido?

Depois da agradável entrevista com Jorge, foi a vez de Paulo. Diferente do último encontro, com algumas tentativas de intimidação, ele entrou na sala de higienização sorrindo, dizendo que estava muito bem. Completou dizendo que possivelmente iria terminar seu relacionamento atual, para poder voltar com sua ex-namorada. Ressaltou a aparência física desta, dizendo o quanto ela era bonita e carinhosa com ele, diferente da atual que tem muito ciúmes.

Paulo se diz um homem vaidoso e gosta de mulheres vaidosas ao seu lado. Ele liga para a aparência física e sempre se importou com a sua. Contou que, das poucas vezes que foi a uma consulta médica, tinha sido por insistência de uma das suas irmãs, mas que à dentista ele ia frequentemente e por conta própria, afinal, segundo ele, *“dentes é a porta da casa”*. E abriu um grande sorriso. Inclusive, como Ricardo, Paulo disse nunca ter ido a Unidade Básica de Saúde do seu bairro por *“motivos de segurança, por ficar visado”*. A localização da UBS é de fácil acesso para a população, mas complicada para ele. Compromete sua segurança, não sabe o que pode esperar. Preferiu contratar um plano de saúde privado, caso precisasse.

Não associa saúde a cuidados médicos ou estar em dia com as vacinas. Saúde, para ele, está relacionada a exercícios físicos, a uma boa alimentação com ovos e um bom sono. E o mais importante, para ele, é *“não se corroer com ira ou fazer coisas que não gostaria, falar coisas ruins e depois não saber pedir perdão”*. E ele não costuma ceder o perdão. Paulo contou

¹³⁸ Cf. p.87.

sobre a ausência do seu pai durante toda a sua infância e adolescência e que “*do nada ele ressurgiu*”. Quando fala do pai, a sua garganta prende e se mistura em um “*não quero falar disso*”, mas continua falando. A dificuldade de perdoar, qualquer falta que seja feita, ocorre até consigo: sua mãe faleceu enquanto estava preso e ele não suportava pensar que não pôde estar do lado dela em seus últimos dias. O uso do psicotrópico veio com a morte de sua genitora. A sua história de ligação com a mãe é muito forte e ainda mexe com ele. Apesar da história, Paulo manteve o bom humor e encerrou o encontro falando sobre o desejo de “*terminar com a atual, para voltar para ex*”.

As sensações causadas por esses encontros foram diversas. As falas dos presos me pareceram mais comprometidas de quando eu era psicóloga de lá e cada um se utilizara disso de forma peculiar. João, que está adoentado, ressaltou as *alegrias* de quando estava no *rock*, saúde era uma questão de perspectiva – se não estava doente e estava curtindo a noite, estava bem. Ricardo, que tem epilepsia, centralizou seu assunto em sua família, nas belezas em ter alguém que possa contar, quando algo lhe acontece. Jorge, que é do interior, ressalta as medicinas de nossos avôs, com chás, superalimentação e trabalho como formas de se cuidar. Paulo, que é vaidoso e cercado por mulheres, colocou a presença do rancor como algo que o destrói.

Como no *popular*, são várias as formas de conceber/produzir saúde e de *ir atrás dela*. Quatro homens que encontravam ou se afastavam do se *ter* a saúde quando estavam soltos, mas que ainda possuíam resquícios quando se está encarcerado. A saúde não está localizada em um prédio ou centrada em uma figura profissional. A saúde são suas formas de vida, o que é caro para cada um. Percebe-se, no entanto, que nenhum deles procurava ter acesso aos serviços de saúde – por prevenção ou mesmo doentes. Quando tinham, era por insistência de algum parente próximo, geralmente uma mulher. O que condiz com a ausência dos homens, de uma maneira geral, nos cuidados em saúde. Além disso, o fato de evitar, por motivos de segurança, Unidades Básicas de Saúde dos seus bairros foi uma surpresa.

Terminada a primeira fase de entrevistas, sobre como era o acesso de cada um às ações e aos serviços de saúde anterior o cárcere, era o momento de iniciar a nova etapa, com novas perguntas: como era e como é o acesso à saúde anterior e posterior a implantação do Plano

Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Eu estava bastante curiosa por esta nova fase. Depois que realizei leituras, contadas nos capítulos anteriores, *sobre* a história da saúde prisional (e também como estive no momento da inauguração da USP), a ansiedade tinha aumentado para saber *“e aí? O que vocês acham? Como foi o processo de mudança para vocês?”*.

Todos os dias, quando os presos chegam à USP, parte da equipe de saúde realiza uma ação educativa, com temas variados. Só quando a ação é dada como encerrada que os profissionais têm permissão para atender os presos. Neste dia foi sobre saúde bucal e câncer de boca, e fiquei escutando. Achei interessante porque é o único momento em que a equipe e os agentes entram na área reservada aos presos. Assim que acabou a ação, eu também pude iniciar as entrevistas.

O primeiro entrevistado foi Ricardo e o encontro foi ótimo. Expliquei que agora era o momento de contar um pouco sobre a sua experiência com a saúde no âmbito prisional e foi uma longa conversa. Ricardo, no momento da pesquisa, tinha 27 anos. Como eu disse antes, ele chegou a ser apreendido quando mais novo, mas foi preso pela primeira vez com 19 anos e encontra-se lá desde então. Saber disso causou certo desconforto, não tem como não pensar na idade, nos anos, na sensação de *tempo perdido*.

Deixada a sensação de lado, ele contou que está há cinco anos na Penitenciária de Segurança Máxima II, antes disto, circulou entre outras Unidades Prisionais. E foi na primeira, com 19 anos, que teve seu diagnóstico de epilepsia. Contou que, *“pouco tempo depois que fui preso, tive vários ataques”*. O primeiro episódio estava relacionado a um grande momento de raiva, dois meses depois que foi preso – por isso, acabou associando seus sentimentos aos ataques. Quando indagado quanto tempo depois foi encaminhado a uma consulta médica marcada pela Unidade Prisional, ele disse que *“não demorou muito e fui atendido pelo Clínico Geral, que deu uma receita provisória e já comecei com o remédio. O Neurologista que demorou”*.

Ricardo contou que sempre que é transferido de Unidade Prisional, a mesma situação lhe acontece: os remédios são suspensos, *“passo mal, sou encaminhado para a enfermeira, ela encaminha para o Clínico Geral, que encaminha para o Neurologista”*. A situação encontrava-se regularizada, já que estava há muitos anos na PSMA II, mas algumas vezes lhe

faltam os remédios. Sem ser sobre a epilepsia, disse que depois de preso, adquiriu tuberculose duas vezes, a última tinha sido há menos de três anos. Além dos remédios que toma para o controle dos ataques epiléticos, toma um remédio para gastrite (recém-desenvolvida).

Acredita que, nos últimos anos, o acesso aos serviços de saúde melhorou, está mais acessível à demanda do preso. *“Vacinas? Sempre tomo, mesmo já sabendo que tomei recentemente, afinal é melhor para mais do que para menos”*. Considera, também, que o acesso aos profissionais melhorou, como o da odontologia, *“antigamente era só arrancar os dentes”* e da psicologia, *“eu que procurei, queria alguém para conversar e me fez bem”*. Outros serviços demoram um pouco mais, como da enfermagem *“contei que estava cheio de manchas brancas no corpo já tem duas semanas”*.

Ricardo, no final daquele dia, chegou a solicitar novamente atendimento com a profissional da enfermagem, já que estava preocupado com as manchas brancas no seu corpo. A enfermeira já estava ciente do fato e disse que não iria poder atendê-lo naquele dia, mas que iria à PSMA II. Ela comentou que recebeu vários encaminhamentos, então preferiu fazer na própria Unidade Prisional uma investigação sobre os casos. E fiquei me indagando *“será que é uma possível epidemia de hanseníase?”*.

O próximo a ser entrevistado era João, que não estava com uma expressão muito boa quando foi chamado. Como a entrevista com o Ricardo demorou mais do que previsto, a primeira coisa que João falou foi *“você me maltrata, me fazer esperar tanto. Demorou tanto com o Ricardo que cheguei a dormir aqui”*. E continuou, *“meu olhos estão vermelhos?”*. Ele mesmo respondeu que estava sob efeito de uma substância psicoativa, contou que estava utilizando-a quando foi chamado para vir a USP.

Eu perguntei se ele queria cancelar a entrevista e ele disse que estava tranquilo, apenas cansado de me esperar. Falei que poderíamos ser mais diretivos, em relação a algumas perguntas, se preferisse. João estava esquisito, mas não dizia que era pelo uso da substância. E eu: *“não é possível que ele esteja assim por conta da droga, é por que teve que esperar um pouco mais?”* Ele estava lento, distante, grosseiro. Eu insisti, mas perguntei outras vezes se ele preferia cancelar. *“Não, não, continua”*. E a coisa piorou quando eu perguntei sobre quais mudanças ele poderia identificar, no acesso às ações e aos serviços de saúde, ele

respondeu bem sonoramente *“para que você quer saber sobre isso? Isto tudo aqui é uma máscara”*.

Tentei mais uma vez e ele *“para quê você quer saber sobre isso? Esquece, é uma máscara”*. E eu pensei, *“é, hoje não vai rolar muita coisa aqui”* – João não disse nada, mas muitas coisas nas entrelinhas. Ficamos conversando sobre amenidades, chegou a comentar que está recebendo visita de uma nova namorada, fazia dois meses e que seus filhos sumiram. Estava amargo e disse que eu era *“uma das poucas pessoas que posso conversar e eu já não vou ter mais isso, não posso me acostumar”*. Eu perguntei, *“por que então você não aproveita e conversa comigo agora?”*. E contou das vezes que foi apreendido e preso, de como foi em cada Unidade Prisional, *“uma miséria”*.

O nosso próximo encontro ocorreu duas semanas depois. A entrevista foi interessante e produtiva. Nada lembrava o sujeito que deixei aquele dia. E começamos a falar sobre o seu *recente* problema de saúde. João contou que evacua sangue há mais de cinco anos, desde quando estava preso em outra Unidade Prisional, mas que naqueles dias ocorria com menor frequência. Comentou que sempre reclamou sobre a evacuação de sangue, que chegou ao limite de pegar um papel higiênico e ficar mostrando para os outros presos e alguns agentes.

Entre críticas sobre a *resolução* do seu problema, por outro lado, considera que a atenção à saúde começou, efetivamente, com a inauguração da USP em 2010. Ele contou que fez *“colonoescopia duas vezes. A primeira vez os médicos encontraram um pólipó, mas não fizeram biópsia. Após um ano, fiz a segunda e não foi encontrado nenhum pólipó”*. E continuou dizendo que não chegou a ser diagnosticado do que tem/teve, mas chegou a emagrecer absurdamente.

Disse que *“o acesso e o atendimento melhoraram, mas acredito que tem algumas limitações”*. *“Antigamente, era apenas falar na enfermagem o que estava sentindo e recebia o medicamento/tratamento na mesma hora. Agora, se passa mal, tem que esperar ser encaminhado a um médico da USP para depois receber o medicamento/tratamento – e isso pode demorar semanas”*. A fala do João é interessante para pensar como a implantação da Unidade de Saúde Prisional pode ter levado a uma maior burocratização e morosidade do serviço. E ele continuou *“quando o remédio era receitado, ficava com o agente para ele*

entregar ao preso, mas não chegava. Houve uma falta de remédio generalizada, não só de psicotrópico, mas de tudo”.

Perguntei sobre como ele considerava a saúde prisional e João disse “*tudo que tem prisional no meio reflete a uma utopia, uma ideia fantasiosa*”. É a máscara que ele disse antes. João fez uma observação importante e eu pensei, “*quais são os possíveis em um ambiente prisional?*”. Será que em um lugar com tantas produções de mortificação, com tantas técnicas coercitivas de individualização, a saúde prisional não se torna um novo instrumento de normalização/eliminação? Como no caso dele? O nome *bonito* saúde colado no nome *feio* prisional de fato não possibilita esquecer a instituição de sequestro na qual se encontra. Não o faz esquecer os anos que passou trancafiado e as *práticas de saúde* que corroboraram com estratégias de controle, de exclusão e de aniquilação.

Ele ainda falou que “*no início de qualquer coisa é bom, mas depois desanda... já que se ganha muito dinheiro com o prisional*”. Todavia, “*gosto do pessoal da USP, todos me tratam bem*”. No Espírito Santo a *saúde prisional* é comandada por ONGs, OSCIPS. Será, então, que saúde prisional entrou no estado como uma lógica de mercado? Ela é apenas mais uma mercadoria? De fato, a partir do Governo Paulo Hartung é possível observar o quanto empresas privadas cresceram, lucraram com os serviços prestados nas prisões capixabas. Entretanto, não acho que a *saúde* tenha entrado no *prisional* apenas por ter sido capturada pela lógica mercadológica, mas também como uma atitude de *desespero* frente às pressões e as denúncias realizadas.

É a junção do nome *bonito*, com o *lucro*. A saúde penitenciária é uma ótima propaganda. Durante anos, *deixavam* os presos *viver*. As prisões capixabas, em sua maioria, eram as piores *casas de horror*, as torturas ocorriam publicamente, os presos se matavam. Eu mesma vi vários vídeos de presos que eram encontrados esquartejados dentro de caixotes. Era terra de ninguém, era o mais alto grau de eliminação de *estranhos*. Com as denúncias e com a pressão externa, o Estado precisou abandonar a sua eficiente *ausência* por uma forma de estar presente. Vacinação? Tratamento? Serviços de saúde? Novas Unidades Prisionais? Sim. Afinal pela lógica do PNSSP, esse sujeito retornará, em algum momento, à sociedade, então *é necessário* afastar os possíveis perigos biológicos. Por outro lado, será mesmo que esse

sujeito irá retornar? E mesmo que retorne, por quanto tempo será que esse sujeito ficará longe das grandes?

João contou que quando precisa de um atendimento *“bate o chapão (a porta da cela) e o agente penitenciário aparece, abre a janelinha onde se passa a comida e taca gás lá dentro”*, mas frisou que tudo depende do agente, nem todos fazem isto. E depende também da fama do preso. Acredita que por sempre ter reivindicado muita coisa, sofre *“represália de falta de atendimento”*. O preso não é digno de ser atendido, além disto, há o sistema de punição e recompensa. Uma seleção informal (ou formal?) de quem *merece* receber tratamento, encaminhamentos, medicamentos. É eu pergunto: *“e aí? O que você faz? O que os outros presos fazem?”*. E João responde: *“o pessoal pede para eu cantar, eu canto para passar o tempo”*. E completou dizendo, *“quando eu sair daqui, vou montar uma banda de reggae”*. O canto é uma insistência da existência? É a potência da criação? É uma forma de lutar e de produzir saúde? É resistir à normatização e escapar dos processos de mortificação? João já tinha falado de *música* para mim, que lhe era cara. A música ecoa, é movimento, é difícil de ser silenciada. A vida resiste.

Depois do João, o terceiro entrevistado sobre como considerava a saúde penitenciária antes e depois do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário foi Jorge. Jorge disse que teve alguns problemas de saúde nestes últimos 12 anos como preso. Antigamente, quando solicitava atendimento médico, tinha que bater chapão, *“fazer barulho”*, nas celas e os policiais/agentes penitenciários não gostavam e espancavam o sujeito. Algumas vezes, disse ele, *“deixei de pedir para não sofrer retaliação”*. Sobre as torturas sofridas, um exemplo é a sua própria perda parcial da visão, no dia da inauguração da Penitenciária de Segurança Máxima II.

Jorge contou que abriram os seus olhos forçadamente *“e tacaram spray de pimenta neles”*. Depois disto, nunca mais voltou a enxergar bem. Hoje tem 15 graus de miopia e faz mais de um ano que não vai ao oftalmologista, mesmo solicitando frequentemente. A sua hipertensão apareceu também quando preso – um colega de cela não quis fazer um procedimento padrão da PSMA II, então os agentes penitenciários abriram a janela onde entregam a comida e jogaram gás e atiraram balas de borrachas. Ele passou mal neste dia e, desde então, faz tratamento para sua hipertensão. E eu acabo refletindo: *“ora, Jorge*

também está há 12 anos preso, natural que tenha tido alguns problemas de saúde. Não?”. Só que *quase* cegueira e hipertensão devido à tortura...

Ele disse que os atendimentos de saúde são bons, mas que o acesso ao especialista é muito difícil. Os remédios costumam demorar a chegar, mas ainda assim *“hoje em dia está melhor do que no início da cadeia”*. Sobre uso de drogas, comentou que foi quando preso que começou a usar crack, em 2006. Ele só parou o uso quando foi transferido para a PSMA II, mas houve um momento em que a droga estava chegando novamente dentro da Unidade e ele recomeçou o uso três anos depois que parou.

O encontro terminou com Jorge comentando sobre a comida que é oferecida aos detentos da PSMA II. João e Ricardo chegaram a reclamar da alimentação, Ricardo a considera, por vezes crua, já João fala que é sempre a mesma coisa e que, algumas vezes, só queria um ovo. Só para mudar. Já Jorge disse que *“se for melhor, lota a cadeia. Para preso, é de ótima qualidade”*. O que me deixou surpresa: a própria fala de Jorge fala sobre o (des)merecimento, sobre o quanto o preso merece o pior. Já Paulo não concorda com Jorge e também disse que a comida vem crua. Reclamou que algo na salada a deixa amarga e não sabe o que é. Perguntei se era rúcula ou agrião e ele disse *“quem dera que fosse”*.

Paulo comentou que, algumas vezes, vem carne moída e que odeia carne moída. Narrou que quando criança sua família era muito pobre e não tinha ajuda do seu pai, então o dinheiro só dava para comprar carne moída. Comentou que *“hoje eu sinto embrulho no estômago só de ver”* e fez cara de nojo. Ele foi, dos quatro, o que mais reclamou da comida. Disse que ela é muito ruim, mas come. Exceto quando vem carne moída. Rimos.

Sobre o acesso à saúde na prisão, Paulo é o que se encontra menos tempo preso. Ele tem problemas de respiração e geralmente a umidade e a falta de circulação de ar na PSMA II faz com que tenha dificuldades em respirar, portanto foi liberado para usar um nebulizador. O que foi liberado foi apenas o acesso, o aparelho não fica com Paulo, mas um agente penitenciário o procura para saber se está precisando.

Nesse dia, Paulo falou novamente sobre a sua vaidade, seus dentes. Falou, de novo, que sempre prezou por sua aparência e que sempre foi ao dentista. Contou que, em algum tratamento realizado na USP, o efeito não foi o esperado. Para tanto, hoje ele se recusa a ser

atendido por qualquer odontólogo da saúde prisional e prefere fazer o tratamento particular. Até então, foi há quatro diferentes dentistas *na rua* e não retornou a nenhum, acredita que *“ninguém quer atender a preso, mas vejo má vontade do sistema em me liberar”*. Ou seja, existe um direito no papel, mas a prática é atravessada pelas *más vontades do sistema*.

Continuou dizendo que desde que entrou, *“o acesso à saúde está mais fácil, mas não acho que melhorou porque foi construída a USP, porque está mais próxima do presídio, mas acho que a saúde do preso começou a ser priorizada”*. Dos quatro, Paulo foi o único que nunca foi contaminado pelos bacilos da tuberculose ou da hanseníase ou mesmo pelo ácaro da escabiose, mas disse *“já vi muito preso com bicheira”*. Ele diz que estas doenças são contraídas por presos relapsos quanto à própria higiene e à higiene da cela: *“vou deixar a cela, lugar que eu durmo, ‘meu quarto’, ‘minha casa’, suja? Pra quê? Não faz sentido, eu cuido”*. Paulo é um preso *importante* e já conseguiu algumas regalias, como escolher em qual cela ficaria e quais serão os seus companheiros de cela. O *acesso à saúde prisional* seria uma dessas regalias?

Ele disse que o processo de limpeza das galerias ocorre uma vez por semana e é realizado por seis presos da própria galeria. Já na cela, *“são os moradores que cuidam”*. Tudo na cela é limpo, desde as camas às paredes. Lava um lado primeiro, espera secar e depois lava o outro lado. Contou que o presídio fornece papel higiênico *“de má qualidade”*, desodorante *“de má qualidade”*, sabonete de coco, sabonete e pasta de dente *“de má qualidade”*. O cortador de unhas e a máquina de cortar os cabelos ainda são coletivos, apenas o barbeador é individual.

Eu achei essa etapa da pesquisa primorosa. Os quatro são sujeitos que se encontram muitos anos encarcerados e têm as suas peculiaridades. Durante a entrevista, era tomada por uma curiosidade inigualável. Não era um momento cru, com perguntas vazias, procurando respostas prontas. As respostas eram preenchidas pelas suas vivências, pelas suas histórias de vida, sobre como a prisão faz parte deles, sobre os anos *enjaulados*.

E foi justamente essas histórias que me mostraram que mesmo enjaulado, engaiolado, encarcerado, aprisionado, há vida ali. Há movimentos que talvez quem esteja solto não compreenda tão bem. É difícil quando se pega fazendo contas e pensa *“peraê, o sujeito está preso faz s-e-i-s, d-o-z-e anos?”*. Acaba resumindo que *“a vida dele acabou, perdeu os*

melhores momentos". Há fluxos, mas há pesares. Há sonoras afirmações de vida, mas há brutalidade.

A droga, o psicotrópico, a cachaça ou cigarro entram e se misturam, fazem parte de uma história. A questão da legalidade ou da ilegalidade não é relevante aqui. A substância psicoativa tem um contexto, ocupa ou já ocupou uma centralidade importante para aqueles quatro sujeitos. Os motivos do uso são vários e intermináveis, *"uso porque quero, uso porque posso, uso porque me faz dormir, o que você quer eu diga?"*.

A pesquisa se iniciou com uma pergunta: *como são os usos do psicotrópico na Penitenciária de Segurança Máxima II?* Os dois anos de mestrado se passaram e esta pergunta se desmembrou, chegou a ir embora e a voltar. Quando era psicóloga da Unidade de Saúde Prisional, eu considerava interessante a forma como os sujeitos administravam os seus psicotrópicos ou mesmo as justificativas para o uso: *"para dormir, para ficar mais calmo, para trocar por uma carta, para trocar por um doce"*.

"Essa cadeia não tem nada para fazer, fico com muita energia", já disse um. *"Eu gosto da onda quando misturo com maconha"*, disse outro. E João, certa vez, me disse *"para poder apagar em dias de visitas"*. Ricardo *"para não passar mal"*, Jorge *"para pagar mais rápido a cadeia"* e Paulo foi para tirar *"a dor de ter perdido a mãe"*.

Alguns psicotrópicos chegam a ser *famosinhos*, há predileção por dois: Diazepam e Neozine®. O primeiro é um medicamento ansiolítico, relaxante muscular e anticonvulsivante; o segundo é um antipsicótico e sedativo. Jorge começou o uso em 2010 de Neozine® e do Clonazepam (Rivotril®). De início, não gostou de tomar o Neozine®, pois considera que o remédio faz baixar a sua pressão e ele fica com *vontade de dormir*, com uma única dose, *"três dias seguidos, quatro a cinco sem reagir. Eu fico seco"*, disse Jorge, ou seja, ele fica *"doidão, já que é remédio pra doido. Já o Rivotril® não, é um remédio gostosinho, tira a ressaca do Neozine®"*. O psicotrópico é bom, lhe faz bem, pois se dorme tranquilo, já que *"o sono acabou"*.

Jorge parou, por conta própria, de tomar o Neozine® todos os dias, mas o Rivotril®, segundo ele, *"eu preciso"*. Disse que ao sair da prisão, não vai precisar mais tomar o remédio, já que vai ter *"como gastar energia, ter coisa pra fazer"*. Completou dizendo que *"não suportaria*

pagar 12 anos de prisão sem o Rivotril®, com os esculachos” que sofreu. E no nosso último encontro, a sua última frase foi enigmática, *“o preso é igual leão de circo”*. *“Como assim?”*, perguntei. *“É... Leão de circo é leão domado, foi feito para ser livre, mas domaram”*. Em que medida o uso do psicotrópico não estaria funcionando ou fazendo funcionar este dispositivo de *domesticação*? Ao mesmo tempo, para Jorge, é o que possibilita estar vivo ali.

Já Ricardo faz uso dos psicotrópicos por uma condição médica, ele precisa tomar seus remédios para que não tenha crises epiléticas. Os seus remédios, segundo ele, são exclusivos para *“epilepsia e nervos e só tão aumentando a quantidade”*. Hoje em dia não se incomoda mais em tomá-los, mas não suporta os efeitos colaterais. Ao todo, são três remédios por dia, dois Hidantal® (anticonvulsivante) e um Fenobarbital (conhecido também como Gardenal®, que também é anticonvulsivante, hipnótico e sedativo). Ele falou que *“o Hidantal® é muito forte, dá ressaca. Dor de cabeça, dor na garganta, boca seca, tonteira e moleza no corpo”*. Considera os efeitos colaterais prejudiciais, *“mas esses remédios fazem parte da minha vida”*.

Os psicotrópicos, ou qualquer tipo de medicação, não ficam com o preso, inclusive Ricardo recebe os seus diariamente. Em tese, como procedimento na PSMA II, deve-se tomar o remédio assim que o recebe, mas acaba que cada um administra da sua forma. O preso pode tomá-lo na hora ou não, pode deixar escondido e tomar/vender depois. No caso de Ricardo, não foi prescrito para tomar os três remédios de uma só vez, então ele deixa guardado para cada hora certa do dia.

João é o único dos quatro que usou, esporadicamente, algum tipo de medicamento psicotrópico anterior ao cárcere. Dos que já tomou, tem um preferido, o Clonazepam. *“O Rivotril® me deixa mais calmo, mais tranquilo, me faz evitar a droga”*. Segundo contou, a sua receita prescreve 1 comprimido de Clonazepam de dia e 1 comprimido de Neozine® de noite. *“Prefiro o Clonazepam mesmo, é mais fraco, me deixa mais tranquilo. O Neozine® me faz dormir, me deixa baqueado por uns três dias, daí não tomo sempre”*.

Contudo, para João existe a vantagem de tomar o antipsicótico, *“o Neozine® me faz sonhar, só sonho com coisas boas. Ele tira a monotonia do presídio”*, já que o faz sonhar. Ele disse que depois de solto, possivelmente, só tomaria o Clonazepam. *“Ele me ajuda, eu sou*

ansioso, ele alivia isso". Já o Neozine® foi enfático, *"não tomaria, lá fora eu quero ficar acordado"*. No *"aqui dentro"* ele não abriria a mão do medicamento, *"não rola"*.

Por último, temos Paulo, o único que atualmente não toma mais nenhum medicamento. Ele iniciou o uso do psicotrópico 30 dias depois do falecimento da sua mãe. Quando a mãe morreu ele estava preso, mas conseguiu um alvará dias depois e foi quando se consultou com um psiquiatra. Tomava três comprimidos de Diazepam por dia. Começou a tomar porque diziam que estava mal humorado, apático, sem vontade de fazer nada. Logo depois, foi preso novamente e deu continuidade aos usos. Em sua última receita constava: um comprimido de Midazolam (também conhecido como Dormonid®, indutor de sono), um comprimido de Diazepam e um comprimido de Carbamazepina (anticonvulsivante, antinevrágico, antimanía, antipsicótico, antiepiléptico).

O único a que ele se recusou a tomar foi o Carbamazepina, assinando o termo de recusa. Ele disse que *"esse remédio embrulha meu estômago"*. E foi em meados de 2010 que resolveu parar de tomar todos os remédios, com acompanhamento da psicóloga da USP. Até hoje não toma e não quer tomar nenhum remédio. Os motivos de ter parado? *"Não me reconhecia mais, ficava apático, para os negócios era ruim"*. E completou, *"além de ter engordado muito"*, mostrando mais uma face da sua vaidade. Por outro lado, confessou que, no início, *"comprava Diazepam por cinco reais no presídio"*. Indagado por que logo este, respondeu *"porque é mais fácil"*. Só que não é este o seu preferido, gostava de tomar mesmo o Midazolam. Em compensação, para ocupar o *espaço deixado* pela ausência do medicamento, investiu na leitura de livros da Unidade. Faz exercício físico, aprendeu a meditar e lê bastante.

O processo de *romper* com o uso do medicamento, como fez Paulo, não é tão comum entre os presos. A Direção de Saúde Prisional do Espírito Santo, nos últimos anos, identificou um número alto de solicitação de psicotrópico. Inclusive, a maior despesa terapêutica é com as compras dos remédios. Compreendo que estamos inseridos dentro de uma lógica medicamentosa, mas o elevado número de psicotrópicos diz respeito apenas à cultura farmacológica? Não só.

O sistema penitenciário capixaba tem passado por um processo de mudança. Além do aumento da população carcerária, novas Unidades Prisionais foram construídas. As novas

Unidades Prisionais visam impedir a entrada de drogas ilícitas e, para tanto, diminui o contato entre visitantes e presos. O *parlatório*, como é chamado o local das visitas, separa os visitantes dos presos por um vidro. Com a desativação dos presídios mais antigos, a *terra de ninguém*, e a transferência dos presos para as novas Unidades, a *saúde prisional* encontrou um verdadeiro caos.

Os surtos psicóticos, devido à abstinência, aumentaram vertiginosamente. Logo, aumentou também o uso de psicotrópicos. Contudo, a falta de contato, a separação pelo vidro causou também um verdadeiro impacto. Foi uma mudança brusca. Muitos presos foram ao psiquiatra e mentiram dizendo que já faziam uso do psicotrópico, mas apenas decoraram o nome. O sujeito estava sem o uso da droga, sem contato físico com familiares e ainda em uma *cadeia* superlotada, porque o número de vagas é ainda insuficiente.

Por outro lado, há um movimento de medicação institucional. É, de certa forma, torna-se conveniente medicar e anestesiá-los os presos. De surtos psicóticos ao silêncio. O uso do psicotrópico acaba por contribuir com a própria manutenção da segurança dos presídios. Usando calmante, há menos tentativas de fugas. Só que este movimento é oscilante: ora há remédio para todos, ora falta generalizada por meses. E é quando ocorre a falta que o discurso de “*precisamos diminuir o uso do psicotrópico*” aparece entre a gestão. É uma preocupação a respeito dos movimentos medicalizantes? É uma questão financeira, por ser o tratamento mais custoso? É uma moralização do uso do psicotrópico?

Na Penitenciária de Segurança Máxima II, em 2010, os presos já haviam passado por sessões de tortura na inauguração, alguns já tinham perdido suas famílias, devido ao regime de segurança rigoroso e já estavam sem sono, como Jorge mesmo disse. Em um dia, em 24 horas, os presos ficam trancafiados por 22 horas, e tem apenas 02 horas de banho de sol. 22 horas no ócio, sendo que o trabalho, a escola e o acesso aos livros são para poucos. É quase diário o uso de gás de pimenta para conter preso ou algumas balas de borracha.

No início de 2010, não entravam drogas na PSMA II, o que fazia com que a solicitação de psicotrópicos fosse constante. Quando as drogas ilícitas conquistaram os espaços da Unidade Prisional, a frequência das solicitações diminuiu. E os profissionais sabiam dessa entrada. Um dia em que eu estava na Máxima II, realizando uma campanha de vacinação,

escutei um dizendo “*é, a maconha hoje tá rolando solta*”. Então, havia um conhecimento público da entrada de drogas ali.

Minha saída se deu com a época da entrada das drogas e consequente diminuição gradual das solicitações de psicotrópicos. Com o retorno da pesquisa, notei que as solicitações eram ainda menores, mas alguns insistiam. Não apenas como uma moeda de troca, mas para “*apagar, sentir menos tempo de tranca*”. E como devem demorar para sair, “*melhor dormir*”. Há, no entanto, uma administração desse uso, de quando e como usar o medicamento. Poderíamos ver aí investimentos de criação? A autonomia no uso do medicamento poderia apontar para possibilidades de vida ali dentro? Em um sistema que produz mortificações permanentes, o psicotrópico surgiu como forma de resistir. Quando a música, a família, o namoro ou os encontros não *dão* conta, o psicotrópico surge como uma possibilidade de expansão. Desconectar é uma forma de afirmar a vida, escapar dos envenenamentos.

A saúde prisional e o uso do psicotrópico na prisão encontram-se no entre, no entre da produção de mortificação e da criação de resistência. A primeira pode caminhar junto com ações reguladoras, mas pode promover possíveis encontros potentes. O segundo pode ser usado como um instrumento biorregulador, mas pode também ajudar na construção da possibilidade de não desistir, mas insistir. Estar no entre, é estar em um limiar, em um paradoxo. Entre produções de mortificações, devemos apostar nas produções de resistência e nos afastar das moralizações. É o preso, como protagonista do *entre* que administrará os tensionamentos desse meio.

4. REFERÊNCIAS

- 1 ACED. Reforma prisional em Portugal. **Observatório das Prisões**. 2004. Disponível em: <<http://iscte.pt/~apad/ACED/ficheiros/reforma.html>>. Acesso em: 16 nov. 2013.

- 2 ACED. Pedido de averiguações sobre causas de morte nas prisões portuguesas. **SOS Prisões: um outro mundo é possível**. 2006. Disponível em: <<http://iscte.pt/~apad/ACED/aced/oficios%2002/cronologia%20marcos.doc>>. Acesso em: 16 nov. 2013.

- 3 AGAMBEN, G. **Homo sacer: o poder soberano e a vida nua I**. Tradução de Henrique Burigo. 2. ed. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2010.

- 4 AGUIAR, K; ROCHA, M. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. **Psicologia: ciência e profissão**. Brasília, v.23, n.4, 2003.

- 5 AIRES, T. Doenças assombram a rotina do presídio. In: **Portal ORM**. 2009. Disponível em: <http://noticias.orm.com.br/noticia.asp?id=396065&|doen%C3%A7as+assombram+a+rotina+do+pres%C3%ADio#.UQwEVL_LSNc>. Acesso em 01 de fevereiro de 2013>. Acesso em: 01 fev. 2013.

- 6 ALTON prison. **Altonweb**. Disponível em: <<http://www.altonweb.com/history/civilwar/confed/>>. Acesso em 06 ago. 2013.

- 7 ARAGÃO, E. **A análise institucional na educação: uma intervenção numa escola de 1º grau**. 1992. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 1992.

- 8 ASSIS, R. A realidade atual do sistema penitenciário brasileiro. **DireitoNet**. 2007. Disponível em: <<http://www.direitonet.com.br/artigos/exibir/3481/A-realidade-atual-do-sistema-penitenciario-brasileiro>>. Acesso em: 06 dez. 2012.

- 9 ATUAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL. **Violações de direitos humanos no sistema prisional do Espírito Santo**. Espírito Santo, 2011. Disponível em: <http://global.org.br/wp-content/uploads/2011/06/SistemaPrisionalES_2011.pdf>. Acesso em: 08 dez. 2012.

- 10 BANDIDOS incendeiam dois ônibus em Vitória. Seção Cidades. **Jornal Estadão**. 28 fev. 2006. Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/arquivo/cidades/2006/not20060228p25535.htm>>. Acesso em: 07 de ago. 2013.

- 11 BARROS, R; PASSOS, E. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: ESCÓSSIA, L; KASTRUP, V; PASSOS, E. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulinas, 2009, p.17-32.

- 12 BARROS, R; PASSOS, E. **Clínica e biopolítica na experiência do contemporâneo**. Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <<http://server.slab.uff.br/textos/texto3.pdf>>. Acesso em: 06 ago. 2013.

- 13 BAUMAN, Z. **Globalização: as consequências humanas**. Tradução de Marcus Penchel. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1999.

- 14 BAUMAN, Z. **O mal-estar da pós-modernidade**. Tradução de Mauro Gama e Cláudia Gama. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998

- 15 BEAM, C. *What's the health care system like in prison?* **Slate**. 25 mar. 2009. Disponível em: <http://www.slate.com/articles/news_and_politics/explainer/2009/03/jailhouse_doc.html>. Acesso em: 13 nov. 2012.

- 16 BERTRAND, D; HARDING, T. *Preventing Human Rights Violations in Places of Detention: a European initiative*. **Harvard University**. v.1, n.3. 1995. Disponível em: <<http://www.jstor.org/discover/10.2307/4065136?uid=2&uid=4&sid=21102532308507>>. Acesso em: 15 nov. 2012.

- 17 BICALHO, P; ROSSOTI, T. Por uma outra psicologia no cárcere. In: BEIRAS, A; CRUZ, R; MARTINS, S. (Orgs.). **Reflexões e experiências em psicologia jurídica: no contexto criminal/penal**. São Paulo: Vetor Editora, 2012.

- 18 BICALHO, P. et al. A construção da psicopatia no contexto da cultura do medo. **Revista de Psicologia**, Rio de Janeiro, v.2 n.1, 2010. Disponível em: <

<http://seer.imed.edu.br/index.php/revistapsico/article/view/41/40>>. Acesso em 06 ago. 2013.

19 BIONDI, E; VIEIRA, L. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. **Relatório de Inspeção no estado do Espírito Santo**. Brasília, 2006. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/services/DocumentManagement/FileDownload.EZTSvc.asp?DocumentID=%7BDD27DD20-18E4-49D9-9225-8BC47A884FC0%7D&ServiceInstUID=%7B4AB01622-7C49-420B-9F76-15A4137F1CCD%7D>>. Acesso em: 07 dez. 2012.

20 BOCCO, F. A psicologia no Estado Penal: possibilidades e estratégias para subverter a judicilização. In: AYRES, C; COIMBRA, C; NASCIMENTO, M. **PIVETES**: encontros entre a psicologia e o judiciário. Curitiba: Juruá Editora, 2010, p.116-122.

21 BRASIL. **Código Criminal**. Rio de Janeiro, 1830. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LIM/LIM-16-12-1830.htm>. Acesso em: 07 ago. 2013.

22 BRASIL. **Código Penal**. Rio de Janeiro, 1890. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=66049>>. Acesso em: 07 ago. 2013.

23 BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em 06 de ago. 2013.

24 BRASIL. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. **Lei de execuções penais** Brasília, 1984. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm>. Acesso em 06 ago. 2013.

25 BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília, 1990. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em 06 de ago. 2013.

26 BRASIL. Ministério da Justiça. **Sistema Integrado de Informações Penitenciárias**. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br>>. Acesso em: 29 jul. 2013.

27 BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Produtos controlados**. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/controlados/conceito.htm#Psicotropico>>. Acesso em 06 de ago. 2013.

- 28 BRASIL. Ministério da Saúde. **Declaração de Helsinque**: Associação Médica Mundial. 2000. Disponível em:
<http://www.anis.org.br/Cd01/Comum/DocInternacionais/doc_int_03_declaracao_helsinque_port.pdf>. Acesso em 12 nov. 2012.
- 29 BRASIL. Ministério da Saúde. **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos**. 2005. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf>. Acesso em 12 nov. 2012.
- 30 BRASIL. Ministério da Saúde. **Experimentação humana**: código de Nuremberg. 1947. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/codigo_nuremberg.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2012.
- 31 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação da saúde no sistema penitenciário**. Brasília, 2010. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saude_sistema_penitenciario.pdf>. Acesso em 06 ago. 2013
- 32 BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**. Brasília, 2004. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_pnssp.pdf>. Acesso em 06 ago. 2013.
- 33 BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**: 3ª edição, textos básicos de saúde. 2010. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Revisao_PNSSP.pdf>. Acesso em: 03 jul. 2013.
- 34 BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 204, de 24 de janeiro de 2007**. Brasília, 2007. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria%20204.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2013.
- 35 BRIZ, T. (Coord.). Saúde nas prisões portuguesas. **Observatório Português dos Sistemas de Saúde**. [s.d.]. Disponível em:
<<http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/saude+nas+prisoas+portuguesas.pdf>>. Acesso em: 17 nov. 2013.
- 36 BEIRÃO, N. Memórias do cárcere. Carta Capital. Seção Sociedade. Disponível em:
<<http://www.cartacapital.com.br/revista/758/memorias-do-carcere-8744.html/view>>. Acesso em 06 ago. 2013.

- 37 CALIMAN, L. **Dominando corpos, conduzindo ações:** genealogias do biopoder em Foucault. 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.
- 38 CAPONI, S. Biopolítica e medicalização dos anormais. **Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2009a. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000200016>. Acesso em: 06 ago. 2013.
- 39 CAPONI, S. Saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, D; FREITAS, C. (Orgs.). **Promoção de Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009b, p.55-77.
- 40 CARDOSO, J. Prisões no Brasil são medievais e seria melhor morrer do que ficar preso por anos, diz ministro. In: **UOL**, 2012, São Paulo. Entrevistado. Disponível em:
<<http://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2012/11/13/prisoos-no-brasil-sao-medievais-afirma-ministro-da-justica.htm>>. Acesso em 01 fev. 2013.
- 41 CASTRO, E. **Vocabulário de Foucault:** um percurso pelos seus temas, conceitos e autores. Tradução Ingrid Xavier. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009.
- 42 CÉSPEDES, M. **Oficinas de leitura na prisão:** cartografando linhas de fuga para a prática da psicologia. 2011. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.
- 43 COIMBRA, C. **Direitos humanos e a criminalização da pobreza**. Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em:
<<http://server.slab.uff.br/textos/texto54.pdf>>. Acesso em: 06 ago. 2013.
- 44 COIMBRA, C; NASCIMENTO, M. **Ser jovem, ser pobre é ser perigoso?** Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em:
<<http://server.slab.uff.br/textos/texto23.pdf>>. Acesso em: 05 ago. 2013.
- 45 CONECTAS DIREITOS HUMANOS. Procedimento Administrativo. Pedido de Intervenção Federal no Estado do Espírito Santo. **Jornal Estadão**. São Paulo, 2009. Disponível em: <http://www.estadao.com.br/especiais/2009/11/crimesnobrasil_if_es.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2013.
- 46 DAMAS, F. Assistência e condições de saúde nas prisões de Santa Catarina, Brasil. **Revista Saúde Pública**, Santa Catarina, v.5, n.3, p.6-22, dez. 2012.

- 47 DELEUZE, G. **Crítica e Clínica**. Tradução Peter Pál Pelbart. 2. ed. São Paulo: Ed. 34, 2011. (Coleção Trans).
- 48 DELEUZE, G. **Foucault**. Tradução Claudia Sant'Anna Martins. São Paulo: Editora Brasiliense, 2005.
- 49 DELEUZE, G; GUATTARI, F. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**, vol. 1. Tradução de Aurélio Guerra Neto e Célia Costa. São Paulo: Ed. 34, 2009. (Coleção Trans).
- 50 DELEUZE, G; GUATTARI, F. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**, vol. 5. Tradução Peter Pál Pelbart. São Paulo: Ed. 34, 2008. (Coleção Trans).
- 51 DIUANA, V. Pesquisas revelam principais problemas de saúde nas prisões. In: CENTRO DE ESTUDOS DA ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA, 2010, Rio de Janeiro. Debatedora. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/22720>>. Acesso em: 06 dez. 2013.
- 52 DOMINGUEZ, B. Uma política para garantir o direito à saúde no sistema prisional. IN: **BRASIL**. Ministério da Saúde, 03 jul. 2013. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=1529&CO_NOTICIA=14507>. Acesso em: 03 jul. 2013.
- 53 DOSTOIÉVSKI, F. **The house of the dead or prison life in Siberia**. Canadá: Ernest Rhys Editor, [2011]. E-BOOK.
- 54 ESCÓSSIA, L; KASTRUP, V; PASSOS, E. Apresentação. In: _____. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2010, p.07-16.
- 55 ESPÍRITO SANTO. Secretaria Estadual de Justiça. **Manual de Psicólogo SEJUS**. Vitória [s.d.]. Disponível em: <http://www.sejus.es.gov.br/download/Manual_Psicologo_Sejus.pdf>. Acesso em: 06 ago. 2013.
- 56 ESPÍRITO SANTO. Secretaria Estadual de Justiça. **Unidade Central de Atenção Psicossocial dos Servidores Penitenciários**. Vitória [s.d.]. Disponível em: <<http://www.sejus.es.gov.br/default.asp>>. Acesso em: 07 ago. 2013.
- 57 ESPÍRITO SANTO. Secretarias Estadual de Justiça e de Saúde. **Plano Operativo Estadual de Atenção Integral à Saúde da População Prisional**. Vitória, 2004. Disponível em: <http://www.saude.es.gov.br/Download/plano_operativo_de_saude_prisional_Fev_2005.doc>. Acesso em: 07 ago. 2013.

- 58 FAHRI-NETO. **Biopolítica em Foucault**. Dissertação (Mestrado em Filosofia). Programa de Pós-Graduação em Filosofia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.
- 59 FÁVERO, J; MACIEL, E; MOREIRA, T. Tuberculose no sistema prisional capixaba. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, n. 12 (1), p.26-31, 2010.
- 60 FONSCECA, V. Brasil conhece sistema de saúde nas penitenciárias nos EUA. In: BRASIL. Ministério da Saúde, 05 jul. 2012. Entrevistado. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=40534>. Acesso em: 06 dez. 2012.
- 61 FOUCAULT, M. **A verdade e as formas jurídicas**. Tradução de Roberto Machado e Eduardo Moraes. 3. ed. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005a.
- 62 FOUCAULT, M. (Coord.). **Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão**. Tradução de Denise de Almeida. 8. ed. São Paulo: Edições Graal. 2007a.
- 63 FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**. Tradução de Maria Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 2005b.
- 64 FOUCAULT, M. **Estratégia, poder-saber**. Tradução de Vera Ribeiro. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010. (Coleção Ditos & Escritos).
- 65 FOUCAULT, M. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Tradução de Maria Thereza Albuquerque e J.A. Albuquerque. 18. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2007b.
- 66 FOUCAULT, M. Introdução a uma vida não fascista. In: COLETIVO SABOTAGEM. (Org.). **Michel Foucault: por uma vida não fascista**. 2004. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/337824/1/I-Introducao-a-vida-nao-fascista>>. Acesso em> 06 ago. 2013.
- 67 FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Tradução de Roberto Machado. 26. ed. Rio de Janeiro: Editora Graal, 2008.
- 68 FOUCAULT, M. **Os anormais**. Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2002.
- 69 FOUCAULT, M. **Segurança, território, população**. Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2009.
- 70 FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**. Tradução de Raquel Ramalhete. 31. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2006.
- 71 FRAZIER, M. *The Man Who Robbed a Bank for \$1 just so he Could go to Jail for Medical Attention only did What Scores of People Have Been Doing for Years*. 2011. **The**

Daily Beast. Disponível em: <<http://www.thedailybeast.com/articles/2011/06/23/need-healthcare-go-to-prison-behind-richard-james-verone-s-thinking.html>>. Acesso em: 13 nov. 2012.

72 GALVÊZ, G. Caos em presídios do ES é público desde 2006. **Revista Consultor Jurídico.** 2009. Disponível em: <<http://www.conjur.com.br/2009-jun-03/situacao-caos-presidios-es-existe-2006-mostram-dados>>. Acesso em: 11 dez. 2012.

73 GASPARI, E. As masmorras de Hartung aparecerão na ONU. **Jornal O Globo.** 2010. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/pais/noblat/posts/2010/03/07/as-masmorras-de-hartung-aparecerao-na-onu-272212.asp>>. Acesso em: 11 dez. 2012.

74 GOIS, S. et al. Para além das grades e punições: uma revisão sistemática sobre a saúde penitenciária. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.5, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000500017&script=sci_arttext>. Acesso em: 07 ago. 2013.

75 GOTTARDI, D; MACHADO, L; PINHEIRO, J. Subjetividade e processo de criação na escrita: um sopro de vida. In: IV COLÓQUIO INTERNACIONAL DE FILOSOFIA E EDUCAÇÃO, 2008, Rio de Janeiro. **IV Colóquio Franco-Brasileiro de Filosofia e Educação**: filosofia, experiência, aprendizagem. Rio de Janeiro: UERJ, 2008, v.1.

76 GRABIANOWKI, E. Como funcionam os presídios nos Estados Unidos. **HowStuffWorks**, 24 jan. 2007. Disponível em: <<http://pessoas.hsw.uol.com.br/presidios.htm>>. Acesso em: 06 ago. 2013.

77 HIJJAR, M. et al. Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil. *Revista de Saúde Pública.* São Paulo, v. 41, p.50-58, set. 2007.

78 INSTITUTO RUSSO. Literatura. **Sobre a Rússia**, Porto Alegre. Disponível em: <<http://institutoculturalrusso.com.br/literatura.html>>. Acesso em 14 jan. 2013.

79 JACKSON, N. Incarcerated: the history of the penitentiary from 1776-present. **Rich East High School.** 1997. Disponível em: <<http://www.richeast.org/htwm/jails/Jails.html>>. Acesso em: 13 nov. 2012.

- 80 KLEFF, M. 1971: revolta na penitenciária de Attica. **DW**. Disponível em: <<http://www.dw.de/1971-revolta-na-penitenci%C3%A1ria-de-attica/a-319342-1?maca=bra-uol-all-1387-xml-uol>>. Acesso em: 06 ago. 2013.
- 81 KOLKER, T. A atuação dos psicólogos no sistema penal. In: BRANDÃO, E; GONÇALVES, H. (Orgs.). **Psicologia Jurídica no Brasil**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2004, p.157-204.
- 82 KOLKER, T. (Org.). **Saúde e Direitos Humanos nas Prisões**. Rio de Janeiro: Secretaria de Direitos Humanos e Sistema Penitenciário, 2001. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/dados/manuais/dht/manual_rj_saude_dh_prisoas.pdf>. Acesso em: 06 ago. 2012
- 83 MACHADO, L. O rei está nu. In: BARROS, M. (Org.). **Psicologia: questões contemporâneas**. Vitória: EDUFES, 1999, p.145-161.
- 84 MENANDRO, P; TAVARES, G. Modos de vida de internos do sistema penitenciário capixaba. **Revista Psicologia e Sociedade**. v.20, n.03, p.340-349, 2008.
- 85 MOTTA. **Crítica da razão punitiva**: nascimento da prisão no Brasil. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.
- 86 MOTTA, M. Apresentação. In: FOUCAULT, M. **Estratégia, poder-saber**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010 (Coleção Ditos & Escritos).
- 87 O prisioneiro da grade de ferro (auto-retratos). Direção: Paulo Sacramento. Casa de Detenção de São Paulo, 2003, 123 min.
- 88 OEDT. Prisões: um desafio para a saúde pública. **Relatório anual 2004**: a evolução do fenômeno da droga na União Europeia e na Noruega. 2004. Disponível em: <<http://ar2004.emcdda.europa.eu/pt/page095-pt.html>>. Acesso em 15 nov. 2012.
- 89 OFICINA DE NOTÍCIAS. **Caso de tortura em presídio de Vila Velha ganha repercussão nacional**, Vitória, 2013. Disponível em: <http://oficinadenoticias.com.br/destaques/denuncia-de-tortura-em-presido-de-vila-velha-ganha-repercussao-nacional/>>. Acesso em 23 jul. 2013.
- 90 OLIVEIRA, F. **Os modelos penitenciários do século XIX**. Universidade Federal de Juiz de Fora. Mariana, 2007. Disponível em: < <http://www.ufjf.br/virtu/files/2010/05/artigo-6-a-1.pdf>>. Acesso em: 07 ago. 2013.
- 91 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Health in Prisons, a WHO Guide to the Essentials in Prisons Health. Helth in Prisons Project*. 2007. Disponível em:

<http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/99018/E90174.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2012.

92 PASSETTI, G. Ilha Grande, ilha-cárcere. **Klepsidra – Revista Virtual de História**. [s.d]. Disponível em: <<http://www.klepsidra.net/klepsidra17/ilhagrande.htm>>. Acesso em: 07 ago. 2013.

93 PEDROSO, R. Abaixo os direitos humanos! A história do massacre de cento e onze presos na Casa de Detenção de São Paulo. Instituto Brasileiro de Ciências Criminais. **Revista Liberdades**. São Paulo, n. 09, 2012. Disponível em: <http://www.ibccrim.org.br/novo/revista_liberdades_artigo/119-HISTORIA>. Acesso em: 29 nov. 2012.

94 PELBART, P. **Vida capital**: ensaios de biopolítica. São Paulo: Editora Iluminuras, 2003.

95 RAMOS, G. **Memórias do cárcere**. 45. ed. Rio de Janeiro: Record, 2011.

96 RAUTER, C. **Criminologia e subjetividade no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, 2003. (Coleção Pensamento Criminológico).

97 RIBEIRO JUNIOR, H. **Encarceramento em massa e criminalização da pobreza no Espírito Santo**: as políticas penitenciárias e de segurança pública do governo de Paulo Hartung (2003-2010). Vitória: Causa, 2012.

98 ROLNIK, S. **Cartografia sentimental**. Porto Alegre: Editora Sulina; Editora da UFRGS, 2007. (Coleção Cartografias).

99 ROQUE, T. Resistir a que? Ou melhor, resistir o que? **Revista Lugar Comum**, Rio de Janeiro, v.17, p.23-32, 2002. Disponível em: <http://uninomade.net/wp-content/files_mf/113003120949Lugar%20Comum%2017_compelto.pdf>. Acesso em: 06 ago. 2013

100 SANTOS, M. **Os porões da República**: a barbárie nas prisões da Ilha Grande, 1894-1945. Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2006.

101 SANTOS, R. **Genealogia da governamentalidade em Michel Foucault**. 2010. 242f. Dissertação (Mestrado em Filosofia) – Curso de Pós-Graduação em Filosofia (Mestrado e Doutorado), Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

102 SECHARIA, S. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. **Relatório de Visita ao Espírito Santo**. Brasília, 2006. Disponível em:

<<http://portal.mj.gov.br/services/DocumentManagement/FileDownload.EZTSvc.asp?DocumentID=%7B9846E847-3594-4E9D-BF9D-251E59771475%7D&ServiceInstUID=%7B4AB01622-7C49-420B-9F76-15A4137F1CCD%7D>>. Acesso em: 07 dez. 2012.

103 SCHECARIA, S. Prefácio. In: RIBEIRO JUNIOR, H. **Encarceramento em massa e criminalização da pobreza no Espírito Santo**: as políticas penitenciárias e de segurança pública do governo de Paulo Hartung (2003-2010). Vitória: Causa, 2012.

104 SENNET, R. **O declínio do homem público**: as tiranias da intimidade. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

105 SEXTON, K. *Healthcare in American's Prison*. **Loyola University Chicago**. 2010. Disponível em: <<http://onlinemj.luc.edu/documents/SEXTON.pdf>>. Acesso em 12 dez. 2012.

106 SOUZA, P. **A prisão**: histórias dos homens que vivem no maior presídio do mundo. São Paulo: Editora Alfa-Ômega, 197?.

107 VALENTE, E. O prisioneiro da grade de ferro (auto-retratos). **CONTRACAMPO: Revista de Cinema**, 2003. Disponível em: <<http://www.contracampo.com.br/58/prisioneirocineclube.htm>>. Acesso em 09 mai. 2013.

108 VARELLA, D. **Estação Carandiru**. 2. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

109 WACHSMANN, N. *Oxford history of the prison: the practice of punishment in western society*. **Reviews in History**. 2009. Disponível em: <<http://www.history.ac.uk/reviews/review/14>>. Acesso em: 13 nov. 2013.

110 WACQUANT, L. **As prisões da miséria**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.

111 WIKIPEDIA. **Ponte** (música). Disponível em: <[http://pt.wikipedia.org/wiki/Ponte_\(m%C3%BAsica\)](http://pt.wikipedia.org/wiki/Ponte_(m%C3%BAsica))>. Acesso em 07 ago. 2013.

112 WILPER et al. *The Health and Health Care of US Prisoners: a Nationwide Survey*. **American Journal of Public Health**. v.99, n.4, 2009. Disponível em: <http://www.pnhp.org/prisoners/Wilper_Prison.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2013.

113 ZIELBAUER, P. *As Health Care in Jails Goes Private, 10 Days Can be a Death Sentence*. **The New York Times**. 27 fev. 2005. Disponível em:
 <http://www.nytimes.com/2005/02/27/nyregion/27jail.html?pagewanted=print&position=&_r=1&>. Acesso em: 13 nov. 2012.

4.1. LISTA DE MÚSICAS

- 1 AC/DC – **Back In Black** (1980)
- 2 AC/DC – **Highway to Hell** (1979)
- 3 AC/DC – **Jailbreak** (1977)
- 4 Alice Cooper – **Can't Sleep Clowns Will Eat Me** (2001)
- 5 Black Sabbath – **Iron Man** (1971)
- 6 Bob Dylan – **Hurricane** (1975)
- 7 Deep Purple – **Perfect Strangers** (1984)
- 8 Elvis Presley – **Jailhouse Rock** (1957)
- 9 Eric Clapton – **Layla** (1970)
- 10 INXS – **New Sensation** (1987)
- 11 Iron Maiden – **The Prisoner** (1982)
- 12 Johnny Cash – **Folsom Prison Blues** (1955)
- 13 Lynyrd Skynyrd – **Free Bird** (1973)
- 14 Oasis – **Little by Little**
- 15 Queen – **Under Pressure** (1981)
- 16 The Animals – **House of the Rising Sun** (1964)
- 17 The Beatles – **Blackbird** (1968)
- 18 The Beatles – **Helter Skelter** (1968)
- 19 The Beatles – **With a Little Help From my Friends** (1967)
- 20 The Offspring – **Gotta Getta Away** (1994)
- 21 Twisted Sister – **I Wanna Rock** (1984)

APÊNDICE – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARA PARTICIPAÇÃO EM PROJETO DE PESQUISA**

A pesquisa não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras, tendo duração de 06 meses. A sua participação é voluntária, podendo recusar-se a participar e retirar o seu consentimento.

Concordo com a participação no projeto de pesquisa abaixo discriminado nos seguintes termos:

Projeto: "O Uso de Psicotrópicos por Sujeitos Privados de Liberdade"

Responsável: Mariana Moulin Brunow Freitas

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Luciana Vieira Caliman

Objetivo da Pesquisa: a presente pesquisa tem como objetivo investigar como os medicamentos estão sendo utilizados por pessoas privadas de liberdade que se encontram em um regime de segurança máxima.

Descrição dos Procedimentos a que o Sujeito será Submetido: esta pesquisa possui uma direção clínico-política direcionada para o método da pesquisa intervenção. Para a sua realização, o sujeito irá ser entrevistado, individualmente, com a pesquisadora que garantirá que os dados coletados serão tratados de forma anônima e confidencial. Os encontros ocorrerão com propostas temáticas que visem analisar o uso do medicamento psicotrópico por sujeitos privados de liberdade da Penitenciária de Segurança Máxima II.

Benefícios Esperados: o benefício quanto a sua participação será em aumentar o conhecimento científico sobre o sistema penitenciário, bem como sobre a saúde no sistema prisional.

Identificação do sujeito:

Nome: _____

Data de Nascimento: _____

R.G. n.º: _____

(☐) Sujeito Privado de Liberdade

(☐) Profissional da Área da Saúde

Unidade Prisional: Penitenciária de Segurança Máxima II (PSMA II)

Estando assim de acordo, assinam o presente Termo de Compromisso em duas vias.

Viana, ____ de _____ de 2012.

Representante Legal

Representante do Projeto