

ENSAIO

Causas e efeitos dos estigmas sociais na desassistência em saúde de populações vulneráveis: vamos falar sobre isso?

Causes and effects of social stigmas on poor health care for vulnerable populations: shall we talk about it?

Cláudia Brito¹

Resumo

Estigmas associados à População em situação de rua (PSR) e às Pessoas privadas de liberdade (PPL) são fruto de uma construção socio-histórica e implicam sofrimento físico e psíquico, rupturas familiares e sociais, afetando a reintegração social e o direito à cidadania. A proposta deste ensaio é refletir sobre estigmas e discriminações impregnados na vida cotidiana da PSR e PPL, suas causas estruturantes e consequências no cuidado de saúde. Nosso argumento é que eles constituem importantes barreiras no cuidado para aquelas pessoas mais necessitadas, bem como no autocuidado. Por outro lado, os profissionais de saúde têm papel estratégico no seu enfrentamento. Para percorrer esse caminho, utilizou-se contribuições teóricas das ciências humanas-sociais e experiências da vida real, obtidas por meio de entrevistas com essas populações e profissionais de saúde que as atendem. Nossa aposta é que conhecer melhor aquilo que se teme e refletir sobre nossas ações, geralmente burocráticas e automatizadas, representam passos importantes para a ressignificação e diminuição de preconceitos, impactando também a vida do binômio profissional-paciente e a produção de sentido e melhoria do cuidado prestado.

Palavras-chave: Pessoas em Situação de Rua; Pessoa Privada de Liberdade; Estigma Social; Introdução¹

Abstract

Stigmas associated with the unhoused and persons deprived of liberty (PDL) are the result of a historical social construction and imply physical and psychological suffering, family and social ruptures, that affect the social reintegration and the right to citizenship. The purpose of this essay is to reflect on stigmas and discrimination impregnated in the daily life of unhoused and PDL, their structural causes and consequences in health care. Our argument is that they constitute important barriers in the care for those whom most need it, as well as self-care. On the other hand, health professionals have a strategic struggle role. To follow this path, theoretical contributions from the human and social sciences and real-life experiences were used, obtained from interviews with these populations and the health professionals whose take care of them. Our bet is that knowing better what is feared and reflecting on our actions, which are generally bureaucratic and automated, represent important steps towards resignify and reducing prejudices. Also impacting the life of binomial professional-patient and the production of meaning and improvement of the care provided.

Keywords: Transgender persons; Transsexualism; Sex reassignment procedures; Healthcare models.

Introdução

Tem uns [profissionais de saúde] que são nojentos, nojento, tem nojo dos outros. Olha pra sujeira, ele te olha pelo que tu tá mostrando, um pé sujo, e tal. Deus que me perdoe! O ser humano é assim, ele te olha

o negativo. E o positivo?! Quantos deles me vê como um ignorante, um monstro? Mas eu não sou ignorante nem um monstro, pelo contrário. Eu mudo quando entro num lugar assim. Tem lugar que tu tem que mudar. Eu fico reservado. [Você] fica mais calado, só observa, só percebe e ri¹.

¹ Cláudia Brito (cbrito@ensp.fiocruz.br) possui graduação em Psicologia, Especialização em Gestão Hospitalar, Residência, Mestrado e Doutorado em Saúde Coletiva. É Pesquisadora Titular do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, da Escola Nacional de Saúde Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (DAPS/ENSP/Fiocruz). ORCID: 0000-0002-7982-6918

Historicamente, o hospital nasceu como um local caritativo, destinado a pobres e excluídos e, até hoje, os serviços de saúde são vistos como lugares

onde buscamos aplacar dores, sofrimentos e até a morte. Contudo, muitos usuários sentem-se inseguros, desrespeitados e desprezados e reclamam da falta de interesse sobre si e do seu problema.

Os motivos para esse desencontro são diversos: problemas no modelo assistencial hegemônico “centrado no procedimento” em vez do “usuário centrado”, na formação dos trabalhadores de saúde, eminentemente prático, ignorando aspectos emocionais, crenças e valores de profissionais e pacientes, criando tabus na área da saúde.

Um desses “tabus” é a dissimulação dos sentimentos de desprezo e ojeriza em relação ao outro, negando a existência de preconceitos e discriminações dentro dos serviços de saúde, (re)produzindo desamparo e impedimento ao cuidado.

Comumente, atribui-se ao preconceito um comportamento volitivo, involuntário ou preferencial, todavia, os estigmas sociais são fruto de um processo de construção social que produz segregação e depreciação². Nos serviços de saúde, atuam como diversas barreiras de cuidado para os mais necessitados, como a População em situação de rua (PSR) e as Pessoas privadas de liberdade (PPL), além de afetar a prática de autocuidado. Instituições de saúde são espaços de poder e controle profissionais; soma-se a isto condições de aflições, fragilidades e vulnerabilidade de usuários, potenciando a gravidade de danos físicos e psicológicos, caso ações discriminatórias ocorram.

O objetivo deste artigo é refletir sobre estigmas e discriminações impregnados na vida cotidiana da PSR e PPL, suas causas estruturantes e consequências no cuidado de saúde.

Para iniciar, seria instigante refletir: A PSR e a PPL são sujeitos alienados ou sensíveis aos preconceitos que sofrem? Como os estigmas impactam o cuidado de saúde e exclui os mais vulneráveis? É possível cuidar de quem tem valores e comportamentos que nos gera repugnância ou medo?

Apresentar as duas populações conjuntamente é intencional e visa mostrar que ambas refletem nossa história escravocrata brasileira de racismo e desigualdade estrutural, e, por conseguinte, muitos pertencem às duas categorias (PSR e PPL).

Para sustentar esses argumentos introdutórios, partiremos de uma breve apresentação do perfil da PSR e PPL para analisar a estrutura social brasileira e os fatores econômicos capitalistas, com vistas a compreender essas populações, o contexto em que vivem e os estigmas sociais (conjunto de preconceitos e discriminações sociais) aos quais são submetidos. Para tal, recorreremos à área de conhecimento das ciências humanas e sociais^{3,4,5,6,7} e dados de pesquisa própria^{1,8}.

A PSR tem sua história de vida marcada por rupturas, perdas de vínculos, desemprego, exclusão social e associação com atos violentos e criminosos⁸. No senso comum da sociedade, e reforçado pela mídia, é tratada como vagabunda, suja, louca, fedorenta, perigosa e coitada, o que contribui para a construção de uma identidade marcada por simbolismos sociais altamente estigmatizantes, além de legitimar reiteradas violências contra ela⁸.

Apesar do perfil heterogêneo dessa população, há predominância do sexo masculino, de adultos e jovens adultos, da raça negra, de baixa escolaridade e renda, de subemprego e ausência de documento de identificação. Sobre a situação de saúde, existe alta prevalência de doenças como Tuberculose, HIV/aids, dermatites, problemas bucais, comorbidades psiquiátricas, gravidez de risco e uso abusivo de álcool e outras drogas⁸. Apesar de viverem em extrema pobreza e alta vulnerabilidade social, poucos conseguem acesso às políticas públicas sociais⁸.

O perfil das PPL já é mais homogêneo e majoritariamente composto por homem, jovem com até 29 anos (44%), negros e pardos (69%), baixa escolaridade (57%) e moradores de favelas e periferias urbanas¹¹.

As mulheres representam cerca de 5% de toda a população carcerária brasileira¹¹. Em relação aos delitos

¹¹ Relatório Consolidado Nacional - 12º Ciclo. Sistema de Informações do Departamento Penitenciário Nacional (SISDEPEN). Período: Jan a Jun 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/depen/pt-br/servicos/sisdepen/relatorios-e-manuais/relatorios/relatorios-analiticos/br/brasil-junho-2022.pdf>

praticados, 40% são crimes contra o patrimônio, 29% crimes relacionados às drogas e 15% crimes contra a pessoa. Em relação ao tempo de pena, a maioria teve pena de 4 a 8 anos, seguido do intervalo de tempo de 8 a 15 anos, 26% são presos provisórios, isto é, ainda não têm uma condenação definitiva¹.

A partir dessa apresentação resumida, podemos deduzir que se jovens, negros e pobres são a maioria dessas populações, logo, esse perfil tem vocação para marginalidade. No entanto, nosso argumento é que eles são sacrifícios humanos da estrutura histórica da sociedade brasileira, fundamental para ilustrar a relação entre estigmas, discriminações e população marginalizada.

Como a hierarquia de classes, o racismo e a desigualdade social se relacionam com os estigmas sociais?

Ambas as populações vulnerabilizadas e marginalizadas são predominantemente negras, com baixa escolaridade, renda e baixo capital social. Quando refletimos sobre a tipificação dos crimes cometidos pela população carcerária percebemos que mais da metade é sobre patrimônio, podendo ser, inclusive, um celular ou um pedaço de carne. A soma dos dois delitos mais comuns perfaz 69% dos crimes, na sua maioria, motivados pela pobreza e extrema pobreza. A dedução dessa análise é baseada no argumento de que os grandes “tubarões” do tráfico de drogas, que se enriquecem e conquistam posição de poder no País, nunca são identificados ou encarcerados. Além disso, a mídia é recorrente em mostrar “a raça” como determinante na forma como o agente policial conduz uma abordagem ou tipifica certos crimes: ser negro é condição *sine qua non* de suspeito. Complementa essa ideia o fato de que três em cada cinco mulheres cumprem pena por crimes ligados ao tráfico, atuando como “mulas”, como atividade de subsistência. A pobreza impulsiona as mulheres para o envolvimento com atividades criminosas, geralmente relacionadas ao tráfico de drogas.

Ser homem jovem negro favelado representa a tipificação estereotipada da população prisional

brasileira, em decorrência de atributos como raça branca, alta escolaridade e renda funcionarem, com eficiência, na proteção contra o encarceramento. Seja pelo poder aquisitivo, seja pelo capital político e social influentes, pessoas de classes privilegiadas podem pagar advogados e conseguir driblar o sistema de execução penal no Brasil. Contudo, no senso comum, o que prevalece é a representação de que pessoas da raça branca raramente cometem crimes e são vítimas de bandidos de cara jovem, negra e favelada - além de funkeiros e envolvidos com o tráfico de drogas.

Assim, o perfil do encarceramento não representa necessariamente o retrato de criminosos no Brasil, apesar da crença de criminoso recair sobre jovem-negro-favelado, retroalimentando o sistema estrutural de estigma e preconceito.

Assim, no Brasil, a “cor” é um elemento definidor de identidades servis e de exclusão social, resultando na denominada “subcidadania”, que os impossibilita usufruir dos direitos e das condições básicas de existência e subsistência³.

As manifestações de uma sociedade racista e desigual são observadas em diferentes âmbitos da vida social e na forma de funcionamento de suas instituições: presentes no sistema penitenciário, judiciário, de saúde e educação.

Bourdieu⁴ mostrou o quanto nossas escolhas e comportamentos nem sempre são atos refletidos e intencionais, mas formas de legitimação do privilégio das classes superiores contra as classes populares. Desta maneira, objetos de decoração, grifes de vestuário, gostos ou comportamentos são *habitus* ou representações estéticas plenas de valor simbólico que refletem a posição que o sujeito ocupa na estrutura social. Por exemplo, beber whisky ou cachaça, fumar charuto ou *crack*, ouvir música clássica ou funk, não são gostos independentes dos indivíduos, mas valores simbólicos ou comportamentos aprendidos que diferenciam os sujeitos entre as classes sociais.

Além da hierarquia entre as classes superiores e populares, há uma subdivisão das classes populares



entre trabalhadora e marginalizada/excluída e, tanto as superiores quanto a trabalhadora infringem-se contra os marginalizados e excluídos. Contudo, a existência dessa classe de excluídos é essencial para que as outras sejam superiores.

Assim, essas hierarquias são invisíveis, no sentido de não serem conscientemente refletidas pelos sujeitos, todavia, as consequências para todos são avassaladoras, pois atuam sobre representações de identidade e preconceito que atravessam as relações sociais e produzem admiração por alguns e desprezo por outros³. Nesse tocante, tanto quem trata com humilhação e desprezo um marginalizado, quanto com pena e compaixão, são faces da mesma moeda, por sentirem a si mesmas superiores, e os marginalizados inferiores³. Ações exclusivamente de caridade feitas pela elite aos vulnerabilizados, em detrimento de lutar e pressionar por políticas que visem à diminuição da desigualdade social, são fruto dessa mesma lógica, atendendo tanto aos preceitos de superioridade quanto aos religiosos de benevolência e piedade.

O crescimento da violência na sociedade brasileira também é decorrente da ausência de uma cidadania minimamente aceitável para uma boa parcela da população (desigualdade social), do esvaziamento ético das relações sociais e do crescimento do individualismo frenético, em detrimento da coletividade⁵. De forma prática, a impossibilidade que grande parte das classes populares tem de acessar bens e valores destacados pela mídia e valorizados culturalmente, incentiva tensões, conflitos, ódio entre as classes e culmina no fortalecimento do mundo do crime⁵. Os delitos seriam a forma pela qual os excluídos atingiriam essas aspirações.

As representações sociais relacionadas à PPL são de pessoas violentas, suspeitas, não confiáveis e de baixa possibilidade de recuperação, promovendo sentimentos de descrédito e baixa autoestima, que produzem barreiras para obtenção de emprego, para ressocialização e acesso às medidas garantidoras de direitos sociais. Esses estigmas permanecem mesmo quando o egresso do sistema prisional consegue

arrumar emprego, pois qualquer delito que aconteça no ambiente de trabalho, automaticamente o colocará como suspeito. Por outro lado, se ele esconde sua condição de ex-detento para obtenção de trabalho ou vínculo afetivo, é taxado como não-confiável e praticante criminal. O egresso do sistema prisional raramente “cumpre” sua pena no imaginário social mesmo que esteja em liberdade, pois sempre será visto como um delinquente em potencial.

Essas acepções estigmatizantes, tanto para PSR quanto para PPL, alimentam barreiras e distanciamento entre esses indivíduos e a população em geral, aumentando desconhecimento e atitudes de preconceito, desprezo, hostilidade e perversidade contra elas. Estigmas associados à PSR e PPL são fruto de uma construção histórico-social e provocam sofrimento psíquico, sentimento de vergonha, afastamento das relações familiares e sociais, afetando a reintegração social e o direito à cidadania. O nazismo alemão desenvolveu uma estratégia para transformação de cidadãos de direito (judeus, deficientes, ciganos) em “mortos-vivos”, qual seja: sujeitos indesejados, considerados sem valor, sem pertencimento, supérfluos⁶. Assim, “morto-vivo” é aquele tratado como se não existisse, como se os acontecimentos de sua vida não interessassem a ninguém, como se estivesse morto, e o método exitoso para essa transformação é a eliminação sistemática do direito, da moral e da singularidade das pessoas⁶, bem similar ao que acontece com a PSR.

Preconceito, discriminação e desassistência têm influência direta nesse processo. Essas vivências somadas (família, serviços e sociedade) atuam na transformação do cidadão em “morto-vivo”, afetando autoimagem e autoestima, provocando descaso no atendimento de pessoas, justamente aquelas com as maiores necessidades sociais.

Para conseguir algumas conquistas, afetos e driblar o preconceito contra si, o egresso do sistema penal comumente recorre ao sigilo sobre seu encarceramento, enquanto a PSR, por ser mais desafiante esconder a sua situação de rua, opta pelo afastamento de seus familiares e redes de apoio sociais.



Como o neoliberalismo, o neoconservadorismo e as políticas públicas se relacionam com os estigmas sociais?

O neoliberalismo e o neoconservadorismo são faces do capitalismo global que também produzem efeitos nocivos na vida e no sofrimento das pessoas vulnerabilizadas, pois ambos propõem a mesma solução do Estado mínimo para a estabilização do sistema econômico. A lógica neoconservadora criminaliza programas sociais, políticas públicas e os pobres como responsabilidade do Estado, e credita como atribuição das famílias, da Igreja (caridade) e da comunidade.

Para colocar em prática esse Estado mínimo, a principal atuação neoliberalista é a restrição orçamentária que impõe limites aos gastos (teto dos gastos) com políticas públicas sociais, forçando a sua descontinuidade e, conseqüentemente, aumentando a pobreza que impacta o quantitativo de pessoas vivendo na rua ou a ocorrência de crimes como forma de subsistência. Por outro lado, essa limitação orçamentária nunca recai sobre o ganho do mercado, dos ricos, da elite.

Em países desiguais como o Brasil, priorizar o lucro das grandes corporações, em detrimento da diminuição da iniquidade social, com o argumento exclusivo de geração de empregos – sem qualquer direito trabalhista –, é governar em favor da desassistência e do impedimento ao acesso da população aos direitos fundamentais. É deixar de ter a cidadania como valor, para ter consumidores, empreendedores (trabalhadores que estão à própria sorte) ou desassistidos. Nessa lógica de sociedade, quem não tem emprego e poder de compra, não tem qualquer valor, é descartável.

Krenak⁹ alerta sobre as tendências destrutivas do processo produtivo capitalista, calcado no consumismo desenfreado, na devastação ambiental e visão excludente da humanidade e da vida.

O desfinanciamento de políticas sociais, em contextos de alta desigualdade social, impacta negativamente as condições de vida e trabalho, produzindo aumento da pobreza e da extrema pobreza. Quando aliamos isso a uma situação de inflação e restrição econômica, aumenta-se o acirramento de disputas sociais pela competição de recursos – ou empregos

– escassos e a indiferença sobre as vidas das classes mais desprestigiadas ou marginalizadas. Sem poder de compra ou consumo, objetivo principal do capitalismo, essas pessoas passam a ser consideradas um peso para sociedade, além de inúteis e custosas. Por conseguinte, sem dinheiro para custear moradia, alimentação e necessidades essenciais, muitos irão aumentar o uso de drogas ilícitas baratas como o *crack*, que auxilia tanto para driblar a fome quanto o sofrimento decorrente do sentimento de desvalia.

O uso de drogas por populações marginalizadas aumenta a ojeriza contra essas pessoas e amplia a visão delas como pessoas incapazes de conviver, colocando-as continuamente como um risco para a sociedade e reforçando argumentos a favor da adoção de políticas públicas repressivas e arbitrarias. Esse é o combustível que alimenta a prática higienista do neoconservadorismo, orientado pela lógica da “limpeza urbana” e “revitalização” dos espaços públicos. Pelo discurso de defesa da sociedade, oportuniza criminalização, exclusão e internação compulsória de usuários de drogas e violação de direitos humanos, em detrimento do cuidado e da integração social.

Ainda sobre o “controle das drogas”, a política de segurança pública brasileira baseada na ostensiva e abusiva força policial, como “tiro, porrada e bomba”⁷, tem o intuito de separar os “cidadãos de bem” dos “cidadãos do mal”, os ditos irrecuperáveis, integrantes das “classes perigosas”. Como um círculo vicioso, ela resulta no agravamento do temor individual e da insegurança coletiva, além das mortes pela classe social, cor e idade conhecidas⁷. Essa é mais uma faceta do aparato governamental que alimenta estigmas, preconceitos racistas, mata a população negra, pobre e marginalizada e não resolve o grave problema de violência nacional.

São políticas públicas que pretendem enfrentar um problema complexo, apostando em soluções simplistas e comprovadamente ineficazes, o que contribui para que serviços, profissionais, famílias e sociedade se vejam cada vez mais frustradas em relação aos resultados esperados e saibam cada vez menos lidar com as situações, até mesmo agravando-as.



Apesar de o uso de drogas ilícitas perpassar várias camadas sociais, as classes marginalizadas são automaticamente tipificadas como traficantes, “mulas”, “perigosas”, alimentando o encarceramento da população pobre negra, sustentado pelo discurso moral.

O efeito do neoliberalismo, do conservadorismo, do racismo e da desigualdade social promove diversos destinos de sofrimento para muitos brasileiros.

Como estímulos e discriminações se expressam no cotidiano da PSR e da PPL?

Com o intuito de mostrar que os estímulos e discriminações são parte estrutural da sociedade, fizemos uma breve reflexão sobre a estrutura social e econômica brasileira. A seguir, recorreremos aos resultados de pesquisa própria para evidenciar como os estímulos estão presentes diuturnamente na vida das pessoas que têm a marca da marginalização (pretos, pobres, periféricos).

Trazer relatos dessas pessoas possibilita evidenciar tensões, sofrimentos e barreiras ao cuidado de saúde que ficam banalizados na vida cotidiana.

A maioria do pessoal de rua, para mim eles não são de Deus, porque eles só têm ideia maligna, ideia ruim. [...] Eles se acomodam ali, comem e dormem. [...] Eles não pensam em trabalho, em dinheiro, em sua independência mais. Eles só pensam em coisa ruim, roubar outro que não tem. Covardia, ruindade, sanguinário

(Homem, 66 anos, PSR)

Essa narrativa representa uma boa parcela da população brasileira, mas foi feita por quem vive há quase 40 anos em situação de rua. Ele espelha os estímulos da sociedade sobre a PSR e mostra que o peso do julgamento da PSR sobre si é tanto ou mais cruel do que o da população em geral.

O auto preconceito, de quase a maioria dos pacientes, estendeu-se também às drogas, em especial ao crack, às doenças psiquiátricas, à Tuberculose, ao HIV/aids e ao trabalho de “catação” (reciclagem)

e prostituição. Características muito imbricadas com quem está em situação de rua. O auto preconceito atua como um mecanismo de defesa contra o sofrimento gerado pelo estigma contra si. Por meio da autonegação ou da diferenciação de si em relação à PSR, tem-se a percepção de não pertencer àquele grupo estigmatizado e, ao mesmo tempo, integrar-se à sociedade.

Apesar de a população em geral tentar tratar a PSR de forma invisibilizada, olhares de julgamento, nojo ou pena são percebidos, promovendo sentimento de impotência e sofrimento.

Quando eu tô gordona é muito bom, as pessoas me olham com outro olhar, ou tu acha que eu gosto de ser olhada com olhar de pena? Ou então de nojo e de crítica, entendeu? É vários olhares, cada pessoa pensa de um jeito, entendeu? Eu não gosto de viver assim, mas eu não consigo. Eu queria trabalhar, estudar, ir pra praia, pro cinema.

(Mulher, 43 anos, PSR, HIV+)

Atividades de sustento e sobrevivência comuns à da PSR, como catação, garimpo e reciclagem, são vistas de forma preconceituosa pela própria PSR, que considera como trabalho digno aquele com carteira assinada, por sua representação social. O exercício de “desestigmatizar” a atividade do catador de material reciclável, enfatizando sua perspectiva sustentável e essencial para o meio ambiente, é inócua, tendo em vista que o produto da catação está impregnado do simbolismo daquilo que foi rejeitado, do resto, do lixo.

Para Dejours (1999)¹⁰, o estigma de se trabalhar diretamente com o que foi rejeitado pelo outro é como se o material descartado, excluído, “contaminasse” o catador, que também é excluído socialmente. Nesse nexos, as pessoas não se distinguem do lixo, mesmo que ele seja gerado pelo consumo exacerbado e supérfluo da elite (classe superior), e a classe marginalizada faça sua “limpeza”.

Os preconceitos com diagnósticos estigmatizantes relacionados socialmente com a pobreza

(dependência química, doença mental, HIV/tuberculose) interferem no autocuidado e na continuidade do tratamento de doenças com graves consequências para a saúde e vida do paciente e seu grupo de convívio.

O *crack*, além dos efeitos danosos ao corpo físico e mental, atua também contra autoestima, provocando sofrimento e sentimento de vergonha e rupturas familiares. Tido por eles como “o pior dos mundos”, o estereótipo do *crack* mescla-se com os próprios usuários, personificado pelo nome *cracudo*. Ser mulher, usuária de *crack* e viver na rua representa um triplo preconceito, por conta dos valores sociais conservadores e sexistas.

A PSR sofre reiterados estigmas simultâneos (“vive e come do lixo”, “cracudo”, “estou te dando dinheiro para comida, não vai comprar cachaça, viu?!”, “sujo”, “espírito ruim”, etc) e talvez por isso, um entrevistado faça uma autocrítica sobre como não reproduzir preconceitos: se você não viveu aquela história, não julgue!

Minha vida é loucura, pois já fiz de tudo... até dar a bunda eu já dei, doutora, já tentei, porque doeu para cacete e eu desisti da ideia [...] Mas que eu tentei, tentei. Não quero ter um preconceito. Eu tenho que ter conceito. Pra ter um conceito, eu tenho que experimentar.

(Homem, 47 anos, PSR).

Parte dos estigmas e preconceitos vivenciados pela PSR também é compartilhada pela PPL (raça, baixa escolaridade, limitada experiência profissional, baixo capital social e escassez de contatos devido ao encarceramento, uso abusivo de álcool e outras drogas e doenças estigmatizantes), que também são usadas para legitimar desassistência e violar direitos fundamentais.

Assim, quando a PPL chega à prisão, ela já traz consigo uma coleção de estigmas e vulnerabilidades, como pobreza, evasão escolar e histórias de reiteradas violências.

Quando sai do sistema penitenciário, é vista tão somente pela perspectiva de ter cometido

um crime, como se não houvesse nenhum outro aspecto positivo. São pessoas indesejadas, não confiáveis, perigosas, e parte dessa representação estigmatizante é estendida para os familiares (pais, companheiros e filhos) da PPL, seja pela “explicação” genética ou pela “influência do meio familiar”, ambas de cunho moral.

Dentro do sistema prisional, o sujeito enfrentará inúmeros estigmas (doenças estigmatizantes, religião que segue, grupo que o protege dentro do cárcere, facção criminosa à qual pertence), que trarão inúmeras consequências para a PPL, podendo ser restritivas (inclusive de acesso ao serviço de saúde), punitivas e até perigo de morte.

Fora do sistema prisional, os estigmas mudam, mas continuam, muitas vezes por toda a vida, mesmo que o sujeito já tenha cumprido sua pena. Os estigmas do encarceramento obstaculizam a reinserção familiar, social e trabalhista, a qual, na percepção da sociedade, é de responsabilidade exclusiva dos egressos do sistema penal.

O maior preconceito para o ex-detento é aquele que impede ele de se inserir no mercado de trabalho. Como a maioria é de origem pobre, voltar para casa, desempregado, representa mais uma boca para comer. Dá um sentimento de ser um peso para a família.

(Homem, 50 anos, regime semiaberto)

Após recusas reiteradas de emprego, e com baixa autoestima, uma grande parcela volta para o crime como forma de subsistência e autoestima. Assim, para ele, os maiores estigmas são sofridos dentro da própria família.

Da perspectiva do trabalhador de saúde, a seletividade nas prisões (pretos e pobres) e o estigma da periculosidade, passaram a ser vistos como uma característica intrínseca da pessoa.

Passaram a enfatizar as pessoas enquanto sujeitos perigosos, e não pessoas vivendo

em situações que acabam levando a conflitos e tensões que resultam em algum tipo de violência, das quais muitas vezes elas também são vítimas.

(Mulher, 30 anos como profissional de saúde do Sistema Prisional).

Como fundamento do direito para prevenir comportamentos criminosos futuros, o Estado penal-psiquiátrico passa a adotar a “personalidade criminosa” ou periculosidade (presumida) do sujeito baseada na probabilidade (estatística) de ele cometer novos crimes, utilizando sua condição biopsicológica supostamente “comprovada” pela ciência médica, sem levar em conta a complexidade do comportamento humano¹¹ e a realidade na qual ele está inserido. Basaglia (2010)¹² salienta sobre o papel do racismo como bode expiatório dentro de um grupo e a exigência de excluir/afastar aquilo do qual se tem medo.

No Brasil, o racismo é intrínseco ao conceito de periculosidade e foi base para as estratégias do Estado penal-psiquiátrico de confinamento e eliminação, para proteção da sociedade.

A construção do estereótipo do criminoso, com as características já conhecidas¹³, aliado à especulação do medo e da insegurança, legitimam a ideologia da defesa social, a política recrudescida de controle e repressão¹⁴ e o direito penal contemporâneo autodenominado de tratamento¹³. Contudo, a periculosidade social, que é constituída por estigmas para rotular os “perigosos”, não tem finalidade terapêutica e visa, tão somente, à defesa social.

Como se expressam estigmas e discriminações no contexto do cuidado de saúde da PSR e da PPL?

Estigmas e discriminações no âmbito dos serviços de saúde são percebidos tanto “nos olhares” do cidadão comum e de profissionais de serviços públicos quanto no tocante relato na introdução deste artigo. Também são percebidos pelos profissionais de saúde que atendem essas pessoas.

Atende, mas naquela discriminação, aquele racismo, né. Por ser usuária, por ser morador de rua, por ser isso, por ser aquilo. [...] preconceito, um desmerecimento de uns enfermeiros, de uns médicos, umas coisas assim. Entendeu? Por não ter endereço fixo, essas coisa.

(Mulher, 32 anos, PSR).

A representação mais comum da PSR, – sem documento, não domiciliado, usuário de droga –, reforça uma autoimagem negativa, que faz com que passem a se sentir constantemente indignas e indesejadas⁸.

Os profissionais de saúde que atendem a PSR relatam que o preconceito e a discriminação vividos por ela podem ser praticados pelos próprios profissionais, por outros pacientes ou na escolha de condutas mais baratas, autoritárias ou restritivas de autonomia.

Ser dependente químico em situação de rua ou grávida em situação de rua representa dupla carga discriminatória nos serviços de saúde. Há relatos de colocar o “social” no campo do diagnóstico e nem examinar o paciente ou optar pelo uso do gesso em vez da cirurgia, apenas por se tratar de PSR.

A prática da “Assistente Social da mão pesada” contra grávidas, induz o Conselho Tutelar a tirar a guarda da criança que nasce de moradora de rua drogada, sem buscar ou tentar construir qualquer rede de apoio ou políticas sociais para aquela mãe sair da rua junto com o seu bebê.

Essas práticas de negligência e desassistência revelam que a PSR é tratada como um sujeito desprovido de direito e dignidade. Em alguns casos, a vida da pessoa não depende do seu diagnóstico, mas da escolha de alguns profissionais, independentemente dos protocolos recomendados.

A PPL também sofre estigmas e discriminações por parte das equipes de saúde que a atendem. Nesse caso, há particularidades determinadas pela reclusão, uma vez que os cuidados de saúde são realizados por equipes internas do próprio sistema prisional (em espaços fora das celas), complementados pelo acionamento da rede do SUS. Assim, entre o preso e o

cuidado há o agente penitenciário – ou mesmo outros presos/grupos de presos que ocupam a mesma ala ou cela – que atua como facilitador ou obstáculo no acesso ao cuidado de saúde.

Essa “triagem” realizada pelos agentes nem sempre obedece exclusivamente a critérios como sinais ou sintomas apresentados pelos pacientes.

O acesso [ao atendimento] pode estar condicionado pela percepção do agente sobre o comportamento do preso. Ser disciplinado, ser confiável, suscitar desconfiança sobre alguma intenção de fuga ou delação. [...] Dada à relação de dominação do agente penitenciário sobre o preso, um simples acesso ao serviço de saúde pode resultar em alguma barganha, troca de favores ou informação pela PPL, deixando de ser um direito.

(Profissional de Saúde do Sistema Penitenciário)

Mesmo privado de sua liberdade e sob responsabilidade do Estado, a PPL não tem garantia de acesso aos direitos fundamentais, nem mesmo à saúde.

Por viverem em condições de confinamento, existem tensões e conflitos que envolvem, além dos agentes penitenciários, presos que pertencem a grupos segmentados por facções, religião, identidade sexual. Essas diferenças condicionam estigmas, moldam relações, geram hostilidade e garantem ou retiram direitos, inclusive o cuidado da saúde.

Além dessas diferenças de “pertencimento” aos grupos, o ambiente prisional é marcado por relações de desconfiança: seja entre presos, seja entre presos e agentes de segurança, seja entre ambos e profissionais de saúde. Então, se um preso não é confiável, se há desconfiança sobre algum plano de fuga ou receio que ele possa delatar algum segredo dos grupos aos quais pertença essa pessoa, mesmo com sintoma de alguma doença, pode ser impedida de receber cuidados de saúde.

Essa desconfiança tem sua base nos estigmas e discriminações geradas nas relações dentro

do sistema prisional, tais como: violenta, infame, mentirosa, manipuladora, perigosa, delatora etc – e condiciona desassistência.

Por outro lado, em situações que necessitam receber cuidado fora do sistema prisional, na rede do SUS – como hospitais, maternidades, consultas com especialistas, realização de exames etc –, as mulheres sofrem constrangimento pela escolta policial, pelo uso de algemas ou pelo receio de fuga que paira sobre elas. Os estigmas de pessoas perigosas e não confiáveis que a PPL carrega motivam atendimentos de saúde realizados com a porta aberta ou atendimentos mais ligeiros, implicando falta de privacidade e violações de direitos humanos e preceitos éticos, além de impactar a qualidade do cuidado que recebidos.

Diuana et al (2016)¹⁵ mostraram inúmeros casos de humilhações, tratamentos desiguais e violações de direitos de mulheres presas nos serviços de saúde. Leal e Sanchez (2014)¹⁶ constataram, inclusive, a imposição do uso de algemas, nas maternidades, em mulheres durante o pré-parto, parto ou pós-parto, embora a legislação proíba essa violência desmedida.

A representação estigmatizada da periculosidade da PPL gera uma tensão e medo entre os profissionais de saúde da rede SUS, propiciando violações éticas, atendimento sem privacidade e subcuidado de saúde.

Os estigmas em grupos altamente vulnerabilizados provocam uma autoimagem de pessoa indigna, que permite discriminações diárias e, sobretudo, a perda da sua condição humana, como alerta Arendt (1948)⁶. Como efeito, passa a ser uma pessoa destituída de afeto e “direito”, contra as quais, justifica-se a desassistência e reiteradas formas de violência contra ela, mesmo que o artigo quinto da Constituição Brasileira garanta que todos são iguais perante a lei e que o Sistema Único de Saúde (SUS) seja para todos.

Possibilidade de enfrentamento de estigma e discriminação no espaço de cuidado em saúde

As reflexões propostas mostram um emaranhamento de relações estruturantes da sociedade brasileira que passam a interagir e forjam estigmas e

discriminações coletivas, sem que o grupo alvo tenha feito diretamente nada contra quem o atende ou sem conhecer o seu contexto. Apenas por pertencer àquele grupo, justificam-se atitudes de descaso, desprezo, malefícios e omissões. Se o argumento é que esses sujeitos cometeram crimes, são perigosos, sujos ou nojentos, as atitudes discriminatórias são equivalentes.

O propósito deste ensaio é um convite para que cada cidadão (profissional de saúde, estudante, professor, paciente, familiar) pare e reflita sobre suas atitudes, sobretudo em espaços destinados ao cuidado em saúde e, a partir dele, brote uma semente de respeito e dignidade na história de vida dessas pessoas.

O preconceito pode se expressar por impedimento de acesso, altas precoces ou condutas não recomendadas, mas também por olhares e ações não-verbais. Em contrapartida, ações restauradas de direito e cidadania, tanto quanto, podem ser efetivadas pelo toque, olhar acolhedor, sorriso ou escuta interessada. Nos serviços de saúde são inúmeras as possibilidades de produção de potência pelo cuidado subjetivo.

O estigma social se produz e reproduz nas relações de poder e controle², e as ações dos profissionais de saúde têm um papel estratégico no seu enfrentamento, todavia, é necessário refletir sobre nossas crenças e condutas.

Ao final, será que todo profissional consegue prestar cuidado às pessoas marginalizadas? Qual é o elemento essencial que possibilita estabelecer vínculo, empatia, cuidado? Não tenho pretensão de responder essas perguntas. De certo, elas são mais úteis pela reflexão que propõem, do que por uma resposta simplista ou irreal. Creio que quando o profissional de saúde se interessa por conhecer melhor aquilo que ele teme, é um grande passo para a ressignificação e diminuição de preconceitos. Ademais, expor, mesmo que para si, as próprias limitações, é um grande passo para não reproduzir estigmas estruturais da nossa sociedade.

A grande virada da minha vida foi a entrada para o teatro dentro da prisão.

Como eu peguei uma pena muito alta, eu fugi algumas vezes [...], mas sempre era resgatado. Até o dia que eu entrei para o teatro, como uma nova oportunidade de fuga. Mas o teatro acabou sendo a grande fuga da minha vida: a fuga mental. Quando estou em cena, eu me sinto livre.

(Homem, 108 anos de pena, em regime semiaberto).

Referências

1. Brito C, Silva L, Xavier C, organizadores. Histórias de vida, vozes da rua: relatos de pessoas em situação de rua [internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2021 [acesso em 10 jan 2023]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/46455>
2. Parker R. Interseções entre estigma, preconceito e discriminação na saúde pública mundial. In: Monteiro S, Villela W, organizadores. Estigma e saúde [internet]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2013 [acesso em 10 jan 2023]. p. 25-46. DOI: 10.7476/9788575415344.0003.
3. Souza J. Subcidadania brasileira: para entender o país além do jeitinho brasileiro. Rio de Janeiro: Leya; 2018.
4. Bourdieu P. A distinção. São Paulo: Edusp; 2009.
5. Velho G. Violência, reciprocidade e desigualdade: uma perspectiva antropológica. In: Alvito M, Velho G, organizadores. 2. ed. Rio de Janeiro: editora UFRJ; 2000.
6. Arendt H. The Concentration Camps. New York: The Partisan Review; 1948.
7. Muniz JO, Almeida R. Respondendo às balas: segurança pública sob intervenção das palavras entrevista com Jacqueline Muniz. Trab. linguíst apl [internet]. 2018 [acesso em 10 jan 2023]; 57(2): 993–1014. DOI: 10.1590/010318138652393387341
8. Brito C, Silva L. População em situação de rua: estigmas, preconceitos e estratégias de cuidado em saúde. Cienc saude colet [internet]. 2022 [acesso em 10 jan 2023]; 27(1):151-160. DOI: 10.1590/1413-81232022271.19662021
9. Krenak A. A vida não é útil. São Paulo: Cia das Letras; 2020.
10. Dejours C. A banalização da injustiça social. Monjardim LA, tradutor. 2. ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 1999.
11. Venturini E, Casagrande D, Toresini L. O crime louco. Brasília: CFP; 2012.
12. Basaglia F. Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamond; 2010.

13. Castelo Branco T. O estado penal-psiquiátrico e a negação do ser humano (presumidamente) perigoso. *Revista de Criminologias e Políticas Criminais*. 2017; 3(2): 19 – 32.

14. Bauman Z. *Confiança e medo na cidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2009.

15. Diuana V, Ventura M, Simas L, Larouzé B, Correa M. Direitos reprodutivos das mulheres no sistema penitenciário: tensões e desafios na transformação da realidade. *Cien saude colet* [internet]. 2016 [acesso em 10 jan 2023]; 21(7):2041-2050. DOI:10.1590/1413-81232015217.21632015.

16. Leal MC, Sanchez A, coordenadores. *Saúde materno-infantil nas prisões* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014.

