

As ações de DST/HIV/Aids no Sistema Penitenciário do Distrito Federal: os desafios da atuação profissional do assistente social frente aos ditames da Segurança Pública / *The Actions against STD/HIV/Aids within the Prison System in Distrito Federal: the challenges of the professional acting of the social worker in relation to Public Safety Order*

PAULA JULIANA FOLTRAN*
LUDMILA WEIZMANN SUAID LEVYSKI**
CAMILA DOS SANTOS FREITAS***

Resumo: Este artigo trata dos desafios da inserção do assistente social na equipe multiprofissional de saúde no Sistema Penitenciário do Distrito Federal, respaldada pela Portaria Interministerial nº 1.777/2003, que instituiu o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Trata da experiência de assistentes sociais no campo da prevenção e assistência às DST/HIV/aids e da reflexão sobre os desafios encontrados para a concretização do direito à saúde tendo em vista que a formação profissional e o compromisso ético-político do assistente social choca diretamente com o projeto societário da área de Segurança Pública, guiado por valores de repressão e punição.

* Assistente Social. Mestre em Política Social pela Universidade de Brasília (2007) e doutoranda em Sociologia na mesma Universidade. Coordenadora do Programa de Prevenção e Atendimento a Vítimas de Violências e Acidentes (PAV) da Regional de Saúde do Gama (DF) e professora da Faculdade Ceacista de Brasília (FACEB). E-mail: p.foltran@gmail.com

** Assistente Social. Especialista em Avaliação de Programas de Controle de Processos Endêmicos, pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca / Fundação Oswaldo Cruz. Mestranda em Política Social pela Universidade de Brasília. Analista Judiciária - Serviço Social do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios (TJDFT). E-mail: ludsuaid@yahoo.com.br

*** Assistente Social. Especialista em Administração e Planejamento de Projetos Sociais, pela Universidade Gama Filho. Especialista em Saúde - Assistente Social da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, membro da equipe de saúde do Centro de Internamento e Reeducação do Sistema Penitenciário do DF. E-mail: sanf_camila@yahoo.com.br

Palavras-chave: Serviço Social; sistema penitenciário; direito à saúde; segurança pública.

Abstract: This essay deals with the integration challenges of social workers in the multidisciplinary staff of health in the prison system of Distrito Federal. The integration is backed by the National Plan of Health in the Penitentiary System. It deals with both the social workers experience in the field of prevention and care of STDs, HIV and aids, and a reflection on the challenges to guarantee the right to health of prisoners. This reflection considers vocational training and ethical and political commitment of the social worker, and that this commitment collides directly with the social and political project of the Public Security area, guided by values of repression and punishment.

Keywords: Social Work, penitentiary system, right to health, public security.

Introdução

A população carcerária está entre as mais vulneráveis às doenças sexualmente transmissíveis (DST), ao vírus da imunodeficiência humana (HIV) e à aids, bem como a outras enfermidades. Reconhecendo tal vulnerabilidade, os Ministérios da Saúde e da Justiça editaram a Portaria Interministerial nº 1.777/2003, que instituiu o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, ante a necessidade de se definir e implantar "ações e serviços, consoantes com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), que viabilizem uma atenção integral à saúde da população compreendida pelo Sistema Penitenciário Nacional" (Brasil, 2003).

No Distrito Federal (DF) existem seis unidades prisionais masculinas e uma feminina, sendo que em todas há uma equipe de saúde. Tendo em vista que os Núcleos de Saúde das unidades prisionais equivaleriam às Unidades de Atenção Básica à Saúde, o

papel de suas equipes é efetivar os programas e ações desse nível de atenção. A prevenção de agravos e a promoção de saúde devem ser os objetivos primordiais.

A Portaria estabelece que deve haver uma equipe mínima para unidades que atendam entre 500 e 1.000 internos. Tais equipes são formadas, no DF, por profissionais da Secretaria de Saúde por meio do convênio que há entre essa secretaria e a de Segurança Pública. Atualmente, nenhuma das equipes é completa, nem corresponde à equivalência mínima equipes/número de internos. Inclusive, não há uma assistente social em cada unidade prisional.

Este texto trata da atuação das assistentes sociais do Centro de Internamento e Reeducação (CIR), da Penitenciária Feminina do Distrito Federal (PFDF) e da Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP) no campo da prevenção e assistência às DST/HIV/aids e dos desafios por elas encontrados para a concretização do direito à saúde tendo em vista que a formação profissional e o compromisso ético-político do assistente social choca-se diretamente com o projeto societário da área de Segurança Pública, guiado por valores de repressão e punição.

A epidemia de aids no contexto carcerário

A epidemia de aids é um dos mais graves problemas de saúde pública no Brasil e no mundo. Diferentemente das primeiras previsões de que seria uma infecção restrita, segundo dados recentes do Ministério da Saúde, a epidemia já atingiu 474.273 pessoas, entre 1980 e 2007, sendo este número relativo apenas aos casos notificados de pessoas que acessaram os serviços de saúde. Estima-se que mais de 600 mil pessoas estejam infectadas pelo vírus HIV, mas ainda não sabem de sua sorologia ou não acessaram o serviço de saúde. Do total de casos, foram notificados

192.709 óbitos até 2006. Ressalta-se que, para o conjunto de casos, a transmissão heterossexual é a principal modalidade de exposição desde 1993 (Brasil, 2007).

A epidemia de aids atinge mais homens (67,2%), porém, um dado que, há alguns anos, vem tomando visibilidade é o crescimento acelerado da infecção entre as mulheres no Brasil. Observa-se que a razão de casos por sexo (homem: mulher) vem diminuindo ao longo dos anos, passando de 15 homens para cada uma mulher (15,1:1), em 1986, para 15 homens para cada 10 mulheres (1,5:1), em 2005 (Brasil, 2007). O fato é que essa expansão ocorreu sem que as mulheres tivessem ganhado visibilidade imediata e objetiva nas ações de saúde, tanto na área de prevenção, quanto de tratamento.

Para Gonçalves (2002), a feminização da epidemia tem se sedimentado em três fatores básicos: houve um significativo avanço do HIV/aids entre as classes pobres e as mulheres dessas classes, na maioria das vezes, vivem em condições precárias e sem acesso ao mercado de trabalho devido à sua baixa escolarização; existe desinformação e/ou falta de credibilidade sobre a possibilidade de que seu parceiro fixo possa transmitir-lhes a doença, já que elas crêem que sua relação seja monogâmica; e a constatação da difícil negociação com o companheiro, no que se refere à utilização do preservativo, e que está centrada nas assimetrias de gênero.

Com relação à discussão acadêmica e profissional sobre a doença, a inclusão do conceito de vulnerabilidade ao HIV/ aids na definição de políticas públicas expressa um novo olhar sobre a epidemia e a produção e difusão de um novo campo de conhecimento que exclui o conceito de "grupo de risco" — conceito esse que levou à estigmatização dos primeiros grupos onde foi detectada a doença -, e supera o conceito de comportamento de risco, que culpabiliza o indivíduo.

Para Ayres *et al*, (1999), "o conceito de vulnerabilidade é baseado nos diferentes graus e natureza da suscetibilidade de indivíduos e coletividade à infecção, adoecimento ou morte pelo HIV, segundo a particularidade de sua situação e quanto ao conjunto integrado dos aspectos sociais, programáticos e individuais que os põem em relação ao problema e com recursos para seu enfrentamento".

Tendo como base de análise os parâmetros estabelecidos pelo Programa Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde, é possível, como se verá adiante, identificar a população carcerária como uma das mais vulneráveis à epidemia da aids e outras DST.

Com relação à prevenção da transmissão sexual do HIV, a Política Nacional de aids para conter o avanço da epidemia no Brasil preconiza o uso do preservativo como a forma mais eficiente de prevenção de DST e aids, pois o uso correto e sistemático de preservativos em todas as relações sexuais apresenta uma efetividade estimada de 95%. Neste contexto, é indispensável o acesso constante ao preservativo para os internos do Sistema Prisional.

Sobre o uso de drogas injetáveis, ressalta-se que aproximadamente 25% dos casos de aids no Brasil estão relacionados direta ou indiretamente com o compartilhamento de seringas entre os usuários de drogas injetáveis (UDI). O Programa de Redução de Danos, que inclui a troca e o fornecimento de material de prevenção para usuários de drogas injetáveis, é uma política de saúde pública no Brasil respaldada pela Portaria nº 1.028/2005, do Ministério da Saúde, para implantar e manter um atendimento específico para os usuários de drogas. A distribuição de material preventivo aos usuários de drogas injetáveis visa à proteção da saúde orientada no respeito à liberdade de escolha, pois os estudos e a experiência dos serviços demonstram que

muitos usuários, por vezes, não conseguem ou não querem deixar de usar drogas e, mesmo esses, precisam ter o risco de infecção pelo HIV e hepatite minimizado (Brasil, 2002). Infelizmente, esses programas estão implantados em apenas poucos estabelecimentos prisionais brasileiros, sendo que nenhum desses fica no Distrito Federal.

Com relação à transmissão vertical do vírus (da mãe para o feto), toda mulher grávida deve fazer o teste anti-HIV, pois em caso de o resultado ser positivo ou reagente, ela poderá receber um tratamento adequado e evitar a transmissão do vírus. Estudos publicados na literatura médica demonstram a redução da transmissão para níveis entre 0 e 2% por meio de intervenções preventivas, como o uso de anti-retrovirais combinados pela gestante, o parto por cirurgia cesariana eletiva, o uso de quimioprofilaxia com AZT na parturiente e na criança, bem como a substituição do leite materno (Brasil, 2006). Neste contexto, demonstra-se ser indispensável o acesso das mulheres privadas de liberdade a um tratamento adequado para que a prevenção da transmissão vertical seja efetiva.

O diagnóstico da infecção pelo HIV é feito por meio de testes realizados a partir da coleta de uma amostra de sangue. Esses testes podem ser realizados em unidades básicas de saúde, em Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), de forma anônima e gratuita, e em laboratórios particulares. Nos serviços públicos de saúde, além da testagem, há ainda um processo de aconselhamento, antes e depois do teste, a fim de facilitar a correta interpretação do resultado pelo paciente, para que ele possa compreender as consequências de um resultado positivo ou negativo para a sua saúde, ser encaminhado para outros serviços e receber insumos de prevenção. No contexto prisional, o aconselhamento pré e pós-teste é indispensável para que se possa controlar a cadeia de transmissão do HIV e das outras DST, como as hepatites.

O tratamento da aids é feito com medicamentos anti-retrovirais, drogas que inibem a reprodução do HIV no sangue. Também faz parte do tratamento, o monitoramento da carga viral feito por meio dos testes realizados regularmente de acordo com o pedido da equipe médica. As doenças oportunistas são, em sua maioria, tratáveis, mas há necessidade de uso contínuo de medicações para o controle dessas manifestações. Há uma parceria entre os estabelecimentos prisionais e o Programa de Aids do DF, com a disponibilização de anti-retrovirais e medicamentos para infecções oportunistas e outras DST.

No caso das pessoas com privação de liberdade, elas estão especialmente suscetíveis às DST/HIV/aids pelo próprio contexto carcerário que reúne diversas situações de vulnerabilidade. A dificuldade de acesso às informações acerca das DST representa uma dessas vulnerabilidades, pois o desconhecimento sobre os sintomas e sinais, e mesmo os modos de infecção dessas doenças, configuram-se uma limitação para que os internos procurem o serviço. Contudo, quando buscam atendimento junto à equipe de saúde, não há tratamento imediato, pois ele depende da disponibilidade de escolta policial, bem como de critérios subjetivos de acesso, como se verá adiante.

Quanto ao exercício da sexualidade, tanto a falta de adesão ao uso de preservativo no "parlatório,"¹ como a não disponibilização deste insumo para as relações homossexuais que ocorrem nas celas expõem essa população às DST. Inclusive, a não adesão aos insumos de prevenção decorre da falta de informação e da dificuldade da equipe em discutir essa temática de saúde com os próprios internos e seus companheiros. Também agravam a vulnerabilidade da população carcerária os casos de violência sexual que ocorrem entre os internos. Tais violências são justificadas pelos agressores com base no crime praticado pela pessoa agredida, ou por sua idade e aparência.

¹ Na linguagem carcerária, parlatório refere-se à cela adaptada para visitas íntimas.

No caso específico das mulheres, a vulnerabilidade feminina com relação à aids se caracteriza do ponto de vista biológico (a superfície da mucosa vaginal exposta ao sêmen é relativamente extensa e este tem uma concentração do vírus significativamente maior), do ponto de vista social (relacionada aos aspectos sociais, políticos e culturais, como o machismo e a pobreza) e também está relacionada ao acesso e à qualidade dos diversos tipos de serviços prestados na sociedade, como educação, saúde, habitação, programas de inserção no mercado de trabalho, assistência social e lazer, sendo esta denominada como vulnerabilidade programática.

Na maioria das vezes, as mulheres nem chegam às unidades de saúde por não se sentirem em situação de vulnerabilidade às DST/aids. No caso das internas da PFDF, não há demanda por orientação em prevenção das DST. Comumente, o que ocorre é a busca por soluções de problemas já instalados. A teoria de gênero explica tal fenômeno como resultante dos processos diferenciados de socialização por que passam meninas e meninos. Quando crianças, as mulheres são proibidas de tecer quaisquer comentários e atitudes relacionadas à sua sexualidade, além de lhes ser censurado o conhecimento de seu próprio corpo. Aceita-se que sentir dor sem reclamar e sem entendê-la é parte do "ser mulher". Assim, quando adulta, conviverá com moléstias sexuais como se fossem algo "natural de sua feminilidade".

Por fim, o compartilhamento de materiais no uso de drogas (seringas, agulhas e canudos) e desenho de tatuagens são fatores importantíssimos para a disseminação do vírus HIV e hepatite nos presídios. Não há acesso a *kits* individuais para o uso de drogas, pois ainda existe a dificuldade em se assumir que dentro das penitenciárias entram substâncias psicoativas ilícitas.

Intervenção profissional na saúde prisional

Com relação às unidades prisionais citadas neste estudo, faz-se necessária uma breve descrição de cada realidade. O Centro de Internamento e Reeducação (CIR) tem 1.320 internos cumprindo pena em regime semi-aberto. Destes, 297 têm classificação para trabalhar em oficinas nas áreas de marcenaria, funilaria, padaria e fábrica de bolas pela Fundação Nacional de Amparo ao Preso (Funap). Além disso, os internos têm a possibilidade de concluir os níveis de ensino fundamental e médio na unidade prisional. Essas atividades representam espaços de interesse dos profissionais de saúde para o estabelecimento de parceiras que possibilitem maior alcance e efetividade das ações de saúde.

A Penitenciária Feminina do Distrito Federal (PFDF) conta hoje com cerca de 430 internas, entre provisórias, sentenciadas de regime fechado e de regime semi-aberto. Assim como no CIR, há possibilidade de estudo e trabalho: há uma fábrica de reciclagem de plásticos, além de oficinas de costura e um pequeno salão de beleza por elas mantido. Dentro da PFDF funciona, num bloco à parte, a Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP), cuja peculiaridade é atender apenas homens com transtornos mentais ou de personalidade que têm Medida de Segurança, e o objetivo é o tratamento de tais transtornos com vistas à futura desinternação e reinserção social e familiar. Atualmente, são 84 internos e a equipe de saúde responsável por seu atendimento é a mesma da PFDF.

As ações das assistentes sociais das equipes de saúde, no campo da prevenção das DST/HIV/aids, foram planejadas para serem realizadas, também, com os visitantes dos internos. No CIR, nos dias de visita, faz-se uma abordagem individual, com orientação sobre os serviços disponíveis e informações sobre as DST são oferecidas. Há um estímulo para que os familiares multipliquem as informações relacionadas com a prevenção, tais como o não compartilhamento de seringas e materiais perfuro-

cortantes. Orientam-se os visitantes a repassarem a informação de que o Centro conta com uma equipe de saúde disponível para atendimento em caso de quaisquer queixas.

Na PFDF não é feita uma abordagem individual com os visitantes, contudo, uma visita mensal foi reservada para o aconselhamento "pré-parlatório". Como explicitado anteriormente, uma das situações de vulnerabilidade das internas se materializa na não adesão de seus parceiros ao uso de camisinha nas visitas íntimas. A estratégia pensada é justamente oferecer na ante-sala do parlatório, onde os visitantes cadastrados para o encontro íntimo se reúnem na espera pela desocupação de um dos três quartos, as informações sobre DST/HIV/aids, tais como formas de contágio, danos à saúde, sintomas, tratamento e prevenção.

Quanto ao diagnóstico, existe uma parceria entre as unidades prisionais e o Laboratório Central da Secretaria de Saúde (Lacen), que disponibiliza todo o material necessário à coleta de sangue e realiza a testagem.

Na ATP foram oferecidos os testes anti-HIV, anti-VDRL e anti-VHC/VHB² e, antes da coleta das amostras de sangue, a assistente social procede às Oficinas de Aconselhamento Coletivo Pré-Teste. A adesão ao teste foi de quase 100%. Os resultados foram entregues individualmente em sessão de Aconselhamento Pós-Teste. O mesmo não pôde ser feito com as mulheres internas na PFDF. A falta de escolta e a sobrecarga da equipe de saúde que necessita responder às demandas da ATP inviabilizaram o programa.

O fato de, numa Penitenciária Feminina, a prioridade de atendimento pela equipe de saúde seja dos apenas 84 homens da Ala de Tratamento Psiquiátrico é bastante significativo. É possível relacionar tal constatação com a vulnerabilidade feminina

² Esses são os testes, respectivamente, de aids, Sífilis, Hepatite C e 13.

à epidemia da aids. Com as mulheres somente foi possível a formação de um Grupo de Convivência de Mulheres que Vivem com HIV, proporcionando às 7 internas soropositivas um espaço de escuta, de apoio psicossocial e aprendizagem, no qual foram debatidos temas tais como: gênero, vulnerabilidade, formas de contágio, tratamento, prevenção, preconceito, protagonismo, violência e uso de drogas. O maior impacto percebido foi a adesão ao tratamento e uma mudança de postura diante da doença e no convívio com outras internas.

Neste campo da assistência, a estratégia usada no CIR foi a abordagem individual. O estímulo à adesão ao tratamento foi feito a partir de orientações individuais abarcando temas relacionados com o uso da medicação, formas de atuação do vírus no organismo, sexualidade, uso de drogas, gênero, relações familiares e protagonismo. Além disso, tem sido feito o encaminhamento dos internos para o recebimento do Benefício de Prestação Continuada do Instituto Nacional de Seguridade Social.

Vale ressaltar que os atendimentos rotineiros nas Unidades de Saúde do sistema prisional têm demandado níveis de complexidade que exigem dos profissionais constante formação especializada para atender, entre outros, agravos psicossociais decorrentes do confinamento, dependência química e transtornos mentais. O que representa um contrassenso, tendo em vista que a Portaria nº 1.777 equipara as equipes de saúde do sistema penitenciário às unidades básicas de saúde, porém, elas não dispõem de condições para uma intervenção de média complexidade, muito embora isso seja constantemente cobrado. Tudo isso, como visto, está intimamente relacionado com a vulnerabilidade vivenciada pelos internos.

Para o atendimento dos usuários, faz-se necessária a escolta policial, que tem sido um entrave no desenvolvimento e conclusão das ações de saúde. Nesse contexto, evidencia-se o conflito constante ao qual estão submetidos os profissionais que

têm por objetivo garantir a segurança no ambiente prisional e os que devem promover a garantia do direito à saúde. É preciso salientar, ainda, que as ações de saúde no contexto prisional são voltadas especificamente para o campo curativo, sendo, portanto, privilegiados os atendimentos dos médicos e dos dentistas. Não há o entendimento de que as ações de promoção e prevenção também devem ser ofertadas para as pessoas privadas de liberdade. Dessa forma, a implementação das ações previstas nos programas de saúde submetem-se à disponibilidade de profissionais e ao interesse da Segurança Pública, necessitando de estratégias operacionais para a sua efetivação.

Os desafios da atuação profissional frente aos ditames da Segurança Pública

Muito embora questões como cidadania, autonomia, emancipação, direitos e empoderamento dos usuários estejam bastante claras dentro do projeto ético-político que guia o programa de DST/HIV/aids dentro das unidades prisionais do DF, sua concretização prática encontra barreiras de diversas ordens. Há que se atentar para o fato de, no DF, a Segurança Pública, em especial a Polícia Civil, responsabilizar-se pelo Sistema Prisional, enquanto em outros Estados brasileiros, como São Paulo, há uma carreira própria: os Agentes e Técnicos Penitenciários (que no DF são ligados à Polícia Civil).

Por definição legal, a Polícia Civil é responsável pela repressão ao crime e pela apuração pós-delitual. Já a Polícia Militar é preventiva e a sua presença nas ruas tem o intuito de inibir que o crime aconteça. Os Bombeiros Militares não se relacionam diretamente com o crime e sua função é, basicamente, prestar socorro à população. São essas três categorias de policiais que atuam nas unidades penitenciárias do DF, após o crime ter acontecido e já ter sido apurado (com exceção dos provisórios).

Isto é, a função repressiva não tem espaço (ou não deveria ter) dentro de penitenciárias, tampouco dentro de unidades de tratamento psiquiátrico ou centros de reeducação.

Se partirmos de uma teoria da pena da escola liberal clássica do século XVIII, a penitenciária seria o lugar do poder repressor, pois esta escola considera a pena uma forma de defesa social, ou seja, um contraestímulo ao crime com o objetivo de manter a coesão social e se conservar a espécie humana (Baratta, 2002), pouco importariam as condições objetivas, ou mesmo subjetivas, em que se dá o cumprimento da pena. Assim, a ideologia repressiva estaria de acordo com a finalidade da pena: punir o indivíduo que cometeu o crime e, conseqüentemente, reprimir o impulso criminoso da sociedade. Entretanto, autores do referido século, como Giandomenico Romagnosi, afirmam que "o maior esforço da sociedade deve ser colocado na prevenção do delito, através do melhoramento e desenvolvimento das condições de vida social" (Baratta, 2002, p. 35).

A ciência moderna do direito penal avança e, pela primeira vez, define o crime como ente jurídico e não mais como um ente de fato (Baratta, 2002). Isto é, o delito pressupõe a violação de um direito, o que redefine, em parte, a questão da penalidade. Embora a defesa social continue sendo a base forte, a consideração objetiva do delito passa a predominar sobre a consideração subjetiva do réu, o que favorece uma aplicação mais justa da pena. No entanto, a repressão segue prevalecente.

A ideologia da defesa social, ainda segundo Barrata (2002), desenvolve-se em paralelo com a Revolução Burguesa. Tal ideologia ergue-se sobre uma série de princípios, quais sejam: legitimidade, o bem (a sociedade) e o mal (desvio criminal), culpabilidade, finalidade e prevenção, igualdade, interesse social. A manutenção da ordem social (que é o bem) é a finalidade da pena que pune um ato delituoso, e o peso da pena corresponde

ao crime e não ao indivíduo. Somente o Estado tem legitimidade, a partir do contrato social, para reprimir a criminalidade.

Do século XVIII à atualidade, tanto o Direito Penal como a Sociologia Criminal avançaram e propuseram análises críticas do crime e da pena. Michel Foucault (2008) é um exemplo paradigmático de pensador pós-moderno que analisa e critica o sistema penal. Para esse filósofo, o surgimento da prisão como substituto dos suplícios não se deve a uma tendência humanitária do Iluminismo. Pelo contrário, trata-se da institucionalização de uma estrutura de poder. A lei era extensão do corpo do soberano, portanto o castigo era infligido no corpo do réu para reviver a violência original e como forma de vingança pela desobediência à vontade soberana. Porém, com o advento do Iluminismo, a busca da ordem era contrária ao uso excessivo da força. Assim, forja-se um meio mais controlado de exercer o poder de punição.

Foucault argumenta que a prisão é apenas mais uma instituição dentre várias, como escolas, igrejas, hospitais e fábricas, que compõe a sociedade panoptica.³ O sistema criaria carreiras para o exercício da disciplina. Suas funções são legitimadas pelo poder/autoridade da Medicina, da Psicologia e da Criminologia (Foucault, 2008). Dizer que a prisão visa à recuperação ou à reeducação do interno é uma falácia. Na verdade, sua única função é disciplinar corpos, que devem ser úteis e dóceis. Aliás, a prisão é o último recurso quando outras instituições falharam e permitiram a insurgência de indivíduos que se rebelam contra a ordem.

A realidade que se percebe nas unidades penitenciárias de que trata este trabalho é a formação de um ambiente hostil no qual a Polícia Civil é o principal ator de poder. Por estarem sob sua responsabilidade, é a sua lógica de funcionamento que se estende às demais categorias, inclusive aos Bombeiros Militares. Mas não

³ Termo relacionado a um projeto arquitetônico de Jeremy Bentham, de 1785, para uma prisão construída de tal forma que os internos pudessem ser constantemente observados sem saberem quem os observa ou quando a observação ocorre.

só isso. É senso comum que o crime se combate por meio da repressão. É discurso corrente tanto na mídia como nas conversas informais. A incorporação acrítica da ideologia repressiva por parte de quem não tem essa função e a própria aplicação da repressão dentro das unidades penitenciárias por quem é legitimamente responsável por ela forjou uma atmosfera na qual "vigiar e punir" são a regra básica. Assim, aqueles que, por sua própria formação profissional, buscam tão somente garantir à população carcerária seus direitos de cidadania, chocam-se diretamente com o poder institucional.

A atuação profissional da assistente social dentro do sistema penitenciário precisa considerar o fato de que os internos e internas das unidades prisionais cometeram crimes, os quais foram apurados e julgados, resultando numa condenação ao cumprimento de pena privativa de liberdade. Nenhum outro direito lhes foi suprimido a não ser o de ir e vir. Contudo, quando a Polícia Civil entra nesses locais trazendo consigo seu treinamento repressor, a ideia de punição torna-se mediadora das relações que se estabelecem entre internos e policiais, entre internos e funcionários administrativos e entre os próprios internos. Por não mediar a relação entre internos e assistentes sociais, sua relação com a instituição deixa de ser mediada pela cooperação e pela complementaridade e passa a ser mediada pela subordinação e pela hierarquia funcional. A não aceitação de tal ordem por parte das assistentes sociais gera conflitos nessas relações de poder.

Tais relações se traduzem no cotidiano das unidades penitenciárias em três dimensões principais: na violência institucional perpetrada contra os internos, tais como as humilhações verbais e o impedimento ao acesso aos seus direitos; na violência entre os internos, que como já mencionado, configura-se em uma de suas vulnerabilidades às DST; e nas estratégias institucionais para dificultar ou vetar a implantação de programas e projetos sociais. Esta última, intimamente relacionada à primeira,

é percebida tanto no uso das hierarquias institucionais para impor às assistentes sociais um padrão de trabalho quanto pelo estabelecimento de prioridades para disponibilização das escoltas policiais.

De fato, uma das maiores dificuldades encontradas pelas assistentes sociais ao ingressarem no sistema foi justamente conseguir serem compreendidas como profissionais de saúde. O desconhecimento das funções dessa categoria profissional, bem como a visão estereotipada da profissão, fez com que as chefias impusessem tarefas estranhas à formação do assistente social. As propostas de trabalho apresentadas em contrapartida — por irem de encontro à idéia de punição e repressão e objetivarem, por vezes, a autonomia, a emancipação e o empoderamento dos internos -, não eram aceitas. Os argumentos dados eram inúmeros, mas pouco convincentes: não tem escolta, não tem tempo, não tem importância, não é seguro.

A questão da escolta policial é de suma importância dentro do contexto carcerário. Somente com ela é possível pensar na intervenção profissional. Assim sendo, viabilizar ou não um determinado projeto é extremamente simples para aqueles que controlam esse serviço e, tendo em vista que, efetivamente, faltam profissionais da segurança pública (o pessoal nas três unidades é bastante reduzido), a priorização de alguns atendimentos é quase que inevitável. O problema instala-se quando somente o curativo e o remediativo entram nessa lista, ou seja, o atendimento médico e odontológico.

Como já explicitado, a idéia hegemônica sobre saúde nas unidades estudadas é a de que a equipe está ali para curar. Isso não só porque as unidades reproduzem o mesmo padrão de pensamento da sociedade (que ainda não compreendeu a descentralização e a hierarquização do SUS), mas, sobretudo, porque a prevenção da doença e a promoção da saúde seriam privilégios para quem está

livre e não direito de todos. Sendo assim, quando o atendimento é viabilizado, há uma escolha dos internos que passa pelo crivo do merecimento, isto é, somente aqueles considerados pelos policiais como "merecedores" serão escoltados até o núcleo de saúde.

Percebe-se que a desvinculação entre crime e criminoso ainda não foi alcançada na prática penal brasileira. O princípio de igualdade da ideologia de defesa social, que é repressora por excelência, não tem espaço aqui. A repressão é ainda mais feroz do que a desenvolvida por teóricos do século XVIII. É uma adaptação à brasileira, na qual o clientelismo e o paternalismo mediam relações sociais que deveriam ser de direito.

O discurso, porém, é absolutamente contraditório em relação às práticas penitenciárias. Aliás, é difícil encontrar coerência no discurso policesco, pois o senso comum prevalece. Adota-se a perspectiva de que o objetivo final da pena é a reinserção social do preso. Por vezes, fala-se de reeducação⁴ ou ressocialização. Mas o que indicam esses termos? A idéia de reinserção pressupõe que a pessoa que comete o crime esteja fora da sociedade. Sem querer cair numa análise estrutural-funcionalista da anomia durkheimiana, acredita-se que a pessoa que comete o crime é parte integrante da sociedade e o contexto criminoso é forjado dentro da própria estrutura social. Não é uma patologia, nem tampouco uma normalidade funcional, mas nasce das relações sociais e culturais em que se vive em sociedade.

Quanto à reeducação, essa pressupõe, segundo Falconi (1998), que o preso já havia recebido uma educação anterior. O autor especula sobre a definição de educação para o sistema prisional, pois há que se saber se os agentes e funcionários que desempenham a função penitenciária foram "educados". A experiência empírica demonstra que não, já que o conteúdo de sua fala destoa em muito de sua prática: como reeducar se

⁴ Vide a sigla CIR: Centro de Internamento e Reeducação.

a "tônica no relacionamento é (...) um sistema de obediência cega, do tipo militar, onde o respeito às regras se impõe não pela conscientização, mas pela ameaça" (Falconi, 1998, p. 114). Não é preciso conhecer a pedagogia da emancipação freiriana para apontar as falhas em tal processo educativo.

A ressocialização apresenta o mesmo problema. A própria socialização do indivíduo pode ser analisada não como determinante, mas certamente como partícipe do processo que o leva a cometer um crime. É claro que se considerarmos a ressocialização como um meio de reinventar a socialização do apenado, ou seja, dar-lhe novas condições de sociabilidade, a reclusão estaria fora de cogitação. Há aí uma contradição fundamental: como ressocializar isolando, se a socialização se dá por meio do convívio social e comunitário? A mesma pergunta cabe à reinserção social.

Não há confluência entre os ditos objetivos do sistema prisional e o modo como ele é gerenciado no DF. De fato, ainda que as críticas aos termos ressocialização, reinserção e reeducação viessem por terra, e se se comprovasse certa capacidade das penitenciárias de "recuperar" os internos, tais objetivos não poderiam ser alcançados visto que na prática o que prevalece é o simples isolamento, a repressão bruta e a replicação da pena. Explicamos melhor.

Ainda no século XIX, nos Estados Unidos foi lançado o Sistema Celular, que veio a ser "aperfeiçoado" pelo *Silent System* (Falconi, 1998). A idéia basilar era a de isolar o preso, a fim de que pudesse refletir sobre sua existência e seus atos. Apenas a leitura de textos bíblicos era permitida. Respondendo às críticas que já naquela época recaiam sobre a impossibilidade de ressocializar em isolamento, a Penitenciária de Auburn acrescenta a educação pelo trabalho. Os internos eram forçados, após um período de isolamento, a trabalharem durante todo o dia em companhia

uns dos outros, contudo, a comunicação oral ou por gestos era completamente proibida. Muito embora a comunicação seja possível nas unidades prisionais do DF, há diversos momentos em que o silêncio é a regra e quebrá-lo pode significar isolamento por 10 dias.

Esse exemplo, bem como o crivo do merecimento para acessar o serviço de saúde das unidades prisionais, demonstra a reaplicação da pena. O indivíduo infrator é sentenciado pelo Juiz, porém segue sendo punido para além da restritiva de liberdade, que, como já mencionado, refere-se tão somente à suspensão do direito de ir e vir. A integridade física, moral e espiritual, a saúde e a assistência, o trabalho e o lazer são direitos incondicionais.

Vislumbra-se outra falha na ideia de reinserção ou reeducação. Se a ideia é inculcar nova perspectiva no sujeito que cumpre pena no sentido de ajudá-lo a enxergar qualquer senso de justiça para que suas atitudes quando do livramento sejam positivas para si e para a sociedade, isso não acontecerá num sistema que reproduz todas as iniquidades da sociedade como um todo, e que já foram vivenciadas e experimentadas pelos internos, portanto daí só poderá resultar o reforço da lógica cruel do cada um por si.

Considerações finais: caminhos a perseguir

Considerando que o Código de Ética dos Assistentes Sociais estabelece como dever do profissional em suas relações com as instituições empregadoras "contribuir para a alteração da correlação de forças institucionais, apoiando as legítimas demandas de interesse da população usuária", o modo de inserção do profissional nas instituições influencia diretamente a possibilidade de cumprimento de tal dever. Devido à falta de autonomia e ao fato de ele próprio estar mergulhado em correlações de força nas quais os poderes institucionais suplantam os do assistente social, a

ação deste profissional requer uma estratégia mais complexa para que se garantam os direitos dos usuários.

A presença de profissionais de saúde dentro das unidades prisionais, como se percebe, não é suficiente para reverter a cultura institucional de repressão e punição. Isso deve ocorrer a partir de cima, nas próprias secretarias responsáveis pelas unidades, mas o fato de não haver sequer um assistente social ligado à Secretaria de Segurança Pública (SSP) ou à Secretaria de Justiça e Direitos Humanos (SEJUS) ou ainda à Subsecretaria do Sistema Penitenciário (SESIPE) é bastante significativo.

Os desafios que se apresentam para a concretização do direito à saúde no contexto prisional são muitos. Um deles, é que ocorra uma rediscussão entre os Ministérios da Saúde e da Justiça sobre a implementação da Portaria Interministerial nº 1.777/2003, para que sejam garantidas condições objetivas e subjetivas para o atendimento aos internos por parte de toda a equipe de saúde. O federalismo brasileiro, que pressupõe o desenho de princípios e diretrizes gerais, por meio dos Planos Nacionais, para que os Estados e municípios implantem programas locais, pode ser desastroso. Estudos já demonstraram que fatores políticos e ideológicos podem desvirtuar políticas sociais pensadas sob a perspectiva dos direitos de cidadania, se o governo federal não previr incentivo e monitoramento.

Outro ponto é que, segundo a Portaria, a equipe de saúde deve atender às necessidades de atenção no nível básico e também, minimamente, à assistência no nível da média complexidade, bem como componentes das urgências. No entanto, a realidade dos presídios demonstra ser incompatível tal atenção diante da precária estrutura de pessoal. É preciso que o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário seja revisto quanto aos níveis de atenção. Nenhum profissional da rede de saúde do DF, ou de qualquer Estado ou município, intervirá em três diferentes níveis. Compreendendo que dentro das Penitenciárias exista

tanto a necessidade da atenção básica, com o desenvolvimento de ações preventivas, quanto da atenção especializada, com a disponibilização de serviços de recuperação e tratamento para drogadictos e alcoolistas, o Plano Nacional deve determinar duas, e não uma equipe de saúde.

O que vinha ocorrendo no DF, por meio de determinação judicial, era o escoltamento de internos aos Centros de Atenção Psicossocial. Acontece que o sucesso do tratamento do CAPS depende da rigorosa assiduidade do paciente. A falta de pessoal e as prioridades de escolta também se refletem aí. Além disso, a repressão é incompatível com a proposta terapêutica do CAPS. A presença do policial escoltante e as algemas nos internos atrapalham tanto o tratamento do paciente preso, quanto o do paciente livre. Há que se lembrar que o usuário de drogas está em contato com o traficante e a figura do policial inibe ou afugenta quem ali está para tratamento. Assim, o funcionamento de um CAPS dentro das próprias unidades prisionais pode ser mais efetivo e menos oneroso do que o deslocamento de internos.

Diante das experiências exitosas verificadas em alguns Estados brasileiros, como São Paulo, considera-se importante a separação das carreiras de agente penitenciário e policial civil, inclusive, sendo garantido um treinamento específico para os primeiros. Essa proposta leva em consideração o fato de que a separação das carreiras poderá fazer com que os trabalhadores dos presídios não tenham aquela concepção repressora diante dos internos que já foram sentenciados pelo Poder Judiciário. Isso poderá facilitar as ações de promoção da saúde e prevenção das doenças, pois os agentes e técnicos penitenciários receberão a educação necessária à - reeducação — que tanto se prega. Há que se conscientizar tais profissionais de que os internos são cidadãos com direitos.

O Ministério da Justiça demonstrou-se bastante preocupado com a questão dos direitos da pessoa presa ao lançar, junto com

o Ministério da Saúde, a Portaria que institui o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Para além da saúde, o Ministério da Justiça prevê o repasse de verbas para que o sistema prisional possa garantir outros direitos dos internos, uma vez que a condição de presos lhes dificulta o acesso não só à rede de saúde, mas a diversos outros direitos. Os documentos de identificação, como RG e CPF, são indispensáveis para que qualquer cidadão acesse outros direitos. Ou seja, existir como cidadão é pré-requisito para o acesso aos direitos de cidadania, como assistência social e trabalho. Assim, outra equipe, e não a de saúde, deveria atuar nesse sentido.

A falta de profissionais capacitados e o entendimento de que o apenado deixa de existir socialmente relegam a população carcerária a uma vida realmente à parte da sociedade. Mais uma vez, a contradição é gritante: reinserir isolando. Para que haja uma modificação radical do *modus operandi* do sistema prisional, ao quadro de trabalhadores penitenciários há que se acrescentar, assistentes sociais, pedagogos e psicólogos, no mínimo, para se pensar uma reeducação a partir de um contexto de garantia de direitos e justiça social, e não mais de repressão e (re)punição.

O desconhecimento sobre o papel do assistente social no âmbito da saúde, bem como a visão estereotipada que prevalece no imaginário dos policiais, dos internos, dos familiares e até mesmo dos demais profissionais de saúde, dificulta as ações dessa categoria com os internos. Considera-se indispensável a interferência das Gerências de Saúde Prisional e de Serviço Social da Secretária de Saúde do DF nas Gerências de Atenção ao Interno das unidades prisionais para que sejam esclarecidas as atribuições dos assistentes sociais nas equipes de saúde.

Tendo em vista que a garantia de direitos é um compromisso ético-profissional assumido pelo Serviço Social, tal qual referendado pelo Código de Ética dos Assistentes

Sociais, acredita-se ser necessária uma ação conjunta de todos os profissionais, por meio dos Conselhos Regionais e Federal de Serviço Social, para que as condições objetivas e, sobretudo, subjetivas de trabalho sejam garantidas, a fim de que projetos de intervenção que visem ao cumprimento do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, assim como outros, possam ser implantados. A atuação do Conselho Regional de Serviço Social (CRESS) e do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) é fundamental na substituição da visão estereotipada sobre o Serviço Social e os/as assistentes sociais pela compreensão mais exata dessa profissão que tanto tem a contribuir para o melhoramento do sistema penitenciário, em particular, e das políticas sociais, em geral.

Submetido em 30 de setembro de 2008 e aceito em 10 de outubro de 2008.

Referências bibliográficas

AYRES, J. R. C. M. et al. *Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids*. In: BARBOSA, R. M.; PARKER, R. (Orgs.). *Sexualidade pelo avesso: direitos, identidade e poder*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1999.

BARATTA, Alessandro. *Criminologia crítica e crítica do Direito Penal*. 3. Ed. Rio de Janeiro: Revan, Instituto Carioca de Criminologia, 2002.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO Aids e DST, Brasília, v. 3, 1^a-26^a semanas epidemiológicas, jan./jun. 2006; v. 4, 27^a-52^a semanas epidemiológicas, jul./dez. 2006 e 1^a-26^a semanas epidemiológicas, jan./jun. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. *A contribuição dos estudos multicêntricos frente à epidemia de HIV/Aids entre usuários de drogas injetáveis no Brasil*. Brasília, 2002. (Série Avaliação 8).

_____. *Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST*. Brasília, 2007

SER Social, Brasília, v. 11, n. 24, p. 82-105, jan./jun. 2009 -----

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n° 1.028*, de 4 de julho de 2005.
- _____. *Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes*. Brasília, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. *Portaria Interministerial n° 1.777/2003*.
- DURKHEIM, Emile. *As regras do método sociológico*. São Paulo: Martins Fontes, 1995.
- FALCONI, Romeu. *Sistema presidial: reinserção social?* São Paulo: ícone, 1998.
- FALEIROS, Vicente de Paula. *Estratégias em Serviço Social*. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2002.
- FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir: história da violência nas prisões*. 35. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2008.
- FREIRE, Paulo. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 37. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2008.
- GONÇALVES, Erli Helena. *Da gramática dos sonhos e da realidade: uma leitura bioética das campanhas educativas governamentais de prevenção ao HIV/aids e sua aplicabilidade à mulheres casadas*. 2002. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade de Brasília, Brasília, 2002.
- PREVENÇÃO na rede: Fórum Virtual sobre DST/Aids. Disponível em: <www.aids.gov.br>. Acesso em: 10 set. 2008.