

POLÍTICAS PÚBLICAS E A INSERÇÃO DO PSICÓLOGO NA SAÚDE PRISIONAL

LINCCON FRICKS HERNANDES¹, MARIA VITÓRIA DIAS ROSA SILVA²

1 Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local pela Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia (EMESCAM). Professor e coordenador do curso de Psicologia da Faculdade América. fricksjr@hotmail.com

2 Psicóloga pelo Centro Universitário Salesiano (UNISALES). drsmariavitoria@gmail.com

RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo contextualizar a atuação do psicólogo na saúde do sistema prisional brasileiro a partir dos marcos legais e políticas públicas que regulamentam a sua atuação neste contexto. Trata-se de uma revisão bibliográfica do tipo narrativa, que foi realizada por meio de um levantamento de literatura no qual foram utilizadas fontes secundárias referentes à temática em questão, a fim de responder a problemática do estudo. Para isso, realizou-se uma busca eletrônica de artigos indexados no banco de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), obras literárias e legislação vigente e normativas do Conselho Federal de Psicologia. O estudo possibilitou conhecer as políticas públicas de saúde e as demais que estabelecem a prática do psicólogo da saúde junto ao público privado de liberdade e o que propõem como prática desse profissional; investigou-se os principais desafios e dificuldades enfrentados pelos psicólogos nesta área de atuação e levantou o que se tem discutido sobre alguns temas transversais que influenciam o trabalho do psicólogo neste contexto, tais como: risco de suicídio dos apenados, uso abusivo de psicotrópicos ou dependência química e agravos emocionais na população prisional; estrutura, condições físicas e sanitárias das unidades prisionais. A partir dos resultados encontrados, observou-se que há pouca discussão acerca da atuação do psicólogo voltada para a saúde prisional no Brasil, faz-se pensar, então, a necessidade de maior produção científica na temática proposta neste estudo, para que se torne possível a ampliação de possibilidades na prática profissional neste seguimento da saúde pública e coletiva no atendimento as pessoas privadas de liberdade.

Palavras-chave: Psicologia criminal; Políticas públicas de saúde; Saúde prisional.

PUBLIC POLICIES AND THE PSYCHOLOGIST'S INSERTION IN PRISON HEALTH

ABSTRACT

The present work aimed to contextualize the psychologist's performance in the health of the Brazilian prison system from the legal frameworks and public policies that regulate his performance in this context. It is a bibliographic review of the narrative type, which was carried out by means of a literature survey where secondary sources referring to the theme in question were used, in order to answer the study problem. For this, an electronic search of articles indexed in the Scientific Electronic Library Online database (SciELO), literary works and current and normative legislation of the Federal Council of Psychology was carried out. The study made it possible to know the public health policies and the others that establish the

practice of the health psychologist with the public deprived of liberty and what they propose as the practice of this professional; investigated the main challenges and difficulties faced by psychologists in this area of activity and raised what has been discussed about some transversal themes that influence the psychologist's work in this context, such as: risk of suicide of inmates, abusive use of psychotropics or chemical dependence and emotional problems in the prison population; structure, physical and sanitary conditions of the prison units. From the results found, it was observed that there is little discussion about the role of the psychologist focused on prison health in Brazil, then it is necessary to think about the need for greater scientific production on the theme proposed in this study, so that it becomes possible to expansion of possibilities in professional practice in this segment of public and collective health care for people deprived of their liberty.

Keywords: Criminal psychology; Public health policies; Prison health.

1 INTRODUÇÃO

O simbolismo de punir àquele que cometeu determinado crime contra a sociedade esteve presente desde os séculos XVI e XVII. Os suplícios, datados entre os séculos XVII e XVIII, em países europeus, eram ações com função de penalização e coerção sobre o sujeito criminoso. Para além dessa função diretamente punitiva, os suplícios mantinham a característica de contribuir na constante tentativa de controle sob os corpos marginalizados, deixando visível à sociedade o que aqueles que detinham o poder eram capazes de realizar com os que desrespeitavam as ordens públicas (FOUCAULT, 2002).

Segundo Foucault (2002), entre os séculos XVIII e XIX, a prática de exposição da tortura em praças públicas aos sujeitos marginalizados, como acontecia nos suplícios, encaminhava-se para seu fim, comparecendo à cena, então, novas formas de penalização tanto para o sujeito que criminaliza quanto também para aquele que incomoda a ordem social. É neste contexto que surgem as Leis Penais com as particularidades de cada região europeia, como uma nova alternativa para solucionar a questão social que envolve o sujeito infrator das leis impostas.

Dessa forma, o surgimento das prisões se dá por meio da proposta de que o sujeito criminoso terá um espaço específico para cumprir sua penalidade, imposta de acordo com as leis penais, com a função de reeducá-lo para seu possível retorno à sociedade (FOUCAULT, 2002).

Similarmente à Europa, no Brasil, as primeiras prisões são datadas entre os séculos XVIII e XIX. Como na história europeia de tratamento às penalidades, no país, também se passou a aplicar penalidades individuais em função dos crimes cometidos por cada sujeito.

Porém, no interior das instituições, eles acabavam sendo colocados em espaços coletivos, sem haver nas prisões separação de celas ou alas por tipos de crimes. Apenas mais tarde foi decidido que, nessas instituições, os indivíduos deveriam ser separados conforme seus delitos e também de acordo com a personalidade de cada um, modelo visto até os dias de hoje (BRASIL, 2007).

Desde a fundação do sistema prisional brasileiro, percebe-se a existência de problemáticas que se alastram em diversas unidades penitenciárias espalhadas pelo país e se mantêm até os dias de hoje, como a estrutura e as condições físicas inadequadas das penitenciárias, que prejudicam extremamente a saúde tanto do preso como do trabalhador do sistema prisional (TAVARES; MENANDRO, 2004).

Em vista de alcançar melhorias e mudanças frente aos problemas citados até então, foram criadas leis e políticas públicas que visam respaldar e garantir minimamente os direitos dos presidiários e dos trabalhadores da área prisional. Dentre as leis já criadas, destaca-se a Lei de Execução Penal (LEP), nº 7.210, de 11 de julho de 1984, que garante que a assistência ao preso é dever do Estado, através da implantação de assistência material à saúde, jurídica, educacional, social e religiosa. Ainda que, na LEP, não esteja explicitada a participação da psicologia na área da saúde prisional, mais tarde esse ponto vem à tona com outras políticas sociais (BRASIL, 1984).

Dentre as políticas públicas de saúde que atravessam as práticas no campo de atuação das prisões, é digno de nota citar a principal delas, disposta pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que instaura o Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo promoção, proteção e recuperação da saúde do cidadão brasileiro de acordo com os princípios de equidade, universalidade e integralidade (BRASIL, 1990).

O princípio da universalidade do SUS garante que suas diretrizes, assim como suas ações, são direito de toda a população brasileira, o que inclui as pessoas privadas de liberdade que se encontram sob a tutela do Estado. Ligado diretamente ao tema, em 2003, surge o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), que tem como proposta atender a demanda de saúde de pessoas em situação de encarceramento. Esse plano se fundamenta no mandato constitucional, reafirmado na Lei nº 8.080/90, de que a saúde pública é “direito de todos e dever do Estado” o que já contém o compromisso de que a população carcerária também tenha acesso às ofertas e assistências da saúde pública (BRASIL, 2003, 2004).

Diante do exposto, o presente trabalho teve como objetivo contextualizar a atuação do psicólogo na saúde do sistema prisional brasileiro a partir dos marcos legais e políticas públicas que regulamentam a sua atuação neste contexto

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica do tipo narrativa, que foi realizada por meio de um levantamento de literatura no qual foram utilizadas fontes secundárias referentes à temática em questão, a fim de responder a problemática do estudo.

Realizou-se busca eletrônica em artigos indexados no banco de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), obras literárias e legislação vigente e normativas do Conselho Federal de Psicologia e sites governamentais pelos quais se deram a inserção do psicólogo na saúde prisional. Foram utilizadas combinações de palavras-chave e descritores como estratégia de busca, sobre Saúde prisional; Atuação do psicólogo em prisões; políticas públicas de saúde; e Sistema prisional.

Como critérios de inclusão, utilizou-se estudos disponíveis em sua totalidade com acesso gratuito. Foram excluídos da busca inicial resumos e textos incompletos.

Finalizada a coleta de dados, foi realizada uma análise dos objetivos e resultados de todos os estudos, a fim de obter os pontos de partida e desfechos que mais fundamentaram o tema pesquisado. Em seguida, foi feita uma leitura de todo o material escolhido, de onde reuniram-se principais informações que buscaram estabelecer uma compreensão e ampliar o conhecimento sobre o tema estudado.

Quanto à análise e à interpretação dos resultados, foram analisadas as informações coletadas nos artigos científicos e criadas categorias analíticas que facilitaram a ordenação e a sumarização de cada estudo. Essa categorização foi realizada de forma descritiva, indicando os dados mais relevantes para o estudo e abordado em tópicos para melhor compreensão.

A pesquisa levou em consideração os aspectos éticos quanto às citações dos estudos, respeitando a autoria das ideias, os conceitos e as definições presentes nos artigos incluídos na revisão.

3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DO SISTEMA PRISIONAL NO BRASIL

A saúde pública no Brasil é resultado da constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1990, garantindo o direito universal à saúde a todos os cidadãos brasileiros.

Tendo como objetivo atuar na prevenção de doenças, na promoção e na proteção da saúde e na reabilitação dos usuários, o SUS funciona dentro dos princípios fundamentais da universalidade, equidade e integralidade, o que significa que suas ações devem ser acessíveis a todo sujeito, sem distinção ou discriminação, considerando suas diferenças e necessidades globais (BRASIL, 1990).

No Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), colocam-se como diretrizes a importância de proporcionar, para os sujeitos que vivem nas unidades prisionais, ações em saúde seguindo os princípios do SUS, assim como são lançadas questões da Saúde Coletiva, enfatizando a importância da ligação intersetorial para extramuros da penitenciária. Além disso, coloca-se como responsabilidade dos profissionais em saúde a busca da amenização dos agravos, principalmente emocionais, causados pela situação de cárcere. Propõe-se, ainda, que cada equipe nas unidades de saúde prisionais, deva se estabelecer com médico, enfermeiro, odontólogo, psicólogo, assistente social, auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório dentário. Essa equipe, portanto, será responsável por estabelecer saúde, promoção e vigilância, a partir de um trabalho interdisciplinar nas unidades prisionais (BRASIL, 2003).

Lermen et al. (2015) atentam para o fato de que o PNSSP inicia um grande questionamento sobre as barreiras impostas social e culturalmente na relação com as prisões, uma vez que esse plano segue os princípios e diretrizes do SUS o que resulta, portanto, no compromisso com o estabelecimento de uma intercomunicação frequente com as famílias e outras áreas, assim como entre outras redes e serviços de apoio da saúde de cada região. Essa atuação articulada com o fora das prisões, incluindo outras pessoas e instituições, é necessária para garantir o princípio de integralidade proposto pelo SUS, que deve ser respeitado tanto do externamente às prisões, como delas.

Uma outra questão interessante colocada pelas autoras é o fato de que, após a implantação da LEP, as nomenclaturas para se referir às pessoas privadas de liberdade se resumem em “presos” e “condenados”. Ainda que a força do hábito social insista nessas formas de se referir a eles, isto se torna um fator que lhes confere uma dificuldade em estabelecer uma nova identidade frente à sociedade, uma vez que seu nome sempre vai estar atrelado à criminalidade e ao perigo. A tentativa de mudança, nesse sentido, ocorre com a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), que irá se referir ao preso como “Pessoa Privada de Liberdade” (LERMEN ET AL., 2015).

Em 2014, surge, então, a PNAISP, instituída pela Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014, com o mesmo intuito de garantir a prevenção de doenças, a promoção e a reabilitação da saúde de pessoas encarceradas. Essa Política propõe que a saúde prisional faça parte da rede da Atenção Básica, facilitando as atividades intersetoriais extramuros. Deve ser pontuado que essa Política é uma ampliação da PNSSP, uma vez que já propunha a garantia à saúde da população privada de liberdade (BRASIL, 2014).

Nessa política é atualizada a composição das equipes de saúde, sendo criadas cinco modalidades de configurações de Equipes de Atenção Básica Prisional em função do número de pessoas a serem atendidas e o perfil epidemiológico dessas. Todas as modalidades partem do modelo e composição das Equipes de Saúde da Família (ESF), composta por enfermeiro, médico, técnico ou auxiliar de enfermagem, cirurgião-dentista, e técnico ou auxiliar de Saúde Bucal, que é a composição da equipe mais simples nesta Portaria. As outras modalidades de equipes irão se distinguir de acordo com as particularidades das unidades prisionais, podendo acrescentar às equipes profissionais de outras áreas como as da Psicologia, Assistência Social e outras (BRASIL, 2014).

Visando operacionalizar as determinações da PNAISP, no âmbito do Ministério da Saúde, foi promulgada a Portaria nº 482, de 1 de abril de 2014; nela, as equipes de saúde são denominadas como Equipes de Saúde no Sistema Prisional (ESP) e se diferenciam a partir do número de custodiados que devem cobrir, podendo ser ESP tipo I; ESP tipo I com Saúde Mental; ESP tipo I, ESP tipo I com Saúde Mental e ESP tipo III. Nessa nova organização, o psicólogo tem lugar nas equipes ESP tipo I com saúde mental tendo a possibilidade de haver dois psicólogos em atuação; ESP tipo II, em que um psicólogo se torna obrigatório e a admissão de mais um é opcional; ESP tipo II com saúde mental, nesta equipe há a possibilidade de contrato com três psicólogos; ESP tipo III com a mesma configuração que a ESP tipo II com saúde mental (BRASIL, 2014).

4 O PSICÓLOGO E SUA INSERÇÃO NO SISTEMA PRISIONAL BRASILEIRO

Segundo histórico feito pelo Conselho Federal de Psicologia, a entrada do psicólogo no sistema prisional se deu logo após a regulamentação da profissão no ano de 1962 e se consolidou em cada estado da federação gradualmente ao longo dos anos (BRASIL, 2007).

Inicialmente, o profissional de Psicologia realizava suas ações a fim de garantir que fosse respeitada a diretriz de individualização no cumprimento das penas de cada sujeito, tal

como consta no processo legal formal. Após à promulgação da LEP, é instaurada a utilização dos exames criminológicos aplicados nos sujeitos apenados, exames esses sob responsabilidade dos psicólogos e psiquiatras da área (BRASIL, 2007).

Em 2007, o Conselho Federal de Psicologia apontou que, no âmbito penal, a atuação do psicólogo se dá primordialmente como perito de sua área, ao produzir pareceres e laudos a fim de delimitar a personalidade dos sujeitos apenados e identificar a possível reincidência de crimes futuros do indivíduo, a partir dos exames criminológicos. Todavia, cada profissional procurou manter o seu fazer individual dentro das possibilidades da área, a fim de ampliar suas atividades e responsabilidades para com o sistema. No momento em que os exames criminológicos se tornaram facultativos aos profissionais, a gama de possibilidades de atuação do psicólogo ampliou-se, tornando-o livre para a resolução de outras atividades com objetivos diferentes ao da produção de documentos com cunho jurídico (BRASIL, 2007).

Apesar dos estudos e proposições técnicas já inserirem o psicólogo na atenção integral à saúde penitenciária, ainda eram escassas as discussões acerca da saúde mental das pessoas privadas de liberdade e da ausência de profissionais da saúde envolvidos nessa questão, especialmente psicólogos. Surge então a proposta clara de inclusão do profissional psicólogo na equipe de saúde prisional, o que abre uma nova vertente para esse tipo de atenção em equipe multidisciplinar, pois fica clara a importância da saúde mental no contexto geral da saúde do sujeito que cumpre pena, sendo entendido e assumido que o aprisionamento, em si, também pode gerar efeitos de adoecimento mental nesses indivíduos, o que necessita ser considerado e cuidado (BRASIL, 2007).

No estudo realizado pelo Conselho Federal de Psicologia (2009), foi possível identificar que o profissional psicólogo enfrenta algumas dificuldades em sua atuação no sistema prisional. De acordo com os relatos dos participantes da pesquisa, independentemente de qual unidade prisional atuam, as problemáticas tendem a ser iguais. Neste contexto, descreve-se que a relação entre os inspetores penitenciários e profissionais da Psicologia costuma ser conturbada, uma vez que os inspetores tendem a impor forte relação de poder sob os internos e repetem a mesma ação para os profissionais das equipes multidisciplinares. Outro ponto penoso se nota nas estruturas físicas precárias de algumas unidades e no escasso recurso financeiro disponível para melhorias, aspectos que podem dificultar a realização e/ou implantação de projetos socioeducativos para os internos. Além desses, o estudo expõe que os recursos humanos das equipes envolvidas neste processo em relação às demandas e

quantidade de presos das unidades é relativamente menor que o necessário, o que pode dificultar a eficácia e qualidade do trabalho desenvolvido.

É conhecido o fato de que, na maioria das instituições, o psicólogo, em sua atuação, tem dificuldade em estabelecer parâmetros norteadores para suas práxis, assim como há complexidade em descrever suas atividades e distinguir o que deve ser feito, como o deve fazer e até que ponto poderia avançar, complementando e inovando em seu trabalho. Além dessa questão, uma outra problemática do fazer psicológico em instituições de saúde pública é a constante dificuldade em compor o seu modo de trabalho junto aos de outros profissionais. Isso tende a ocorrer por conta de uma crença histórica que conceitua a atuação do psicólogo como individual, resumida ao *setting* terapêutico tradicional (COUTO; SCHIMITH; DALBELLO-ARAÚJO, 2013).

Dias e Silva (2016) questionam que o saber psicológico tem se imprimido em uma prática ainda individualizada e reducionista dentre as possibilidades de atuação. Existem alguns fatores que podem explicar essa visão de nossa profissão. Um dos fatores se refere ao fato da formação acadêmica ser sentida como incompleta para atuação em outros contextos além do consultório de atendimento individual, muitas vezes pouco capaz de abarcar situações cotidianas práticas realizadas pela Psicologia em instituições, o que revela uma política de ensino com a grade curricular pouco abrangente para discussões e reflexões sobre temáticas atualizadas da práxis psicológica em vários âmbitos. No ensino acadêmico, parece ainda que se tende a dar importância demasiada para os atendimentos psicológicos individualizados e clínicos, impedindo a possibilidade do aluno, futuro profissional, visualizar uma atuação em equipe e um trabalho coletivizado sobre indivíduos com demandas parecidas, por exemplo.

Couto, Schimith e Dalbello Araújo (2013) relatam que, mesmo que o psicólogo e outros profissionais realizem seu trabalho de forma conjunta, cada um possui um núcleo de saber particular que tende a complementar o outro para um mesmo fim. No caso do psicólogo, o que ele pode trazer de maneira distinta aos outros profissionais, referente ao seu próprio núcleo de saber, em uma atividade em grupo, por exemplo, é a *escuta* subjetiva dos sujeitos que ali se expressam.

Dias e Silva (2016) contribuem também sobre a dificuldade de outros profissionais, que trabalham em conjunto ao psicólogo, de estabelecer e distinguir quais funções este desempenha nas instituições. Apesar disso, esses profissionais nunca deixam de mostrar que o psicólogo tem grande importância na composição da equipe multidisciplinar. Alguns profissionais da equipe da saúde básica tendem a ter uma compreensão delimitada quanto as

atividades realizadas pelo profissional de psicologia na saúde. A partir dessa visão, acaba-se por excluir o psicólogo de muitas outras tarefas em que poderia estar inserido para uma maior eficácia nos resultados

Segundo Dias e Silva (2016), estudos mostram que as atividades dos psicólogos junto com a equipe nas unidades básicas de saúde de atenção à família, por exemplo, costumam acontecer em menor intensidade, resumindo-se à realização de algumas visitas domiciliares apenas, impossibilitando assim, ou ao menos reduzindo muito, as possibilidades para um trabalho multidisciplinar. Um outro ponto que compromete a efetiva atuação do psicólogo integrado à equipe multiprofissional é a grande parcela do tempo do psicólogo voltada às atividades desempenhadas exclusivamente por esse profissional, uma vez que há uma demanda exacerbada e normalmente a quantidade dessa demanda estabelecida para os psicólogos não está de acordo com o número de profissionais disponíveis na área.

Spink et al. (2007) também relatam, em seu estudo, que o quantitativo de psicólogos inseridos na área da saúde tem crescido bastante, porém ainda são poucos frente à grande quantidade de demandas a serem trabalhadas nas instituições de saúde. Os autores se referem a uma possível baixa motivação por parte dos profissionais em trabalhar nesta área do serviço público. O que leva a pensar que os psicólogos que estão inseridos no SUS tendem a não desenvolver seu trabalho com a qualidade que se espera.

As principais atividades desempenhadas pelo psicólogo nas unidades básicas de saúde, segundo Campos e Guarido (2007), são: atendimentos em grupos; atendimentos individuais, comunitários, domiciliar e terapias breves, atenção às crises, atenção à família; interligação com assistência social. O maior questionamento trazido no estudo das autoras em questão, dá-se no fato de que o psicólogo tende a desenvolver seu trabalho de forma burocratizada, em suma, apenas para cumprir as demandas feitas e alcançar os resultados; porém, sem efetivamente se implicar com as atividades que realiza. Assim, deixa de lado uma capacidade flexível e dinâmica para realizar outras ações que extrapolem o já conhecido. Isso se dá, provavelmente, devido à formação acadêmica pouco abarcadora de uma ação mais coletiva em saúde e a baixa intensidade no engajamento do profissional nas premissas do SUS.

Segundo Dimenstein (2001), o modelo da política pública de saúde do SUS propõe como premissa, mesmo que de maneira subjetiva, o comprometimento social e engajamento pessoal de cada profissional atuante na área da saúde. Como compromisso social, a autora compreende uma atuação marcada pelo engajamento profissional, seja ele grupal ou individual, para a realização de um trabalho com maior eficácia, buscando ultrapassar os

limites estabelecidos e conhecidos por cada profissão. Espera-se que, com essa postura, possa haver questionamentos e críticas sobre sua própria atuação como profissional da área e o lugar que ocupa nas instituições, possibilitando um trabalho inovador e mais efetivo diante da demanda estabelecida.

Um fato curioso trazido no estudo de Dimenstein (2001) é que muitos profissionais de saúde pública e coletiva, quando questionados sobre o seu compromisso social diante da prática, dizem-se eficazes e afirmam o fato de serem comprometidos com o trabalho; porém, definem esse comprometimento dizendo que cumprem suas obrigações e seu horário de trabalho, o que mostra que sua prática diária normalmente se limita às exigências burocráticas e delimitadas às técnicas de seu próprio núcleo de saber, apenas.

Houve necessidade de citar a forma de atuação do psicólogo em geral na saúde pública, pois, tratando-se de sua atuação, especificamente no sistema prisional, algumas atividades se diferenciam das já citadas em discussão, mas mantêm-se as mesmas problemáticas, no que se refere à dificuldade de um trabalho bem desenvolvido em equipe e à intersectorialidade com outros setores de atuação. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2009).

O Conselho Federal de Psicologia (2009) realizou uma pesquisa em que aponta que as principais atividades desenvolvidas por psicólogos nas unidades prisionais se estabelecem em: produção de relatórios, laudos e pareceres, e avaliações psicológicas; atenção psicológica (individual à pessoa privada de liberdade, à família do interno e aos funcionários da instituição); atenção psicológica grupal (às pessoas privadas de liberdade, às famílias dos mesmos e à equipe de trabalho); pronto atendimento; reuniões de equipe; acompanhamento extramuros; atuação em rede; elaboração de projetos e produções de prática acadêmica; entre outras atividades específicas de algumas unidades. É importante estabelecer que nenhum desses arquivos indica essas práticas como estritas ao psicólogo no âmbito da saúde prisional em si, o que, mais uma vez, mostra escassez de produções científicas que clareiam a atuação do profissional nesta área.

Deve-se atentar aqui para uma dessas práticas: a de atuação em rede. Os profissionais da área relatam que a relação intersectorial extramuros para a continuação do tratamento dos internos se torna complexa e acontece em quantidade reduzida. Inclusive, foram poucos os profissionais que citaram realizar tal tarefa. Outros profissionais mostram a importância da atuação em rede e a necessidade de haver outras instituições que acompanhem esses sujeitos

na continuação do tratamento extramuros (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2009).

Ainda que a questão colocada acima não seja referência das atividades desenvolvidas especificamente por psicólogos da saúde prisional, uma vez que a pesquisa teve participação de psicólogos que atuavam no sistema prisional independentemente de ser nas equipes de saúde, pode-se supor que o profissional da saúde apresente as mesmas dificuldades. Por isso, a necessidade de ampliar-se os horizontes no conhecimento do trabalho dos psicólogos nas ações de saúde no sistema penitenciário, lembrando e respeitando os princípios do SUS de equidade, universalidade e, principalmente, nesse caso, de INTEGRALIDADE (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2009).

É relatado também no estudo realizado pelo Conselho Federal de Psicologia (2009), que a falta de recursos materiais e humanos dificulta o trabalho adequado do psicólogo e equipe. Mesmo assim, de acordo com alguns profissionais, buscam-se saídas adequadas para a realização das tarefas e projetos desejados. Um outro ponto trazido no estudo também foi relativo às dificuldades em estabelecer interlocução com profissionais da própria equipe e dos profissionais da segurança na instituição (inspetores, chefes de segurança, diretores), mostrando que a dificuldade do trabalho em equipe se repete dentro do sistema prisional.

A pesquisa mostra, todavia, que muitos dos profissionais se engajam em atividades e projetos inovadores a fim de buscar a melhoria de vida durante o enfrentamento ao processo do aprisionamento dos internos. Apesar de não conseguirem manter contato entre outros psicólogos das demais unidades, demonstram interesse, para que haja troca de experiências e saberes diante da questão. Podemos ver a partir desses posicionamentos, mais uma dificuldade encontrada na atuação da profissão, na maioria dos casos encontrados nos estudos, em estabelecer a troca de conhecimentos e como tende a ser importante um apoio matricial a esses profissionais que atuam nas unidades prisionais. Tais resultados abarcam não só o psicólogo que atua no serviço penal, mas também no serviço de SAÚDE (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2009).

Importante lembrar, nesse ponto, que a pesquisa descrita foi realizada antes da promulgação da PNAISP e da Portaria nº 482, que criaram posições mais definidas do psicólogo da saúde no sistema prisional, como parte da equipe de Saúde Mental, ambas de 2014 (BRASIL, 2014).

A fim de nortear a atuação do psicólogo no sistema prisional, o Conselho Federal de Psicologia construiu outras duas cartilhas para fundamentar o trabalho do profissional. Apesar

disso, em nenhuma das cartilhas é exposta a vertente da sua atuação dentro das unidades, não havendo diferenciação de orientações ou discussão relativas à atuação do psicólogo na saúde prisional ou no âmbito penal mais geral (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2012, 2016).

Em uma dessas, é possível encontrar uma importante discussão acerca da aplicação (ou não) de exames criminológicos para fins de prognósticos de reincidência de sujeitos privados de liberdade. Inicialmente, como foi visto no histórico de atuação do psicólogo no Sistema Penal, suas tarefas se dirigiam e resumiam na aplicação de testes e construção de laudos e pareceres, função que nos dias de hoje se tornou menos usual frente as possibilidades e demandas de uma instituição prisional (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2012).

Os exames criminológicos são realizados por diversos profissionais do Sistema Prisional, dentre eles, o psicólogo. Esse exame tenderia a ser utilizado como ferramenta para o processo de cumprimento de pena das pessoas privadas de liberdade, portanto seria aplicado em duas formas: inicialmente, com a entrada do sujeito no sistema, a fim de determinar o tipo de tratamento penal individualizado, avaliando aspectos de sua personalidade; e num segundo momento, como fator decisivo para o desenvolvimento da progressão de PENA (REISHOFFER; BICALHO, 2017).

O Conselho Federal de Psicologia (2011), frente a atuação do psicólogo, questiona a necessidade e consequências de um exame criminológico como responsabilidade do profissional da Psicologia. Em 2011, foi regulamentada uma Resolução CFP 012/2011, que proíbe a construção de qualquer tipo de documento que descreva um prognóstico de reincidência do sujeito apenado, uma vez que o trabalho do psicólogo busca diminuir processos de estigmatização dos indivíduos e sua exclusão social, conhecendo que o exame criminológico pode levar a essas questões. Além disso, na justificativa de vedar a realização do Exame Criminológico pelo psicólogo, a Resolução deixa claro que:

Quanto ao “prognóstico criminológico de reincidência”, afirmamos categoricamente que não existe nas ciências psicológicas qualquer forma, meio e/ou instrumento que possibilite a execução desta prática. Isto porque a “reincidência”, no contexto aqui definido, é considerada um comportamento criminal repetitivo que, como qualquer outro comportamento humano, não pode ser completa e plenamente previsto por um único recurso. Problematizações, ética e orientações Conselho Federal de Psicologia O comportamento humano, seja qual for, é resultado e resultante de uma infinidade e multiplicidade de fatores de ordem subjetiva que, pela sua alta complexidade, não podem ser isolados e categorizados como mais ou menos influentes para qualquer tipo de manifestação humana (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2016, p.16).

No ano de 2015, porém, foi promulgada sentença relativa ao processo aberto pelo Ministério Público Federal contra o Conselho Federal de Psicologia, declarando a nulidade da Resolução nº 12/2011 (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011).

Além dessa discussão, uma das cartilhas reforça que, para alcançar o objetivo de promover a ressocialização do preso e integrá-lo novamente em sociedade, o trabalho dos psicólogos no sistema prisional, seja na área da saúde ou não, deve visar uma atuação em rede, mantendo uma comunicação e troca de exercícios entre a comunidade e as instituições de apoio social e de saúde de cada estado e município. Isto possibilita e facilita uma visão de atuação em atenção integral sobre o sujeito privado de liberdade (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2012).

A cartilha com conteúdo mais atual sobre o exercício profissional do psicólogo no sistema prisional, publicada em 2016, traz uma visão interessante e importante desse profissional em seu ambiente de trabalho. Aponta a importância da implicação do sujeito psicólogo em atividades que gerem modificações tanto nos indivíduos privados de liberdade quanto nas equipes de trabalho e no sistema num todo. Mostra uma capacidade potencial do psicólogo, no lugar e posição que se encontra, para ações que gerem mudanças na percepção dos apenados e dos trabalhadores envolvidos no âmbito prisional, a fim de produzir modificações nas formas de tratamento em saúde integral da pessoa privada de liberdade. Coloca o psicólogo como ator esclarecedor de mitos e preconceitos que envolvem o Sistema Penitenciário e os sujeitos apenados, possibilitando uma ponte de ligação entre a sociedade e a comunidade privada de liberdade (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2016).

O documento, como pôde ser visto, não apresenta normas técnicas específicas que delimitem a atuação da Psicologia e dos psicólogos(as) nas prisões, seja na atuação mais genérica, seja como membro das equipes de saúde. Ele disponibiliza apenas reflexões críticas para se pensar em um fazer psicológico, dentro das especificidades de cada campo, que possam abranger os diversos aspectos envolvidos no contexto do sistema prisional e do histórico de cada indivíduo que ali vive, constrói e ali também sofre. Portanto, elucida ao profissional de Psicologia que, independente das circunstâncias de sua atuação, deve buscar junto aos internos e frente ao sistema, possibilidades de horizontes de vida desse sujeito, trabalhando sua autonomia, responsabilidade em sua vida e sua construção da própria identidade como pessoa incluída em contexto social (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2016).

Por fim, esses trabalhos colocam em questão a atuação do psicólogo no sentido de compromisso com sua profissão e para com o ambiente de trabalho que está inserido, propondo maneiras de pensar em ações que possam modificar o âmbito e a lógica do trabalho da Psicologia no sistema prisional em busca de melhorias, tanto para os sujeitos encarcerados em celas, quanto aqueles que ali trabalham e também se encontram, de certa maneira, em modo de cárcere nas instituições prisionais. Motivam os profissionais a se manifestar e estabelecer posições que possam corroborar em objetivos comuns, incluindo a proposta de construir formas de contato entre os profissionais da área, entre estes e a comunidade/sociedade e com as instituições externas aos presídios que possam auxiliar na atenção integral ao sujeito preso. Isto diz de refazer novos caminhos, necessários e urgentes para o âmbito prisional brasileiro (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2016).

Diante das questões discutidas até então sobre o trabalho do psicólogo no ambiente prisional brasileiro e, ainda, frente a pouca clareza referente às características específicas de atividades desempenhadas pelo psicólogo no âmbito da saúde prisional, é que surgiu a proposta desta pesquisa.

5 CONCLUSÃO

O estudo possibilitou conhecer as políticas públicas de saúde e as demais que estabelecem a prática do psicólogo da saúde junto ao público privado de liberdade e o que propõem como prática deste profissional; investigou os principais desafios e dificuldades enfrentados pelos psicólogos nessa área de atuação e levantou o que se tem discutido sobre alguns temas transversais que influenciam o trabalho do psicólogo neste contexto, tais como: risco de suicídio dos apenados, uso abusivo de psicotrópicos ou dependência química e agravos emocionais na população prisional; estrutura, condições físicas e sanitárias das unidades prisionais.

A escassez de estudos que tratam diretamente do tema central dessa pesquisa, ou seja, que retratam de forma clara e objetiva a atuação do psicólogo da saúde em unidades de saúde prisionais brasileiras foi observada. Ao mesmo tempo, essa dificuldade confirmou a relevância do tema proposto e a extrema e urgente necessidade de se construir estudos científicos acerca da atuação do psicólogo em saúde prisional no Brasil, posto que essa área de atuação em Psicologia se tornou uma possibilidade para os profissionais desde a inauguração do primeiro plano de atenção integral à saúde do preso, em 2003, havendo já um

extenso caminho percorrido pelos profissionais da área. Existem, em vista disso, um grande arcabouço de experiências, vivências e conhecimentos, por parte dos psicólogos da saúde prisional, que merecem ser compartilhados e creditados pelo meio científico.

Considera-se, ainda, que os resultados que foram coletados com sucesso, embora relacionados mais aos temas transversais, trarão maior facilidade em futuras pesquisas sobre o assunto, pois cumprem a função exploratória de fornecer conhecimento sobre o que já existe de produção e o que está em falta. Foi considerado de grande importância o registro da escassez de produções científicas que sanassem a primeira questão deste trabalho, podendo assim, colocar futuros pesquisadores da área em alerta para a temática específica da atuação do psicólogo na saúde prisional no Brasil.

6 REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 jul. 1984.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. p. 018055.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Interministerial nº 1.777/2003, de 09 de setembro de 2003. Aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário Brasileiro. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 09 set. 2003.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano nacional de saúde no sistema penitenciário**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Justiça. Conselho Federal de Psicologia. **Diretrizes para a atuação e formação dos psicólogos do sistema prisional brasileiro**. Brasília: Ministério da Justiça, 2007.

BRASIL. Ministério da saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 482, de 1 de abril de 2014. Institui normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União Brasília, Brasília**, DF, 01 abr. 2014.

CAMPOS, F.; GUARIDO, E. L. O psicólogo no SUS: suas práticas e as necessidades de quem o procura. In: SPINK, M. J. (Org.). **A psicologia em diálogo com o SUS**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007, p.81-103.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **A prática profissional dos (as) psicólogos no Sistema Prisional**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução CFP 012/2011, de 02 de junho. de 2011. Regulamenta a atuação da(o) psicóloga(o) no âmbito do sistema prisional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2 jun. 2011.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências técnicas para a atuação das (os) psicólogas (os) no Sistema Prisional**. Brasília: CFP, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **O trabalho da (o) psicóloga (o) no sistema prisional: problematizações, ética e orientações**. Brasília: CFP, 2016.

COUTO, L. L. M.; SCHIMITH, P.B.; DALBELLO-ARAUJO, M. Psicologia em ação no SUS: a interdisciplinaridade posta à prova. **Psicol. Cienc. Prof.**, Brasília, v. 33, n. 2, p. 500-511, 2013.

DIAS, F. X.; SILVA, L. C. A. Percepções dos Profissionais sobre a Atuação dos Psicólogos nas Unidades Básicas de Saúde. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 36, n. 3, p. 534-545, set. 2016.

DIMENSTEIN, M. O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 6, n. 2, p. 57-63, dez. 2001.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. 26 ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2002.

LERMEN, H. S. et al. Saúde no cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 905-924, set. 2015,

REISHOFFER, J. C.; BICALHO, P.P.G. Exame criminológico e psicologia: crise e manutenção da disciplina carcerária. **Fractal, Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 34-44, abr. 2017.

SPINK, M. J. P et al. **A psicologia em diálogo com o SUS**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

TAVARES, G.M.; MENANDRO, P.R.M. Atestado de exclusão com firma reconhecida: o sofrimento do presidiário brasileiro. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 86-99, jun. 2004.