



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
DÉBORA RIBEIRO CARDOSO

EQUIPE DE ENFERMAGEM NO SISTEMA PRISIONAL: a percepção sociopoetizadora da
comunicação nos cuidados na unidade hospitalar

RIO DE JANEIRO
2013

Débora Ribeiro Cardoso

EQUIPE DE ENFERMAGEM NO SISTEMA PRISIONAL: a percepção sociopoetizadora da
comunicação nos cuidados na Unidade Hospitalar

Dissertação de Mestrado apresentada à Banca Examinadora da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora:

Profª Drª Sílvia Teresa Carvalho de Araújo

RIO DE JANEIRO
2013

CARDOSO, Débora Ribeiro.

EQUIPE DE ENFERMAGEM NO SISTEMA PRISIONAL: a percepção sociopoetizadora da comunicação nos cuidados na Unidade Hospitalar/ Débora Ribeiro Cardoso. Rio de Janeiro: UFRJ /2013.

XIV, 155f.: il29,7 cm.

Profª Drª Sílvia Teresa Carvalho de Araújo

Dissertação (Mestrado). UFRJ/ Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, 2013

Referências Bibliográficas: f: 123-127.

1.Prisões. 2. Enfermagem. 3. Comunicação I. Araújo, Sílvia Teresa Carvalho de. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. EQUIPE DE ENFERMAGEM NO SISTEMA PRISIONAL: a percepção sociopoetizadora da comunicação nos cuidados na Unidade Hospitalar

Débora Ribeiro Cardoso

EQUIPE DE ENFERMAGEM NO SISTEMA PRISIONAL: a percepção sociopoetizadora da
comunicação nos cuidados na Unidade Hospitalar

Dissertação de Mestrado apresentada à Banca Examinadora da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em:

Presidente - Prof^ª Dr^ª Sílvia Teresa Carvalho de Araújo
Escola de Enfermagem Anna Nery / UFRJ

1º Examinador - Prof^ª Dr^ª Nébia Maria Almeida de Figueiredo
Escola de Enfermagem Alfredo Pinto / UNIRIO

2º Examinador - Prof^ª Dr^ª Liliam Hortale
Escola de Enfermagem Anna Nery / UFRJ

Suplente - Prof^ª Dr^ª Lia Carneiro Silveira
Escola de Enfermagem / UFCE

Suplente - Dr^ª Jaqueline da Silva
Escola de Enfermagem Anna Nery / UFRJ

Para Cesar e Célia

Sem vocês eu nunca teria chegado aonde cheguei.
Não pelo amor incondicional e por toda dedicação que vocês
sempre me ofereceram, mas, acima de tudo, por todos os
ensinamentos transmitidos. Sou eternamente grata a vocês,
que abdicaram das próprias vidas em meu favor.

Contribui para a promoção da saúde das pessoas privadas de liberdade, além de ser uma responsabilidade do Estado, representa uma missão e um desafio para o profissional de saúde e cidadãos que acreditam numa sociedade sem excluídos.

Humberto Costa, Ministro da Saúde, 2003.

AGRADECIMENTOS

A DEUS, por estar ao meu lado em todos os momentos da minha vida, me sustentando, reconfortando e dando saúde e força sempre.

À Sarah, razão da minha vida e de todos os meus atos, por ser a pessoa que me faz sonhar e acreditar que tudo é possível.

Ao meu pai, que mesmo distante sempre me incentivou e me amou.

À minha mãe, que me ampara, me conforta, me incentiva, oferecendo o seu colo com todo o carinho do mundo.

Às minhas irmãs, Maria e Márcia, por todo suporte e incentivo.

À minha Amiga Emiliane, pelo encorajamento e força, sempre.

À Secretária Estadual de Administração Penitenciária e aos meus amigos da Administração Penitenciária, por permitirem o estudo pelo apoio e incentivo.

À Professora Dra. Sílvia Teresa Carvalho de Araújo, que me deu asas para voar. Muito obrigada pelo respeito aos meus limites durante minha caminhada. Sua competência é ímpar e indiscutível em toda a sua plenitude. Obrigada por me desafiar! Obrigada por me ensinar tanto! Obrigada por acreditar em mim!

A todos os funcionários da EEAN, que me auxiliaram na concretização desse estudo.

Aos membros da Banca Examinadora, que me acompanharam desde a defesa do projeto, com reflexões valiosíssimas. Obrigada pelas preciosas contribuições.

Ao Grupo de Pesquisa Comunicação em Enfermagem Hospitalar: Cliente de Alta Complexidade, pelo caminhar nessa trajetória, que tanto me ensinou e me apoiou.

Finalmente, ao Grupo-Pesquisador, que se apresentou sempre disponível às minhas abordagens e aos nossos encontros. Sem ele, a produção sociopetizadora não teria sido possível.

A todos os amigos e amigas que estiveram presentes durante esse período de construção.

RESUMO

CARDOSO, Débora Ribeiro Equipe de Enfermagem no Sistema Prisional: A Percepção Sociopoetizadora da Comunicação nos Cuidados na Unidade Hospitalar. Rio de Janeiro, 2013. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

Este estudo trata da dissertação de mestrado que foi desenvolvida na Escola de Enfermagem Anna Nery/ Universidade Federal do Rio de Janeiro, iniciada em 2011 e com término em 2013, cujo objeto é a comunicação da equipe de enfermagem sobre o cuidado prestado aos apenados em uma unidade hospitalar prisional do Estado do Rio de Janeiro. Delineamos três questões norteadoras, a saber: a comunicação no cuidado de enfermagem é influenciada pela estrutura do sistema prisional? Como as sensações e os sentimentos vivenciados pela equipe de enfermagem se manifestam na comunicação durante o cuidado de enfermagem prestado ao apenado? Quais são os desafios da comunicação encontrados durante o cuidado de enfermagem prestado no sistema penitenciário? Os objetivos traçados foram identificar as expressões verbais e não verbais dos profissionais de enfermagem sobre cuidado ao apenado; levantar as condições de interação no cuidado de enfermagem ao apenado e analisar como as condições do sistema penitenciário influenciam a comunicação da equipe de enfermagem na realização do cuidado. Método: Estudo exploratório em hospital penitenciário, com três etapas de produção de dados, descritivo com abordagem e dispositivos qualitativos da sociopoética. Foram observadas durante os cuidados às manifestações não verbais e verbais de 52 pessoas (40 funcionários) e 12 (pacientes), no primeiro momento da pesquisa. Nos outros momentos coletivos e com dispositivos lúdicos participaram 21 copesquisadores. A análise foi pautada em unidades temáticas e foram trianguladas e discutida a luz do referencial sobre prisões Foucault (2004), Coelho (2000) e Goffman (1961). A comunicação teve com principais fontes Silva (2008) e Araújo (2000). Resultados: As expressões faciais manifestadas indicaram que os profissionais vivenciam sentimentos como medo, dor, ansiedade, repulsa e insegurança, que por algumas vezes são represados. Os sinais paralinguísticos revelam a dor e determina o distanciamento posto da equipe. Houve uma total predominância do toque instrumental durante a interação enfermagem e o cliente apenado. As figuras geométricas nos remeteram ao mundo através do qual a equipe de enfermagem se imagina distante. A produção evidenciou os dispositivos de controle no cuidado. Os depoimentos também revelaram o quanto é sofrido todo o processo de cuidar. Considerações finais: Os profissionais se mostraram feridos, cansados e, algumas vezes, sem esperança. Evidenciamos significados diferenciados, com relação à comunicação durante os cuidados prestados, os quais são intensamente articulados com os aspectos subjetivos, colocando em relevo os tipos codificados dos comportamentos não verbais.

Palavras-chave: Comunicação, Enfermagem e Prisões

RESUMEN

CARDOSO, Débora Ribeiro. Equipo de Enfermería en el Sistema Carcelario: La Percepción Sociopoetizadora de la Comunicación en los Cuidados en la Unidad Hospitalaria. Rio de Janeiro, 2013. Disertación (Máster en Enfermería) – Escuela de Enfermería Anna Nery, Universidad Federal de Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

Este estudio trata de la disertación de Máster que fue desarrollada en la Escuela de Enfermería Anna Nery/Universidad Federal de Rio de Janeiro, iniciada en 2011 y finalizada en 2013, cuyo objeto es la comunicación del equipo de enfermería sobre el cuidado prestado a los reclusos en una unidad hospitalaria carcelaria del Estado de Rio de Janeiro. Delineamos tres cuestiones orientadoras: ¿La comunicación en el cuidado de enfermería está influenciada por la estructura del sistema carcelario? ¿Cómo las sensaciones y los sentimientos vivenciados por el equipo de enfermería se manifiestan en la comunicación durante el cuidado de enfermería prestado al recluso? ¿Cuáles son los desafíos de la comunicación encontrados durante el cuidado de enfermería prestado en el sistema carcelario? Los objetivos trazados fueron: identificar las expresiones verbales y no verbales de los profesionales de enfermería sobre el cuidado al recluso; relevar las condiciones de interacción en el cuidado de enfermería al recluso y analizar cómo las condiciones del sistema carcelario influyen la comunicación del equipo de enfermería en la realización del cuidado. Método: Estudio exploratorio en un hospital carcelario, con tres etapas de producción de datos, descriptivo con abordaje y dispositivos cualitativos de la socio poética. Se han observado, durante los cuidados, las manifestaciones no verbales y verbales de 52 personas (40 funcionarios y 12 pacientes), en el primer momento de la investigación. En los otros momentos colectivos y con dispositivos lúdicos, han participado 21 coinvestigadores. El análisis se ha basado en unidades temáticas, trianguladas y discutidas bajo la luz del referencial sobre prisiones de Foucault (2004), Coelho (2000) e Goffman (1961). La comunicación tuvo como principales fuentes Silva (2008) y Araújo (2000). Resultados: Las expresiones faciales manifestadas indicaron que los profesionales vivencian sentimientos como miedo, dolor, ansiedad, repulsa e inseguridad que, algunas veces, son represados. Las señales paralingüísticas revelan el dolor y determinan el distanciamiento del equipo. Hubo una total predominancia del toque instrumental durante la interacción de la enfermería y el paciente recluso. Las figuras geométricas nos han remetido al mundo del que el equipo de enfermería se imagina distante. La producción ha evidenciado los dispositivos de control en el cuidado. Las declaraciones también revelaron cuán sufrido es todo el proceso de cuidar. Consideraciones finales: Los profesionales se mostraron heridos, cansados y, algunas veces, desesperanzados. Evidenciamos significados diferenciados con relación a la comunicación durante los cuidados prestados, los cuales son intensamente articulados con los aspectos subjetivos, colocando en relieve los tipos codificados de los comportamientos no verbales.

Palavras-chave: Comunicación, Enfermería y Carcelario

SUMMARY

CARDOSO, Débora Ribeiro. Nursing team on the Prison System: The Social Poeticizing Perception of the Communication on a Hospital Care Unit. Rio de Janeiro, 2013. Dissertation (Master in Nursing) – Anna Nery Nursing College, Federal University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

This study is about the Master dissertation developed in Anna Nery Nursing College / Federal University of Rio de Janeiro, starting in 2011 and ending in 2013, whose object is the communication of the nursing team about the care rendered to the inmates in a penitentiary hospital unit in Rio de Janeiro State. We defined three guiding questions: is the communication on nursing care influenced by the structure of penitentiary system? How do sensations and feelings lived by the nursing team manifest in the communication during the nursing care rendered to the convicted? Which are the communication's challenges found during the nurse care rendered on the penitentiary system? The outlined goals were: to identify the verbal and non-verbal expressions of the nurses about the care to the inmate; to raise the conditions of interaction on the nursing care to the inmate and to analyze how the conditions of the penitentiary system influence the communication of the nursing team in carrying on the care. Method: Exploratory study in a penitentiary hospital, having three stages of data production, descriptive with approach and qualitative devices of social poetics. There were observed during the cares to nonverbal and verbal manifestations of 52 persons (40 functionaries and 12 patients), in the first moment of the research. In other collective moments and with leisure devises, 21 co-researchers participated. The analysis was based on thematic units and were triangulated and discussed in the light of the reference about Foucault (2004), Coelho (2000) e Goffman (1961) prisons. The communication had, as main sources, Silva (2008) and Araújo (2000). Results: The facial expressions manifested indicated that the professionals lived feelings as fear, pain, anxiety, repulsion and insecurity that, sometimes, are damned. The paralinguistic signals reveal the pain and determine the distance of the team. There was a total predominance of the instrumental touch during the interaction between nurses and the inmate patient. The geometrical figures referred to the world, which the nursing team considers to be distant. The production evidenced the control devices on care. The testimonies also revealed how they suffered in the caring process. Final considerations: The professionals were injured, tired and, sometimes, hopeless. We evidenced different meanings, related to the communication during the care rendered, which are intensively articulated with the subjective aspects, accentuating the codified types of the nonverbal behaviors.

Keywords: Communication, Nursing and Prisons

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Campanha de vacinação, Penitenciária do Piauí.....	20
Figura 2. Rebelião em uma penitenciária do nordeste.....	21
Figura 3. Rebelião em unidade prisional do Estado do Rio de Janeiro, 2004.....	21
Figura 4. Submissão e Domínio.....	36
Figura 6. Mapa da Ilha Grande.	41
Figura 7. O antigo complexo do Lazareto	42
Figura 8. Lanche afetivo	55
Figura 9. Ligação do sistema nervoso central ao corpo.....	109

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Pesquisa da biblioteca BVS com os descritores prisões e cuidado de enfermagem	25
Quadro 2. Pesquisa Scielo com os descritores prisões e cuidado de enfermagem	26
Quadro 3. Pesquisa da biblioteca BVS, com os descritores cuidado de enfermagem e sensações	27
Quadro 4. Pesquisa da Scielo com os descritores cuidado de enfermagem e sensações.	28
Quadro 5. Pesquisa na BVS com os descritores cuidado de enfermagem e Comunicação não verbal.	29
Quadro 6. Resumo da pesquisa na BVS, BDENF, Lillacs, Medline e Scielo	30
Quadro 7. Unidades do Complexo Penitenciário	43
Quadro 8. Distribuição do grupo de copesquisadores	55
Quadro 9. Expressões faciais de quarenta Participantes, durante os cuidados prestados em uma unidade hospitalar penitenciária do estado do Rio de Janeiro.	62
Quadro 10. Distribuição dos sinais paraverbais dos quarenta copesquisadores durante os cuidados prestados em uma unidade hospitalar penitenciária do estado do Rio de Janeiro.	69
Quadro 11. Distribuição do eixo dos ombros da equipe dos quarenta copesquisadores durante os cuidados prestados em uma unidade hospitalar penitenciária do estado do Rio de Janeiro.	70
Quadro 12. Distribuição do tipo de toque ocorrido no momento em que quarenta copesquisadores prestam cuidados em uma unidade hospitalar penitenciária do estado do Rio de Janeiro.	72
Quadro 13. Manifestações verbais dos apenados, durante o momento de espera para o atendimento, em uma unidade hospitalar penitenciária do estado do Rio de Janeiro.	73
Quadro 14. Produções artísticas dos copesquisadores no 1o momento.	74
Quadro 15. Figuras Geométricas	80
Quadro 16. Produções artísticas do 3º momento	101
Quadro 17. Figuras utilizadas para realização da síntese disjuntiva.	115

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 BASES CONCEITUAIS	32
2.1 O Significado do cuidado: Habilidades na forma de comunicar no sistema prisional	32
2.2 Prisões-Hospitais ou Hospitais-Prisões, uma Realidade Vivida Pela Saúde	37
2.3 A Responsabilidade com o outro: o bem estar humano em um hospital penitenciário.....	45
3 METODOLOGIA.....	49
3.1 Os princípios da sociopoética	52
3.2 As recusas	53
3.3 Os momentos da sociopoética.....	53
4 RESULTADOS E ANÁLISE QUALITATIVA DOS DADOS VIVIDOS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM.....	61
“Comenta-se que ninguém de fato conhece uma nação até que se veja numa de suas prisões.”	61
Nelson Mandela	61
4.1 O nascimento de uma comunicação.....	61
4.2.1 Reproduzindo a comunicação no lugar do cuidado da equipe de enfermagem	77
4.2.2 Lugares geométicos: o que retratam as figuras	80
4.2.3 Comunicação: desafios da equipe enfermagem no sistema prisional.....	88
4.2.4 Cuidado: reflexões necessárias sobre o cenário.....	91
4.2.5 Dispositivos de controle no cuidado.....	92
4.2.6 Lugar de cuidado: fatores de caracterização.....	95
4.2.7 - Reações, Sentimentos e Emoções: Medo e Ansiedade	96
4.3 O “eu” sociocomunicante, quando o copesquisador no cuidado ao paciente apenado, adaptação dos sentidos	100
4.3.1 Olho/ Visão.....	104
4.3.2 Boca/ Paladar	106
4.3.3 Nariz/ Olfato	107
4.3.4 O cérebro	108
4.3.5 Orelha/Audição.....	110

4.3.6 Coração/ Emoção	111
4.3.8 Órgãos internos da região abdominal e torácica.....	114
4.4 Todos falam: o verdadeiro corpo aparece. Ele é Realmente Neutro?	114
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	118
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	123
APÊNDICE A – Plano de Divulgação	128
APÊNDICE B – Roteiro de observação das manifestações verbais (mv0 e não verbais (mnv), dos apenados e Profissionais	130
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde).....	132
APÊNDICE D – Vivência De Lugares Geomíticos	133
APÊNDICE E – Formulário De Vivência Dos Sentidos Sócio-Comunicantes Do Corpo.....	139
APÊNDICE F – Escala de Avaliação dos Sentidos Corporais- Sentidos Socio-Comunicantes Adaptados de Araújo (2000).....	142
APÊNDICE G – Cronograma de Atividades.....	143
APÊNDICE H – Solicitação De Autorização Para Comissão De Ética e Pesquisa. ..	144
APÊNDICE L – Orçamento da Pesquisa.....	153
ANEXO A	154

1- INTRODUÇÃO

O presente estudo discorre sobre as percepções acerca da comunicação nos cuidados prestados pelas equipes de enfermagem ao apenado, em uma unidade hospitalar do sistema prisional do estado do Rio de Janeiro.

Há 15 anos, graduada pela Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), da Universidade Federal do Rio de Janeiro, minha primeira atuação profissional, concomitante à residência em clínica médica, foi em um Centro de Terapia Intensiva (CTI) em um hospital da rede privada no mesmo Estado, atendendo diretamente em cuidados integrais. Minha ação direta priorizava o cuidado holístico, e sensibilizava as situações de cuidado a determinados pacientes que não podiam verbalizar em virtude da dependência de aparelhagem para ventilação mecânica. Nessas condições, para acalmar as angústias dos pacientes, era comum utilizar a escuta sensível e, muitas vezes, o toque.

Considerava a situação de extrema fragilidade em que se encontravam aqueles pacientes, de cujo processo se apresentava de forma desafiadora. Entendia que o cuidado deveria estar pautado em valores e por uma ação completa e global, pois:

O cuidar envolve verdadeiramente uma ação interativa, essa ação e comportamento estão calcados em valores e no conhecimento do ser que cuida “para” e “com” o ser que é cuidado. O cuidado ativa um comportamento de compaixão, de solidariedade, de ajuda, no sentido de promover o bem, no caso das profissões de saúde, visando ao bem-estar do paciente, a sua integridade moral e a sua dignidade como pessoa (VILA *et al.*, 2002, p. 140).

Após o término da residência em 2001, iniciei em uma empresa de *home-care*. Essa atuação estava relacionada a pacientes totalmente dependentes de cuidados de enfermagem, era executada por meio de visitas. Como esses pacientes necessitavam dos cuidados da equipe em tempo integral no cenário domiciliar e todas as ações eram realizadas de maneira individualizada, pude exercitar e ampliar a troca contínua e clara da comunicação.

Durante a assistência prestada, sempre utilizava, de modo terapêutico, o toque instrumental e afetivo, a comunicação franca e a escuta sensível. Essa conduta refletia diretamente na forma de interagir, corroborando a idéia de que:

Cuidado de enfermagem é expressão da Enfermagem aplicada e não restrita à especialidade de Enfermagem Hospitalar, significando um conjunto de ações (ações e atos de cuidado), desenvolvidas em situações de cuidado e dirigidas à pessoa sadia ou adoecida, às demais pessoas a ela ligadas, às comunidades e aos grupos populacionais com a meta de

promover e manter conforto, bem-estar e segurança, no máximo limite de suas possibilidades profissionais e institucionais, é uma ação incondicional do corpo que cuida e envolve impulsos de amor (FIGUEIREDO e MACHADO, 2009, p. 414).

Tais experiências foram de suma importância no meu crescimento profissional, preparando-me para prestar um cuidado de enfermagem maduro e eficaz nos diferentes cenários de atuação. Como destaca Figueiredo e Machado (2009), o cuidado é prestado como uma ação pautada no amor, mas dialeticamente, como considerá-lo no sistema penitenciário? Como pautar um cuidado de enfermagem como ação que envolva impulso de amor, no cenário hospitalar de um sistema que agrega outras particularidades, como foi exposto anteriormente; tantas diferenças?

Com essa reflexão e com as diferenças totalmente opostas daquele cenário, em 2001, ingressei através de concurso público na Secretaria Estadual de Justiça/Desipe, sendo lotada como enfermeira supervisora no Hospital Penitenciário (HP), na cidade do Rio de Janeiro. Esta unidade atendia a todos os apenados do Estado do Rio de Janeiro.

Naquela época, convivi com sentimento de angústia e medo, visto que a graduação não contemplou ensinamentos relacionados ao sistema penitenciário. O que seria trabalhar dentro do sistema penitenciário? Esta era a pergunta que me afligia e inquietava, pois até aquela data, eu havia trabalhado com uma clientela que apresentava somente a doença. De forma diferente, o novo cenário tratava-se de pessoas que, de alguma forma, haviam transgredido a lei com prejuízo a sociedade.

Passei a exercer um processo dialógico de troca constante, com enfoque interdisciplinar, em busca da melhoria da saúde do paciente. O processo era novo e eu não estava acostumada, pois além da equipe de saúde, estavam envolvidos no cuidado advogados, juízes, agentes penitenciários, promotores, diretores de unidades prisionais, todos em busca da melhoria da assistência penitenciária.

Ao iniciar a assistência nesse contexto, tive a consciência e a certeza de que em uma unidade prisional a segurança de todos estava sempre em primeiro lugar. Essa forma de organização depende do trabalho conjunto dos profissionais envolvidos dirigido ao bom andamento da unidade.

Em 2003, fui aprovada em um concurso público para uma Universidade Federal no Estado do Rio de Janeiro, iniciando atividades na enfermaria feminina de um hospital psiquiátrico pertencente a esta instituição. Utilizava amplamente a comunicação, observava pacientes, trocava e recebia carinho e experiências.

Quanto maior o meu questionamento, mais confusa me percebia dentro do sistema penitenciário, porque, apesar de ser enfermeira em ambos os cenários, a assistência prestada por mim seria igual? Ou eu realizava alguma distinção no cuidado? Que comunicação não verbal seria esta que existia, definindo uma semiologia própria de expressão do sistema penitenciário?

Desde o início de minhas atividades no HP em 2001, percebi que a realidade não podia ser definida exatamente por medo, pois a segurança dentro de uma unidade prisional está estruturada para preservar a integridade das pessoas que lá trabalham. As angústias, as aflições, as dúvidas, previamente existentes, aos poucos foram sendo substituídas por um encantamento e curiosidade muito especiais por esse cenário de atuação.

Sempre fui questionada a respeito de minha opção de trabalho por muitos profissionais de enfermagem e pessoas leigas: “Como é possível cuidar de uma pessoa que machuca outras?”; “Você cuida de quem machuca muitos?”. Apesar de as dúvidas permanecerem dentro de mim, acho que de alguma forma consegui acalmar meu coração e solucionar, parcialmente, minhas incertezas.

Os cuidados prestados nas unidades prisionais são muitas vezes pautados por situações de violência como atendimentos em rebeliões, em espaços ambulatoriais de unidades de segurança máxima, em que não se deseja fragilizar a segurança diante de determinado apenado com grau de periculosidade maior.

Recordo-me de um cuidado realizado em uma unidade de segurança máxima do Estado do Rio de Janeiro. Ao entrar na instituição pela primeira vez, necessitei passar por diversas portas, além do detector de metais. As algemas do apenado só foram retiradas para a realização do exame físico e do curativo. Para a sua segurança direta, estavam presentes cinco agentes penitenciários, o diretor da unidade e, mais afastado, um sexto agente posicionado estrategicamente com uma arma apontada para o apenado durante todo procedimento.

A realidade atual do sistema penitenciário do Estado do Rio de Janeiro está atravessando um momento de calma, haja vista a ausência de relatos vinculados pela imprensa sobre rebeliões ou agressões a funcionários. Novas unidades estão sendo inauguradas e antigas estão sendo reformadas. No entanto, a violência é um tema recorrente dentro das unidades prisionais, uma vez que os detentos continuam sendo atendidos em caráter de emergência, devido a brigas de facções rivais e busca de ascensão dentro da hierarquia criminosa. Contudo, não cabe, neste estudo, um questionamento acerca dessa situação. Cabe, porém, demonstrar que a enfermagem atua em circunstâncias variadas, estando inserida em um contexto maior, que abrange desde o atendimento básico dentro dos programas (como no

atendimento ambulatorial diário dentro das penitenciárias) até o interior dos hospitais e em situações de crise (rebeliões).

Não se pode afirmar que as situações vivenciadas no referido cenário sejam calmas. Lida-se, todos os dias, com pacientes que estão em crise de abstinência e que, por vezes, mostram-se violentos; outros, com patologias diversas; outros, inseridos em programas de tuberculose, do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), entre outras patologias. Trabalhamos com um contexto peculiar de grande diferencial, que são as grades. E com uma linguagem própria, em que, frequentemente, não existe a aproximação ao paciente.

A posição ética e a consciência sempre ajudaram a me posicionar quanto à realidade da conjuntura para o cuidado. Seja de um paciente apenado ou não, uma vez que ele nunca deixou a condição de ser humano e apresenta seus direitos assegurados pelo artigo 38 do Código Penal: “O preso conserva todos os direitos não atingidos pela perda da liberdade, impondo-se a todas as autoridades o respeito à sua integridade física e moral” (Lei n.7.209, de 11 jul.1984).

Assim, qualquer apenado mantém garantido o direito à saúde, independente do crime cometido. Isto está fortemente afiançado pela Constituição Federal de 1988, pela lei que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS) de 1990 e fundamentado, mais recentemente, pela portaria interministerial GM/MS n.1777 de nove de setembro de 2003, que aprova o Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário (PNSSP).

O PNSSP define claramente as ações e serviços no sistema de saúde prisional, uma vez que se estima que essa população esteja exposta a determinados fatores de risco, como AIDS¹, tuberculose, pneumonias, dermatoses, hepatites, entre outras patologias.

A portaria interministerial n.1777, de 09 de setembro de 2003, vem instituir o referido Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário (PNSSP), com a participação de diversas áreas Ministério da Saúde, Ministério da Justiça, Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, garantindo dessa forma o acesso de uma população excluída de liberdade aos serviços do SUS. As ações de atenção primária são organizadas e desenvolvidas nas unidades prisionais, onde são executadas por equipes interdisciplinares de saúde.

¹ AIDS é a doença da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, que vem do inglês Acquired Immune Deficiency Syndrome, em que se manifesta após a infecção do organismo humano vírus da imunodeficiência humana, o HIV, em inglês human immunodeficiency vírus.

No PNSSP (2004, p.11), temos a caracterização da população penitenciária a partir de regras mínimas, que foram aprovadas pelo Conselho Econômico e Social da Organização das Nações Unidas (ONU). Entende-se que a função das prisões é proteger a sociedade da criminalidade, cabendo ao sistema prisional assegurar que o apenado seja capaz de respeitar a lei e tornar-se produtivo para a sociedade.

Para que tal fato ocorra, torna-se indispensável que se minimizem as diferenças entre a vida intramuros e a vida extramuros, garantindo aos detentos o acesso aos direitos civis que lhe cabem. As condições de saúde e de vida são fundamentais para todos, pois afetam o comportamento e a capacidade de funcionarem como membros da comunidade. Os apenados ingressam no sistema com muitos problemas de saúde, vícios e, por vezes, transtornos mentais, os quais são agravados pelas condições de moradia, alimentação e saúde das unidades prisionais.

O Brasil tem hoje 512 mil pessoas presas, segundo dados oficiais do Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN) / Ministério da Justiça (20/10/2011). Cabe ressaltar que, quando o PNSSP foi criado, o Sistema Penitenciário tinha 210.150 pessoas presas, localizadas nos diversos estabelecimentos prisionais do país. O PNSSP vem contemplar fundamentalmente a população que se encontra recolhida em penitenciárias, presídios, colônias agrícolas e/ou agroindústrias e hospitais de custódia e tratamento.

No Brasil a distribuição de presos é feita de forma irregular. Como se pode ver em quadro apresentado pelo InfoPen² (Anexo A), a situação da população do sistema prisional por estado é concentrada em sua grande maioria nas regiões sudeste e sul. Devido a tudo isso, há o surgimento da preocupação, pelos governantes, do investimento em políticas de atenção à saúde nestas localidades.

O PNSSP vem respaldado em princípios que asseguram a eficácia das ações de promoção, prevenção e atenção integral à saúde, sendo pautado em princípios básicos de ética, justiça, cidadania, direitos humanos, participação, equidade, qualidade e transparência.

No sistema penitenciário, há uma linguagem própria de cuidar. Os pacientes estão algemados e escoltados, de cabeça baixa e mãos para trás, e devem conservar distância das

² O InfoPen “é um programa de computador (software) de coleta de dados do Sistema Penitenciário no Brasil, para a integração dos órgãos de administração penitenciária de todo país, possibilitando a criação dos bancos de dados federal e estaduais sobre os estabelecimentos penais e populações penitenciárias. Trata-se de um mecanismo de comunicação entre os órgãos de administração penitenciária, com a criação de ‘pontes estratégicas’ para os órgãos da execução penal, possibilitando ações articuladas dos agentes na proposição de políticas públicas”. Disponível em: portal.mj.gov.br/.../...Acesso em: 09 nov.2010.

peessoas que os conduzem. Para que atitudes suspeitas possam ser vigiadas e contidas, “exige-se que os internos mantenham as mãos às costas, com o que se procura evitar que o guarda interprete equivocadamente alguma gesticulação mais enfática” (COELHO, 2005, p.104). Outros autores reafirmam que isso seria uma situação de submissão, como veremos adiante.

Tal situação fez com que emergissem as minhas dúvidas e angústias, pois sempre me perguntei como seria cuidar de uma pessoa e ter mantido um distanciamento exigido pelo contexto e pela situação.

Figura 1. Campanha de vacinação, Penitenciária do Piauí



Fonte: Relatório da situação atual do sistema penitenciário, maio 2008.

Para situar melhor minha vivência profissional nos dois contextos, relato um fato ocorrido em 2003, quando tive minha primeira experiência com a violência no sistema penitenciário, ano em que tivemos a mais longa rebelião do sistema prisional do Estado do Rio de Janeiro.

Na ocasião, encontravam-se mais de 40 reféns dentro da unidade, alguns médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, trabalhadores de uma obra, psicólogos e agentes penitenciários. Um agente penitenciário foi morto. A rebelião durou vários dias e ao término, deveríamos prestar cuidados aos apenados e aos reféns, a todos que necessitavam de cuidados.

A violência é um tema recorrente nas unidades prisionais, isso é um fato claro e corroboro com Coelho (2005, p.34 apud OLIVEIRA, 2006, p.14) em sua afirmação de que existe um dilema universal das prisões: a violência está dentro das prisões de uma forma totalmente inseparável.

Figura 2. Rebelião em uma penitenciária do nordeste do Brasil³



Fonte: Jornal da Imprensa, 2012

Minha segunda experiência com violência no sistema penitenciário do Rio de Janeiro foi em 2004, durante a rebelião de uma casa de custódia, que foi marcada por grandes episódios de violências, muitas pessoas foram brutalmente assassinadas. Lembro-me que tivemos que ficar de plantão do lado de fora da unidade, esperando o término da rebelião, novamente para prestarmos cuidado a todos que necessitassem.

Ao término da rebelião, vários funcionários foram solicitados em suas residências para prestar cuidados aos apenados feridos na unidade hospitalar. Nessa época, houve um sentimento de união muito grande para que tudo fosse resolvido da forma mais tranquila possível.

Figura 3. Rebelião em unidade prisional do Estado do Rio de Janeiro, 2004.⁴



Fonte: Jornal pop. nov.2010.

³ Disponível em :<http://www.jornaldaimpresa.com.br/arqs/editoriais/1/13250.jpg> Acesso em: 10 nov.2010.

⁴ Disponível em: http://www.jornalpop.jex.com.br/includes/imagem.php?id_jornal=11689&id_noticia=5 Acesso em: 10 nov.2010.

Nesse contexto, algumas reflexões sobre a assistência permaneciam constantemente durante os plantões. Como é a assistência prestada no sistema penitenciário? Essa assistência é pautada por que sentimentos? Repulsa? Ódio? Sentimento ruim? Eu cuido da mesma forma dos meus pacientes, independente do local de atuação?

Algumas vezes, dentro do sistema penitenciário, não me utilizava da ampla comunicação com o paciente. Era uma pessoa desconfiada das atitudes dos apenados, de suas reais intenções, e entendia as indagações, acima citadas, como insegurança minha e da equipe. A assistência prestada ao apenado anda de mãos dadas com atos de segurança. Como cuidar de uma pessoa que eu não posso olhar nos olhos e que por vezes não posso tocar? Temos uma forma de cuidar diferenciada, em um local diferenciado, que é determinado por uma linguagem própria.

Em uma abordagem a membros da equipe, visando uma aproximação entre o meu objeto de investigação e a equipe de enfermagem, descobri que a maioria dos profissionais trabalham em grandes hospitais, muitos considerados de excelência. Ao questionar se o cuidado prestado se daria de uma forma diferenciada ou não, devido ao cliente tratado ser um apenado, eles respondiam sempre que não. Entretanto, mostravam algumas contradições em suas falas.

Como aluna especial do mestrado 2011/1, na disciplina “Pragmática em Enfermagem Assistencial” e ao participar dos encontros com o grupo de pesquisa (GP) Comunicação em Enfermagem Hospitalar: Cliente de Alta Complexidade (CEHCAC) ambos do Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Hospitalar, ministrados na Escola de Enfermagem Anna Nery, essas reflexões e experiências trazidas da prática fizeram com que meu interesse pela presente pesquisa se tornasse um objeto de investigação da dissertação.

Tendo em vista esse ambiente de cuidado diferenciado, corroboro Figueiredo e Machado, quando falam de cuidado.

Cuidado de enfermagem é uma ação incondicional do corpo que cuida e envolve impulsos de amor, de ódio, alegria, prazer, esperança, desespero, energia, porque é um sujeito em situação que envolve disponibilidade do corpo que cuida para tocar, manipular humores e odores; é um ato libertador que representa a essência da ação humana que é carregada de emoção e de possibilidade de manter o outro livre; é uma ação política e pode ser revolucionária, porque seu acontecimento pode romper com o passado, com o que está estabelecido como cuidado e tornar os envolvidos sujeitos de suas próprias ações (FIGUEIREDO e MACHADO, 2009. p.41).

Como já foi destacado, pressupomos que este ambiente de cuidado é atípico e se diferencia das inúmeras instituições de saúde da rede hospitalar. A interação é mediada por estrutura e recursos diferentes do cotidiano habitual da equipe de enfermagem.

A interação entre profissional da enfermagem e o apenado sofrem influência do contexto?

O contexto da unidade hospitalar no sistema prisional influencia atitudes, posturas e sentimentos dos profissionais de enfermagem durante a prática assistencial?

A assistência de enfermagem prestada no sistema penitenciário se diferencia de alguma forma, refletindo nas manifestações verbais e não verbais?

Meus questionamentos junto a minha atuação e minhas convicções fizeram com que eu percebesse que os cuidados prestados eram executados de diversas maneiras por esses profissionais que prestavam assistência dentro do sistema penal. Partindo dessas considerações, formulei as seguintes **questões norteadoras**:

- A comunicação no cuidado de enfermagem é influenciada pela estrutura do sistema prisional?

- Como as sensações e os sentimentos vivenciados pela equipe de enfermagem se manifestam na comunicação durante o cuidado de enfermagem prestado ao apenado?

- Quais são os desafios da comunicação encontrados durante o cuidado de enfermagem prestado no sistema penitenciário?

Formulei como **objeto do estudo**, a comunicação da equipe de enfermagem sobre o cuidado prestado aos apenados em uma unidade hospitalar prisional do Estado do Rio de Janeiro.

Sendo traçados os seguintes **objetivos**:

- Identificar as expressões verbais e não verbais dos profissionais de enfermagem emergentes do cuidado ao apenado.

- Levantar as condições de interação no cuidado de enfermagem ao apenado.

- Analisar como as condições do sistema penitenciário influenciam a comunicação da equipe de enfermagem na realização do cuidado.

Acredito que a relevância deste estudo se deva principalmente pela oportunidade de refletir sobre a comunicação nesse contexto “os profissionais de saúde têm a tarefa de interpretar o significado da comunicação não verbal não só do sujeito que a envia, mas toma consciência de como desencadeiam respostas para efetivação das mensagens, para Silva dessa forma podemos até a revê-las para estabelecer um plano de cuidado adequado que se faça necessário” (SILVA 2002 apud RAMOS, 2012, p.166). Sendo assim, é de fundamental

importância o entendimento da comunicação não verbal para a constituição de um cuidado na qual a mensagem e a interação seja de qualidade.

O grande número de presos no sistema penitenciário deixa clara a necessidade de uma equipe de saúde treinada e qualificada para um cuidado tão diferenciado. Fica explícito que há um contingente prisional muito grande, que necessita de cuidados de saúde. E tratar de uma clientela que apresenta características próprias, adversidades, determina um poder da equipe sobre a comunicação em um contexto tão diferenciado.

O contexto impõe sensações e reações, e ao conhecer como se dá a comunicação, temos conhecimento maior sobre como são as interações humanas, os sentimentos, as emoções e reações dentro desse cenário. De acordo com Silva (2008, p.10), “[...] estudos de comunicação não verbal estimam que apenas 7% dos pensamentos são transmitidos por palavra; 38% por sinais paralinguísticos [...] e 55% pelos sinais do corpo”.

A pesquisa proporciona o desenvolvimento de um espaço dialógico com a equipe de enfermagem que atua com uma população, em sua totalidade, excluída socialmente. Ao considerar o espaço de cuidado totalmente fechado a aplicação de dispositivos lúdicos permitiu trilhar um canal de comunicação importante neste cenário, antes nunca experimentado pelo grupo. Essa pesquisa se faz necessária em curto prazo com a própria equipe participante torna-se relevante dentro das unidades de saúde no sistema prisional e, em médio prazo, através de publicações, que vão possibilitar um modelo de cuidado, uma circulação fora destas unidades.

A produção de conhecimento é essencial para o contexto de cuidado de enfermagem hospitalar, e a difusão da semiologia da comunicação verbal e não verbal junto a esta categoria profissional é de fundamental importância, fazendo-se necessária, uma vez que tais apenados podem ser internados em qualquer unidade hospitalar fora da unidade do sistema prisional, pois é frequente encaminhá-los para outras especialidades fora.

A disseminação desse conhecimento é importante para toda comunidade científica da enfermagem, visto que é uma realidade diferenciada e pouco difundida, como demonstrado no levantamento realizado no recorte temporal com o descritor prisões a partir do ano de 2003, devido à portaria interministerial GM/MS n.1777, de 9 de setembro de 2003, através da qual temos a aprovação do Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário.

A busca foi realizada ao final de mês de outubro de 2012 na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no Banco de Dados de Enfermagem (BDENF), Medline, Lillacs e na Scielo,

com os respectivos descritores em ciência da saúde⁵: prisões e cuidados de enfermagem, cuidado de enfermagem e comunicação não verbal, e cuidado de enfermagem e sensação. A seguir, listo os resultados obtidos.

Com os descritores *prisões e cuidado de enfermagem* foram encontrados:

- Na BVS, 97 estudos. Ao realizar uma leitura prévia dos resumos, encontrei seis publicações que apresentavam ligação com a minha pesquisa. Um relacionado diretamente intitulado “A prática de enfermagem no sistema penal: limites e possibilidades”, de Souza (2008), publicado na revista da Escola de Enfermagem Anna Nery. Apesar de a pesquisadora não utilizar o mesmo objeto da presente pesquisa, ela traz evidências importantes no contexto da unidade hospitalar penitenciária do Estado do Rio de Janeiro. Na outra publicação, apesar de estar relacionado ao sistema penitenciário, o objeto relaciona-se também com a assistência à gestante, à puérpera e aos recém-nascidos.

Quadro 1. Pesquisa da biblioteca BVS com os descritores prisões e cuidado de enfermagem

BVS			
Descritores		Prisões e Cuidado de Enfermagem	
Estudo		06	
Título	Ano	Tema	Publicações
1-Satisfacción laboral de la Enfermería en las prisiones españolas	2009	Satisfação dos profissionais de Enfermagem nas prisões espanholas.	Revista espanhola de sanidad penitenciaria
2-A prática de Enfermagem no sistema penal: limites e possibilidades	2008	Identificar os princípios que norteiam a prática de Enfermagem e identificar os limites e as possibilidades	EEAN

⁵Descritores em ciências da saúde foram criados pela BIREME para servir como linguagem única na indexação de artigos de revistas científicas, livros, anais em congresso, relatórios técnicos e outros tipos de materiais para pesquisa e recuperação, além de assuntos da literatura científica nas fontes de informação, disponíveis na biblioteca virtual de saúde (BVS), como LILACS, MEDLINE e outras. Disponível em: <http://decs.bvs.br/P/decsweb2011.htm>. Acesso em: 15 jan. 1012.

		de atuação dos profissionais	
3- Enfermería en prisiones	2007	Enfermagem nas prisões	Revista espanhola de sanidad penitenciaria
4-Nascimento atrás das grades: uma prática de cuidado direcionada a gestantes, puérperas e recém-nascidos em privação de liberdade	2006	Uma prática de cuidados a gestantes, puérperas e recém-nascidos em privação de liberdade	Ciência, cuidado e Saúde
5- Reflexión: el papel de la Enfermería Penitenciaria. Presente y futuro	2006		Revista espanhola de sanidad penitenciaria
6-Enfermagem atrás das grades: um relato da assistência	1996	Tese	Florianópolis

- No Lillacs foram encontrados 03 trabalhos, os mesmos apontados acima em português (2, 4, 6).

- No BDENF, no Medline ao realizar a busca com os respectivos descritores, não foram encontradas publicações.

- No Scielo, ao realizar a busca com esses descritores, nada foi encontrado. Então passei a utilizar na busca o descritor prisões, encontrando 46 trabalhos. Após a leitura dos resumos e refinamento, seis trabalhos poderiam fazer parte da minha pesquisa, como descritos no **Quadro 2**, a seguir:

Quadro 2. Pesquisa Scielo com os descritores prisões e cuidado de enfermagem

Scielo			
Descritores		Prisões e Cuidado de Enfermagem	
Estudo		06	
Título	Ano	Tema	Publicações
O dispositivo da criminalidade e suas estratégias	2011	Ensaio acerca de como foi produzido	<i>Fractal</i> revista de psicologia
O sofrimento psíquico no trabalho de vigilância em prisões	2011	Relato de experiência que apresenta o sofrimento psíquico vivido pelos agentes penitenciários nas prisões.	Psicologia: Ciência e Profissão

Estado e controle nas prisões	2009	Artigo analisando o problema da produção do controle e ordem em prisões brasileiras	Caderno CRH
Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro, Brasil	2008	Agentes de segurança penitenciária no acesso dos detentos aos serviços sanitários e o impacto de suas representações e práticas de saúde no cotidiano prisional foram objeto de pesquisa, visando tanto à produção de conhecimento como à melhoria das ações de controle da tuberculose e HIV/AIDS pela participação e conscientização.	Caderno de Saúde Pública
A centralidade de <i>Vigiar e punir</i> . História da violência nas prisões, na obra de Michel Foucault, 1954.	2007	Retrata o livro <i>Vigiar e punir</i> (1954), de Foucault.	Revista lusófona de Educação
Modelo preditivo do uso de cocaína em prisões do Estado do Rio de Janeiro	2005	Identificar variáveis preditoras e grupos mais vulneráveis ao uso de cocaína em prisão.	Revista de saúde pública

Ao utilizar o descritor **Cuidado de Enfermagem e Sensações**, na BVS, encontrei 41 publicações, restando apenas 01 após análise. Examinando a dissertação de mestrado intitulada “A (con) vivência do cliente frente à disfunção erétil: uma contribuição da sociopoética no cuidado de enfermagem perioperatório”, de Duque (2005), verifiquei que a pesquisadora utilizou o mesmo método, associado à utilização de dispositivos lúdicos para a liberação do imaginário com a utilização das figuras geométricas. Os 41 trabalhos encontrados estavam divididos da seguinte forma: 25 trabalhos em inglês, 01 trabalho em espanhol, 11 trabalhos em português e 04 trabalhos em outras línguas. Como se pode ver no **Quadro 3**, a seguir:

Quadro 3. Pesquisa da biblioteca BVS, com os descritores cuidado de enfermagem e sensações

BVS			
Descritores		Cuidado de enfermagem e sensações	
Trabalhos		01	
Título	Ano	Tema	Publicação
A (con) vivência do cliente frente à disfunção erétil: uma contribuição da sociopoética no	2005	Estudo que trata da percepção sensorial	Tese – EEAN

cuidado de enfermagem perioperatória		imaginativa	
--------------------------------------	--	-------------	--

- Nos BDEF, no Medline e ao realizar a busca com os respectivos descritores, não encontrei publicações.

- No Lillacs foram encontrados 11 trabalhos. Após releituras, foi utilizado 01 trabalho, sendo o mesmo da BVS.

- No Scielo encontrei somente 01 artigo, como mostra o **Quadro 4**, a seguir:

Quadro 4. Pesquisa da Scielo com os descritores cuidado de enfermagem e sensações.

Scielo			
Descritores		Cuidado de enfermagem e sensações	
Trabalhos		01	
Título	Ano	Tema	Publicação
The aesthetics of smells: the sense of smell and nursing	2008	Este estudo apresenta reflexões acerca do significado das percepções e sensações olfativas e sua pertinência como fenômeno presente na prática da Enfermagem	Revista Latinamericana de Enfermagem

- No Lillacs foram encontradas 11 publicações, que eram as mesmas que estavam incluídas na BVS.

Com os descritores cuidados de enfermagem e comunicação não verbal:

Na BVS foram encontradas 303 publicações, na primeira análise encontrei 12 publicações que poderiam estar relacionadas à minha pesquisa. Dessas, quatro foram selecionadas, apresentando um destaque em especial para “O cliente e a fistula arteriovenosa em inoperância: as manifestações não verbais em destaque no contexto do cuidado de enfermagem em nefrologia” de Koeppel (2009), e para “O cuidado de enfermagem através dos sentidos corporais do cliente em diálise peritoneal: uma abordagem sociopoética” de Saes e Araújo (2004), pois enquanto uma utilizava o mesmo método que utilizei, a outra publicação tratava diretamente da comunicação não verbal, apesar dos objetos de pesquisa não serem relacionados.

Foram encontrados: 303 trabalhos – trabalhos em inglês, 70 trabalhos em português, 5 trabalhos em espanhol e 45 trabalhos em outras línguas.

Quadro 5. Pesquisa na BVS com os descritores cuidado de enfermagem e Comunicação não verbal.

BVS			
Descritores		Cuidados de Enfermagem e Comunicação não verbal	
Trabalhos		04	
Título	Ano	Tema	Publicação
1. O cliente e a fístula arteriovenosa em inoperância: as manifestações não verbais em destaque no contexto do cuidado de enfermagem em nefrologia.	2009	Comunicação não verbal	Dissertação
2. O cuidado de enfermagem através dos sentidos corporais do cliente em diálise peritoneal: uma abordagem sociopoética	2004	Estudo qualitativo com uma abordagem sociopoética, sobre a percepção sensorial de clientes em diálise peritoneal	Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery
3. Ocorrência e significado do toque entre profissionais de enfermagem e pacientes de uma UTI e Unidade Semi-intensiva cirúrgica.	2003	Este trabalho tem como objetivos identificar a utilização, pelos profissionais de enfermagem, do toque instrumental e/ou afetivo.	Revista da escola de Enfermagem da USP
4. Análise dos fatores proxêmicos na comunicação com o paciente laringectomizado.	2000	Esse estudo analisou os fatores proxêmicos das interações entre profissionais da saúde de pacientes laringectomizados, no pós-operatório mediato	Revista Latinamericana de Enfermagem

- No BDNF, e no Medline, ao realizar a busca com os respectivos descritores acima, não encontrei publicações.

- No Lillacs encontrei 13 publicações, sendo as mesmas encontradas na BVS.

- Ao buscar a Scielo, encontrei 04 publicações. Uma (01) publicação apresenta informações relevantes para este estudo, no artigo intitulado “A influência da comunicação não verbal no cuidado de enfermagem”, de Santos e Shiratori (2005). O texto traz informações relevantes acerca da comunicação não verbal.

Gostaria de relatar a importância e contribuição dos membros do grupo de pesquisa *Comunicação em Enfermagem Hospitalar: Cliente de Alta Complexidade*, para melhoria do meu estado da arte. Durante os encontros e nas reuniões científicas foram resumidas a seguir no **Quadro 6**:

Quadro 6. Resumo da pesquisa na BVS, BDENF, Lillacs, Medline e Scielo

BASE DE DADOS e BIBLIOTECA DESCRITORES	BVS		BDENF	LILACS		MEDLINE	Scielo	
	Achados	Utilizados		Achados	Utilizados		Achados	Utilizados
Prisões e Cuidados de Enfermagem	97	6	0	3	3	0	46	6
Cuidados de Enfermagem e Comunicação não verbal	303	4	0	13	4	0	3	1
Cuidados de Enfermagem e Sensações	41	1	0	11	1	0	1	1

A disseminação dos dados produzidos na dissertação tem se efetivado através de apresentações parciais em congressos específicos da área (nacional) e futuramente internacionais, publicação de artigos, produção de capítulo de livros, apresentação trimestral nas reuniões do grupo de pesquisa Comunicação em Enfermagem Hospitalar: Cliente de Alta Complexidade, conforme plano de divulgação (Apêndice A).

2 BASES CONCEITUAIS

2.1 O Significado do cuidado: Habilidades na forma de comunicar no sistema prisional

Hoje temos um mundo globalizado. Com um sistema de comunicação eficiente, com ampla abrangência e altíssima velocidade de circulação da informação, conseguimos estar próximos de pessoas no outro lado do planeta. Mas ainda que exista evolução tecnológica, que o mundo esteja digitalizado, por vezes não conseguimos estabelecer interações efetivas, adequadas, pontuais com pessoas que estão próximas.

A comunicação é fundamental nos dias de hoje, principalmente para o exercício de enfermagem. O diálogo está associado à melhoria do cuidado, sendo de grande relevância a humanização na sociedade atual.

Sobre o tema, existem estudos como o de Serra (2007) e de Littlejohn (2008). Contudo, sabemos que o interesse pela comunicação vem desde Platão e Aristóteles, por meio da retórica e da poética, mas as relações de pesquisa em comunicação foram trazidas pela Revolução Industrial. Segundo Serra (2007, p.10), “as raízes históricas da moderna pesquisa da comunicação remontam ao século dezenove, altura em que os acadêmicos começaram as suas investigações sistemáticas acerca das mudanças nos padrões de vida trazidas pela Revolução Industrial”.

De acordo com Porrit, (1984 apud Stefanelli 2012, p.14), “A comunicação é a base para toda interação humana, e a qualidade da interação é afetada pela cadeia (ou contextos sociais...)”.

Nesse sentido nos manifesta investigar como ocorrem e como estão sendo mediadas essas interações com a equipe de enfermagem na unidade hospitalar do sistema prisional.

O ato de conversar com o paciente em uma instituição hospitalar são considerados uma ação normal, fundamental na interação deste com a equipe para o seu restabelecimento. Entretanto, conversar com um paciente dentro de uma unidade penitenciária pode, por vezes, ser considerado como uma forma de igualdade e, conseqüentemente, um ato reprovado por muitos.

Na área da saúde do sistema penitenciário lidamos com pessoas privadas de sua liberdade por motivos que não nos compete listar nesse estudo. Partindo da citação de Rebecca Bebb (apud SILVA, 2008, p.13) a comunicação é considerada parte do tratamento do paciente e ficar conversando com ele, muitas vezes, é o próprio remédio. Portanto,

pontuaremos os aspectos importantes que se relacionam aos sentimentos que permeiam esse cuidado da equipe de enfermagem – esta unidade com características próprias, com as suas peculiaridades durante os cuidados.

Como destaca Stefanelli (2012), as organizações humanas são entendidas como organizações econômicas de serviço, protetoras, assistenciais e religiosas. O sistema penitenciário com suas particularidades estaria incluído em uma organização protetora, a qual protege a sociedade de pessoas que necessitam ser ressocializadas. Entretanto, apresenta mecanismos de proteção e dispositivos estruturais, ambientais e materiais como meio principal de controle institucionais, correccionais e normativos, sobre os membros de níveis inferiores.

Existem interações construídas na comunicação enfermagem-paciente. Ambos são influenciados pela emoção e pela cultura, entre outros fatores: “[...] raiva, cansaço, dor, nível de instrução e escolaridade, origem étnica, entre outros” (STEFANELLI, 2012, p. 37-8).

Pensando sobre esse conceito, o que poderia ser considerado um padrão correto de comunicação? Para Silva (2008, p.14), a comunicação adequada é aquela que tenta diminuir conflitos, mal-entendidos e atingir objetivos definidos para a solução de problemas detectados na interação com o paciente. No sistema penitenciário, usá-la adequadamente diminui conflitos, uma vez que previne contra as atitudes que ameaçam os profissionais e intensificam o medo, a insegurança, elevando o nível de estresse; principalmente pelas condutas e as normas pré-dita institucionais.

Como destaca Coelho (2005, p. 34), “Não existem prisões não violentas; umas podem apenas ser menos violentas do que outras”. Então, a preservação da saúde no sistema penitenciário requer considerar na estrutura a junção de tudo - da interação entre a equipe de saúde com a equipe da segurança para o controle da situação e da própria violência entre aqueles sob intervenção física e mental da equipe que atua.

É possível, para controle da situação e da forma, conseguirmos decodificar os sinais que são demonstrados em uma mensagem, e temos 93% da comunicação emitida através da paralinguagem e pelos sinais do corpo. Segundo Bártolo (2007, p.36), ela é “mediada não só por signos, mas, fundamentalmente, pelo outro e na relação com o mundo, isto é intersubjetivamente”. Desse modo, “resulta daí que a compreensão de si e coincide com a interpretação aplicada a estes termos mediadores, o sujeito é assim o corpo-que-se-abre; outro que fala e responde, que enuncia e é enunciado” (BÁRTOLO, 2007, p.36).

O processo de comunicação da unidade hospitalar no sistema prisional é muito diferenciado do hospital geral e de especialidades. Mas independente do lugar onde se

encontra o cuidado, temos as interações de quem cuida e de quem é cuidado. A comunicação apresenta uma ligação intensa com a humanização quando há envolvimento da equipe com o paciente e as relações se estabelecem. No cuidado com o outro realizamos não somente uma ação técnica, mas também sensível, que envolve o contato entre humanos através do toque, do olhar, do ouvir, do olfato, da fala.(Ferreira 2006, p.328)

O processo da comunicação está dividido em dois sujeitos, o emissor (que envia a mensagem), e o receptor (aquele que recebe a mensagem). Dentro desse processo, a enfermeira exerce um papel fundamental, visto que existe a função de educadora, inerente a essa profissão, uma vez que ela orienta a equipe, pacientes e familiares, sendo essa comunicação expressa de modo verbal e não verbal.

A tradução da comunicação não verbal é necessária para o cuidado, pois é uma forma de expressão. Na iminência de dificuldades, o ser humano pode apresentar diversas formas de comunicação como através de grunhidos, que algumas vezes podem significar um estado de sede, ou de fome – gesticular e jogar água, por exemplo, podem ser estratégias de verbalizar necessidades de hidratação sem necessariamente seu comportamento ser considerado agressivo.

A comunicação não verbal é toda comunicação que não é falada ou escrita. De acordo com Littlejohn (1988, p.108), “ela é dividida em categorias”. Para Eisenberg e Smith “[...] a comunicação não verbal são a cinésica, a proxêmica e a paralinguagem, na qual a cinésica é o estudo dos movimentos corporais, a proxêmica é o estudo da posição do corpo e das relações espaciais e a paralinguagem é o estudo da voz e da vocalização”.

A comunicação não verbal no cenário investigado resultou da análise do roteiro de observação das manifestações verbais (MV) e não verbais (MNV) dos apenados e dos profissionais (Apêndice B), pois:

Pelo movimento de expressão, o corpo não realiza somente os gestos necessário a conservação da vida, manifesta-se como um núcleo de significações que dá sentido aquilo que ainda não tinha sentido ao visar significações que transcendem o mundo biológico. Na expressão, algo novo é fundado pelo corpo operante de tal modo que o movimento gestual de apreensão, de levantar, de abaixar para pegar objetos sofre uma torção em um sentido que renova o próprio ato de movimento (MARTINI, 2006, p. 34-5).

Para ampliar a observação do fenômeno comunicar, delimitamos as seguintes tipos de comunicações e seus conceitos: cinésica, proxêmica, paraverbal e tacésica

A comunicação cinésica traduziu os movimentos do corpo incluindo os gestos, expressões faciais, os movimentos oculares e a postura. Coelho (2005, p.104) traduz esse

comportamento como exigência aos internos para que mantenham as mãos às costas, ritual corporal sob controle, o que evita que o guarda interprete equivocadamente alguma gesticulação mais enfática, e se oponha a atuar para coibi-lo desnecessariamente.

Ray Birdwhistell (1970), antropólogo interessado na linguagem, é um dos mais importantes pesquisadores na área do corpo, é considerado o pai da cinésica. Uma das mais importantes conexões apuradas por ele é a analogia linguístico-cinésica:

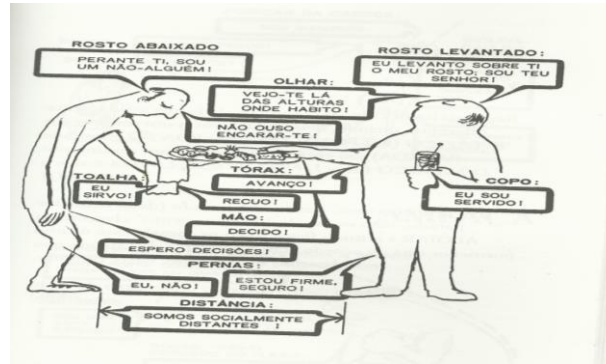
Este estudo original dos gestos forneceu a primeira indicação de que a estrutura cinésica é paralela à estrutura da língua. Pelo estudo de gestos em contexto, tornou-se claro que o sistema cinésico tem formas que se assemelham surpreendentemente a palavra na língua. Essa descoberta, por sua vez, levou a investigação dos componentes dessas formas e a descoberta do complexo mais vastos de que eles eram componentes [...]. Tornou-se claro que existem comportamentos corporais que funcionam como sons significativos, que se combinam em unidades simples ou relativamente complexas, como palavras, as quais se combinam em trechos muito extensos de comportamento estruturado, como frases ou até parágrafos. (BIRDWHISTELL, 1970, p.70 apud LITTLEJOHN, 1988, p.108).

Segundo Silva (2008, p.77), a comunicação proxêmica é o conjunto das observações e teorias referentes ao uso que o homem faz do espaço enquanto produto cultural e específico, ou seja, como os indivíduos usam e interpretam o espaço dentro do processo de comunicação. Dessa forma, temos o estudo da percepção do espaço social e pessoal, podendo indicar as variações de relação entre eles – sexo, papéis, status, formação cultural, e outros.

Silva (2008) explica que o papel da proxêmica de cada um dentro de uma organização social é demonstrado pelas expressões “manter-se à distância”, “guardar distância”. Evidenciamos esse papel dentro do sistema penitenciário?

A proxêmica no sistema penitenciário é clara com a chegada dos apenados à unidade, sempre algemados, de cabeça baixa, e mantendo uma distância necessária da situação. De acordo com Weil e Tompakow (2010, p.137) estima-se que seja uma postura de submissão ao domínio. O rosto abaixado significa “perante a ti, sou um não alguém”; as mãos para trás. “espero de ti uma decisão”; o distanciamento entre profissionais e pacientes, “somos socialmente diferentes”. Como se vê na **Figura 4**:

Figura 4. Submissão e Domínio



Fonte: Weil & Tompakow. *O corpo fala*, 2010, p.137.

A figura acima nos mostra alguns detalhes importantes. Apesar de o estudo presente tratar de apenas e não de um garçom, em ambos os casos existe um distanciamento próprio da profissão. Como já nos foi trazido por Coelho (2005), o apenas de uma forma geral se mantém curvado com a cabeça baixa, olhar para o chão, como demonstrado na figura. Esse é um ponto muito marcante, pois a distância que todos mantêm é uma questão, por vezes, de segurança, mas que não desqualifica a afirmação dos autores Weill e Tompakow. Coelho (2005, p.111), reforça a interpretação quando destaca que “o guarda insiste na superioridade do plano moral em que se encontra em suas relações com o preso”, é totalmente cabível que tal comportamento seja reproduzido por todos os outros profissionais da equipe de saúde que cuida deste apenas. Essas análises comunicacionais foram evidenciadas durante a produção e análise da proxêmica.

Edward Hall é considerado o pai da proxêmica, ele compartilhava a opinião de Birdwhistell (1970) de que a comunicação é um processo que apresenta múltiplos canais e através da qual a proximidade refere-se ao espaço das interações, é o estudo de como o homem estrutura inconscientemente o micro espaço. Existe uma relação necessária entre o uso dos sentidos na interação e as distâncias interpessoais.

De acordo com Littlejohn (1988, p.110) citando Hall, existem três tipos básicos de espaços.

Espaço de características fixas – consiste em disposições estruturais inalteráveis em torno de nós, como exemplo, as paredes e as salas;

Espaço de características semifixas – consiste em como são dispostas as peças do mobiliário.

Espaço informal – é o território pessoal em torno do corpo e que se desloca com a pessoa, dessa forma, este espaço determina a distância interpessoal entre indivíduos, existindo

quatro distâncias discerníveis: íntima (0-50 cm); pessoal (50cm-1,20m); social (1,20m - 2,50m) e pública (acima de 3,50m). (Littlejohn, 1988, p.110).

Existem oito fatores possíveis envolvidos na distância, mas aqui vamos nos deter no eixo sociófugo-sociópeto.

Sociófugo implica o desencorajamento da interação e sociópeto denota o inverso, isso se refere aos ângulos dos ombros em relação à outra pessoa.

A paraverbal diz respeito aos sons produzidos, os quais não estão relacionados com o que está sendo falado como os ruídos, os gemidos, os choros e os sorrisos. Também conhecida como a paralinguagem, é a fronteira entre os aspectos verbais e não verbais da interação. Segundo Littlejohn (1988, p.111), a obra de Trager dividiu os índices paralinguísticos em quatro tipos: qualidade da voz, que inclui a altura do tom (alto ou baixo), a qualidade de articulação (vigorosa ou descontraída). Os caracterizadores vocais incluem ruídos, como risos, choros, gritos, bocejos, arrotos, etc. Os qualificadores vocais incluem a maneira como as frases e as palavras são proferidas. Os segregados vocais incluem os fatores rítmicos que contribuem para o fluxo da fala, “hum”, “hem”, pausas e outras interrupções de ritmos.

A comunicação não verbal táctil, segundo o autor, refere-se a tudo que envolve uma comunicação tátil, como a pressão exercida, local em que tocamos. Está relacionada ao espaço pessoal, à cultura e à expectativa de cada um. O toque durante a interação seria uma das formas mais intensas de comunicação não verbal.

O toque apresenta componentes fundamentais relacionados à afetividade e à interação que formam um sistema interligado, no qual o comportamento das pessoas é estimulado pelo comportamento do outro.

Os toques são destacados durante o cuidado. Por meio deles transmitimos sentimentos e interações. Contribuem inclusive para a redução do medo e a ansiedade das pessoas que estão sendo cuidadas. Entretanto, dentro do sistema penitenciário podemos aumentar o medo da equipe e a confusão de sentimentos entre os apenados e as pessoas que cuidam.

2.2 Prisões-Hospitais ou Hospitais-Prisões, uma Realidade Viva Pela Saúde

Esse capítulo nos faz refletir um pouco mais sobre as prisões, a sua evolução e de que forma elas funcionam na atualidade, com todas as suas adversidades e suas lutas e diferenças internas.

No Egito, Grécia, Pérsia e na Babilônia, existia o encarceramento com a finalidade de dominar, manter sob custódia e torturar aqueles que cometiam faltas, delitos ou crimes aos olhos da civilização antiga.

Foucault (2004) relata que na Idade Média ainda não se conhecia a pena como privação da liberdade. O aprisionamento era visto como um local para manter as pessoas que seriam submetidas aos castigos corporais e à pena de morte, sendo essa a forma de cumprir as punições. Os delitos da época apresentavam-se de todas as formas possíveis, tais como inadimplência, vadiagem, blasfêmia, heresia e outros. O aprisionamento não apresentava caráter de pena, e sim era a garantia do domínio físico para que pudesse ser realizada a imposição estabelecida, não existindo também nenhuma sanção penal aplicável.

Não havia cadeias e penitenciárias, os locais de aprisionamento eram totalmente insalubres, localizados nas torres dos castelos, conventos abandonados, calabouços, lugares onde o detento aguardaria o seu julgamento ou execução.

Na era medieval a igreja dá início ao tribunal da inquisição, que buscava os hereges, os quais eram contrários aos dogmas da igreja e à sua doutrina. Estes hereges eram procurados para serem castigados no desterro e nas prisões insalubres.

Os governantes da época infligiam as punições de acordo com o status social a que pertencia o réu. Deste momento são notáveis os verdadeiros espetáculos públicos, com a amputação de membros, a roda, a guilhotina, onde o sentenciado era levado a seu limite de dor.

O suplício de exposição do condenado foi mantido na França até 1831, apesar das críticas violentas do Iluminismo, que surgiu na França do século XVII, atingindo seu apogeu no século XVIII aonde com a defesa da razão sobre a visão teocêntrica, que dominava a Europa desde a Idade Média.

Os filósofos e os juristas no século XVIII passam a questionar os espetáculos públicos e iniciam um entendimento de que o homem era naturalmente bom, mas era pervertido pela sociedade com o passar do tempo. Acreditavam que se todos fizessem parte de uma sociedade justa, com direitos iguais a todos, a felicidade comum seria alcançada. Sendo assim, eram contrários às imposições da igreja contra as práticas mercantilistas, contrários ao rei, além dos privilégios dados à nobreza e ao clero.

Até o século XVIII, as práticas de espetáculo público se mantiveram em vários locais, quando nesse momento temos o início da certeza de sermos punidos, os espetáculos deveriam desviar o homem do crime e não mais o abominável teatro, a essência passa a ser procurar corrigir, reeducar, curar, libertando os magistrados do ofício de castigadores.

A punição, segundo Foucault (2004), vai se tornando a parte mais velada no processo penal.

O corpo, em qualquer sociedade, se apresenta preso no interior de poderes muito apertados, que lhe impõem limitações, proibições e obrigações, segundo Foucault (2004). Dessa forma as disciplinas se tornam, no decorrer dos séculos XVII e XVIII, fórmulas gerais de dominação que não se fundamentam numa relação própria de apropriação do corpo.

Foucault (2004) afirma que as disciplinas fabricam corpos dóceis, submissos e exercitados. Com isso, a força do corpo aumenta em termos econômicos de utilidades e essas mesmas forças diminuem em termos políticos de obediência. O corpo humano entra numa maquinaria de poder, que o esquadriha, o desarticula e o recompõe. A disciplina realiza a distribuição dos indivíduos no espaço.

O hospital como instrumento terapêutico, segundo Foucault (2012, p. 171-184), é uma invenção relativamente nova datada do final do século XVIII, na qual vamos ter a consciência de que hospital pode e deve ser um instrumento de cura.

Anteriormente a esse período, o hospital aparece como uma instituição exclusivamente para pobres, com as características de exclusão e separação de portadores de doenças. O pobre apresenta uma necessidade de assistência e, como um doente que apresenta alguma moléstia contagiosa, passa a ser um perigo para a sociedade. Dessa forma, ele se apresenta como alguém que necessita de ajuda material e espiritual, alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e sacramentos. Sendo assim, a figura central da unidade hospitalar era o religioso. Foucault (2012, p. 175) afirma que “o pessoal do hospital não era fundamentalmente destinado a realizar a cura do doente, mas conseguir a própria salvação.”

Dessa forma passamos a refletir de que forma se deu essa mudança, em que momento o religioso deixa de ser a figura central do hospital, dando lugar ao modelo que temos até a atualidade, com a figura médica como o centro desse espaço. O primeiro ponto de transformação foi

A busca de uma ação positiva do hospital sobre o doente ou a doença, mas simplesmente a anulação dos efeitos negativos do hospital. Não se procurou primeiramente medicalizar o hospital, mas purificá-lo dos efeitos nocivos, da desordem que ele acarretava. E desordem aqui significa doença que podia suscitar nas pessoas internadas e espalhar na cidade em que estava situado, como também a desordem econômico-social de que ele era foco perpétuo. (Foucault, 2012, p.177)

Essa reorganização de uma nova estrutura hospitalar vem através da disciplina. Temos como exemplo os exércitos e o advento do fuzil, que apresenta a necessidade um investimento

em mão de obra mais qualificada, acarretando um custo para os cofres públicos. Sendo assim, como enviar um contingente para guerra e perder mais da metade por doenças? “Para isso Foucault (2012, p. 179) afirma que o hospital marítimo e militar foram reordenados, mas essencialmente, a partir de uma tecnologia que pode ser chamada política: a disciplina”

Essa é uma técnica utilizada na prática médica de acordo com Christoff (2007, p.28) “para o controle das doenças e dos doentes, e nas práticas do aparelho penitenciário pelos agentes penitenciários e policiais controlando os presos”. A disciplina apresenta como objetivo principal fabricar um corpo dócil e obediente ao manejo, sendo assim fácil o seu controle.

Foucault (2012, p. 181) ainda afirma que “a disciplina é uma técnica de poder que implica uma vigilância perpétua e constante dos indivíduos. Não basta olhá-los às vezes ou ver se o que fizeram está conforme a regra. É preciso vigiá-los durante todo o tempo da atividade.”

Em meados do século XIX, temos a extinção das penas sobre o corpo, uma vez que não deverá o corpo mais ser expiado, quem deverá sofrer a expiação é a alma.

No século XIX, temos o início das prisões como elas se apresentam hoje, com a privação de liberdade e a transformação técnica do indivíduo. Na atualidade como as prisões como são conhecidas é a nossa forma de punição, onde temos a privação da liberdade, com isolamento do indivíduo da sociedade e a proposta de sua regeneração.

Todas essas transformações que estavam acontecendo na Europa aconteciam concomitantemente no Brasil. Os espaços destinados ao aprisionamento eram usados como compartimentos de espera da punição. Assim ocorria porque a detenção não possuía em si uma função punitiva, no sentido moderno do termo, e nem era socialmente reconhecida como tal, mas percebida como uma etapa anterior ao castigo. Nesse contexto, o ato de punir objetivava simplesmente castigar e não tinha nenhum outro objetivo pedagógico-penal para além desse. Os castigos corporais expressos nas punições exemplares objetivavam principalmente intimidar pelo terror.

No século XIX em 1884 com a necessidade dos isolamentos dos doentes, principalmente dos portadores de cólera, há um entendimento do governo sobre a criação de um novo local de isolamento.

Homens do império começam a buscar no litoral fluminense e paulista um local e acabaram selecionando a Ilha Grande, pois era um local praticamente deserto, próximo a Angra dos Reis, onde poderia ocorrer o isolamento dos doentes para a proteção dos brasileiros. De acordo com Santos (2007, p. 1174) o local escolhido tinha em seu favor, além

Figura 6. O antigo complexo do Lazareto⁷



As autoridades brasileiras observam as tendências no mundo quanto aos complexos penitenciários em lugares de difícil acesso, e, dessa forma, iniciam a criação de várias instituições penais. Segundo Dos Santos (2006), criaram diversas instituições na Ilha Grande ao longo do último século. A Colônia Correccional de Dois Rios (CCDR) foi instalada em 1894 e em 1913 o lazareto acabou sendo fechado. Esse foi reaberto em 1932 por Getúlio Vargas, com a explosão da Revolução Constitucionalista em São Paulo, somente como prisão para onde eram enviados os presos de guerra.

Nas três primeiras décadas, a Colônia Correccional de Dois Rios teve como objetivo principal aprisionar bêbados, mendigos, vadios e capoeiras; entre 1930 e 1964, Colônias Agrícolas foram instaladas para que os sentenciados pudessem cumprir o período final de suas penas; e a partir de 1964, o Instituto Penal Cândido Mendes tornou-se uma penitenciária de segurança máxima, mantendo no local os indivíduos considerados mais perigosos à sociedade.

A comunicação com o mundo exterior não existia, o poder exercido pelas autoridades era total, porém, na década de 70, deu-se a construção da estrada Rio-Santos, o que facilitava as fugas e a maior comunicação.

O poder dos agentes começa a ser minado com a maior liberdade de expressão da imprensa. A igreja católica e a organização dos direitos humanos iniciam as denúncias de barbárie. As fugas crescem, o que vem a ocasionar a implosão do complexo em 1994.

⁷ Disponível: <http://www.klepsidra.net/klepsidra17/ilhagrande.htm>. Acesso em 1 nov. 2012.

Tivemos muitas evoluções do sistema penitenciário durante anos, hoje em dia no século XXI temos um verdadeiro complexo, com as suas especificações e gerência própria. Conforme **Quadro 7** abaixo.

Quadro 7. Unidades do Complexo Penitenciário⁸

UNIDADES		
COMPLEXO DE GERICINÓ	COMPLEXO NITERÓI e INTERIOR	FREI CANECA e ISOLADAS
26 Unidades	15 Unidades	12 Unidades

De acordo com os dados atualizados em março de 2012, fornecidos pela Secretária de Estado de Administração Penitenciária dentro do Estado do Rio de Janeiro, temos 53 estabelecimentos prisionais com uma população carcerária de 29.468 apenados (InfoPen/ dez. 2011) no sistema penitenciário do Rio de Janeiro.

A população carcerária de uma forma geral requer uma assistência maior à saúde, uma vez que, segundo Adorno (1991, p.70-71), “traços comuns denotam a má qualidade da vida: superlotação; condições sanitárias rudimentares; alimentação deteriorada... violência incontida permeando as relações entre presos.”

Esse mesmo autor relata a precariedade das instalações sanitárias e da alimentação irregular como uma constante dentro das unidades prisionais, tais fatos geram um aumento do risco de adoecimento desses usuários.

Para ter uma compreensão melhor das unidades prisionais e do hospital penitenciário, vamos utilizar o conceito de Goffman (1962, p.16) que fala que toda instituição tem uma tendência ao fechamento, e ao verificarmos na nossa sociedade, visualizamos, uma mais fechada que a outra. E, ele afirma que o seu "fechamento" ou seu caráter total é simbolizado pela barreira a relação social com o mundo externo e por proibições a saída. A tais estabelecimentos ele dá o nome de instituições totais.

Ele traz cinco agrupamentos de instituições totais, mas vamos nos deter somente nas penitenciárias. Essas foram organizadas para proteger as comunidades contra os perigos intencionais, e o bem-estar das pessoas assim isoladas não constitui o problema imediato.

⁸ Disponível em: <http://www.rj.gov.br/web/seap/exibeconteudo?article-id=473780> Acesso em 13 de Set de 2012.

Sendo assim, os hospitais penitenciários poderiam se encaixar nessa descrição uma vez que foram feitos para isolar pessoas privadas de sua liberdade por diversos motivos, em situações de risco para a sua saúde.

Esse autor retrata (p. 19) que as instituições totais, apresentam uma divisão básica entre um grande grupo controlado, que podemos denominar de grupo dos internados, e uma pequena equipe de supervisão. Os controlados vivem na instituição e apresentam um contato restrito com o mundo exterior. As equipes dirigentes veem os internados como amargos, reservados e não merecedores de confiança. Os internados muitas vezes veem os dirigentes como condescendentes, arbitrários e mesquinhos. Os participantes da equipe dirigente tendem a sentir-se superiores e corretos. Os internados tendem, pelo menos sob alguns aspectos, a sentir-se inferiores, fracos, censuráveis e culpados.

Ele ainda retrata que (1962, p.69-70) “quase sempre, muitas instituições totais parecem funcionar apenas como depósitos de internados (...) como organizações racionais, conscientemente planejadas como máquinas eficientes para atingir determinadas finalidades finalmente confessadas e aprovadas.” Os hospitais apresentam-se com duas características, uma hospitalar e outra de segurança. Goffman (1962, p. 70) retrata ainda que “já se sugeriu bem que um freqüente objetivo oficial é a reforma dos internados na direção de algum padrão ideal.” O padrão ideal penitenciário consiste na melhoria da saúde e na reforma humana.

Para o atendimento de toda população penitenciária do Estado do Rio de Janeiro, tínhamos o Hospital Penitenciário (HP), composto de ambulatório com diversas especialidades de atendimento como emergência, proctologia, cirurgia geral, clínica médica, dermatologia, entre outras clínicas, além de contemplar também exames de Ultrassonografia (USG), Endoscopia Digestiva Alta (EDA), Raios-X (RX), centro-cirúrgico para grandes procedimentos e sete enfermarias para internação, distribuídas de A a G, com seis leitos/comarcas (camas de cimento) em cada enfermaria, e um banheiro como um “boi” (vaso sanitário de louça enterrado no chão).

Em 17 de janeiro de 2006, o HP no bairro da Frei Caneca foi fechado. Os pacientes internados foram transferidos para uma nova unidade no complexo de Gericinó/Bangu, do sistema penitenciário do Rio de Janeiro, onde está localizada a maioria das penitenciárias deste Estado.

No ano de 2010, tivemos o fechamento da nova unidade hospitalar por problemas estruturais, ocasionando a construção de outra em caráter de urgência para o atendimento dos apenados, denominada Unidade de Pronto Atendimento. Esta apresentava estrutura física pequena e inadequada para as necessidades do sistema penitenciário, contendo sala de

procedimentos, sala de reanimação cardíaca, EDA, USG, consultório de cardiologia e outro para as demais especialidades.

Localizada em um prédio anexo de uma unidade hospitalar especializada em pacientes portadores de tuberculose, apresentava uma fragilidade, por estar na beira da rua, o que poderia acarretar tentativas de fugas. Por isso, toda estrutura de segurança teve que ser redesenhada, com maior número de agentes penitenciários para a proteção do cuidado.

Em caso de internação, os pacientes eram designados da seguinte forma: internações femininas seriam encaminhadas para uma enfermaria em anexo no mesmo hospital; no caso de internação masculina, havia encaminhamento para outro hospital penitenciário. Nessa unidade foi realizada, de forma emergencial, a internação de todos os pacientes do sexo masculino do Estado do Rio de Janeiro.

Necessitávamos de uma unidade que atendesse a necessidade real do sistema penitenciário. Dessa forma, em 2011, tivemos a inauguração de uma Unidade de Pronto-Atendimento (UPA) nível IV dentro do Complexo. A nova unidade veio suprir toda demanda ambulatorial e emergencial dos apenados do Estado do Rio de Janeiro, funcionando como a porta de entrada de todos os atendimentos do sistema penitenciário.

Essa unidade apresenta três salas de atendimentos, uma sala vermelha para atendimentos emergenciais, uma sala de RX, uma sala de odontologia, uma sala de observação masculina, uma sala de observação feminina, um Centro de Terapia Intensiva, posto de enfermagem, almoxarifado, farmácia.

A entrada da disciplina no ambiente hospitalar ocasiona a passagem para a medicalização. Foucault (2012, p. 183) afirma que a disciplina torna-se médica, e o poder passa a ser confiado ao médico.

Na atualidade, a saúde do sistema penitenciário está constituída por cinco hospitais e uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), um hospital para cuidado com os pacientes portadores de tuberculose, dois hospitais psiquiátricos e um hospital para portadores de dependência química. Neste trabalho vamos focalizar a UPA, que foi o nosso cenário de estudo.

2.3 A Responsabilidade com o outro: o bem estar humano em um hospital penitenciário

Na contemporaneidade, devido ao grande conglomerado de pessoas nas unidades prisionais, encontramos um contexto de saúde no qual os indivíduos apresentam diversas

patologias que demandam atendimento e encaminhamento para as unidades hospitalares penitenciárias.

O elevado número de demandas cuidado exige uma atenção especial dos profissionais envolvidos, e que clama a uma compreensão sobre o estilo de vida e o nível de saúde dos apenados. Os dados de pesquisa, bem como a prática assistencial, evidenciaram que os cuidados dispensados aos pacientes nessas unidades são pautados na responsabilidade com o próximo, no respeito à vida e atendimento aos preceitos éticos.

Segundo Filho (2013, p.3), “a ética é matriz rizomática dos direitos humanos fundamentais [...], encontrando-se umbilicalmente atados para que se legitime a ação dentro de um padrão de moralidade e hombridade no cumprimento desses deveres,” nesse contexto, devemos cuidar de forma mais apropriada, aproximando-nos ao máximo do que seja certo, pautados na responsabilidade e no cuidado para com o próximo.

Na unidade penitenciária, o cuidado é desempenhado com a ética necessária. Os depoimentos dos sujeitos convergem para a responsabilidade e o respeito com a vida é orientado para os valores com o próximo e com a pessoa, independente das circunstâncias as quais o levaram a condição de apenado. A conjuntura de apenado é um fator importante dentro desse cuidado, pois ele desencadeia também outros sentimentos e sensações a este cuidado, e que, por vezes, não são comuns às situações de cuidado fora do sistema penitenciário.

Ética... Neste sentido, se refere à reflexão crítica sobre o comportamento humano, interpreta, discute, problematiza e investiga valores e princípios. Procura respostas ao que “deve ser feito”, e não ao “que pode ser feito” do ponto de vista das razões de se fazer ou deixar de fazer, de aprovar ou desaprovar algo, do que é bom e do que é o mal, do justo e do injusto (PINTO, 1998 APUD SOUZA ET AL, 2005, P. 76)

A responsabilidade com próximo vivida em qualquer momento do cuidar me faz lembrar o juramento da Enfermagem, quando nos responsabilizamos pela vida do outro. Independentemente de cor, raça, credo, ele é um ser humano em qualquer situação, mesmo estando dentro do sistema penitenciário, isso é claro quando a equipe está atrás das grades para medicar, independente dos pensamentos que possam estar assombrando aquele profissional, pois todos somos seres humanos e temos emoções e sentimentos que podem estar claros ou escondidos nas entre linhas do cuidado.

Solenemente, na presença de Deus e desta assembleia, juro: Dedicar minha vida profissional a serviço da humanidade, respeitando a dignidade e os direitos da pessoa humana, exercendo a Enfermagem com consciência e fidelidade; guardar os segredos que me forem

confiados; respeitar o ser humano desde a concepção até depois da morte; não praticar atos que coloquem em risco a integridade física ou psíquica do ser humano; atuar junto à equipe de saúde para o alcance da melhoria do nível de vida da população; manter elevados os ideais de minha profissão, obedecendo aos preceitos da ética, da legalidade e da moral, honrando seu prestígio e suas tradições. (JURAMENTOS DA ENFERMAGEM COREM- RJ)

O cuidado se manifesta pela preservação e contemplação da vida, se relacionando em uma comunidade própria, com um dialeto único, mas que se solidariza pela vida do outro. É um dever, uma responsabilidade e um compromisso social.

Por ser esse contexto de cuidado diferenciado, na maioria dos momentos, situações diferenciadas para o universo hospitalar, com a presença de algemas, agentes, cadeados, chave, um verdadeiro esquema orquestrado, a fim de se manter a segurança em sintonia com a saúde.

Tal situação não é uma tarefa fácil, pois necessitamos de recursos técnicos, formação acadêmica, e recursos humanos com conceitos intrínsecos ao próprio indivíduo (profissional de saúde), em uma relação com o outro (guarda), dialogando em um ambiente diferenciado para a melhoria de um ser humano, independente da sua situação de apenado.

O respeito ao ser humano independente das situações de vida do outro é um reflexo das atitudes e pensamentos do outro, é um respeito ao ser humano.

O cuidado reflete uma atitude do homem perante o mundo, perante os outros, perante si mesmo e perante a existência em geral. O cuidado significa desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, e se concretiza no contexto das relações sociais. Cuidamos quando estabelecemos relações de respeito à autonomia, à individualidade e aos direitos dos seres humanos. (Souza, Sartor, Prado, 2005 p. 76)

Esse cuidado vai evidenciar uma atenção para com o outro. É uma situação de respeito e de responsabilidade, com a vida e com o cuidado, o que de acordo com Souza, Sartor e Prado (2005, p. 76) “cuidamos quando estabelecemos relações de respeito à autonomia, à individualidade e aos direitos dos seres humanos.”

A responsabilidade se manifesta, ela não é uma boa vontade, ela não provém de sentimentos de amor, pois Kuiuava (2006, p. 56) diz que “a responsabilidade não nasce de uma boa vontade, de um sujeito autônomo que quer livremente se comprometer com o outro ser. Ela nasce como resposta a um chamado.”

Esse mesmo autor (2006, p.56) nos fala que os atos que realizamos são uma escolha de cada um, é uma responsabilidade individual quanto às decisões tomadas, pois “a noção de responsabilidade é baseada na noção de escolha livre. Uma ação é livre na medida em que se

responde por ela. Em princípio, se o ser humano é livre, então cabe a ele assumir as consequências dos seus atos.”

A nossa consciência nos fala o que é certo e o que é errado, e dessa forma conseguimos cuidar nas unidades prisionais. Estaríamos nos igualando aos apenados, uma vez que deixássemos de cuidar. De acordo com Kuiuava (2006, p.57), “o termo consciência refere-se à capacidade de reconhecer que existe algo para além de si (...) ter consciência é ser capaz de reconhecer o bem e o mal, o certo e o errado (...) é ser capaz de escolher e assumir voluntariamente (...) normas morais, atitudes e posturas éticas... no decorrer da vida pessoal e profissional.”

Nas unidades penitenciárias, enquanto funcionários sofreram pressões de todos os lados, pois além de ser um hospital, que por si só seria um local com um grande desgaste de energia, temos também o fato de esse local ser também uma unidade prisional, ocasionando um desgaste maior de todos os profissionais envolvidos no cuidado.

Por vezes os funcionários encontram-se no limite do cuidado e dessa forma no limite da defesa, pois cuidar bem de uma pessoa que fez um profundo mal a sociedade é por vezes conflitante. Cuidar com responsabilidade, dentro da ética, mas sem carinho e sem amor, podem causar no profissional um desgaste, devido à exacerbação de defesas psicológicas, e por uma ideologia defensiva, pois segundo Silva (2011, p. 383) “‘ideologia defensiva’ surge assim como um importante conceito... nas ocupações perigosas, essa forma de defesa coletiva é a única explicação para o fato de a execução do trabalho ser possível”.

As estratégias de defesas funcionam através de inversão com o desafio do perigo, ao invés de nos sentirmos ameaçados por ele. Quando entramos nas celas para prestarmos cuidados, certamente colocamos nosso medo de lado, escondido em nosso subconsciente, mas com certeza nos sentimos acuados por essas situações de incerteza, perigo e adrenalina.

Quando estamos olho no olho com um assassino, a nossa consciência nos orienta para o certo apontando para a nossa responsabilidade com o cuidado fala mais alto.

3 METODOLOGIA

Este estudo apresenta uma abordagem qualitativa, descritiva e exploratória, com base em estudos de Chizzotti (2003, p.79), afirmando que “a abordagem qualitativa parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito e o objeto”. Segundo Marconi e Lakatos (2002, p.20), relativamente aos estudos descritivos “descrevem um fenômeno ou situação mediante um estudo realizado em determinado espaço de tempo”. Triviños (1994, p.110) conceitua como aqueles que pretendem descrever ‘com exatidão’ os fatos e fenômenos de determinada realidade.

Assim, busquei a comunicação da equipe de enfermagem com o apenado privado de liberdade, através de um roteiro de observação das manifestações verbais (MV) e não verbais (MNV) (Apêndice B), através dos seguintes itens: Proxêmica, Cinésica, Paraverbal, Tacésica.

O momento para observação das expressões da equipe se deu durante as situações de cuidado, para verificar se existiam diferenças de linguagem e da qualidade nas estratégias utilizadas pela equipe no cuidado com essa pessoa contida em regime prisional. A observação do apenado se deu durante o momento da espera do atendimento a fim de entender se existiam diferenças na presença ou não da equipe e foi considerado como o primeiro momento de produção da pesquisa. A observação não participante foi realizada nos meses de dezembro de 2011, janeiro a março de 2012, alternando-se aos dias de plantão, através dos quais foram observadas 52 pessoas (40 funcionários) e 12 (pacientes).

Para Pease (2005, p.19), “a linguagem do corpo é o reflexo externo do estado emocional das pessoas; cada gesto ou movimento pode ser uma valiosa fonte de informação sobre a emoção que ela está sentindo num dado momento”. E Cohen (2010), ao se referir ao que falamos com a boca, enfatiza, mas nossa comunicação se dá também através dos olhos, semblante, sorrisos, mãos, braços, até mesmo com as pernas e dedos dos pés.

A pesquisa incluiu a visão da “importância do estudo da comunicação deve-se por ser ela um dos mais importantes aglomerados presentes no comportamento humano. Afirma ainda que a todo tempo, a vida cotidiana é afetada pelas nossas comunicações com os outros, fazendo-nos estar sempre vinculados por nossas próprias mensagens e pelas mensagens de outras pessoas.” Littlejohn (1998 apud KOEPPE, 2009)

A linguagem, os gestos, o toque, enfim, o corpo fala por si só, sendo ele um centro de informações. O corpo é um texto a ser descoberto, a ser lido, pois:

Ler, analisar, dissecar, anatomizar, enfim, semioticizar o corpo, corresponde a construir o corpo-texto como discurso, o corpo passa então a poder ser considerado

como o resultado do ato de uma instância enunciativa determinada, que realizou a semiosis, dando conta da significação do corpo (BÁRTOLO, 2007, p. 36).

Assim instrumentada, a pesquisa foi realizada, após aprovação do projeto no comitê de ética em pesquisa da EEAN/HESFA sobre o protocolo nº 099/2011, em um hospital penitenciário da cidade do Rio de Janeiro – cenário cujo ambiente tem uma forma de atendimento própria, com uma comunicação determinada pelo contexto e um modo de cuidar específico da unidade prisional.

Este ritual é característico desse campo de atuação no qual pessoas privadas de sua liberdade convivem com profissionais de enfermagem empenhados no cuidado. Nessa unidade, o atendimento foi investigado a partir de alguns princípios da pesquisa sociopoética. O roteiro sistematizado no Apêndice versa sobre os seguintes itens de observação da comunicação não verbal dos envolvidos na interação enfermeira apenado: cinesia, Paralinguagem, tacésica e Proxêmica. Assim é possível ter a real noção de como se dá a comunicação entre a equipe de enfermagem e o apenado, como se dá o envolvimento, a forma de assistir, como é estabelecido o toque, o que favorece transmissão desse modo distinto de comunicar que se dá através do corpo.

O corpo emite sinais, fala por si só, nos dá as informações que nos são fundamentais. Apoio Araújo (2000, p. 79), quando este descreve com muita propriedade que corpo é um centro de informação para todos nós. Não só de quem é cuidado, como também daquele sujeito que cuida.

Na atualidade muito se fala sobre um cuidado humanizado e sensível. Dessa forma, a Política Nacional de Humanização (2008) preconiza uma valorização da participação coletiva no processo dos sujeitos envolvidos para a produção de saúde.

Neste contexto, a comunicação entre profissionais de saúde, profissionais de segurança e gestores e pessoas privadas de liberdade seria uma peça fundamental nessa política nacional vigente, que trata da transversalidade com um aumento do grau de comunicação intra e intergrupos e da transformação dos modos de relação e comunicação entre os sujeitos implicados nos processos de produção de saúde, resultando, como efeito, na desestabilização das fronteiras dos saberes, dos territórios de poder e dos modos instituídos na constituição das relações de trabalho.

Na Resolução n. 2, de 8 de maio de 2008, temos:

Art. 1º. Recomendar, em caráter excepcional e devidamente justificado, o uso de instrumentos coercitivos tais como algemas, na condução do preso e em sua permanência em unidades hospitalares, quando:

- a) não atente contra a dignidade ou a incolumidade física do custodiado;
- b) seja necessário à sua segurança individual e à segurança pública;
- c) se torne imprescindível para evitar uma fuga ou frustrar uma resistência.

A situação relatada anteriormente marca o contraste entre a postura de inferioridade do apenado – “somos socialmente distantes”, “espero decisões”, “não ousou encarar-te”, “perante ti, sou um não alguém” – e a postura de superioridade do agente penitenciário – “somos socialmente distantes”, “estou firme, seguro!”, “vejo-te lá das alturas onde habito!” “eu levanto sobre ti o meu rosto sou teu senhor”. Isto poderia soar muito forte, mas uma vez que o apenado está sob a guarda do Estado e, naquele momento, a figura do Estado é o guarda, bem como durante os cuidados o Estado é a equipe de saúde, tal conjuntura enquadra-se de forma totalmente adequada.

No primeiro momento da pesquisa, se deu através da utilização do roteiro sistematizado através da observação não participante, que desenhou além de uma comunicação entre a equipe de enfermagem e os apenados, também as interações dos apenados entre si em seus próprios meios. A fim de que conseguíssemos visualizar a comunicação praticada nesse contexto, realizamos a junção dos diferentes dados produzidos nos momentos sequenciados da pesquisa, o que permitiu que compreendêssemos a comunicação na assistência dentro de uma unidade hospitalar do sistema prisional.

Para aprofundar o estudo, a proposta metodológica escolhida foi a utilização de alguns dispositivos da sociopoética, pela facilidade técnica e lúdica de acessar os sentimentos vivenciados. O parágrafo transcrito a seguir exemplifica a ideia.

A criatividade artística toca esses núcleos inconscientes, até, no caso de grandes criadores, movimentá-los em sentidos inesperados, ainda não explorados. Ao lado de núcleos, a imaginação existe sob o regime da pele, sensível, que a arte toca, ao liberá-la da couraça acostumada, ao abrir canais pelos fluxos da história coletiva e pessoal, ao permitir sua visibilidade e sua discussão carinhosa e crítica pelo grupo, ao desencadear o passado e o presente. A sociopoética resgata o que foi silenciado, entupido, matado no passado. Ela permite a expressão de devires virtuais, ela permite viver outra história, criar outros devires, novas singularidades. (GAUTHIER, 1999, p.54).

O método da sociopoética nasceu a partir do filósofo e pedagogo Jacques Gauthier, durante a sua vivência junto ao povo indígena da Nova Caledônia, no Pacífico Sul. A sociopoética foi construída a partir de conceitos da pedagogia do oprimido, como empréstimo do grupo pesquisador. O grupo passa a autor da pesquisa, para o aprendizado desenvolvido em conjunto. A participação é efetiva no processo de criação desse conhecimento coletivo.

Dessa forma, os sujeitos de pesquisa passam a ser denominados copesquisadores. O grupo pesquisador (GP) foi fundamentado a partir dos autores da sociopoética, Santos (1999), Araújo (2000) e Figueiredo (2000).

O grupo foi formado a partir de um convite para a discussão de um tema gerador da pesquisa aceito pelo grupo. No primeiro encontro o tema foi *“Como vocês situam a comunicação durante os cuidados de enfermagem prestados ao paciente apenado, privado de liberdade, dentro dos lugares geomíticos?”*

No terceiro momento da pesquisa tivemos a reclusão dos pesquisadores para transcrição, leituras e releituras dos dados produzidos e preparo do material a ser devolvido ao grupo no quarto momento.

A devolução dos dados produzidos ao GP, no quarto encontro, acrescido da questão geradora de debates *“Como você percebe as alterações, sensações e sentimentos no seu corpo durante os cuidados de enfermagem prestados ao apenado privado de liberdade?”* permitiu um aprofundamento. O GP participou do processo de produção e análise dos dados, o que permitiu a sua participação na construção e valorização do conhecimento.

A proposta do grupo-pesquisador valoriza o aspecto político da produção do conhecimento em saúde ao promover uma nova relação de forças, revertendo o modelo baseado na verticalidade de um pesquisador que interpreta a fala dos sujeitos impondo sua palavra como final. Nesse momento, aquele que antes era alienado como objeto do saber médico, passa a ser sujeito na produção de conhecimento acerca do processo saúde-doença, passa a ser valorizado em sua autonomia (SILVEIRA et al., 2008, p. 876).

3.1 Os princípios da sociopoética

Corroborando Santos e Gauthier (1999), Silveira afirma que

A sociopoética fundamenta-se nos seguintes princípios: o grupo pesquisador como dispositivo; a importância do corpo como fonte de conhecimento; o papel da criatividade de tipo artística no aprender, no conhecer e no pesquisar; a ênfase no sentido ético no processo de construção do saber (SILVEIRA et al., 2008, p. 875).

Na sociopoética temos uma análise coletiva, facilitada por técnicas apropriadas, através das quais temos a constituição de um grupo pesquisador (GP) que é responsável pelo desenvolvimento de todo processo da pesquisa, contribuindo com a criação de figuras novas que emergem a partir dos conhecimentos presentes no grupo. Esse é o chamado primeiro princípio da sociopoética.

O segundo princípio da sociopoética é a consideração da dialética, que institui, entre o facilitador da pesquisa e o GP, o princípio de valorização das culturas dominadas e de resistência na produção e leitura dos dados. É necessária a ajuda de fontes de leituras intuitivas, e até simbólicas, que trabalhem com a sensibilidade, para que tenhamos a real compreensão da linguagem metafórica.

O conhecimento produzido com o corpo inteiro inclui as emoções, as sensações, a intuição, a gestualidade e a imaginação, e não somente a razão. Esse constitui o terceiro princípio da sociopoética.

Como quarto princípio, temos o uso de técnicas de pesquisas para o favorecimento do processo de metáfora das experiências pelos próprios sujeitos do estudo.

No quinto e último princípio, temos a responsabilidade do GP na socialização dos resultados.

3.2 As recusas

Mediante os princípios apresentados anteriormente, foram estabelecidas as recusas, que, de acordo com Gauthier (1999) e Araújo (2000, p.15), podem ser descritas da seguinte forma:

- recusa de separar o racional do sensível, visto que o corpo (cabeça, troncos, membros e emoção) pensa e comunica através de expressões, logo os conceitos nunca estão isolados da história do corpo.

- recusa de unilateralidade do saber, pois o grupo eleito é corresponsável pela produção, evitando assim um lugar de poder para o pesquisador.

- recusa de separar a ciência da arte, considerando-se que através dos estímulos artísticos temos a quebra das resistências pessoais, o que favorece as expressões.

- recusa da separação entre a sociopoética e a espiritualidade, no sentido de que a espiritualidade representa o equilíbrio entre corpo, mente e emoções, sendo, portanto, inseparáveis o conhecimento e a espiritualidade.

3.3 Os momentos da sociopoética

A sociopoética “permite que a emoção abra a inteligência (...), as experiências vividas e apresentadas somem afetividade no inconsciente individual e coletivo,” e assim possam ir

“passando de uma situação singular para uma situação plural, com criação democratizada, significações múltiplas, e às vezes opostas” (ARAÚJO, 2000, p.81).

Como critérios de inclusão ao grupo pesquisador foram considerados todos os integrantes da equipe de enfermagem que apresentam contato com o apenado durante a sua permanência no cenário da pesquisa sem usufruir de férias, licenças-prêmio, ou licença por motivos de saúde.

Para que não ocorresse nenhum prejuízo e para assegurar a assistência, ficou acordado que o número limite de participantes por grupo seria um total de quatro. Entretanto, como algumas equipes apresentavam um quadro maior de funcionários, esse número foi ultrapassado, sem comprometimento da assistência. A equipe é composta de 03 enfermeiras diaristas, 07 enfermeiros plantonistas, 08 técnicos de enfermagem diaristas e 66 técnicos de enfermagem plantonistas, com escala de 24 h semanais. Eles foram convidados aleatoriamente por plantão e autorizaram a sua participação na pesquisa através da assinatura do formulário de consentimento livre e esclarecido. Os dados foram produzidos na antessala do alojamento de enfermagem diariamente com cada equipe, das 17h às 19h, formando diferentes grupos de participantes.

Para estabelecer um bom diálogo durante a produção, foram utilizadas três oficinas para que pudéssemos penetrar nas facetas do imaginário vivido por essa equipe. Dessa forma, captamos o que era comum a todos dentro daquele meio através dos sentidos sociocomunicantes. Diversas técnicas lúdicas foram utilizadas para a liberação desse imaginário como veremos adiante, a silhueta do corpo funcionou como um espelho para o copesquisador, estimulado pela geradora do debate. De acordo com Martini (2006, p. 34), é preciso considerar a intencionalidade do corpo em suas relações com o meio. Produzir a síntese disjuntiva a Poiesis intitulada “O SISTEMA/NEUTRO”. Descrevemos o corpo coletivo de todos os profissionais de enfermagem participantes da pesquisa.

Para Martini (2006, p. 34), “o corpo ao comunicar-se com o mundo, no horizonte vivido, forma uma unidade indivisiva, unidade e atividade expressiva, que sobrepuja a diferenciação entre subjetivo e objetivo, ao integrá-los em razão dos projetos aos quais se polariza.” Portanto, o corpo passa a apresentar uma visão do mundo profissional, sendo fonte de sentido, criando significações.

No segundo momento, de forma coletiva junto ao grupo pesquisador, utilizamos algumas dinâmicas de pesquisa, as quais foram divididas em momento e passos, com uma produção média de duração de sessenta minutos.

Realizamos nesse momento sete passos, a saber:

1º Passo - Preparação do ambiente com duração de cinco minutos

2º Passo - Acolhimento dos copesquisadores, com um lanche afetivo⁹, como mostra a Figura 7, a fim de que tivéssemos uma melhor integração.

Figura 7. Lanche afetivo



3º Passo - Leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -TCLE (Apêndice C) e esclarecimentos com duração media de cinco minutos.

Para assegurar a realização dos cuidados e também a participação na pesquisa, promovemos as dinâmicas com pequenos subgrupos de profissionais de enfermagem. Os copesquisadores foram identificados por código alfanumérico, no qual a sigla CP significa copesquisador e o número descreve a escolha aleatória de cada copesquisador nas oficinas, conforme quadro a seguir:

Quadro 8. Distribuição do grupo de copesquisadores

Dias da Semana	Equipes	Copesquisadores
Segunda-feira	—	—
Terça-feira	A	CP 1, CP 2, CP 3, CP 4
Quarta-feira	B	CP 5, CP 6, CP 7, CP 8, CP 13, CP 20 CP 21
Quinta-feira	C	CP 14, CP 15, CP 16, CP 17,

⁹ Como não é permitida a entrada de máquinas fotográfica em unidades penitenciárias, foi realizada uma demonstração do lanche afetivo, para ilustração do mesmo.

		CP 18, CP 19
Sexta	D	CP 9, CP 10, CP 11, CP 12
Sábado	_____	_____
Domingo	_____	_____

4º Passo - Relaxamento com música instrumental – *Fields of Gold*, por Kevin Kern – durante cinco minutos.

5º Passo - Construção de desenhos pelos copesquisadores do 1º encontro através da questão geradora de debate ***“Como Vocês situam a comunicação durante os cuidados de enfermagem prestados ao paciente apenado, privado de liberdade, dentro dos lugares geomíticos?”***. Esse passo foi realizado com a distribuição de folhas em branco e coloridas, lápis de cor (4 conjuntos), canetinhas (4 conjuntos), fitas de cores diferentes, lápis de cera (4 conjuntos), barbante, tintas diversas, purpurina e colas coloridas, para que ocorresse a libertação de algumas facetas do imaginário sobre a comunicação no lugar de cuidado nas unidades hospitalares do sistema prisional. Essa etapa foi planejada e realizada durante quinze minutos.

6º Passo - Apresentação aleatória individual das produções e discussão coletiva, com uma variação média de cinquenta minutos por grupos. Esta etapa foi gravada em mp3 e posteriormente transcrita para análise.

7º Passo - Nova projeção dos dezesseis lugares geomíticos instituídos por Gauthier (1999) com uma nova discussão coletiva. Foram situados os novos lugares geomíticos construídos por eles no quinto passo a partir daqueles instituídos por Gauthier, através do formulário de figuras geomíticas (Apêndice D) ¹⁰. Essa etapa teve duração média de trinta e cinco minutos.

Para o criador do método, a atividade lúdica com a utilização de técnicas criativas:

É só a criação de um princípio diferente, inacostumado, para gerar expressão da energia imaginativa das pessoas e do grupo. Sendo a forma inacostumada, é provável que emergjam conteúdos, expressões, imagens inacostumadas, inesperadas. O objetivo é ver o outro lado da vida, aquele que nossa formação teórica e, mais geralmente nossa cultura nativa, não permite enxergar, (GAUTHIER, 1999).

¹⁰O formulário das figuras geomíticas foi digitalizado de forma original, conforme aplicação da técnica.

Esse momento permitiu a correlação da assistência de enfermagem prestada ao apenado às figuras geométricas instituídas por Gauthier. Santos e Gauthier (1998 apud Duque, 2005, p.46) relatam que “essa técnica, a projeção de figuras inspira-se em uma lógica baseada nas culturas indígenas do pacífico.”

No terceiro momento houve a reclusão da pesquisadora, para transcrição e organização dos depoimentos sobre a comunicação e das produções sobre o cuidado nos lugares geométricos.

Também nessa etapa foi preparado o material para devolução ao grupo na etapa seguinte.

No Quarto momento, realizamos seis passos, a saber:

1º Passo - Preparação do ambiente com duração de cinco minutos;

2º Passo - Acolhimento do grupo com lanche afetivo, com duração de dez minutos;

3º Passo - Relaxamento com um CD de música instrumental (Kevin kern- Fields of Gold), durante cinco minutos;

4º Passo - Distribuição dos formulários dos sentidos sociocomunicantes de Araújo (2000) adaptados ao estudo (Apêndice E) ¹¹, acompanhados de canetas, canetinhas e lápis colorido, nos quais cada copesquisador descreveu e colou as figuras após a discussão e aprovação do tema norteador desse momento que foi **“Como você percebe as alterações, sensações e sentimentos no seu corpo, durante os cuidados de enfermagem prestados ao apenado privados de liberdade?”**. Essa técnica foi implementada segundo os dispositivos analíticos do grupo pesquisador.

Utilizei a silhueta de um corpo humano na qual os copesquisadores colavam ou desenhavam as figuras dos sentidos sociocomunicantes (coração, boca, olho, mãos, nariz, orelha), acrescentando nessa adaptação o cérebro e os outros órgãos que pertencem ao corpo humano. Cada figura foi ofertada em número de seis, e em três diferentes tamanhos, permitindo que a escolha de um mesmo sentido pudesse ser feita por cada um e/ou por todos.

5º Passo – Distribuição e preenchimento pelo GP, do formulário dos sentidos sociocomunicantes (Apêndice F), a fim de que pudessem mensurar na escala analógica dos sentidos as sensações e alterações percebidas durante a assistência prestada. A partir do valor atribuído e da justificativa dessa atribuição, foi possível mensurar com precisão as

¹¹ O formulário dos sentidos sociocomunicantes, acrescido das figuras dos órgão abdominais, torácicos e cérebro que foram digitalizados na sua forma original, conforme aplicação da técnica.

dificuldades, a esperança e os sentimentos percebidos por eles durante a assistência prestada a clientela.

6º Passo - Apresentação individual e discussão coletiva dos resultados dos depoimentos (Apêndice E e F), que foram gravados em mp3 e posteriormente transcritos, organizados e devolvidos na etapa seguinte do GP.

No quinto momento houve nova reclusão da pesquisadora para transcrição dos depoimentos e preparo do material para devolução, com a triangulação dos dados do roteiro de observação, e dos dados do primeiro e do terceiro momento.

O sexto momento, com duração de sessenta minutos, foi dividido em quatro passos, a saber:

1º Passo - Preparação do ambiente, em cinco minutos;

2º Passo - Lanche afetivo, em dez minutos;

3º Passo - Devolução das unidades temáticas encontradas e da representação visual do funcionário coletivo “O sistema/Neutro” e a construção da poiesi coletiva – Esse foi o nome dado pelos copesquisadores à apresentação coletiva do funcionário do sistema penitenciário, com discussão individual e grupal dos achados. Essa etapa foi gravada em mp3 para posterior transcrição. O encontro teve a duração média de sessenta minutos.

4º Passo - Divulgação dos resultados em eventos nacionais e internacionais.

O sétimo momento foi marcado por mais um período de reclusão da pesquisadora para transcrição, pré-análise e preparo do material para os relatórios parcial e final.

O grupo foi constituído da seguinte forma: no primeiro e terceiro momento contamos com a presença de 17 copesquisadores; no quinto momento, 21. Os dados foram produzidos nos meses de maio a agosto de 2012, conforme o cronograma de atividades (Apêndice G). A produção foi realizada pelas equipes de terça-feira, quarta-feira, quinta-feira e sexta-feira – nos demais dias da semana não foi possível a composição do grupo, devido ao número reduzido de funcionários para realizar a assistência.

A participação dos copesquisadores nesta pesquisa não ofereceu riscos de nenhuma natureza, nem benefícios financeiros. Todo custo foi por conta da pesquisadora. Ao longo de toda a pesquisa foi garantido ao participante:

Esclarecimento das dúvidas.

Acompanhamento dos dados produzidos e analisados.

Desistir em qualquer etapa, caso esse fosse seu desejo, retirando seu consentimento, pois a participação foi voluntária.

A recusa em participar não acarretou nenhum prejuízo.

Foi assegurado o anonimato do participante através da substituição do nome pela sigla GP e números.

As fitas gravadas serão mantidas até a conclusão da dissertação e os dados obtidos nos encontros são de interesse estritamente científico, sendo utilizados apenas em eventos e artigos científicos e na elaboração desta dissertação de mestrado, naturalmente.

O tratamento dos dados pautou-se nas unidades de significação emergentes do roteiro de observação não participante, a fim de situar a comunicação utilizada durante os momentos dos atendimentos. Segundo Bardin (2009, p. 77), pelas técnicas de análise de conteúdo não pode ser tomado como prova inelutável. Mas constitui, apesar de tudo, uma ilustração que permite corroborar, pelo menos parcialmente, os pressupostos.

Realizamos leituras e releituras dos dados produzidos no primeiro e no terceiro momento da sociopoética a fim de buscar um reagrupamento através de uma unidade de significação. Dessa forma, foram identificados sete núcleos de análise do primeiro ao terceiro momento, identificados como:

- 1- Reproduzindo a comunicação no lugar do cuidado da Equipe de Enfermagem
- 2- Lugares geomíticos: o que retratam as figuras
- 3- Comunicação desafios da equipe de enfermagem no sistema prisional
- 4- Cuidado reflexões necessárias do cenário
- 5- Dispositivos de controle no cuidado
- 6- Lugar de cuidado: fatores de caracterização
- 7- Reações sentimentos e emoções

No quarto momento, a partir da adaptação da técnica dos sentidos sociocomunicantes do corpo, com a junção do cérebro e dos órgãos, foram identificadas as seguintes unidades de análises:

- 1-Olho/visão
- 2-Boca/Paladar
- 3-Nariz/Olfato
- 4-Cérebro
- 5-Audição
- 6-Coração/Emoção
- 7-Toque /sensibilidade
- 8-Órgãos internos da região abdominal e torácica.

Em seguida, através de novas leituras e releituras dos dados e observações dos depoimentos, identificamos verticalmente e transversalmente a densidade dos resultados do

roteiro de observação relativos às manifestações verbais (mv) e não verbais (mnv) dos apenados e dos profissionais no segundo e quarto momento.

A poiesi ilustra a síntese disjuntiva na transversalidade dos principais unidades encontradas.

4- RESULTADOS E ANÁLISE QUALITATIVA DOS DADOS VIVIDOS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM

“Comenta-se que ninguém de fato conhece uma nação até que se veja numa de suas prisões.”
Nelson Mandela

Este capítulo nos faz refletir sobre as situações vividas pela equipe de enfermagem dentro do sistema penitenciário, através da comunicação desta com os apenados durante as situações de cuidado.

Nesse contexto, encontramos dispositivos de controle no cuidado. A comunicação mediada por algumas situações que por vezes nos causam estranheza em um contexto de difícil entendimento e executado através de articulações da equipe com o apenado e com as outras partes, todos esses momentos estão presentes durante toda comunicação, e por vezes controlando e mediando esse cuidado. Como veremos a seguir, a comunicação é diferente entre as pessoas que estão cuidando, entretanto, apesar dessa diferença, não encontramos descuidados em momento algum.

4.1 O nascimento de uma comunicação

*“Eu sou guerreiro
Sou trabalhador
E todo dia vou encarar
Com fé em Deus
E na minha batalha
Espero estar bem longe
Quando o rodo passar!
Espero estar bem longe
Quando tudo isso passar...”*

(Lado B Lado A-O Rappa)

O estudo foi baseado no princípio ético de pesquisa com seres humanos, a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1996), que designa as normas de pesquisa em saúde. Foi elaborada uma solicitação de autorização que foi enviada para o Comitê de Ética e Pesquisa da EEAN/UFRJ (Apêndice H), foi apresentado ao Diretor, Subdiretor, Chefia de Enfermagem e Coordenador de Saúde do Sistema Penitenciário, juntamente com a solicitação de autorização institucional de pesquisa (Apêndice I) e o cronograma proposto (Apêndice J).

O projeto foi aprovado pelo referido Comitê sob o protocolo 099/2011 (Apendice K).

A análise da produção no primeiro momento da pesquisa foi resultante da aplicação do roteiro de observação das manifestações verbais (MV) e das manifestações não verbais (MNV) nos encontros do apenado com a equipe de enfermagem.

O primeiro encontro do apenado com a equipe de saúde ocorre assim ele sai da viatura do agente penitenciário e é encaminhado para a espera da admissão, triagem e identificação. Em seguida é efetuada a consulta médica o que também é feito na presença de um profissional da enfermagem, seguida por um encaminhamento para a realização do procedimento. Finalizada a internação o apenado retorna para a sala de espera, e ali aguarda até a chegada da viatura, para que o agente o conduza de volta à unidade de origem.

A comunicação apresenta um contexto muito diferenciado em uma unidade penitenciária, como já foi descrito por Coelho (2005). E a violência está naturalmente dentro desse sistema. A comunicação se dá em um contexto tenso, pelas características peculiares do ambiente, como manter, então, uma voz mansa, ser natural, ser tranquilo e não apresentar sentimentos, no exercício profissional dentro dessa instituição pautada na segurança, tanto a nossa como a do apenado.

Durante o período de atendimento, conseguimos identificar claramente as expressões não verbais, que são validadas no mesmo momento pela comunicação verbal. O quadro a seguir descreve a maneira como ocorre essa comunicação.

Quadro 9. Expressões faciais de quarenta Participantes, durante os cuidados prestados em uma unidade hospitalar penitenciária do estado do Rio de Janeiro.

Momentos do Processo de Atendimento	Expressões Faciais do profissional de Enfermagem	Verbalização Do profissional de Enfermagem	Tom de voz Do profissional de Enfermagem	Número de copesquisadores
Espera		-	-	-
Admissão/ Triagem	Contração do rosto com Rugas na testa e Abaixar a	“Anda logo!”	Grito	1
		“Vamos, anda logo!”	Tom de voz baixo	2
		“Entra aí”	Tom de voz alto	4

Consulta/Atendimento	sobrancelha	-	Tom de voz baixo	7
		“O que você está sentindo?”	Tom de voz alto	1
		“Hum! Já sei! Você novamente aqui!”		1
		“Última sala ao final do corredor.”		1
		“Vamos!”		2
Procedimento		“Nossa, que sujeira, está todo sujo”	Tom de voz alto	1
		-	Tom de voz alto	3
Espera	Abaixar um lado dos lábios	-	-	-
Admissão/ Triagem		“Cara para parede”	Tom de voz alto	4
Consulta/Atendimento		“O que você tem”		1
Procedimento		“Vamos!”		2
Espera	Lábios comprimidos	-	-	-
Admissão/ Triagem		“Hum!”	Tom de voz alto	2
Consulta/Atendimento		“Entendi”		1
Procedimento		“abaixa as calças”	Tom de voz alto	2
		“Vira o braço”		4
	“Está com		1	

		medo, não acredito”		
Espera	Olhar de Fuga	-	-	-
Admissão/ Triagem		-	-	0
Consulta/Atendimento		“O que você sentiu nesses últimos dias”	Tom de voz baixo	1
Procedimento		“Segura na mão de Deus, segura; pois ela te sustentará”	Tom de voz baixo	1
				4
Espera	Levantar as bochechas	-	-	-
Admissão/ Triagem		“vamos logo”	Tom de voz alto	1
Consulta/Atendimento		-	-	-
Procedimento		“Aqui está o seu comprimido”	Tom de voz baixo	1
Espera	Sorriso	-	-	-
Admissão/ Triagem		-	-	-
Consulta/Atendimento		-	-	-
Procedimento		“Vamos fazer a medicação”	Tom de voz baixo	1
Espera		-	-	-

Admissão/ Triagem	Olhos arregalados	“Estou indo realizar a sua internação”	Tom de voz baixo	1
		“O que aconteceu com você, está todo machucado?”	Tom de voz baixo	1
		“Não vai nos dizer que caiu da comarca!”	Tom de voz baixo	2
		“Vamos!”	Tom de voz alto	2
		“Como vocês fizeram isso?”	Tom de voz baixo	3
Consulta/Atendimento		“Nossa! Isso está feio, o que aconteceu?”		2
Consulta/Atendimento		“Você engoliu C. Você sabe que pode morrer a qualquer momento, vamos ver”		3
		“Vou cuidar de Você!”		2

Procedimento		“Deita que vou pegar o material para o médico suturar”	Tom de voz alto	1
		“Deita aí, você não vai morrer não, vamos te ajudar”		2
Espera	Olhar de baixo para cima (pacientes)	-	Tom de voz alto	9
Admissão/ Triagem		-	-	-
Consulta/Atendimento		-	-	-
Procedimento		-	-	-

Fonte: Instrumento metodológico da dissertação, setor de atendimento, cenário da pesquisa, Rio de Janeiro, 2012.

Ao visualizar o quadro acima, identificamos as expressões faciais da equipe de enfermagem, demonstrando em determinados momentos a autoridade desta perante o apenado. O apenado entra na unidade de cabeça baixa, algemado, com as mãos para trás, para que possa ser evitada qualquer situação de desconfiança gerada por eventuais movimentos bruscos. Coelho (2005, p.106-07) retrata uma realidade que é vivida pelo agente, mas que pode estendida àquela experimentado por um membro da equipe de saúde que atue no mesmo cenário. A equipe de enfermagem um contato mais de frente com o apenado deve-se dar a ênfase constante à manutenção do quesito moral e à distinção dos planos de ação em que se situam o guarda, considerado em plano superior, e o preso, no plano inferior. A motivação para isso está relacionada aos perigos e é por isso que o plano superior que deve ser ocupado e vivido pelo profissional da saúde.

De acordo com Pease (2005, p. 117), a contração do rosto com rugas na testa seria um olhar de poder, para conseguir não apenas tornar sério o clima da conversa, mas também para buscar um efeito que paralise instantaneamente o outro. Em um atendimento dentro da unidade penitenciária, a seriedade pode ser observada em todos os contatos da equipe com o apenado. É importante registrar que não foi visualizado nem sequer um instante de

relaxamento. Todos os atos eram cronometrados em tempos mínimos e as atitudes eram contidas. A exemplo disso destacou a ação de verificar, para conferência, os itens do carrinho de curativo. Os profissionais de saúde sabem bem a importância da repetição desse procedimento, pois nada pode desaparecer. O manejo e a guarda dos materiais perfuro cortantes deve ser única e exclusivamente executado pelo enfermeiro responsável pela unidade. Materiais que representam risco à segurança devem ser tratados com vigilância redobrada, de forma muito mais séria, pois por se tratar de uma unidade penitenciária, devem se evitar condições indesejadas.

As expressões faciais identificadas durante os atendimentos deixam claras as relações de dominação e superioridade dos profissionais perante o apenado. Quando contraímos o rosto e abaixamos a sobrancelha, significa, de acordo com Pease (2005, p.108) é uma maneira que os humanos tem de mostrarem dominação ou agressividade diante dos outros.

Esta afirmação vai ao encontro do parágrafo anterior, quando afirmamos que o profissional de saúde, apesar de não ser agente penitenciário, coloca-se em um plano distinto do apenado. Do mesmo modo, visualizamos também no Quadro 9, o tom de voz imperativo em algumas verbalizações, o que assegura certo comando e controle sobre o apenado.

O abaixar de um dos lados do lábio, de acordo com Cohem (2010), faz transparecer um desagrado presente durante aqueles procedimentos que estão sendo realizados. Isto fica claro nas verbalizações acima, sendo mais congruente ainda quando validados por conteúdos das falas dos copesquisadores durante as técnicas realizadas na produção dos dados e transcritas a seguir.

“Ele acha que você tem que dar apoio psicológico, e em hora nenhuma eu viro psicóloga.” (CP 17)

“Essa taquicardia é de medo, mas por vezes de revolta.” (CP 1)

“Não é para você conversar com o paciente, aqui não existe essa história de pegar uma folhinha e demorar um pouquinho mais lá dentro da enfermaria.” (CP 20)

Os lábios compridos estão relacionados ao desapontamento e costuma ser um primeiro sinal de pesar. É conhecido como o “visual da boca tensa” (COHEM, 2010, p 108).

O olhar arregalado está ligado aos sentimentos de ameaça, o que de acordo com Cohen (2012, p.127) “acontece quando ficamos emocionados ou nos sentimos ameaçados. A ampliação nos permite ver melhor com o canto dos olhos e é controlada pela parte do sistema nervoso que podemos chamar cruelmente de sistema *lute ou fuja*”. Isso vai ao encontro da idéia de que o ambiente, apesar de ser um hospital, é penitenciário.

Todo e qualquer sistema prisional é extremamente sensível a estímulos externos. Fechado sobre si mesmo, existindo à base de seus próprios e peculiares códigos de conduta, tecendo sutilmente delicadas teias comunicativas sobre a linha que separa a autoridade institucional da massa carcerária, regulando através de negociação ininterrupta o nível de pressões centrífugas de grande intensidade, o equilíbrio precário da prisão, sempre à beira do colapso e de explosões de violências coletivas, requer alta dose de previsibilidade de comportamento. (COELHO, 2005, p. 135)

Conseguimos verificar que apesar de tudo, o olhar pode não ser considerado um olhar perdido, e sim um olhar de busca que transcende a linha do horizonte. É um olhar à procura de algo, quem sabe um conforto espiritual. Para ele ou para aquele apenas ir à busca de uma paz, esperança, fé ou reforço. Um reforço de sustentação, pois quando estamos em situações difíceis, buscamos nos agarrar em algo “divino”, um contato com DEUS.

Nas instituições totais, segundo Goffman (1961, p. 19), “até a conversa entre as fronteiras pode ser realizada em tom especial de voz”.

O tom de voz baixo e o silêncio foram identificados em profissionais que apresentavam medo, devido ao quantitativo de pacientes sem algemas na cela ou nos outros leitos. Isso foi confirmado nas falas transcritas a seguir, retiradas do roteiro de observação não participante.

“Nossa senhora, hoje está complicado! Tem cinco pacientes que não têm nada e vieram aqui somente para passear” (CP 3)

“É mesmo, vamos terminar logo e sair daqui” (CP 7)

Para escutarmos, mais importante do que o conteúdo é o tom de voz que colore as diversas informações. Os gritos, o tom de voz alto, podem estar ligados a sensações e a sentimentos de tristeza. A utilização de um timbre grave pelos profissionais em suas falas, diferente da entonação normal e comumente utilizada em outros encontros com outras pessoas, seria um mecanismo de enfrentamento e somatização ou de defesa na unidade prisional.

O tom dessas falas identifica o medo como uma presença constante nos atendimentos do sistema.

Uma voz fraca e grave, que faz esforço ao falar, revela distúrbio nos pulmões e intestinos: a emoção ligada aos pulmões é o medo, e este pode ser reconhecido na tristeza e na profunda dor que uma pessoa experimenta. O sofrimento tem, porém, também uma estreita relação com a raiva sufocada e com a negação de sua existência (GUGLIELMI 2010, p. 207).

No Quadro 9 foi identificada uma situação de exaustão, quando evidenciamos gritos e um tom de voz alto em uma atitude clara de tentativa de imposição de autoridade perante o apenado. Isso pode acarretar uma síndrome psicológica, devido a uma mistura de sentimentos como tristeza, sofrimento e raiva. O crescimento da ansiedade ou da depressão se configura em risco não apenas pelo mal-estar que acarreta, mas também pela ameaça que significa a permanência no emprego. Será necessário evitar o desencadeamento de crises emocionais agudas. Sejam tempestades emocionais ou depressões e ansiedades paralisantes (SILVA 2011, p. 384).

O olhar de baixo para cima dos pacientes dá o sentido claro da submissão. Isso fica evidente quando o apenado entra na unidade hospitalar e durante toda espera para o atendimento. Quando o apenado é chamado para o atendimento, a submissão fica ainda mais clara, como podemos identificar nas falas reproduzidas abaixo:

“Vamos logo!” (CP4)

“Cara para parede!” (CP 3)

Quadro 10. Distribuição dos sinais paraverbais dos quarenta copesquisadores durante os cuidados prestados em uma unidade hospitalar penitenciária do estado do Rio de Janeiro.

Sinais paraverbais	Número de Copesquisadores
Expressão: Hum!	6
Suspiro (alívio ao término do procedimento)	11
Silêncio	6
Respiração profunda	2
Expressão: Oh!	1

Fonte: Instrumento metodológico da dissertação setor de atendimento, cenário da pesquisa, Rio de Janeiro, 2012.

Quando falamos de paraverbal, estamos ligados ao sentido audição, como observamos no Quadro 9, complementado pelo Quadro 10. De acordo com Littlejohn (1988, p. 111), a paralinguagem é a fronteira entre os aspectos verbais e não verbais quando encontramos a dominação, a submissão, e o medo entre as reações e sentimentos vivenciados por esse grupo. Medo de estar dentro das celas atrás das grades o sair de dentro da cela, para esse profissional, é muito importante. O medo de não suportarem essa situação. O suspiro de alívio ao término

dos procedimentos demonstra, de forma clara, o limiar de tensão desses funcionários ao cuidar dessa clientela em um ambiente onde a violência está tão presente.

O silêncio pode ser encarado como uma fuga da realidade. Um silêncio com um olhar mais profundo, em busca de outra realidade diferente daquela vivida no momento. A respiração profunda se apresentou no momento de grande esgotamento físico e mental de alguns profissionais durante os procedimentos. Tais fatos demonstram um grande componente de sofrimento dessa equipe, o qual pode comprometer futuramente a sua saúde psíquica daqueles profissionais, pois tais situações podem levá-los à exaustão.

Quadro 11. Distribuição do eixo dos ombros da equipe dos quarenta copesquisadores durante os cuidados prestados em uma unidade hospitalar penitenciária do estado do Rio de Janeiro.

Momentos do Processo de Atendimento	Eixo dos Ombros	Zonas	Número de Copesquisadores
Espera	Eixo Sociópeto	-	-
Admissão/ Triagem		-	-
Consulta/Atendimento		Zona Pessoal	10
Procedimento		Zona pessoal	26
Espera	Eixo Sociófugo	Zona Pública	10
Admissão/ Triagem		Zona Pública	20
Consulta/Atendimento		Zona Pessoal	12
Procedimento			-

Fonte: Instrumento metodológico da dissertação, setor de atendimento, cenário da pesquisa, Rio de Janeiro, 2012.

Muito já se estudou sobre a demarcação de território dos animais, mas hoje em dia já se sabe que o homem também demarca o seu território. Isto nos faz ter uma idéia clara do comportamento que temos. Todos nós possuímos um espaço pessoal ou “bolha de ar”, que vai depender da densidade da população existente no lugar onde foi criado.

De acordo com Pease (2005, p.27), o espaço pessoal se divide em:

- zona íntima de 14 cm a 46 cm de distância do nosso corpo – essa zona é sempre protegida como uma propriedade pessoal, necessitando de permissão para se aproximar dela.

Existe uma subzona que vai abaixo de 14 cm do corpo, que é penetrada durante contatos íntimos.

- Zona Pessoal de 46 cm a 1,20m – essa é à distância a que geralmente ficamos de outras pessoas em coquetéis, festa, atividades sociais e reuniões de amigos.

- Zona social de 1,20m a 3,60m – é a distância que mantemos de estranhos, como encanador que nos presta um serviço em casa, ou como um carteiro, por exemplo.

- Zona pública mais de 3,60m – sempre que nos dirigimos a um grande número de pessoas, essa é a distância mais confiável.

A aproximação de terceiros a nossa zona íntima, nos traz a sensação de invasão. A entrada de qualquer pessoa nessa região nos faz apresentar mudanças psicológicas em nosso corpo, os batimentos aceleram, a adrenalina é lançada na corrente sanguínea, o sangue é bombeado para o cérebro e os músculos, como preparação física para uma possível situação de luta e fuga.

De acordo com a definição acima, podemos concluir que a zona social e a zona pública predominam dentro da unidade hospitalar penitenciária, fato que, acredito ser determinado pela clientela atendida.

Essas definições ficam claras no Quadro 11. Uma vez que não visualizamos o contato desse funcionário com o apenado em uma zona íntima, o eixo sociópeto se apresentou em uma zona pessoal durante a consulta, atendimento e procedimentos, que são momentos em que o contato se apresenta de maneira inevitável de uma forma mais próxima, porém, se mantendo em certa distância.

Durante alguns momentos encontramos o eixo sociófugo. Esse distanciamento se torna mais claro, uma vez que os momentos ocorrem prioritariamente nas zonas públicas, em sua maioria, e pessoais, configurando um distanciamento imposto pela equipe, uma vez que se trata de um apenado. Para Coelho (2000, p.104), as distinções individuais, ao contrário das tipificações, representam também uma ameaça permanente de envolvimento pessoal que deve ser evitada a todo custo, sobretudo, porque existe a crença frequentemente bem fundamentada de que o preso manipula esse envolvimento para “corromper a autoridade”. Em particular, a ameaça de desmoralização leva o profissional a desenvolver uma preocupação quase psicótica em evitar relacionamentos menos formais com o preso. Ele deve fugir dos contatos informais mais íntimos e pessoais.

Quadro 12. Distribuição do tipo de toque ocorrido no momento em que quarenta co-pesquisadores prestam cuidados em uma unidade hospitalar penitenciária do estado do Rio de Janeiro.

Momentos do Processo de Atendimento	Toque	Número de copesquisadores
Espera	Toque Instrumental	-
Admissão/ Triagem		0
Consulta/Atendimento		22
Procedimento		18
Espera	Toque Afetivo	-
Admissão/ Triagem		-
Consulta/Atendimento		-
Procedimento		-

Fonte: Instrumento metodológico da dissertação setor de atendimento, cenário da pesquisa, Rio de Janeiro, 2012.

O toque instrumental refere-se sempre aos cuidados executados durante os procedimentos, independente da posição que deverá ser mantida para execução dos procedimentos.

Referem que o toque desempenha um papel importante nos atos de encorajar, expressar ternura, mostrar apoio emocional, entre muitos outros aspectos. Atestam, também, que o toque afetivo de médicos e enfermeiras pode ter influência positiva em pacientes hospitalizados. No entanto, muitos encaram o toque como algo que exige muita intimidade entre as pessoas envolvidas no processo comunicativo, e por isso, tocam pouco. Muitos indivíduos não consideram o toque uma experiência positiva, sentindo-se incomodados ao tocar ou serem tocados por alguém estranho, mesmo que acidentalmente (KNAPP E HALL, 1999 apud KOEPPE).

Dessa forma, o desaparecimento do toque afetivo se justifica pelo fato de estarmos dentro de uma unidade prisional e vem reforçar os dados apresentados anteriormente e quando o eixo sociópeto entra em uma zona pessoal com a presença de um toque instrumental. Em se tratando de um hospital penitenciário, o toque afetivo poderia se confundido com algum tipo de intimidade, contra indicado nesse contexto assistencial.

Quadro 13. Manifestações verbais dos apenados, durante o momento de espera para o atendimento, em uma unidade hospitalar penitenciária do estado do Rio de Janeiro.

Manifestações Verbais	Número de Copesquisadores
Apresentaram diálogo entre eles	12
Não apresentaram diálogo	0

Fonte: Instrumento metodológico da dissertação setor de atendimento, cenário da pesquisa, Rio de Janeiro, 2012.

Dessa forma temos a demonstração de que existe um diálogo entre os apenados, não me competindo identificar qual o tipo de linguagem, de que forma ela é construída, uma vez que não é o objeto do estudo. Vale destacar somente que há uma grande diferença de presença do diálogo, já que durante os atendimentos o apenado se apresenta de uma forma nula ou restrita, só respondendo quando é solicitado. Entretanto, no centro do seu grupo, ele próprio apresenta um comportamento diferenciado, mais descontraído e comunicante, já que essa observação foi realizada quando os apenados aguardavam o atendimento na cela de espera.

4.2 Nascimento dos Núcleos dos Sentidos

Este subcapítulo traz a análise dos núcleos dos sentidos, que foram construídos a partir da técnica realizada no terceiro momento da produção.

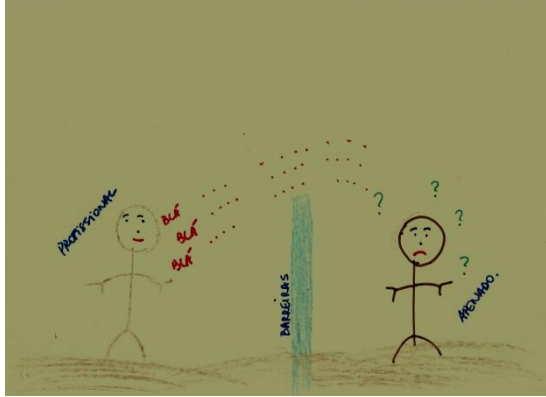
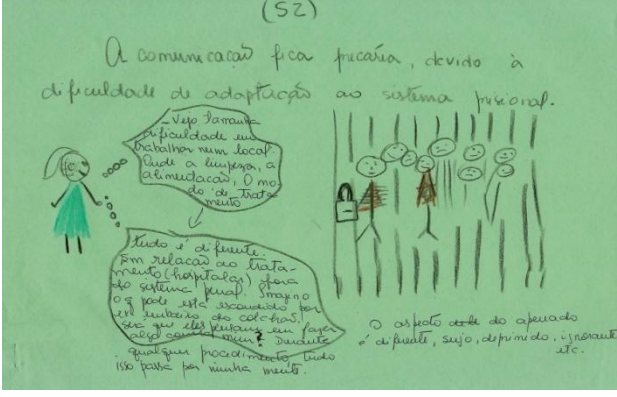
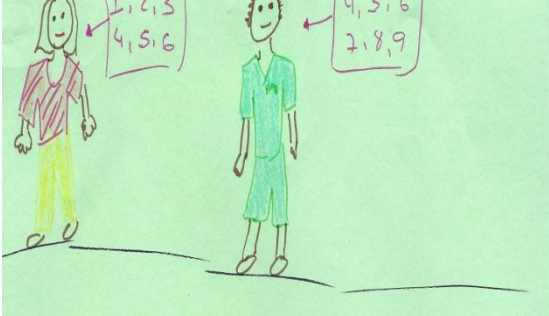

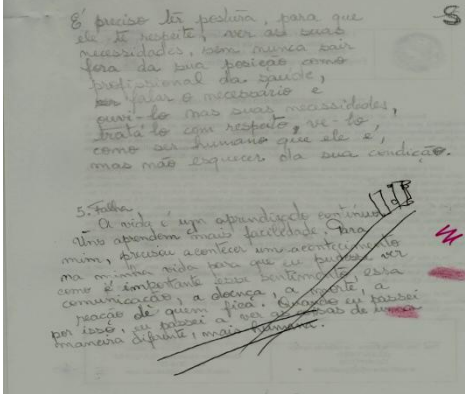
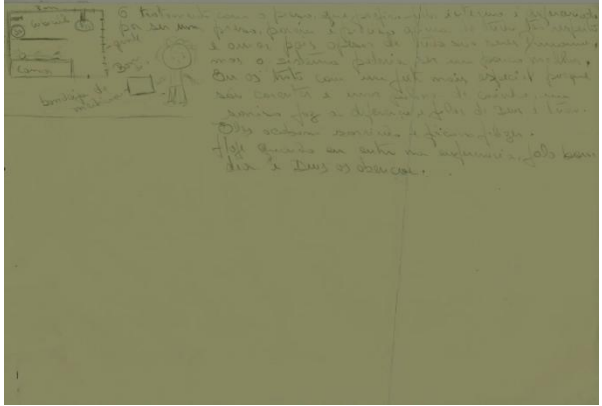
A proposta não foi analisar as figuras, e sim utilizá-las como um dispositivo disparador para o acesso libertador ao imaginário dos copesquisadores, a partir da primeira questão geradora de debate.


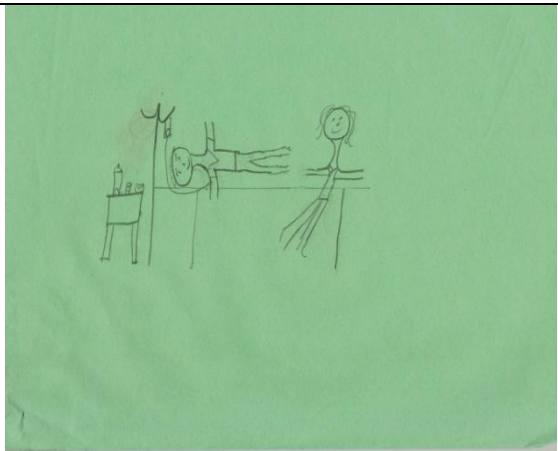
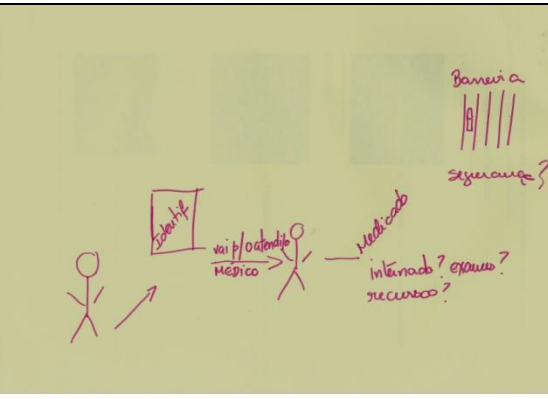
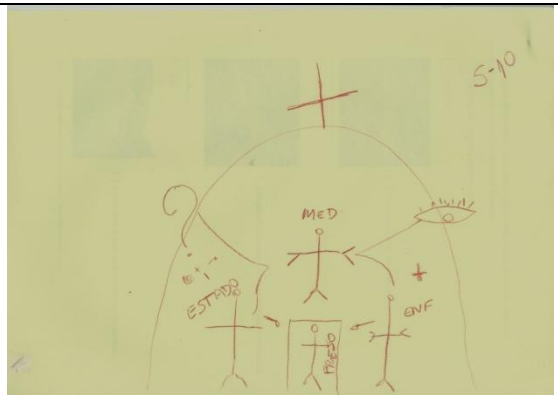
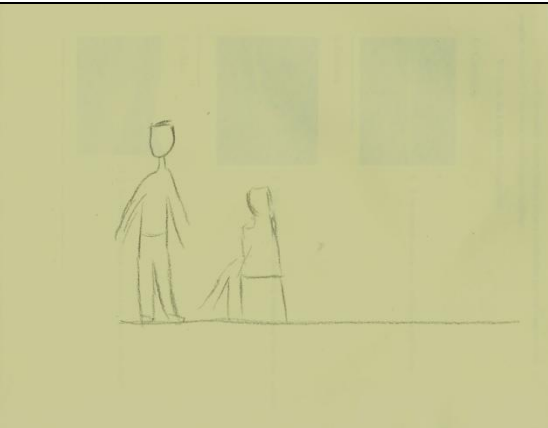
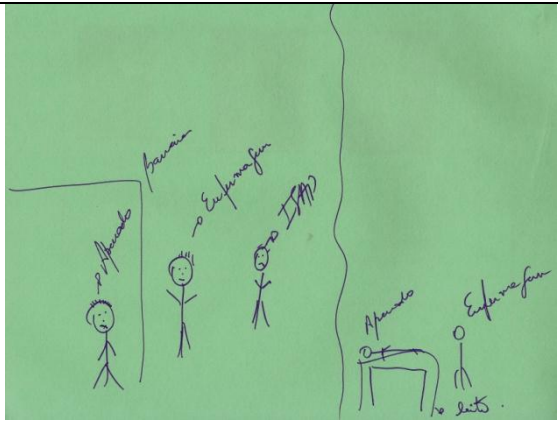
Em sequência, foi solicitado que o copesquisador identificasse a produção realizada nesse momento com os lugares geométricos já instituídos por Gauthier.

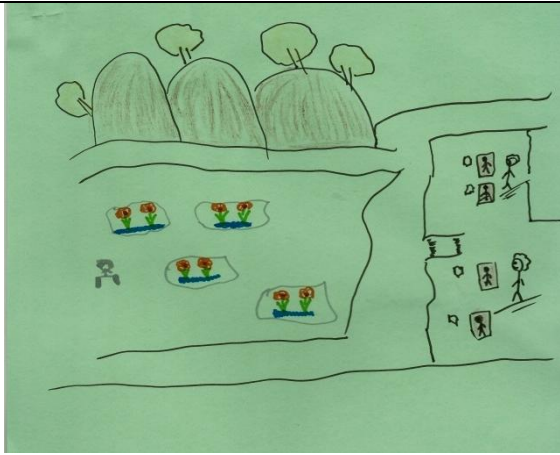
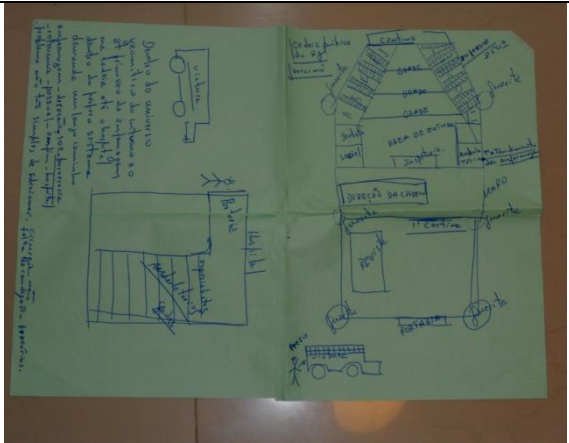
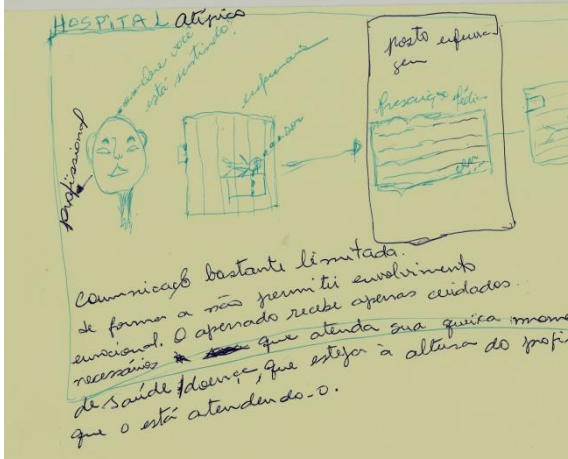
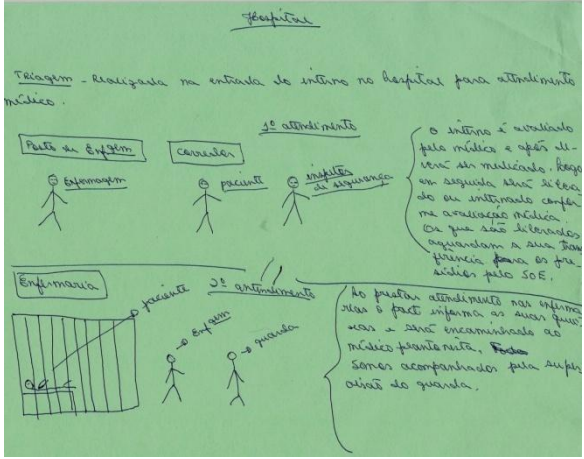
Teremos a partir de agora um grupo único de 17 copesquisadores nesse primeiro momento.

Para aprimorar a análise das falas, vamos demonstrar, a seguir, as produções, a fim de uma melhor compreensão do seu conteúdo.

Quadro 14. Produções artísticas dos copesquisadores no 1o momento

CP 1	CP 2
	<p>(52)</p> <p>A comunicação fica fraca, devido à dificuldade de adaptação ao sistema prisional.</p> <p>Vou tomar a dificuldade em trabalhar num local onde a linguagem, a alimentação, o modo de tratar muito.</p> <p>Muito é a dificuldade em relação ao tratamento (hospitalar) fora do sistema prisional. Imagino o que pode estar acontecendo por um ambiente do colégio, que eu não conheço, mas que eu não sei como lidar com isso. Qualquer procedimento, tudo isso pode ser muito ruim.</p> <p>O objeto de estudo do apurado é a família, sujeito, deprimido, e normal etc.</p> 
CP 3	CP 4
	
CP 5	CP 6
<p>É preciso ter paciência, para que ele se adapte, mas as suas necessidades, como nunca sair fora da sua rotina, como profissional da saúde, não falar o necessário e ouvir as suas necessidades, trata-lo com respeito, vê-lo, como ser humano que ele é, mas não esquecer da sua condição.</p> <p>5. Família</p> <p>A mãe é uma aprendiz de animada. Não abandona a facilidade. Para mim, precisa aceitar um acidente de vida, mas não pode para que eu tenha um como é importante para mim. Esta comunicação, a doença, a mãe, a presença de quem fica. Quando eu faltei por isso, eu faltei a um tempo de uma maneira diferente e mais humana.</p> 	

CP 7	CP8
 <p>Bom dia! Como você está?</p>	
CP 9	CP 10
 <p>Bateria vai p/ cabine medico Medicamento intimidado? expulso? recusado?</p>	 <p>5-10 MED ESTADOS ENF LABOR</p>
CP 11	CP 12
	 <p>Aparado paciente Eufonia fun Aparado Eufonia fun</p>

<p style="text-align: center;">CP 13</p> 	<p style="text-align: center;">CP 14</p> 							
<p style="text-align: center;">CP 15</p>  <p>HOSPITAL Atípica Comunique bastante limitado de forma a não permitir envolvimento emocional. O apurado recebe apenas cuidados necessários que atenda sua quera menor de saúde física, que esteja a altura do posto que o está atendendo.</p>	<p style="text-align: center;">CP 16</p>  <p>Hospital Recepção - Realiza-se na entrada de internos no hospital para atendimento médico. Posto de Exatim - Exatim - paciente - exames de seguimento O interno é avaliado pelo médico e após o diagnóstico é medicado. Logo em seguida é levado ao internado onde na avaliação médica de que são determinados aguardam a sua alta física para os procedimentos pelo SOE. Enfermaria - paciente - enfermeiro - guarda Os postos atendimentos nos internos são feitos sempre em suas quartos e são encaminhados ao médico plantonista. Podem ser acompanhados para suprir atos de guarda.</p>							
<p style="text-align: center;">CP 17</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; padding: 5px;"> <p>1. Educação</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fazer B.A com dados dos pacientes e fazer Relatório que de isso e comunicar ao médico do Plantão </td> <td style="width: 33%; padding: 5px;"> <p>Fazemos a Comunicação com o caso.</p> </td> <td rowspan="3" style="width: 33%; padding: 5px; vertical-align: top;"> <p>Vários casos que têm na vida normal</p> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> <p>2. Fica na obs feminina e masculina sendo obs + rigorosamente.</p> </td> <td style="padding: 5px;"> <p>Com certa limitação, por serem muito dezes</p> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> <p>3. Caso necessite faz a internação para cuidar do Hospital da mesma forma; será observado e com cuidado de enfermeiro.</p> </td> <td style="padding: 5px;"> <p>sem conhecimento dos internos por serem casos de obs por serem curados de</p> </td> </tr> </table>		<p>1. Educação</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fazer B.A com dados dos pacientes e fazer Relatório que de isso e comunicar ao médico do Plantão 	<p>Fazemos a Comunicação com o caso.</p>	<p>Vários casos que têm na vida normal</p>	<p>2. Fica na obs feminina e masculina sendo obs + rigorosamente.</p>	<p>Com certa limitação, por serem muito dezes</p>	<p>3. Caso necessite faz a internação para cuidar do Hospital da mesma forma; será observado e com cuidado de enfermeiro.</p>	<p>sem conhecimento dos internos por serem casos de obs por serem curados de</p>
<p>1. Educação</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fazer B.A com dados dos pacientes e fazer Relatório que de isso e comunicar ao médico do Plantão 	<p>Fazemos a Comunicação com o caso.</p>	<p>Vários casos que têm na vida normal</p>						
<p>2. Fica na obs feminina e masculina sendo obs + rigorosamente.</p>	<p>Com certa limitação, por serem muito dezes</p>							
<p>3. Caso necessite faz a internação para cuidar do Hospital da mesma forma; será observado e com cuidado de enfermeiro.</p>	<p>sem conhecimento dos internos por serem casos de obs por serem curados de</p>							

4.2.1 Reproduzindo a comunicação no lugar do cuidado da equipe de enfermagem

A população encarcerada vem aumentando progressivamente no Estado do Rio de Janeiro, sem que haja uma correspondente adequação da estrutura física e de pessoal. Isso é afirmado por Diuna et al (2008, p.1887) quando discorre sobre condições precárias de higiene, celas mal ventiladas e super populosas abrigando mais de 50 indivíduos. Este cenário é comum em algumas unidades do Rio de Janeiro, o que contribui para o agravamento da condição de saúde dessa população.

Coelho (2005, p. 32) nos trás uma crítica muito forte às unidades prisionais do Estado quando sustenta que no Brasil, “as prisões [...], sobretudo as do Rio de Janeiro, que são, sem favor algum, as piores do país. A elas aplica-se [...] justamente a expressão [...] oficina do diabo”, identificam o ambiente das unidades prisionais como violento, com uma grande população confinada. Esse crescimento gradativo, pode gerar um ambiente propício para explosão de tensões conforme ilustramos com depoimentos que dão a real dimensão do contexto:

“Eu acho que é um lugar de difícil acesso.” (CP 3)

“O local não te dá tranqüilidade.” (CP 2)

“Eu comparo o poço úmido e frio a uma cela.” (CP 3)

Goffman (1961, p.87) nos fala do distanciamento das equipes e da manipulação, pelos apenados, da realidade vivida. Para ele, “os internados podem manipular a racionalização que a equipe dirigente tem da instituição e, através disso, ameaçar a distância social entre os dois grupos.”

As afirmações nos remetem a uma realidade diferenciada, que pode ocasionar traumas e exposição da equipe a situações de risco, dificultando, por conseguinte, o cuidado. Esse local, além de não transmitir tranquilidade, é de difícil acesso. Para Coelho (2005, p.34), a violência é um processo inseparável dentro das unidades prisionais. O local fica cada vez mais hostil, mas cada profissional pode imprimir características próprias no processo de enfrentamento e adaptação. Alguns depoimentos transcritos a seguir ilustram como isso ocorre.

“Eu fiz um sistema penitenciário do jeito que eu imagino [...]. Eu acho que tem que ser como é. O sistema aqui é próximo a morros, vegetação [...] apresenta um clima bom para o paciente.” (CP 13)

“Para mim, esse é o lugar onde me dão. Me sinto útil para trabalhar. É uma troca, é um aprendizado. É diferente! É como se eu estivesse fazendo uma faculdade.” (CP6)

“Coloquei um jardim que é dentro do que eu trabalho. Existem muitas flores que alegrem o paciente. Eu vejo que eles se sentem bem com o lugar que ele está entrando. E coloquei um banco com o paciente, pois como a gente chama na cadeia-banho de sol. (CP 13)

Evidenciamos a idealização/desejo da equipe por um *status* melhor, comparado a outras realidades, como aquela classificada por Coelho como a oficina do diabo. Para o copesquisador, o ideal seria um local para redução da ansiedade e do medo. A aspiração é por uma unidade o mais próxima possível de um local bucólico, idêntico aquele do entorno e como Goffman (1961, p.92-93) nos sugere, com um *status* maior no mundo e dialeticamente oposto e que se propaga e repete dentro das unidades prisionais, que se sintetiza-se pela frase: *“quem quer saber de preso”*, destacamos:

A exibição institucional, qualquer que seja sua audiência, pode também dar aos internados a idéia de que estão ligados a melhor instituição desse tipo. Os internados parecem surpreendentemente dispostos a acreditar nisso. Evidentemente, através dessas crenças, podem sentir que tem um *status* no mundo mais amplo, embora através da condição que os afasta desse mundo. (Goffman, 1961, p.92-93)

Eles estariam de alguma forma ligados ao mundo exterior. Essa equipe provavelmente utiliza essas imagens a fim de não estar totalmente ligada à figura da unidade prisional, isso seria uma forma de amenizar o cenário que se apresenta de uma forma tão pesada e diferenciada.

“Tem preso que se você falar que está de alta, ele simula outra doença, para poder ficar aqui.” (CP 3)

“Na maioria, eles falam: eu não quero ir para outra unidade, eu quero ficar aqui.” (CP 4)

“Ele sabe, mas aqui no hospital ele tem cama, comida, café e 5 refeições e na outra cadeia maior, muitos fazem greve de fome, uns comem e outros não, eles são mais malandros que a gente.” (CP 3)

“Na maioria eles falam eu não quero ir para outra unidade, eu quero ficar aqui.” (CP 4)

Nas unidades prisionais, a realidade vivenciada é muito difícil, com greves de fome, violências, e comida racionada, pouco espaço, o que torna a convivência mais difícil dentro de um ambiente hostil pela sua própria natureza. Há, portanto, grande desejo por parte do

apenado de permanecer na unidade hospitalar. Identificamos que, apesar de ser uma unidade prisional, ela não perdeu as suas características de hospital.

Alguns depoimentos evidenciam as aspirações da equipe de enfermagem como exemplificado a seguir:

“É muito complicado mesmo. Para mim, o ambiente... é a maior dificuldade.” (CP 3)

“Às vezes as pessoas não entendem... e eles perguntam ‘você está na cadeia?’, ‘você está presa?’” (CP 13)

“Quando ocorre a distribuição da medicação, somente um aparece na grade e busca a medicação para todo mundo.” (CP 3)

“E eu falo: ‘Não, gente. Eu trabalho lá, eu vou para cadeia’. E sempre perguntam: ‘Você gosta?’. Eu sempre falei que gosto e que me sinto bem aqui. Eu tento melhorar o paciente, o que já é muito difícil. A gente tenta ajudar nas conversas. Cada um tem que passar por aquilo que procurou.” (CP 13)

“Fizeram uma revista na enfermaria E.” (CP 3)

O trabalho dentro de uma unidade prisional é um caminho com muitas variações. Nenhum dia é igual ao outro e as situações de cuidado são entremeadas pelas características únicas das unidades. Um exemplo disso são as revistas que ocorrem nas pessoas e locais. Na unidade hospitalar regular isso não ocorre. Mas na unidade hospitalar dentro da unidade prisional, toda equipe de saúde é retirada do ambiente quando as revistas ocorrem. No retorno ao trabalho, os ânimos podem estar tensos e exaltados. Visualizamos o medo, a vergonha do profissional pelo fato de trabalhar dentro de uma unidade prisional seja pelo entendimento da população quanto aos cuidados prestados a uma clientela com característica diferenciadas, seja pelas situações de revistas.

“Neste local aqui, tudo é grade. A cantina ao fundo, essas portas todas.” (CP 14)

A equipe de enfermagem declara o quanto é difícil o caminho do cuidado. Para o CP 14, temos as grades e diversas portas e outros serviços estão envolvidos nesse cuidado. Realizam um trabalho através de várias interações e de acordo com Braga, Dyniewicz e Campos (2008, p.291) “o ambiente de trabalho é constituído de estrutura física que confere base para a estrutura social. Ambas influenciam o comportamento das pessoas que nele interagem e, por conseguinte, nos resultados”. Braga e seus colaboradores (2008) visualizam o ambiente da unidade hospitalar conjugado a uma penitenciária como a estrutura social de forma diferenciada daquela que nos é habitual.

4.2.2 Lugares geomíticos: o que retratam as figuras

As análises dos lugares das figuras geomíticas foram realizadas através do estudo surreal que expressa à dimensão do imaginário dos copesquisadores.

A triangulação dos dados ilustra a visão plural da equipe de enfermagem relativa à posição do apenado dentro do sistema penitenciário determinando o lugar geográfico destes e dos funcionários nesse contexto, as visões idênticas ou convergentes compartilhadas coletivamente com os copesquisadores privilegiam o pensamento e as atividades práticas dos copesquisadores produzindo um (re) conhecimento do sistema prisional e cuja essência coloca em relevo a realidade da unidade hospitalar nesse sistema.

Birdwhistell elaborou sete pressupostos, nos quais baseou a sua teoria, vamos aqui destacar três:

1º-Nenhum movimento ou expressão corporal é destituído se significado no contexto em que ele se apresenta;

5º-O comportamento é considerado uma função comunicativa investigável;

6º-Os significados daí derivados são funções tanto de comportamento como das operações pelas quais ele é investigado.

Delimitei os dados produzidos sobre a comunicação no lugar geomítico a partir dos encontros em diferentes momentos. A equipe entendeu que os lugares geomíticos produzidos por eles e posteriormente apresentados aos próprios através da pergunta geradora de debate permitiu a libertação imaginativa dos copesquisadores, conforme os destaques a seguir:

Quadro 15. Figuras Geomíticas

Figuras Geomíticas	Frases Disparadoras do Imaginário	Depoimentos	Número de Copesquisadores
PONTE	Na ponte, com a possibilidade de atravessar para o outro lado?	<i>“Ponte... é como se fosse uma ponte. Tanto temos que atravessar para o outro lado para uma comunicação efetiva, e não conseguindo atravessar. Não teremos uma comunicação e assim acaba virando uma fenda. Cria-se um abismo de comunicação entre você e o preso.” (CP 1)</i>	9

		<p><i>“Na ponte... o preso está naquele caminho estreito, ele pretende atravessar para um caminho melhor. Eu não sei qual é o lugar que ele procura ser melhor para ele, mas ele procura um lugar sempre melhor para ele” (CP 13)</i></p>	
<p>Nesse momento encontramos as dificuldades no processo da comunicação, como o copesquisador nos informa. Isso acaba se tornando tão distante, que parece um abismo que dificulta esse encontro entre o apenado e a equipe. Não que o cuidado seja falho, em nenhum momento temos essa representação, porém é um cuidado difícil, com suas características próprias.</p> <p>A equipe não se visualiza dentro das unidades. Percebemos que ela sempre coloca o apenado atrás das grades de um outro lado que não o dela. Este é o caminho dele: árduo e difícil. A equipe está ali para ajudar a busca por um lugar melhor, para tentar fazer uma comunicação efetiva, com a pretensão de um caminho melhor para a outra margem, sempre em busca de uma mudança de vida.</p>			
LABIRINTO	Em labirinto, por vezes confuso e difícil de achar uma saída?	<p><i>“Labirinto, pois a comunicação com ele é muito difícil. Eu acho horrível. Dependendo do preso, eu prefiro não me comunicar. Cada um possui uma cabeça diferente, uns são muito doidos. Ele já vem preso porque ele tem uma conduta um pensamento. (CP 17)</i></p> <p><i>“Labirinto... a falha da comunicação” (CP 2)</i></p>	9
<p>A dimensão imaginativa do grupo revela a expressão de um caminho sinuoso, repleto de dificuldades, onde encontramos pessoas diferentes, com opiniões diferentes em situações diferentes, dificultando ainda mais essa comunicação com o apenado. Vale destacar que, por vezes, a comunicação não é desejada. Esses pensamentos diferentes contribuem ainda mais para uma comunicação sinuosa.</p> <p>Esse labirinto representa frequentemente as falhas encontradas nessa comunicação, com</p>			

grandes dificuldades de encontrar a saída. As falhas no labirinto e a profunda busca por saída provavelmente representam as falhas da comunicação desencontrada e perdida.			
FALHA	Na falha, com a possibilidade de novas brechas, de novos sentimentos?	<p><i>“Na falha... ele acha que aqui ou em qualquer outro lugar ele pode ter um carinho, um sentimento diferente por qualquer um. Não vou dizer ter um caso, esse sentimento, se relacionar com outra pessoa.” (CP 13)</i></p> <p><i>“A falha, porque eu não consigo estabelecer nenhum tipo de vínculo com eles, entendeu? Me aproximar, me comunicar... Eu tenho certeza que essa comunicação é diferente. Aqui você se aproxima aí já vem aquela questão que ele é marginal, é outro tipo de paciente” (CP 2)</i></p>	7
<p>Na falha encontramos o distanciamento entre o copesquisador e o apenado, anteriormente já afirmado nessa pesquisa por alguns autores, como Coelho (2000) e Goffman (1961). A equipe e o apenado pertencem a mundo distintos. Afirmando ainda que exista uma barreira mesmo que virtual promovendo esse distanciamento. É claro que há o desejo de não se relacionar com o preso, pois isso poderia dar um tom de igualdade entre duas pessoas que se acham ou que desejam ser tão diferentes. O vínculo não é estabelecido porque existe o medo de um envolvimento maior, e existe também todo o preconceito que é trazido pela situação de ele ser um apenado.</p>			
ESTRADA	Como na estrada, em busca de chegar ao final?	<p><i>“A estrada porque apesar de serem apenados todos querem um caminho seguro.” (CP 7)</i></p> <p><i>“Estrada na busca sem fim. Ele pode se dar bem prejudicando e não vai chegar a lugar.” (CP 3)</i></p> <p><i>“Foi a estrada... É porque eu vejo que é uma estrada árdua e espinhosa, e na maioria das vezes,</i></p>	7

		<i>nem todos chegam ao final.” (CP 6)</i>	
<p>Na estrada temos diversas demonstrações desse imaginário do copesquisador, mas todos concordam que seja um caminho longo, sendo ele árduo ou não. O apenado dentro da sua vida independente de qualquer coisa quer se sentir seguro, porém essa vida apresenta as suas dificuldades e os seus limites de interação com o outro, no qual muitos acabam sucumbindo antes do final.</p>			
LIMIAR	No limiar, com novas buscas e possibilidades?	<p><i>“Limiar, na verdade, é uma vida em busca de possibilidade, uma vida melhor, sem grades, sem algemas, recuperados e poderem andar livres e sair dessa escravidão cruel e desumana. Eu desejo isso, e acho que a maioria deles deseja isso. Só que infelizmente além de o sistema não recuperar ninguém... que me perdoem o que eu estou falando, mas o sistema não recupera ninguém. Eles vêm para cá, são tratados como bichos e quando eles saem daqui, os que conseguem se recuperar ouvem os conselhos de um, e a palavra de outro.” (CP 6)</i></p> <p><i>“Limiar... eu ao lidar com o preso procuro mostrar que ele pode ter novos caminhos, buscar coisas novas.” (CP 13)</i></p>	6
<p>No limiar temos as buscas e as possibilidades que alguns copesquisadores identificaram que gostariam de ter. Uma vida sem grades, com pessoas recuperadas, porém eles nos trazem uma realidade muito dura: o sistema não recupera, e sim agride ainda mais de forma desumana e cruel.</p> <p>Muitos através da comunicação tentam mudar essa realidade, porém é um “trabalho de formiguinha” dentro de unidades imensas, o que torna a tarefa difícil, cansativa, e pontuada por falhas e dificuldades.</p>			

TÚNEL	Como no túnel, com toda a sua escuridão, e sua luz ao final?	<p><i>“No túnel porque, na verdade, aqui é uma escuridão, pois na verdade, bem lá no fundo, todos têm uma esperança da liberdade. A tal da ‘LiLi’, a tal da liberdade lá no final existe, isso é o que eu vejo” (CP6)</i></p> <p><i>“No túnel com toda a sua escuridão e a sua luz ao final, é uma situação difícil no momento, mas com a liberdade e uma nova vida ao final.” (CP 8)</i></p> <p><i>“No túnel com toda a sua escuridão e uma luz ao final, pois nós tentamos mostrar a eles, qual [...] final eles podem encontrar a paz, e que nós podemos ajudar a eles.” (CP 13)</i></p>	5
<p>Na faceta do imaginário visualizamos a grande realidade e a dificuldade que é lidar com o apenado. Existe uma necessidade de ajuda, do apenado uma solicitação, mas a equipe não se permite ser inserida dentro dessa unidade, Ela demonstra claramente nas falas, que a escuridão é dele e não dela. Ele é que procura a “lili” ao final do túnel. Essa seria a luz dele e que essa equipe está localizada para ajuda diante das dificuldades que se encontram durante a sua trajetória árdua e difícil.</p>			
TRILHO	No trilho, como um caminho reto e duro?	<p><i>“No trilho como um caminho reto e duro, pois para mim a pena dele é dura, seja qual for, eu acho que ser preso é uma pena dura. Então, eu acho que eles trilham um caminho errado, que às vezes não conseguem sair, Cabe a gente ajudar o caminho dele ser melhor.” (CP 13)</i></p>	4
<p>Novamente identificamos esse acompanhamento da equipe como um ato paralelo e não inserido no mesmo contexto, pois é um caminho reto com um único objetivo a liberdade, porém duro, pois estar em uma unidade prisional com todas as suas regras estabelecidas e</p>			

<p>impostas por todos os poderes é uma situação de extrema dificuldade e tensão. Logo a equipe está ali, segundo ela, para mediar e auxiliar a busca desse caminho.</p>			
FENDA	Na fenda, como na outra margem?	<p><i>“A fenda como na outra margem, pois eu acho que existe um vácuo entre ele e eu. Na em minha opinião ele sempre quer se dar bem. Ele acha que sempre pode se dar bem” (CP 3)</i></p> <p><i>“Na fenda porque o preso ele está na margem. Eu me comunico com ele até onde eu posso, até a margem. Então, eu não posso passar para o lado dele. Ele está à margem da lei. Então, eu tenho a minha margem para me comunicar, na fenda da margem por isso.” (CP 17)</i></p>	3
<p>Encontramos identificado esse distanciamento entre a equipe e o apenado. Esse vácuo que se encontra onde o apenado acha que sempre vai tirar vantagens de alguma coisa, enquanto a equipe luta para dar um atendimento digno a essa pessoa.</p> <p>A comunicação, ela é interrompida pela barreira virtual. A equipe vai somente até onde ela pode. Até onde se sente segura com tal situação, pois se encontram em lados opostos, e situações distintas e com grande dificuldades.</p>			
FLUXO	No fluxo, com sentimentos confusos e divergentes e convergentes?	<p><i>“Fluxo com sentimentos confusos e divergentes... se entra um W. da vida e olha o meu pescoço, essa confusão aqui é muito importante, isso me angustia” (CP 3)</i></p>	3
<p>No fluxo visualizamos a grande confusão em que essa equipe se encontra. Ela apresenta sentimentos ambíguos, de repulsa e de revolta. Em uma luta íntima com a sua condição de cuidar, o medo e o ódio também estão presentes, uma vez que todos somos humanos e não nos mantemos indiferentes às situações.</p>			
CAMINHO	No caminho, onde não conheço os nós da rota?	<p><i>“No caminho onde não conheço os nós da rota, porque ele estar nesse caminho é difícil. Mas ele tem que ter</i></p>	3

		<i>confiança que ele pode chegar ao caminho certo: poderia [...] me colocar na posição dele. Eles não conseguem assim facilidade de emprego, até em trabalhar por conta própria.” (CP 8)</i>	
<p>Outra vez identificamos a dificuldade dos caminhos se encontrarem, cada um tem a sua vida, com as suas rotas. Eles apresentam as rotas deles, com os caminhos deles, onde estão presentes as dificuldades deles, e não as nossas. A equipe se posiciona mais uma vez com grande distanciamento.</p>			
POÇO ÚMIDO	Como no poço úmido, escuro e frio?	<p><i>“Poço úmido e frio que é uma cadeia, que é um local isolado. É restrito para algumas pessoas, é de difícil acesso. Se você falar assim: vou ignorar o fulano. Então, você hoje pode ignorá-lo. É um poço você está jogado lá. Digamos, não vai fazer diferença nenhuma se ele estiver morrendo ou não. Isso vai partir de você e pronto” (CP 3)</i></p> <p><i>“O poço escuro e frio, aquela UPA é muito fria. Às vezes na madrugada não tem um lençol e nós ficamos divididas [...]. Às vezes aquele ar condicionado ligado à noite e eles pedindo cobertor. A enfermagem que está ali direto tentando dar uma resposta. É esse poço úmido e escuro até amanhecer o dia” (CP 8)</i></p>	3
<p>A enfermagem é uma profissão pautada na permanência ao lado do doente, seja ele apenas ou não. Ela se mantém junto a ele nesse poço úmido e frio, enfrentando as dificuldades encontradas dentro das unidades prisionais.</p> <p>Mas as unidades apresentam os seus dispositivos de controle no cuidado, que por vezes</p>			

limitam a tarefa e facilitam até o esquecimento dele. Isso vai depender da responsabilidade de cada um com esse ser humano, com a vida do próximo, partindo da ética de cada profissional.			
GALÁXIA	Na galáxia, onde posso me transportar para outro mundo?	<i>“Na galáxia onde posso me transportar em uma busca para outro mundo; mas penso que algo bonito” (CP 7)</i>	2
Os profissionais que estão dentro dessa unidade, apesar de se acharem em um outro lugar ou outro patamar de forma inconsciente, dentro do seu íntimo sabem que na realidade estão dentro de uma unidade prisional, com todas as suas limitações e suas características. Dessa forma buscam se inspirar em um lugar melhor e mais bonito para aliviarem as suas tensões e angústias e ministrarem o cuidado.			
CUME	Como no cume, com rotas frias e montanhas pontiagudas ?	<i>“O cume é um isolamento, a vida deles é um isolamento frio, e com muita dor.” (CP 9)</i>	2
O cume nos traz a visão clara do quão é esse distanciamento e isolamento. Eles falam da vida deles e não de um lugar de convívio. Ali é o espaço deles, o lugar em que eles ficam e que eles escolheram.			
GRUTA	Como na gruta , que apesar de ser bela posso estar submerso nas suas águas?	<i>“Gruta... lá fora ele se dá bem, mas no fim da história ele está se afogando. Se ele se afogar sozinho ótimo, mas e se ele me levar junto, entende?” (CP 3)</i>	1
Encontramos novamente a diferenciação entre os dois mundos. Ele pode achar que se dá bem lá fora, que é uma pessoa especial, mas na realidade ele está se afogando. Mas como nosso copesquisador nos informou, ele tem que se afogar sozinho e não levar ninguém junto com ele.			
ARCO-ÍRIS	Como ao final do arco-íris, em busca do pote de ouro?	<i>“‘arco-íris [...] isso eu coloquei em função de mim [...] em busca de encontrar ao final desse arco-íris uma coisa boa para mim” (CP 13)</i>	1
Nesse momento o copesquisador se posiciona em busca de algo melhor para ele ao final dessa			

missão. Buscar uma vida mais tranqüila, e quem sabe com menos dificuldades para a aplicação desse cuidado, em um ambiente sem tanta dificuldade.			
RIO	No rio, onde deságuo no mar e não posso voltar mais?	-----	0

Fonte: Instrumento metodológico da dissertação, cenário da pesquisa, Rio de Janeiro, 2012.

4.2.3 Comunicação: desafios da equipe enfermagem no sistema prisional

Vamos discorrer um pouco sobre a comunicação realizada pelos indivíduos em interação dentro de uma unidade penitenciária, as forma como elas se apresentam e suas influências durante o cuidado prestado ao apenado.

A enfermagem é uma ciência humana fundamentada na arte de cuidar das pessoas, em que o cuidar implica em interferir no corpo do outro, frequentemente na sua zona íntima, situação essa que não foi evidenciada na observação não participante, onde identificamos ausência dessa interferência. Segundo Ferreira (2006), o fato de considerar a enfermagem uma ciência humana, indica que a abordagem humanística figura como elemento de destaque no cuidar das pessoas.

Alguns depoimentos evidenciaram a importância da comunicação e como ela se manifesta dentro do sistema prisional. Ela é um importante núcleo dos sentidos demonstrados nas citações abaixo:

“Existe uma diferença de comunicação do que eu faço aqui dentro, para o que eu faço lá fora, porque aqui dentro eles precisam muito mais que a gente se expresse com ele.” (CP 13)

Corroboro Braga (2007, p.411) quando este destaca que a comunicação é importante para nosso crescimento como seres humanos, fazendo parte de nossas experiências anteriores e também daquelas adquiridas a cada dia. Identificamos a importância da comunicação para nossa existência. As experiências vividas influenciam na nossa forma de comunicação. Nas unidades hospitalares prisionais, a comunicação apresenta as suas características próprias, e sofrendo influência do ambiente como parte do cenário de cuidar e acaba gerando um perfil diferenciado e peculiar, com características próprias.

Na linguagem entre a equipe de enfermagem e o apenado temos:

“Eu falo 1, 2, 3, 4, 5,6 e ele começa 4, 5, 6, 7, 8,9. Mas eu não consigo falar [...]. Mas ele entende o que eu quero falar.” (CP 3)

“Não dá para colocar uma cadeirinha e você ficar ao lado dele. É muito difícil bater papo. Às vezes, eu até falo.” (CP 15)

“... Minha comunicação com esse apenado é bastante limitada.” (CP 15)

A nossa experiência dentro das unidades prisionais influencia diretamente as nossas atitudes. Como nos foi demonstrado, a violência apresenta uma linha tênue nas unidades prisionais. Tal fato ocasiona um medo e um distanciamento dessa equipe que atua somente naquilo que é necessário para o cuidado. Não apresenta nenhuma interação a mais. De acordo com Braga (2007, p. 411), não existem competências que não se apoiem em conhecimentos e quase a totalidade das ações humanas exigem algum tipo de conhecimento, às vezes superficial, outras vezes aprofundado, oriundo da experiência pessoal.

E a estratégias e/ou condutas de comportamento foram pontuadas pela equipe da seguinte forma:

“Lá fora você interage mais que aqui dentro.” (CP 16)

“Aí você limita bastante. Essa comunicação você não permite..” (CP 15)

“Ele acha que você tem que dar apoio psicológico. Em hora nenhuma eu viro psicóloga.” (CP 17)

“Eu também não! Eu logo corto essa conversa para não criar uma intimidade com ele, pois ele vai achar que assim você vai ser mais amiguinho dele. Uns falam: matei a minha mulher! Eu falo: Isso não me compete.” (CP 16)

As interações durante os cuidados são limitadas somente para às ações relacionadas aos procedimentos. Essa afirmação vai de encontro com o Quadro 11, que demonstra os atendimentos realizados em uma zona pública e pessoal. Não foi evidenciado intervenção com ação em zona íntima em nenhum momento. No Quadro 12 foi identificada a ausência do toque afetivo, o que nos faz pensar que essa equipe permanece em um estado de alerta contínuo durante o horário de plantão. E a tensão pode gerar sobrecarga na equipe, que se mantém em vigilância durante os cuidados e toda jornada.

Sobre os cuidados relativos ao controle da informação, destacamos os depoimentos a seguir.

“Então eu vou entrevistar ele no dia a dia.” (CP 13)

“Tinham que ver o papel, um por um, que estávamos entregando a medicação, porque sempre qual era a medicação que faltava [...] O diazepam! Isso era conveniente a eles. Quer

dizer, não havia falta de medicações [...] havia uma comunicação sim, só que essa comunicação que favorecia a ele.” (CP 3)

O cuidado passa a ser mediado por interações dessa equipe com apenado, que podem ser por vezes, de desconfianças. Muitos pacientes são usuários de substâncias ilícitas, dessa forma necessitam de doses maiores de psicotrópicos e tentam manipular essa equipe na intenção de obter sucesso para saciar os seus desejos.

“A minha comunicação é simples. Eu tenho dois ambientes, é um contato direto, a minha comunicação não é difícil, pois eu já conheço o sistema há 14 anos, Eu tenho uma maneira fácil de lidar com eles, conversar, ouvir o preso, ele conta coisas, até que não são da saúde, ele fala e eu escuto e pergunto.” (CP 14)

“Utilizo, sim. No momento que eu estou olhando para ele, e ele está falando comigo, eu estou observando se aquilo é verdadeiro. Entendeu? Conforme aconteceu hoje. Tivemos uma experiência. O paciente falou que estava sentindo muita dor no pulmão. A princípio ele falou que estava congestionado. Depois ele falou que estava com dor no pulmão [...] Ele falava e você percebia que ele não estava sentindo tanta dor pela face.” (CP 15)

Outros itens estão relacionados ao cuidado, as informações relacionadas à família e deslocamos alguns depoimentos para ilustrá-los:

“Minha comunicação é efetiva, e a minha comunicação não tem diferença com a utilizada aqui ou lá fora. Não existe diferença nenhuma.” (CP 7)

“Quando estou com ele, eu me comunico muito. Eu converso. Perguntava pela mãe, pelo pai, tanto é que eles me convidavam para tomar café, para lanche [...] Eu tinha uma comunicação boa com eles, com o paciente, pois eu nunca tratei preso como preso, eu trato como paciente.” (CP 13)

“Eu tenho essa mania de perguntar como eles estão sempre sorrindo [...] Eles me recebem com um sorriso, como se você estivesse dando importância para eles, para a situação dele. Você pergunta como eles estão, se passou bem, se está tomando remédio, se o médico tem te visto. Eles parecem que se sentem melhor, a nossa comunicação é bem melhor.” (CP 7)

Alguns copesquisadores apresentam uma comunicação menos formal com os apenados, como identificamos em alguns depoimentos. E muitos profissionais apresentam medo de estar no mesmo espaço que o penado e apresentam uma forma mais formal de se comunicar. Acredito que essa diferença se deve ao medo ou aos receios vivenciados por cada um. A comunicação válida e efetiva, e de acordo com Braga (2007, p.413) “uma comunicação é competente quando é um processo interpessoal que atinge o objetivo dos comunicadores.”

Dentro do sistema penitenciário, o objetivo da equipe de enfermagem é prestar cuidado a uma população privada de liberdade. Esse mesmo autor nos traz que o interesse pelo outro faz com que a mensagem seja transmitida com mais clareza e compreensão aos envolvidos no processo comunicativo.

4.2.4 Cuidado: reflexões necessárias sobre o cenário

O cuidado no sistema penitenciário é realizado em um contexto diferenciado, no qual encontramos situações próprias do local. A equipe de enfermagem tenta suprir as necessidades de uma pessoa doente e que apresenta um diferencial - o fato de o paciente ser apenado. Para situar essa análise foram realizadas várias leituras e releituras dos depoimentos transcritos, a fim de identificarmos os sentidos do cuidado com a agilidade e segurança necessária ao contexto. Identificamos o cuidado como sendo o mesmo prestado a uma população em liberdade. Esse achado de pesquisa é de fundamental importância, uma vez que muitos poderiam questionar a veracidade do cuidado que está sendo realizado de forma diferenciada. Contudo, identificamos que esse cuidado está totalmente garantido, e o que difere é a forma como a comunicação se apresenta durante o mesmo. Ilustramos assim:

“O cuidado é o mesmo.” (CP16)

“Eu cuido de uma forma normal, da mesma forma como eu cuido de um doente lá fora. Eu cuido aqui dentro, mas sempre tendo um cuidado de não ficar sozinha.” (CP8)

“A gente sempre faz o cuidado, como fazemos lá fora.” (CP16)

Nas relações interpessoais os seres humanos apresentam uma forma única e pessoal de se relacionar com o meio em que vive, Braga, Dyniewicz e Campos (2008, p.291), afirmam que a estrutura física do local é a base para um estrutura social. Então dentro desta unidade podemos afirmar que a estrutura social se apresenta de uma forma totalmente diferenciada.

Porém esses aspectos são retratados no cuidado prestado conforme destacamos nos depoimentos:

“Quando eu presto cuidados eu procuro sair dali o mais rápido possível [...]. Se precisar de uma mudança de decúbito, você entra, mas vai fazer o mais rápido possível e vai querer sair logo. Aqui você é prática, não pergunta nada, dá a atenção no momento e tchau [...]. O local não te dá tranquilidade.” (CP2)

“O nosso cuidado são cuidados necessários daquele momento. Se ele está me falando que está com dor eu vou lá na prescrição médica e vejo o que está prescrito para dor [...] faço e pronto, acabou. Eu não entro em maiores detalhes. Eu procuro sanar a queixa dele momentânea e ali encerra a nossa comunicação.” (CP15)

“Eu vejo eles como um doente normal, sendo que eu acho que têm diferença sim, porque se a gente não vigiar, eles podem ser traiçoeiros.” (CP8)

A enfermagem é o coração da unidade. Ela é a única categoria que está próxima ao indivíduo doente durante 24h. Todas as outras são pautadas pelas visitas. Dessa forma acredito que a área da saúde seja a que sofra uma maior influência das situações e dificuldades apresentadas, durante esse cuidado.

“Eu consigo atender as necessidades básicas, sem oferecer nada mais além disso, nada além do que ele me solicita.” (CP2)

“Mas sem muito envolvimento eles querem conversar, querem misturar as coisas. Eles sempre falam que sempre são vítimas, mas isso não interessa para o nosso cuidado.” (CP16)

De acordo com Braga, Dyniewicz e Campos (2008, p.292) “não se pode deixar de evidenciar que as características dos indivíduos são decorrentes dos valores adquiridos pelas experiências vivenciadas, e que valores influenciam suas atitudes e comportamento.”

Outro relato importante da equipe de enfermagem é como eles percebem o cuidado executado; exemplificam toda vigilância relativa à medicação. Sobre isso, destaca-se:

“Antigamente era comum [...] nós tínhamos que colocar o diazepam separado, pois na hora de distribuir, eles gostavam de conferir essa medicação pessoalmente.” (CP3)

Foram destacados ainda comportamentos de demandas para o cuidado conforme depoimentos ilustrados a seguir:

“O preso só tem a mim [...] ele espera na hora da chegada transmitir o que ele está passando, o que ele está sentindo. É assim que eu lido com o preso.” (CP13)

“O cuidado com o preso, que eu prefiro chamar de interno, é diferenciado sim, porque ele é preso.” (CP6)

“Aqui você vai dar cuidado e ele acha que você está dando confiança. Você acha que você está entrando na dele, é outro universo. Ele não tem noção. É um sem noção.” (CP17)

Cada profissional de enfermagem presta o cuidado sem considerar o ambiente e as características pertencentes a ele, como a violência, os perigos, as grades, os cadeados, as algemas. Como relatado por Coelho (2000), se deparam com uma realidade muito diferente.

4.2.5 Dispositivos de controle no cuidado

O cuidado dentro de uma unidade penitenciária é regido por regras próprias do sistema. Uma dessas normas é que atendimento nunca será realizado estando o profissional de enfermagem sozinho. Para que se tenha qualquer aproximação, é preciso a presença do

agente. E se um paciente está muito agitado, ele poderá ser algemado, ainda que haja presença das grades. Realiza-se um mecanismo de controle silencioso sobre os indivíduos que cumprem pena, mas que necessitam de cuidado.

De acordo com os copesquisadores, existe um poder instituído, através do qual a equipe de saúde não apresenta plena liberdade para executar o cuidado prestado. O mesmo é controlado durante a intervenção ao apenado, conforme ilustrado em algumas transcrições a seguir:

“Muitas vezes você não tem o guarda.” (CP 2)

“Você depende sempre do intermediário para estar abrindo essa enfermaria, para poder prestar o cuidado de enfermagem.” (CP15)

“Quando temos que realizar um cuidado maior que seja no preso, o guarda fala logo que está demorando muito e pergunta se nós gostamos de ficar ali, e se somos babás de preso.” (CP3)

“Dentro do universo do interno, o primeiro atendimento da enfermagem tem certa dificuldade, porque depende do número de guardas. Depende do dia, se é chegada, entrada, ou saída de preso. Depende de vários fatores, por causa do pouco número de guardas, o preso não chega ao ambulatório com facilidade.” (CP14)

Goffman (1961, p.19) nos informa a realidade vivenciada no universo penitenciário, e embora haja necessidade de certa comunicação entre os internados e a equipe de guarda, uma das funções do guarda é o controle da comunicação entre os internados e os níveis mais elevados da equipe dirigente.

Essa comunicação é controlada. Isso é claro uma vez que temos a equipe tentando se comunicar para cuidar, e no outro extremo temos a segurança que tem que inibir atitudes violentas, desrespeitosa, ou qualquer outra imprópria. Segundo Christoff (2007, p.41), “o espaço físico e social degradados nos estabelecimentos penais torna-se um campo fértil para a violência assim como essa violência acaba por funcionar como um código entre as relações sociais”.

Como ilustram os copesquisadores:

“Eles, os pacientes, ficam nas suas enfermarias fechados e a gente no posto de enfermagem. Nós não temos acesso livre para prestar o cuidado.” (CP 15)

“Quando eles ficam baixados nas enfermarias, você presta o atendimento normal. Colhe as suas queixas, sempre acompanhado do guarda. Para você fazer medicação, puncionar uma veia, sempre escoltado por um guarda. Sempre tem essas limitações, mas a gente sempre faz o cuidado, como fazemos lá fora.” (CP16)

“É o profissional de segurança que detém a chave destas enfermarias, por ser um hospital atípico, você tem essa figura desse profissional, se não fosse um hospital penitenciário, você teria um acesso direto a esse paciente.” (CP15)

O cuidado como vimos é mediado por interações entre a equipe de saúde e de segurança, sendo assim encontramos algumas limitações. Para a realização do cuidado. Tal fato está estreitamente ligado com a violência que é apresentada dentro das unidades penitenciárias. Christoff (2007) corrobora essa ideia:

Venha de onde e de quem vier, a violência constitui código normativo, de comportamento, linguagem corrente que a todos enreda, seja em suas formas mais cruéis, seja em suas formas veladas. Entre os detentos torna-se quase impossível intervir nas disputas violentas, que envolvem os mais diferentes, interesses e objetos. Tudo é passível de querela: confronto entre quadrilhas, suspeita de delação, envolvimento no tráfico de droga, na exploração de atividades internas, no tráfico de influência sobre os “poderosos”, sejam aqueles procedentes da massa carcerária ou da equipe dirigente.

A grade é outro grande fator que contribui com o controle desse cuidado prestado, pois sempre apresenta uma tríade: guarda, cadeado e grade. Identificamos isso nas transcrições abaixo:

“Porque, às vezes, o preso chama e se alguém cair lá dentro, nós temos que esperar alguém para abrir as grades. Isso dificulta muito o nosso atendimento com o preso.” (CP 4)

“A minha maior dificuldade aqui é porque as pessoas que vêm para cá deve ter tido muitas dificuldades de chegar até o preso, porque começa pelas grades.” (CP 2)

“Eu lembrava quando eu entrava pela grade para trabalhar, eu lembrava quando eu entrava com a minha mãe para visitar..., as trancas, aquela coisa toda eu via.” (CP 13)

“A grade dificulta tudo, e é muito pouco guarda para o quantitativo de presos e são eles que têm a chave. O número de funcionários que limita essa comunicação. O meu mundo na cadeia é cinza.” (CP 14)

“A grade dificulta a comunicação, existe uma falha com o paciente. Exatamente isso. Algumas vezes estamos querendo chegar ao paciente, ele pode ser acamado, e nós temos que gritar para o paciente ouvir, não podemos nos aproximar, temos que esperar chamar para abrir.” (CP 4)

De acordo com Cohen e Augustinis (2001 apud Christoff, 2007, p.42), ao analisarmos a massa carcerária, identificamos o fenômeno da prisionalização, no qual temos um estilo de vida peculiar das unidades prisionais. No seu interior, temos uma sociedade autônoma, com suas culturas e suas próprias leis. Os apenados constroem estratégias de sobrevivência,

transformando seu modo de viver. Essas reflexões nos fazem refletir o conceito adotado por Coelho (2000, p. 32) quando este enfatiza que as prisões são verdadeiras “*oficinas do diabo*”.

Adorno (1991, p.25) acrescenta que “a característica institucional de intolerância a críticas mantém um clima de desconfiança e ausência de solidariedade entre tutores e tutelados [...] vivem sobre o domínio do medo e da incerteza. Nesse espaço social prevalece a lei do mais forte.”

4.2.6 Lugar de cuidado: fatores de caracterização

Em conjunto com os dispositivos de controle do cuidado, temos os fatores de caracterização, através dos quais encontramos situações que se diferenciam de qualquer unidade hospitalar, com aspectos culturais que podem ser classificados pelos copesquisadores nos seguintes depoimentos:

“Existiram momentos que tivemos que fazer medicação na grade sem o guarda; e o preso pode fazer queixa da equipe. Porém tinha que ser uma coisa rápida naquele momento.” (CP 4)

“Ele tira proveito de algumas coisas, por exemplo, eu vim descobrir aqui que dipirona em altas doses, a pessoa fica meio drogada, alucinando, viajando. Eles são tão terríveis aqui, que eu aprendi a fazer cachaça de arroz. Eu não sabia.” (CP 3)

Os copesquisadores que trabalham dentro de uma unidade hospitalar do sistema penitenciário consideram que o apenado, permanecendo em um estado de ociosidade, cultivem costumes e hierarquias, Coelho (2000, p. 34) nos trás que a própria prisão determina uma “sociedade dos cativos”, onde a prática do crime valoriza o indivíduo e o torna respeitável para a massa. Dessa forma, suas próprias leis, suas identidades, seus pensamentos, sua complexidade, sua disciplina e sua cultura, o definem. Algumas condutas podem ser entendidas como estratégias.

“Aqui na cadeia eles se sentem um bicho. E quando uma pessoa passa, eles se sentem melhor.” (CP 7)

“Violência gera violência, eles já são tratados como bichos. Da gente eles esperam algo melhor. Eu já vi colegas tratar eles de uma forma grosseira, sem necessidade, pior que o guarda.” (CP 6)

Goffman (1961, p.20) apresenta o distanciamento entre os dois mundos: de um lado os presos e do outro o mundo dos funcionários. Para ele desenvolvem-se dois mundos sociais e culturais diferentes, que caminham juntos com pontos de contato oficial, mas com pouca interpenetração.

“Aqui eu nunca ouvi falar evacuou, aqui ele fala c..., ele fala c...” (CP 3)

“Eu resumi em algumas palavras: Enfermagem - direção - SOE - burocracia-relevância-pessoal- problema.” (CP 14)

Esses mundos são muito diferentes. A forma de falar por vezes é muito baixa. O CP 14 nos faz refletir quanto à diversidade e quantidade de pessoas envolvidas na estrutura do sistema e participantes da concepção e execução do planejamento de intervenção para solução de um mesmo problema. Como destacam os participantes da pesquisa:

“Lá fora não sabemos que eles são bandidos. Nós só sabemos quando eles vão para a custódia. Vários eu já tinha tratado deles e lá fora eles poderiam fugir. Ao menos lá na cadeia eu sei que todos são presos.” (CP 13)

“O que me incomoda mesmo são esses varais dentro das celas. Eu sei que tem varal porque o tempo está chuvoso, e a roupa tem que secar, mas as celas são sujas e o cheiro é muito ruim.” (CP 3)

“Exatamente ele está no hospital penitenciário porque ele cometeu algum crime lá fora. Se você der uma brecha ele vai querer algo a mais, que você leve uma cartinha... Vai querer saber onde você mora. E ele sempre quer entrar na sua vida.” (CP 15)

“O que acontece aqui é o seguinte, o paciente chega, ele é encaminhado para a especialidade que compete. Caso não tenha a especialidade aqui ele será encaminhado para a rede pública Eles têm que aguardar a escolta da segurança para ir junto. Você na realidade fica muito limitado.” (CP 16)

De acordo com Lemgruber (1983, p.79 apud Christoff, 2007, p.42) a primeira característica destacável nos presídios “é a ausência de solidariedade, a qual resulta das condições próprias da vida cativa, que é estimulada pela administração.” As formas de vida na instituição prisional e os papéis são bem delimitados.

4.2.7 - Reações, Sentimentos e Emoções: Medo e Ansiedade

Dentro das unidades prisionais, encontramos situações que são únicas para uma unidade hospitalar que ao mesmo tempo é penitenciária. O medo é uma constante durante os atendimentos, de forma que os sentimentos, as emoções e as sensações são apresentadas pela equipe. Todos ficam com os nervos à flor da pele, o que pode acarretar um distúrbio psíquico. De acordo com Tompakow (2010, p. 169), cada modificação no estado fisiológico é acompanhada por uma mudança apropriada no estado mental-emocional; e reciprocamente, cada modificação no estado mental-emocional é acompanhada por uma mudança apropriada

no estado fisiológico. Essas alterações podem ser evidenciadas a partir dos depoimentos. A seguir identificamos:

“Mesmo ansiosa, eu faço com cuidado, e sinto pena, sim, quando os vejo sofrendo. Acima de tudo eles são seres humanos.” (CP 4)

“Quando eu vim trabalhar aqui confesso que eu tinha medo. Depois eu vi que essas pessoas aqui precisam muito mais, pois são doentes da alma. Muitos são tratados como bichos.” (CP 6)

“Eu tenho medo que ele não fale diretamente o que ele pensa. Tenho medo por ele não ter medo de mim.” (CP 3)

“Se eu tenho medo eu não vou falar muito isso, influencia totalmente e eu tenho muito medo aqui dentro.” (CP 1)

O medo é uma constante entre os membros da equipe de enfermagem, a violência permite a ocorrência de um código entre eles dentro das unidades prisionais. Entendemos isso melhor quando consideramos o que destaca Augustinis (2001) sobre a prisionalização, onde encontramos condutas próprias. Então como trabalhar em uma unidade onde o medo e a ansiedade é uma constante?

O ser humano é, também, fruto do meio em que vive e gerido por necessidades básicas como a alimentação, o sono, a atividade física, a segurança, a participação, a autoconfiança, a afeição, essas e outras necessidades podem motivá-lo ou não. Quando não satisfeitas são motivadoras de comportamentos que podem levar à desorganização, à agressividade, à reações emocionais diversas como alienação e apatia, sejam nas suas relações pessoais como profissionais. Braga, Dyniewicz e Campos (2008, p. 291)

As pessoas são fruto do meio e seria uma incoerência imaginarmos uma unidade prisional onde as sensações e sentimentos se mantém sempre a flor da pele. O medo e ansiedade andam juntos, caminham lado a lado. Isso explica muitas questões relacionadas a possíveis falhas na assistência, como na comunicação durante o cuidado, contudo as condutas profissionais estão pautadas na ética e na responsabilidade com o próximo, mas não estão dissociadas dos sentimentos desse profissional.

“Todos têm medo. Eles sabem das nossas vidas e dos nossos horários, tudo que acontece. Aí ele pode mandar alguém pegar lá fora [...] Por vezes, nunca se tem coragem de ir até o fim e o medo é medo. Um medo verdadeiro sempre... vai estar sempre presente.” (CP 3)

“A atitude pode levar à ansiedade, porque é uma atitude que por vezes é desafiadora. Por vezes, ela te intimida, ou por vezes, ele tenta te intimidar.” (CP 1)

Encontramos alguns exemplos que justificam esses sentimentos vivenciados por essa equipe, já que o trabalho se realiza em um ambiente de insegurança. Goffman (1961, p. 174) nos traz evidências que podem ser obtidas em prisões, onde, por exemplo, é possível fazer uma faca a partir de uma colher. E o medo se justifica também porque:

“O medo da contaminação, pois já tivemos colegas nossas com doenças como tuberculosas.” (CP 3)

“Tenho muito medo de agressão e medo dele querer algum envolvimento com a gente.” (CP 2)

“A única alteração em mim significativa realmente é uma espécie de “sícutico”, um tremor.” (CP 3)

Segundo Adorno (1991, p. 25a), a verdadeira noção de medo é de uma agressão ou de uma contaminação. Esse mesmo autor traz a superlotação e outras características próprias dessas unidades, como o um aglomerado de várias patologias. E ele sustenta que os presos, quanto os agentes penitenciários e os especialistas, vivem sobre o domínio do medo e da incerteza. Nesse espaço social prevalece a lei do mais forte.

Christoff (2007, p.47) destaca que “em relação à saúde do preso confinado, além das doenças decorrentes das más condições de habitação, somavam-se outras resultantes da aglomeração humana em espaços exíguos. Entre essas se destacam a tuberculose e as doenças sexualmente transmissíveis”. Isso nos faz refletir sobre a grande importância de um planejamento adequado para a saúde dessa população

Outra subcategoria encontrada é o instinto de defesa identificado por esse profissional, conforme verificamos nas falas a seguir:

“Digno, mas eu prefiro os de lá de fora. Isso: entre escolher um e outro, é mais fácil se tem o mínimo para se trabalhar.” (CP 3)

“Aqui eu me sinto muito mais tranqüila, mais segura, do que lá fora. Quando trabalhava na emergência, muitas vezes os caras chegavam e falavam: Atende ele rápido! [...] Se não atender já sabe, vai morrer. E lá ninguém sabia quem era quem. E aqui não. Nós já sabemos quem eles são, eu me sinto muito mais segura aqui do que lá fora.” (CP 6)

“Não permitir um envolvimento emocional.” (CP 15)

Embora reconheça a condição e contexto de cuidado, existe uma avaliação que distingue as diferenças. O instinto de preservação é amplamente utilizado pela equipe para manter um distanciamento sem qualquer envolvimento maior com esse apenado.

Para Travelbee (1979) apud Filizola e Ferreira (1997, p.11,12), a política do não envolvimento tem alcançado o caráter de princípio em enfermagem, sendo que os que adotam esta política justificam-na considerando que:

- quanto maior for o envolvimento emocional, menos profissional será a relação e vice-versa;
- o envolvimento emocional leva o enfermeiro a identificar-se excessivamente com o paciente (esta afirmação considera o envolvimento imaturo);
- a pessoa que se envolve é considerada inapta e incapaz, pois se compadece demais do paciente sendo excessivamente sensível e, portanto, não poderá ser verdadeiramente útil a ele;
- o envolvimento emocional não é terapêutico para o paciente, mas destrutivo para o crescimento da enfermeira.

Tais afirmações nos demonstram a grande necessidade da equipe de se afastar do convívio e do envolvimento com esse cliente que é um apenado. As pessoas que cuidam não desejam demonstrar carinho ou qualquer outro tipo de afeição.

Porém independente da condição ambiente e do apenado, os cuidados são realizados com distanciamento, sem envolvimento, de forma fria, profissional e com um grau de seriedade.

Outra condição insegura foi destacada resultante do comportamento e labilidade do apenado, tais como:

“Tenho consciência de [...] ser um vagabundo, que ele não pensa duas vezes, para voar no meu pescoço. [...]Alguns coisas de ruim ele fez, [...]e para ele fazer alguma coisa comigo, não custa.” (CP 3)

A insegurança o medo prevalece nesse cenário e pode acarretar a curto ou médio prazo em um estresse psicológico.

Para alguns profissionais de enfermagem cada um pode reagir conforme as vivências de cada pesquisador. Também foi valorizada a trajetória profissional e familiar no cuidado:

“A vida é um aprendizado, uns aprende mais fácil. Parece que uns já nascem já sabendo (...). Mataram meu filho (...), morreu assassinado! (choro) Eu passei a ver, (...) ele não morreu inocente. (...) Fez alguma coisa errada (...). Quando outros morriam, era estuprador morreu tarde, era bandido morreu tarde(...). Hoje eu estou nessa situação. Eu passei a ver eles de outra forma (...). Eu cresci muito (...) como ser humano. Foi uma falha que eu tive, mas eu aprendi com um conhecimento. Mas com relação à comunicação foi bom (...) aprendi que eles são seres humanos, que têm mãe, têm pai, os quais merecem todo

respeito. A minha visão de ver eles como paciente como ser humano e os parentes também. Mudou como um tudo (choro).” (CP 5)

A história pessoal enriqueceu os cuidados prestados aos apenados foram transformando os pensamentos, e modificando e o agir do profissional foi redimensionado.

“Não é assim, não. Eu não sou tão meiga e amorosa assim como vocês. A gente tem que cuidar, dar atenção, entrar na enfermaria, falar que vai fazer um curativo dele, que vai fazer uma medicação, tratá-lo bem, sempre com respeito, mas mantendo sempre aquela distância, pois ele te absorve muito, e isso não é bom.” (CP 5)

“O coração [...] eu já me deparei com várias situações de preso apanhando, isso me dava uma taquicardia.” (CP 21)

“Vagabundo é igual gente, assim como se nasce Down, o cara já nasce vagabundo.” (CP 3)

Silva (2007, p. 29) nos alerta para os dispositivos de controle a que estamos submetidos e isso coloca em jogo, invariavelmente, o medo das pessoas, apontando para uma promessa de segurança. O emprego estratégico do medo na disseminação do pânico impera dentro das unidades prisionais.

O medo que se sente dentro das unidades justifica o afastamento que impera nas mesmas.

Disseminar o medo e eleger um inimigo interessante a ser neutralizado. Medo e esperança, já nas análises de Espinosa, constituem a díade de paixões com as quais os detentores do poder manipulam aqueles que devem obedecer. (Silva, 2007, P.29)

4.3 O “eu” sociocomunicante, quando o copesquisador no cuidado ao paciente apenado, adaptação dos sentidos

Este subcapítulo trata da produção do quarto momento da pesquisa. Nessa etapa demonstraremos como o corpo de cada copesquisador reage ao cuidar de um paciente apenado. Cada indivíduo constrói com características próprias como se dá a captação e transferência da informação pelos sentidos descrevendo comunicação. Martini (2006, p. 64) destaca que a experiência motora do corpo, antes de ser do campo do conhecimento, é comunicação com o mundo. O corpo projeta diante de si, um certo campo e assume determinado comportamento nessa correspondência à solicitação das coisas que sobre ela age.

Ackerman (1992, p 15) nos ensina que não existe maneira de compreender o mundo sem antes detectá-lo por meio do sistema de radar de nossos sentidos. Os sentidos definem os

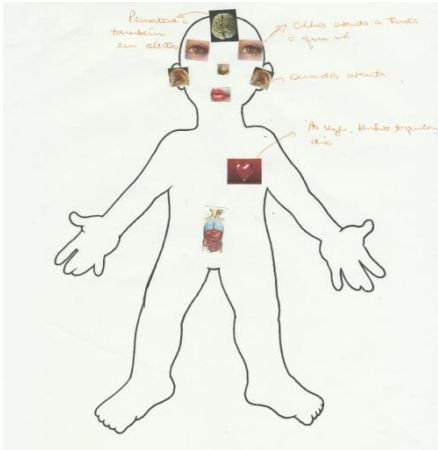
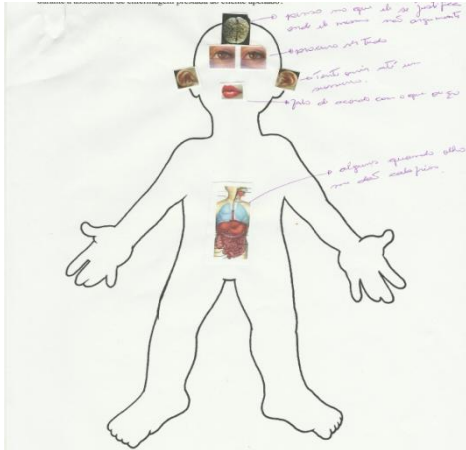
limites da consciência. E para decifrar as percepções através dos sentidos, utilizamos a silhueta de um corpo humano, onde cada participante pode se expressar.

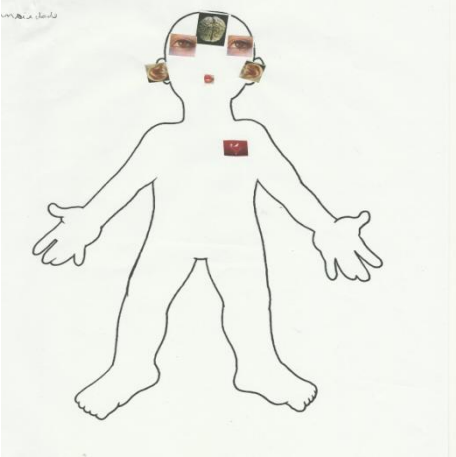
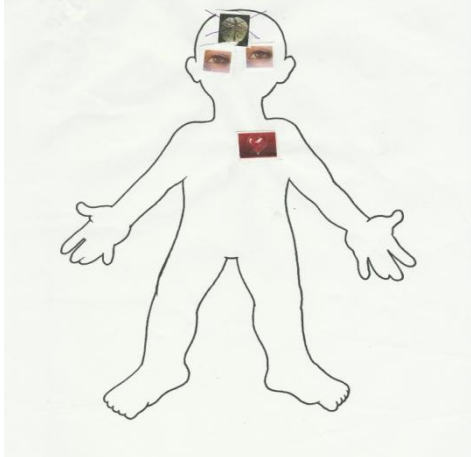
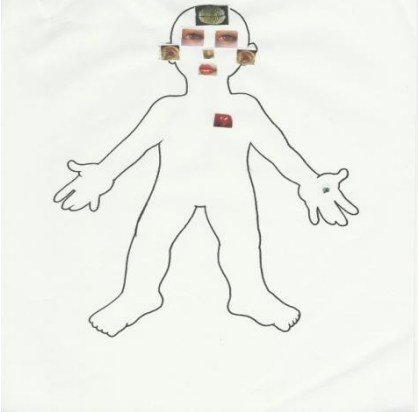
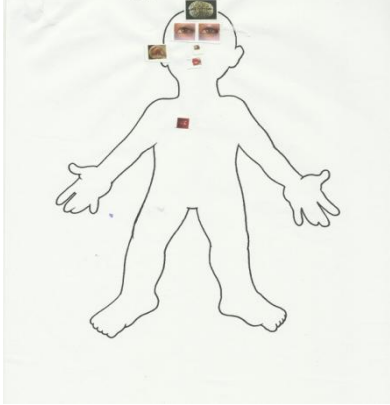
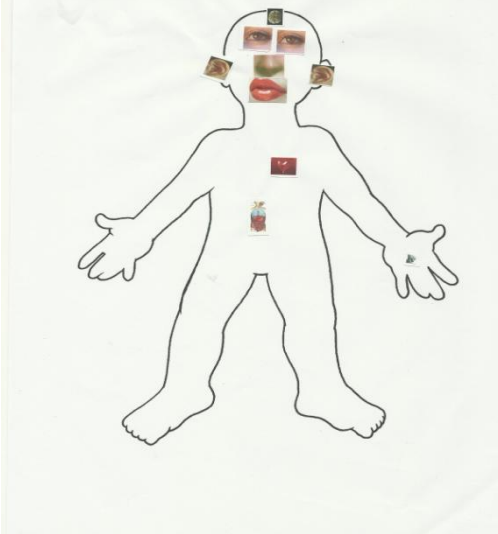
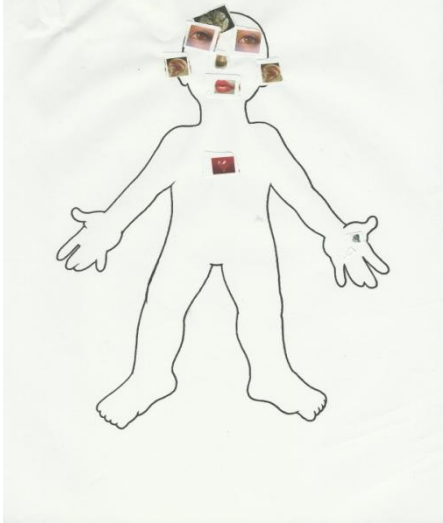
O corpo é o que identifica como e verifica o mundo como se fosse um general inteligente, observador e complexo, registrando as reações, as emoções e as sensações vivenciadas por essa equipe durante o cuidado, isso nos afirma Ackerman (1992, p. 355).

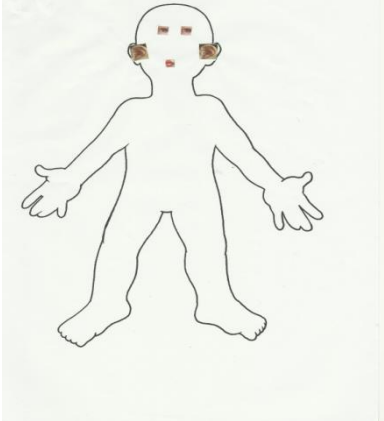
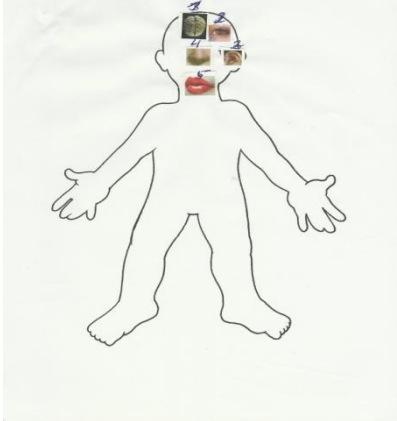
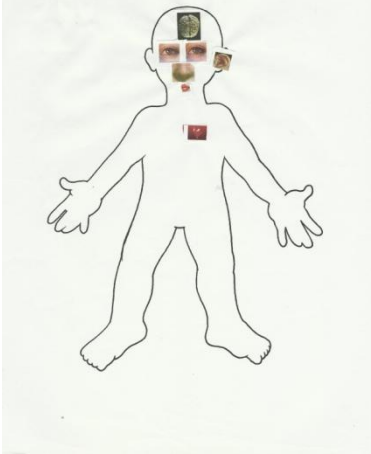
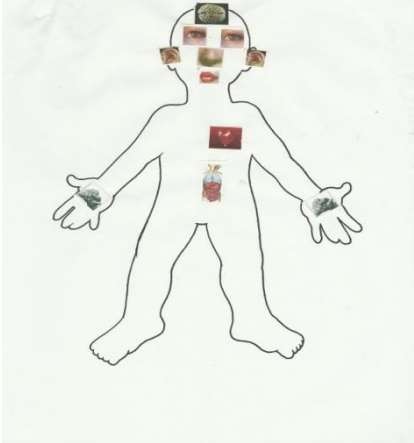
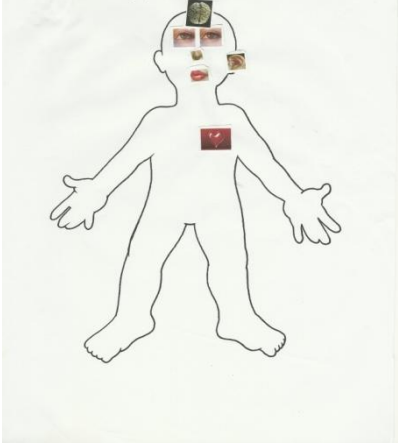
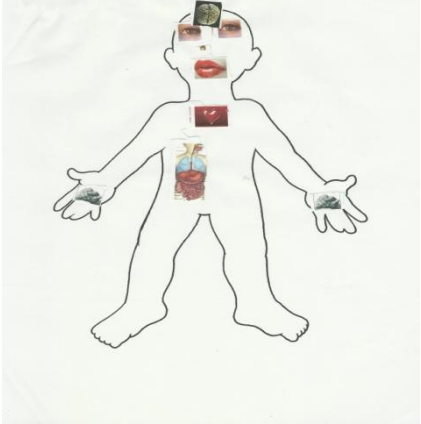
Nesta etapa participaram 17 copesquisadores. Ela foi realizada de acordo com o 4º momento utilizando a técnica dos sentidos sociocomunicantes do corpo de Araújo, adaptada, incluindo o cérebro e os órgãos internos na imagem humana.

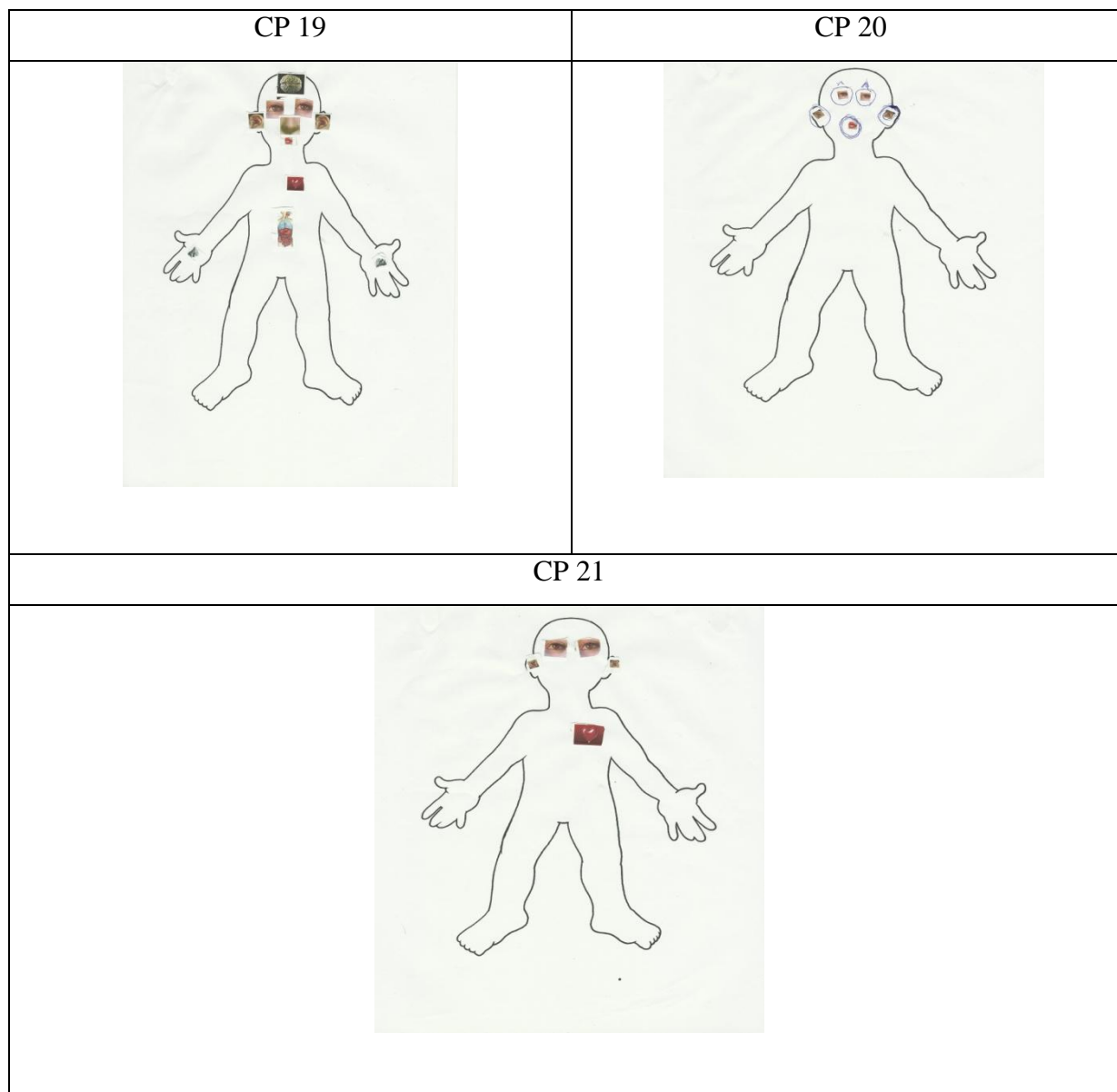
Para termos uma descrição fiel da situação a fim de ratificar os dados obtidos pelo roteiro de observação não participante, utilizei o instrumento de escala de avaliações dos sentidos corporais (Apêndice F), para que fossem identificadas numericamente as reações da equipe.

Quadro 16. Produções artísticas do 3º momento

CPI	CP 3
	

CP 4	CP 8
	
CP 9	CP 10
	
CP 11	CP 12
	

<p data-bbox="480 230 564 259">CP 13</p> 	<p data-bbox="1099 230 1184 259">CP 14</p> 
<p data-bbox="480 837 564 866">CP 15</p> 	<p data-bbox="1099 837 1184 866">CP 16</p> 
<p data-bbox="480 1480 564 1509">CP 17</p> 	<p data-bbox="1099 1480 1184 1509">CP 18</p> 



Fonte: Instrumento metodológico da dissertação, cenário da pesquisa, Rio de Janeiro, 2012.

Birdwhistell (1952 apud Littlejohn, 1988, p. 108-109) elaborou sete pressupostos, nos quais baseou a sua teoria. Vamos trazer três deles:

- 1- Nenhum movimento ou expressão corporal é destituído de significado no contexto em que ele se apresenta;
- 2- O comportamento é considerado uma função comunicativa investigável;
- 3- Os significados daí derivados são funções tanto de comportamento como das operações pelas quais ele é investigado.

4.3.1 Olho/ Visão

O sentido visão foi representado pelo olho e destacou-se o sentido monopolizador e vigilante deste cenário. Ele é reforçado pela crença popular “tem que ver para crer”, que se

apresenta fielmente dentro desta unidade. O uso constante do sentido se apresenta como uma norma de biosegurança.

Um olhar observador/vigilante é necessário dentro do ambiente local onde se encontram as presas, que têm os olhos nas laterais da cabeça porque precisam da visão periférica, a fim de perceber o que estiver se esgueirando atrás delas. Nossos olhos são os monopolizadores principais dos nossos sentidos. (ACKERMAN, 1992, p. 273)

A imagem visual é uma detonadora das emoções. Dessa forma acredito que todos os sentidos estão entrelaçados entre si, diagnosticando uma realidade como confirmadas nas respectivas falas abaixo.

“Eu já entro na cela olhando de cabo a rabo. Pode até escapar uma coisa pequena que esteja abaixo do meu nível. Mais pelo alto eu já olho tudo. Se eu vejo um preso conversando, se ele murmurar com outro preso, a minha antena é três vezes mais ligada. Vou me direcionar para aquele murmúrio; eu me foco.” (CP 3)

Ackerman (1992, p. 274) destaca que setenta por cento dos receptores dos sentidos do corpo humano estão localizados nos olhos, e é principalmente por meio da visão do mundo que podemos julgar e entender. E dentro da cela, quando estão cuidando, essa busca é necessária, pois existem situações que podem estar escondidas:

“Olho vivo prestando atenção ao movimento deles. Fico de olho aberto, as reações aos movimentos.” (CP 13)

“A gente fica aqui olhando para um paciente, mas olhando para os lados, pois o agente está aqui, mas eles podem estar planejando algo. Essa é a ansiedade que eu sinto.” (CP 4)

As emoções são disparadas através dos olhos, dentro das unidades prisionais temos imagens que podem representar possíveis ameaças. Essas podem acarretar emoções de medo, angústia ou outros sentimentos ruins, principalmente dentro das celas enquanto realizam procedimentos. Ackerman (1992, p. 331) afirma que a imagem visual é uma espécie de detonadora das emoções. Os outros sentidos despertam lembranças, porém os olhos são especialmente hábeis, com percepções simbólicas, eles focalizam o mundo dentro de mundos. O uso desse sentido foi demonstrado através do instrumento de escala de avaliações dos sentidos corporais, onde identificamos 97% dos copesquisadores, apresentando uma visão aguçada sempre alerta durante todo período de trabalho.

4.3.2 Boca/ Paladar

A boca/paladar é considerada como extremamente social. O paladar nos liga, nos permite interagir com as outras pessoas e com o mundo. Ackerman (1992, p.161) nos revela que os outros sentidos podem ser apreciados em toda sua beleza quando estamos sozinhos, mas o paladar é extremamente social.

Araújo (2000, p. 167) afirma que ele fala a partir das ligações e experiências com as coisas e as pessoas. É a porta natural e específica do corpo, através do qual cumprimentamos e experimentamos o mundo. E o instrumento de escala de avaliações dos sentidos corporais nos mostra que 50% dos copesquisadores se apresentam com uma fala muito intensa, e como uma medida de proteção.

“Boca [...] eu falo. Ele fala. E aí, eu falo a altura. E se ele falar comigo de uma forma, mais grosseira, eu respondo em tom de brincadeira. Mas eu respondo.” (CP3)

Os membros da equipe falam bastante e parece ser uma estratégia de comportamento, tática de se relacionar com um mundo tão diferenciado, para saber o que está acontecendo e se proteger, investigam todos os fatos diferenciados, suspeitos, a fim de antever o que possa acontecer. Segundo Ackerman (1992, p. 179), a boca é o que mantém fechada a prisão de nossos corpos. Nada entra no corpo sem passar pela boca. E nesse sentido de comunicar, busco captar todas as informações não-verbais através dos olhos e verbais pelos ouvidos. A boca, como sentido comunicar, serve como isca para pescar informações e prever riscos.

Ao contrário, outros profissionais comportam-se restringindo a interação e intensificando o distanciamento interpessoal:

“A boca [...] pensando na boca, uma fala mais comedida e, portanto, eu falo menos.” (CP 1)

“Eu só falo o necessário.” (CP 4)

“Ah! [...] Eu procuro falar o menos possível.” (CP 13)

Identificamos uma fala comedida e entendemos que alguns comunicam o necessário e não desejam maiores aproximações. Coelho (2005, p.105) nos afirma claramente que o medo presente é quase inexplicável e os impede de envolvimento maior com esse apenado.

Alguns apenados trabalham dentro das unidades. Eles são descritos como faxinas, podem executar serviços de limpeza, trabalhar na cozinha. Esse trânsito na execução de tarefa fora das celas pode se transformar em um problema maior para o profissional de enfermagem. Como esse apenado tem uma maior liberdade dentro da unidade eles também podem ter acesso a alguns dados da vida particular dos membros da equipe de saúde, e a partir das informações uma maior aproximação.

Vale destacar que o sentido olfato acaba contribuindo muito com o sentido paladar, dessa forma quando destacamos apenados e enfermagem, identificamos um fala de defesa em busca de algo que possa acontecer e vamos visualizar a seguir o sentido olfato também como uma forma de defesa.

4.3.3 Nariz/ Olfato

O sentido olfato é importante porque nos esclarece função avaliadora sobre comportamentos resultados de consumo de drogas lícitas ou ilícitas com efeitos adversos. Ora pelo uso de entorpecentes, ora pelas conseqüências comportamentais, ora pela necessidade de cuidado redobrado que se deve ter durante o cuidado, ou pela adequação ao sistema.

O olfato não tem palavras. Segundo Ackerman (1992, p. 26), ficamos de línguas atadas buscando as palavras em um mar de prazer e exaltação inarticulados. Mas também nos remete a aversões quando resgata experiências negativamente marcantes, pois lembranças que explodem em nossas mentes quando percebemos os odores. Nada é mais marcante quando o cheiro um odor é inesperado, momentâneo e fugaz. Essa memória olfativa pode nos acompanhar por toda a vida. Basta percebermos um aroma similar, e as lembranças explodem do arquivo olfativo neuronal todas imediatamente.

De acordo com Araújo (2000, p. 157), os cheiros emanam dos nossos corpos, atraindo, repelindo, envolvendo, embriagando, impregnando, excitando, entorpecendo, viciando. E a emoção que conhece por empatia que antepatia permite o encontro da memória, principalmente com o sentido olfato.

A partir desse contexto foi utilizada a figura do nariz para identificarmos as sensações vivenciadas pela equipe de enfermagem quando em contato com os odores. Para ratificar os resultados encontrados nos depoimentos nas diferentes etapas da pesquisa analógica numérica, foi aplicado o instrumento de escala de avaliações dos sentidos corporais, onde 53% dos copesquisadores se colocaram com um nariz muito intenso, quanto aos odres encontrados nas unidades prisionais. Associado a isso, são envolvidas questões de identificações de odores relacionados às drogas ilícitas através do olfato, que se justifica como uma questão de segurança para essa equipe, tais como mostram os relatos:

“O cheiro está insuportável. Eu já passei por aqui várias vezes fazendo apnéia, porque não tinha jeito. Eu vinha aqui, colocava perfume na gaze e botava no nariz para suportar isso. Já te dificulta muito.” (CP 3)

“O cheiro dele é de vagabundo mesmo. Ele já vem da cadeia não tem cheiro de flor. Ele tem cheiro de espinho. Então, é melhor a gente não sentir o cheiro dele.” (CP 10)

Se o olfato é um sentido mudo, como nos foi afirmado por Ackerman (1992, p. 36), que nos liga às nossas experiências, conseqüentemente um cheiro insuportável vai nos associar a uma situação insuportável, ou minimamente a uma situação que gera mal estar. Dentro das unidades penitenciárias encontramos um grande número de pessoas convivendo em um mesmo ambiente, fato este que facilita a disseminação dos odores. A adjetivação do sujeito indica a condição do apenado ao seu cheiro, cujo o adjetivo sintetiza-se pela palavra ruim.

Para Ackerman (1992, p. 46), um cheiro ruim pode significar doença. Podemos, portanto, não nos sentir atraídos por uma pessoa que desprenda um cheiro doentio:

“Meu nariz é muito grande, pois eu quero sentir cheiro de maconha para não ir lá. Se eu sentir cheiro de maconha entre outras coisas, eu não vou lá.” (CP 17)

“Nariz grande devido a esse cheiro. O olfato em relação ao cheiro, pois aqui não é hospital comum. Você entra na enfermaria e tem alguém fumando. Aqui eles fumam, na enfermaria.” (CP 14)

“O nariz eu coloquei bem grande, pois eu detesto sentir o cheiro. À noite você sente o cheiro de drogas, do que está rolando lá para dentro. Às vezes eu estou prestando o cuidado e tem dois, três fumando. Isso me dá uma vontade de deixar os cuidados e sair.” (CP 15)

Nas falas acima encontramos o fator segurança associado ao sentido olfato, pois nariz grande aparece associado a drogas ilícitas, resguardando o profissional de qualquer atitude ameaçadora, pois de acordo com Coelho (2005, p. 75) “é virtualmente impossível estimar o volume de tóxico que circula nas prisões.”

“Eu não percebo muito os cheiros. Eu uso a máscara como EPI. O cheiro não me incomoda em nada. Não me incomoda nem um pouco.” (CP 18)

Entendo que a copesquisadora informa que o cheiro não a incomoda. Contudo há controvérsias, uma vez que ela coloca o EPI que protege e camufla os odores. Ao permanecer na unidade com proteção das narinas, o cheiro já não a incomoda durante os cuidados prestados.

4.3.4 O cérebro

A figura do cérebro foi acrescida aos sentidos sociocomunicantes, para a percepção dos sentidos conjugada à racionalidade. Através dessa inserção consegui entender como o corpo funciona durante o cuidado prestado pela equipe de enfermagem no sistema prisional. Ackerman (1992, p. 278) ressalta que a visão, como imaginamos, não acontece nos olhos, mas no cérebro. O mundo é uma construção fabricada pelo cérebro, baseadas nas informações

sensoriais que lhe são dadas. Ela também afirma que qualquer mudança em nossos sentidos, eles enviam essas mensagens para o cérebro. Então qualquer sinal de alerta identificado pelos olhos ou por outros sentidos coloca esse cérebro em estado de alerta, como podemos visualizar nos depoimentos:

“Cérebro junto com os olhos, ligado.” (CP 8)

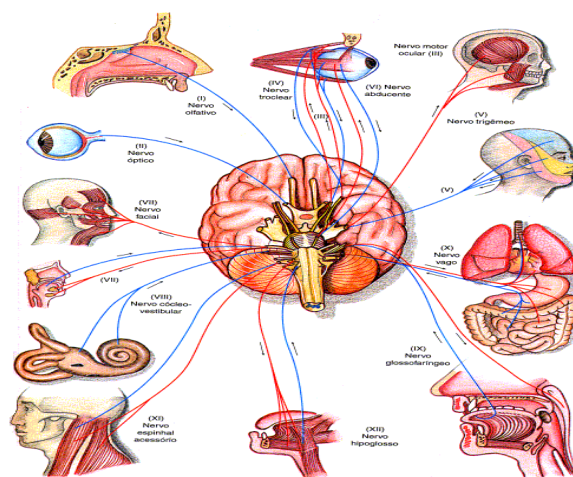
“Penso muito. Às vezes tento resolver coisas que eu não consigo resolver. Minha mente ferve com as dificuldades do sistema.” (CP 17)

“Eu coloquei um cérebro grande, pois você tem que estar sempre atenta a tudo.” (CP 15)

“Cérebro médio. Têm situações que a razão tem que predominar, mas têm situações que a razão e a emoção se equivalem. Algumas situações que a gente se depara [...] com o familiar, razão e emoção se equiparam. Eu não consigo ficar completamente neutra, pois a gente ouve muito. Pela nossa assistência ser mais direta, a gente fica muito perto deles. A razão e a emoção são muito misturadas.” (CP 11)

O Sistema nervoso central é o responsável pela resposta aos fatores de estresse. O simpático e parassimpático, promovem alterações rápidas nos estados fisiológicos através da inervação dos órgãos. Essa inervação pode aumentar a frequência cardíaca, a pressão arterial, entre outros sintomas, como identificamos abaixo:

Figura 8. Ligação do sistema nervoso central ao corpo¹²



¹² Disponível em Amabis, José Mariano; Martho, Gilberto Rodrigues. Conceitos de Biologia. São Paulo. SP. Ed Moderna, 2001, v.02

Qualquer reação desse cérebro apresentaria reflexo nos outros órgãos, e com foi demonstrado no instrumento de escala de avaliações dos sentidos corporais (Apêndice F), identificamos que 91% dos copesquisadores apresentavam uma atividade cerebral muito intensa. Foram demonstradas de uma forma clara que os profissionais devem ficar atentos a gestos de violências, as drogas ilícitas, quebra das situações morais. Eles devem permanecer sempre atentos.

Devemos atentar para uma situação que não foi profundamente pesquisada nesse trabalho, que seria o esgotamento desse profissional, devido a vários fatores externos, mas que são intrínsecos ao sistema penitenciário, e a que esse profissional vai estar exposto durante 24h na semana.

O trabalho no contexto hospitalar/penitenciário envolve a execução tanto de atividades excitantes, como de atividades perigosas. Por vezes podemos estar sozinhos dentro de uma cela prestando cuidados.

Aos profissionais de enfermagem, auxiliares, técnicos e enfermeiros cabe uma grande parcela de procedimentos desgastantes. A responsabilidade pelo cuidado direto a pessoas enfermas e presas é predominante da enfermagem. Mantemos proximidade com a dor, com o sofrimento alheio, e com o perigo as nossas vidas, que pode desencadear um grande esgotamento mental.

4.3.5 Orelha/Audição

De acordo com Araújo (2000, p.145), a sensibilidade, bem como as sensações, pensam. E, nesses acontecimentos esplendidamente caóticos, intercala-se a memória, que tem o som da própria vida. Essa mesma autora nos trás a responsabilidade de voltarmos a nossa atenção para a importância do som, uma vez que dependemos dele como auxílio para interpretar, nos comunicarmos e expressarmos o mundo em torno de nós.

Dentro do sistema penitenciário vivemos em constante estado de alerta, imaginando sempre o momento seguinte. Enfatiza Ackerman (1992, p. 221) que temos alucinações mais freqüentes com sons do que com imagens. Existem miragens auditivas que desaparecem sem deixar rastro; ilusões auditivas que descobrimos depois ser outra coisa, completamente diferente do que pareciam.

Nesse sentido, o coletivo dentro do imaginário, a associação de *cadeia + cuidado + violência + apenado = a mistura perigosa*, libertando emoções como o medo, a ansiedade. Vejamos os confetos (conceitos e afetos) que se apresentam nos depoimentos:

“Ouço, mas, (mas) não falo nada. Mas não tenho coragem de chegar e conversar como eu converso com os pacientes lá de fora.” (CP 4)

“No ouvido, no olho e no cérebro [...], porque eu acho que nós temos que estar atentos... acho que não conseguimos ter a noção de tudo ao nosso redor. Eu acho que você nunca está 100% atento, [...], mas temos que ficar atento no ouvido, escutando tudo. Temos que ficar atento à postura, à murmúrio, às atitudes, às conversas, tem que observar o olhar de todos eles qualquer atitude suspeita [...]. O cérebro fica em estado de alerta sempre... eu fico agitada tenho taquicardia, pela questão de estar em alerta, isso pela estrutura do sistema penitenciário, por ser preso.” (CP 1)

“Marquei os ouvidos, porque também temos que ouvir tudo que está passando ao nosso redor.” (CP 4)

Os copesquisadores mantêm-se sempre em estado de alerta, tentando identificar tudo que acontece ao seu redor, a fim de que os sons identifiquem ou reflitam o mundo em torno deles. Fica demonstrado também o distanciamento de um contato mais pessoal junto ao apenado, isso se faz necessário uma vez que não se deseja nenhuma intimidade com o apenado.

“Eu escuto tudo que eles comentam a minha volta, tudo que está ao meu redor.” (CP 13)

A necessidade manter-se em alerta dentro do sistema penitenciário é confirmada quando encontramos 82% dos copesquisadores com um sentido da audição muito intenso, e isso pode se refletir em um desgaste físico e mental. Coelho (2005, p. 152-153) defende que o trabalho reveste-se de circunstâncias especiais pela natureza da clientela à qual se atende. A equipe acompanha níveis relativamente altos de tensão psicológica e de desgaste emocional. Esses níveis de tensão se encontram bem claros nas falas acima, pois temos um estado de alerta constante durante todo plantão.

4.3.6 Coração/ Emoção

Os sentidos auxiliam a visão de mundo ao nosso redor e desenham como sentimos e percebemos esse mundo. Para Ackerman (1992, p. 17), os sentidos não esclarecem a vida em atos gritantes ou sutis, dividem a realidade em fatias vibrantes, juntando-as de modo a formar um padrão significativo.

A transversalidade dos dados buscou apontar o imaginário para identificar as emoções no coração e nos sentidos, pois quando imaginamos o coração, nos vem à mente as emoções sentidas e vivenciadas e enquanto nosso coração está batendo, estamos bem.

O coração como sede das emoções revela os sentimentos de prazer e desprezo, de atração e repulsa.

Relativos aos sentimentos expressados pelo coração e (re) afirmando aqueles vivenciados por essa equipe, identificamos que do universo de 17 copesquisadores, 53% apresentavam pouca intensidade ao se tratar de sentimentos para com esse apenado durante os cuidados prestados. Esses dados foram analisados a partir do instrumento de escala de avaliações dos sentidos corporais (Apêndice F) e estão exemplificados nas falas abaixo:

“Eu não tenho coração [...]. É, eu não me incomodo com o preso chorando. Se eu passar e ele estiver chorando, isso não me comove [...]. Coração eu não tenho.” (CP 3)

Os copesquisadores demonstram claramente a distância que eles desejam manter com o apenado. Existe um sistema social intramuros, onde identificamos um saber que é inerente a cada profissional, a partir de suas próprias experiências. Isso é essencial, uma vez que essa mensagem não é transmitida por métodos formais.

Vejamos ainda o que nos revela o CP 4:

“No coração, eu coloquei cinco. Eu não julgo, eu cuido do paciente aqui como eu cuido do paciente lá fora, eu não faço mecanicamente, eu faço com cuidado.”

Esses depoimentos identificam o distanciamento do cuidado prestado e a afetividade nula na realização do cuidado pautado na responsabilidade com o outro, ainda que a comunicação com o apenado seja impregnada de visões sobre sua principal condição dentro do sistema, não ter coração pode significar não ter afetividade, pela impregnação de sensações desencadeadas pela insegurança, como o medo do apenado, e ansiedade da equipe que cuida.

“Eu não tenho coração, eu não cobro. Eu não vou punir por ele ser um estuprador, ou vou ter pena por ele ser do tráfico. É um pobre usuário coitadinho, da sociedade... Para mim é indiferente, trato ele da mesma forma, entendeu? Eu não tenho coração.” (CP 3)

A assistência ao apenado está garantida, independente da situação de sua condição; porém essa equipe, com tanta pressão que lhe é conferida, fica sensível ao desgaste ou ao esgotamento profissional. Essa equipe mantém uma situação de vulnerabilidade no desempenho do cuidado, cujos efeitos e reações podem se configurar na negação, na repressão de sentimentos. Exige, então, um repensar das estratégias para enfrentá-las, isso é oriundo da posição ocupada por estes trabalhadores dentro do sistema penitenciário com um mecanismo de comportamento para o enfrentamento e adaptação do desgaste físico e emocional.

A comunicação para a efetivação do cuidado é realizada e pautada nos preceitos éticos e na consciência de responsabilidade para com o próximo.

4.3.7 Toque/Sensibilidade

Ackerman (1992, p. 93; 94) afirma que a nossa pele é uma espécie de roupa espacial, ela fica entre nós e o mundo, dessa forma nenhuma outra parte nossa entra em contato com outra coisa, além de nossa pele. Através dela nos protegemos dos invasores.

As dinâmicas utilizadas na produção dos dados permitiram a imersão no mais profundo das almas dos copesquisadores. Tudo que estava represado até então permitiu compartilhamento, criando uma produção coletiva, por meio do instrumento de escala de avaliações dos sentidos corporais, onde 47% dos copesquisadores identificaram-se com um toque pouco intenso, sem grande afetividade. Isso reforça os dados do Quadro 12 pela ausência do toque afetivo. Os outros 47 % apresentam uma média intensidade quanto ao toque, destacando, portanto, que a presença do toque instrumental é a opção nas situações efetivamente de cuidado, é a opção em entrar contato maior ou então criar qualquer situação constrangedora nessa interação.

De acordo com Coelho (2005, p.105), a ameaça de desmoralização leva-o a desenvolver uma preocupação quase psicótica, para evitar relacionamentos menos formais com o preso e fugir dos contatos informais, mais íntimos e pessoais.

Ackerman (1992, p. 102) defende que é grande a quantidade de informações que podemos transmitir por meio de um toque, e para quiromantes, as mãos servem como elo simbólico que liga a psique à alma como uma bolsa de viajar pelo tempo, pois ainda de acordo com Ackerman (1992, p.151), “as mãos são as mensageiras da emoção”.

Para os copesquisadores, o desejo de não ligação do contato físico fica muito claro, demonstrado pela toda indiferença sentida.

“Aperto de mão não me diz nada.” (CP 3)

“O toque para mim é indiferente.” (CP 1)

O toque, de acordo com Ackerman (1992, p. 99- 102), vai representar as nossas pulsões e transmite informações que podem ser de prazer ou de repulsa. O sentimento de cada pode ser um que se comunicado durante as expressões de toque durante o cuidado.

Como já nos foi relatado por Coelho (2005, p.107), no sistema prisional o distanciamento é necessário para que não haja envolvimento. No que se refere à equipe de saúde, a total ausência desse toque seria impossível. O toque é exclusivamente instrumental durante os cuidados, e nos demonstra que posicionamento desses profissionais se dá em um plano superior e objetivado pela manutenção da moral. Se o contato faz parte da sua função, ele deve evitar contato permanente, se misturar, se contagiar e se igualar.

Com indivíduo que ele considera moralmente doentio, pervertido, periculoso, indisciplinado, agressivo, a opção por essa conduta protege a equipe, uma vez que qualquer atitude mais amável poderia ser considerada suspeita, afetando a sua imagem perante os seus colegas e a equipe da segurança.

4.3.8 Órgãos internos da região abdominal e torácica

O cérebro comandante, quando fica afetado, logicamente desencadeia reflexos nos demais órgão sobre seu domínio, nesse contexto os copesquisadores puderam imaginar e compartilhar de fluxos de condução interligando-os, dessa forma acessaram no imaginário que por vezes ocasionam alterações fisiológicas.

“Estômago. Tem certas coisas que não passam. Às vezes você vai fazer um procedimento e tem outro que fica do lado falando ‘Eu matei! Eu sequestrei!’ Na semana passada eu estava na enfermaria quando outro preso falou ‘Eu sequestrei e fui condenado há 40 anos’. Ele falou que mutilou a vítima. Aquilo ficou me embrulhando o estômago. Ele foi contando como se aquilo fosse um título, um troféu. Aquilo me deu náuseas, uma ojeriza. Aquele preso para mim... era melhor não ter falado nada.” (CP 14)

Ackerman (1992, p. 355) ressalta que os nossos sentidos também detectam as novidades. Qualquer mudança os alerta e eles enviam uma mensagem ao cérebro. Essa mensagem é encaminhada aos órgãos e sentimos essas mesmas sensações irradiadas em outros lugares do nosso corpo. Como um general inteligente, os sentidos verificam o mundo, como observador e buscam maneiras e estratégias de agir diante das coisas. Sobre os dados da pesquisa, 94% dos copesquisadores identificaram reações pouco intensas nos órgãos. Para eles, as reações mais intensas estão nos sentidos e no cérebro.

4.4 Todos falam: o verdadeiro corpo aparece. Ele é Realmente Neutro?

Para a produção da síntese disjuntiva, Gauthier afirma que somos implicados no jeito que os corpos se encontram e desencontram, no interior e no exterior dele. Assim como da maneira como os diálogos são possíveis com o corpo coletivo, se cria intuitivamente.

A expressão dos copesquisadores revelou sua tensão vital e o desejo dos seus sentidos de conhecimento valioso em relação às experiências vividas e à prática profissional no sistema prisional.

Para garantir a individualidade de cada um, e respeitando a privacidade dentro do grupo pesquisador, foi realizado um novo encontro para validação da produção coletiva dos 21 copesquisadores, o que resultou na criação de uma poiesis.


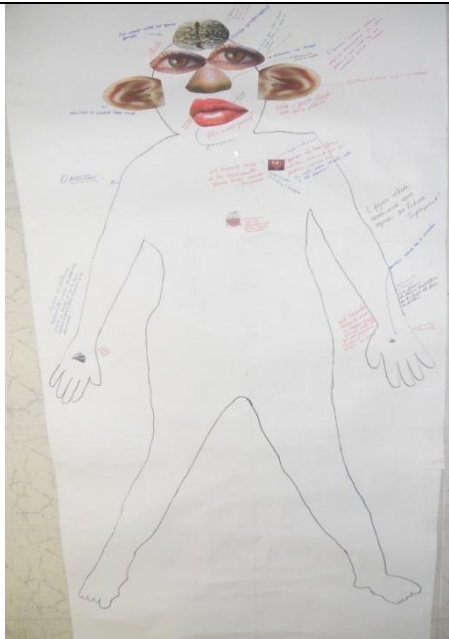
A análise desse estágio foi realizada a partir das figuras do Quadro 18, momento em que tivemos a junção de todas as etapas anteriores da pesquisa em um só momento.

A partir de novas interpretações dos dados pelos copesquisadores, a partir das Figuras 9 e 10 foi construída uma poiesis crítica intitulada “*O SISTEMA/NEUTRO*”, Nesse momento filosófico da sociopoética, ocorreu a “síntese disjuntiva”, a síntese da produção do imaginário coletivo sobre os lugares geomíticos e sobre os sentidos sociocomunicantes do corpo adaptado, do cérebro e dos órgãos, dentro do sistema penitenciário.

Deleuze (2009, p.50) nos fala que a síntese disjuntiva é a própria união dos campos semânticos distintos e por função ramificante entendemos a função do que o autor chama de “palavra esotérica”, em sua capacidade de ramificar sentidos, abrir trajetos.

Assim realizamos a junção da razão, da emoção, do corpo e da alma, de todos os momentos da pesquisa com todos os copesquisadores. Reunidos em um texto único, com uma fala única, através de uma conectividade, em um processo de criação artística (poieses), a equipe pontuou o sentido conceito construído por eles, reavaliando e dando um significado ao tema “Comunicação durante os cuidados prestados ao paciente apenado”.

Quadro 17. Figuras utilizadas para realização da síntese disjuntiva

<p>Figura 9: Síntese Disjuntiva Dos Lugares Geomíticos, Depoimentos E Comunicação.</p>	<p>Figura 10: O Sistema</p>
	

Fonte: Instrumento metodológico da dissertação, cenário da pesquisa, Rio de Janeiro, 2012.

O SISTEMA/O NEUTRO

Aqui, saúde não é possível!
Houve um erro em algum lugar,
Um caminho sem volta,
Um trilho descarrilado

Tem cadeado e grades fechadas,
Lugar para infelizes.
Como é difícil o fundo do poço!
O fundo da vida humana
Pessoas não querem ver.

Infelizmente, dentro do sistema,
A prisão é um caminho duro.
É um passo para o inferno,
E todos nós concordamos.

O que dificulta nosso trabalho,
Faz parte do sistema.
Temos que ter atenção,
Olho vivo, faro fino.

A comunicação precisa de atenção
Limitada e diferenciada,
Atenta a todos os sentidos
Não caí em armadilhas.

Não sei tocar aqui dentro,
Falta um pouco do coração.
Confusas, presos aqui dentro,
Todos somos humanos carentes de atenção

Olhar sempre ao redor,
Ouvir rápido com atenção,

Usar as mãos com precaução
E fechar a boca na comunicação
Gerar segurança sem lesão.

O que foi sentido pelos copesquisadores foi claramente demonstrado na junção acima. Ela nos traz claramente a grande dificuldade de cuidar dentro de unidade penitenciária. Esse cuidado, como nos foi dito, é sempre acompanhando de grades, cadeados, agentes, entres outros, mas lembra também o quanto é necessário todo esse aparato dentro de uma unidade prisional.

A equipe, apesar de encontrar-se fisicamente na unidade, apresenta-se afastada pela distância entre dois universos populacionais - “o universo do preso” e “o universo da equipe”, e isso é representado claramente nas dinâmicas.

Eles entendem que existe um nó nos cuidado. Algo deu errado. Acredito que as dificuldades que se encontram nesse ambiente acabam impedindo uma dedicação maior dessa equipe com a clientela. O que demonstra por vezes alguns sentimentos de frustração com os cuidados prestados. Coelho (2000) destaca essa separação dos universos e as dificuldades de se lidar dentro do sistema penitenciário. A equipe define a prisão como um caminho duro ao fundo do poço. Por semelhança acabam imaginando que os cuidados prestados nessas localizações se equiparariam ao fundo do poço e a dureza dos caminhos. Dessa forma, seria um cuidado mais difícil, com um cérebro e um olhar e uma audição mais atenta.

O cuidado realizado é o mínimo necessário e acaba dividindo a equipe em duas: uma equipe que está dentro da unidade e tem uma postura difícil perante o apenado e outra fora da unidade com outra postura, mais adequada. Na maioria das vezes eles ignoram os seus sentimentos, os seus desejos, as suas vontades. Os pensamentos parecem confusos, alguns sentidos se exacerbam e outros sentimentos são diminuídos. Para Silva (2007, p.127), o que acontece é produzido necessariamente em conformidade com a essência de Deus, da substância, e as paixões humanas, mesmo as mais prejudiciais ao próprio homem (como o ódio), ou aquelas consideradas pecaminosas (como a luxúria) não escapam ao encadeamento de efeitos necessários que constituem o mundo. Além disso, não se pode recorrer ao expediente de dividir a natureza humana, supondo uma parte perfeita e outra fonte de imperfeição e perturbações.

5- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo dissertou sobre a comunicação da equipe de enfermagem durante os cuidados prestados por ela à clientela em um hospital penitenciário do Estado do Rio de Janeiro. Nele identificamos a comunicação, a ética e, por vezes, as relações de poder dentro da unidade hospitalar penitenciária no período compreendido entre dezembro de 2011 a julho de 2012 e conseguimos codificar e compreender a comunicação da equipe de enfermagem, durante as situações vivenciadas dentro de uma unidade prisional.

A comunicação tem contexto, portanto os estabelecimentos em pauta preconizam às ações que devem ser precisas e cautelosas, visto que apresenta particularidades e estrutura definidora de comportamentos, junto aos indivíduos atendidos no sistema e a outras questões relacionadas a prevenção de problemas e/ou violência.

A sociedade valoriza pouco ou quase nada as pessoas que desempenham as suas atividades dentro do sistema penitenciário. Contudo, somos os responsáveis pela concepção e execução do cuidado das pessoas dentro da estrutura administrativa a qual estamos subordinados. Para melhor divisão das responsabilidades o mesmo é compartilhado com outros profissionais de diferentes áreas, que não a do universo da saúde.

Os objetivos foram alcançados plenamente. A proposta inicial era a identificação das expressões verbais e não verbais dos profissionais de enfermagem emergentes do cuidado ao apenado. Nas condições do sistema penitenciário durante interação nos cuidados prestados pela equipe de enfermagem ao apenado os dados subsidiaram o reconhecimento das formas de comunicação e como essas influenciam no relacionamento durante os procedimentos.

Nos vários momentos da produção dos dados houve ratificação pelos sujeitos de que a equipe de enfermagem mantém-se neutra dentro de um sistema controlador e fechado com regras direcionadas e próprias. As *poieses* nos revelaram uma realidade pouco conhecida pela categoria profissional fora do sistema. Para reflexão ficam alguns questionamentos: será que o sistema é realmente neutro? Ou a equipe vive essa realidade tentando manter-se neutra, dentro de um local tão diferenciado de outras unidades hospitalares da rede de saúde?

As pessoas que vivem e trabalham dentro de uma unidade hospitalar do sistema prisional são afetadas pela estrutura existente, elas se moldam a unidade e ao que encontram dentro das penitenciárias e, por vezes, podem sofrer nesse contexto prisional.

Mergulhamos no universo dos co-pesquisadores para que os dados emergissem com naturalidade através de alguns dispositivos da metodologia sociopoética. Esses dispositivos permitiram a libertação do imaginário da equipe de forma clara e leve e fizeram com que o

grupo revisitasse os diversos sentimentos, sensações e afetos experimentados em sua vivência profissional. A pesquisa abriu um espaço dialógico com a equipe que se encontra em unidade fechada e assegurou um canal de comunicação importante. Descortinou o cotidiano do cenário, da prática exclusivamente com enfoque na comunicação refletida diretamente nos cuidados prestados aos apenados.

Em relevo encontramos a supremacia do poder do agente penitenciário sobre a realização do cuidado, uma vez que é ele quem determina tudo o que vai acontecer dentro daquele espaço. Essa importância fica demarcada desde a entrada do apenado na unidade hospitalar, momento através do qual foi possível visualizar como o poder é exercido entre a área da saúde e da segurança. Visualizamos também o quanto a vida dos profissionais que trabalham no sistema penitenciário é afetada, interferindo nas suas relações sociais e no cuidado tão diferenciado, com a imposição de padrões próprios de comportamento e sociabilidade.

As situações de aprisionamento foram identificadas somente na dimensão ocupacional. Temos presente o medo da violência, sensação de insegurança e o preconceito oriundo do estigma de se trabalhar em uma prisão. O profissional sofre com a total influência desse ambiente que reflete diretamente na sua forma de comunicar. Identificamos nas falas que, por vezes, as atitudes desses profissionais se misturam e ficam quase que impossível de se diferenciar das atitudes e da forma de comunicação do agente penitenciário. Tal comportamento pode ser indicativo e demonstração do medo de envolvimento, bem como uma lucidez para atender a total necessidade dessa equipe de manter um distanciamento desse apenado.

A produção ocorreu em seis momentos distintos. No primeiro, através do roteiro de observação não participante, identificamos os sinais verbais e não-verbais da equipe durante os cuidados prestados e após a pesquisadora procedeu à organização dos dados produzidos. No segundo momento, a produção foi estimulada pelas figuras geométricas, ocasião na qual surgiram vários aspectos das relações estudadas e foi evidenciado o lugar de cuidado da equipe de enfermagem. No estudo surreal apontamos a dimensão do imaginário dos co-pesquisadores, os desafios encontrados pela equipe durante a comunicação e os dispositivos de controle no cuidado. Identificamos nos depoimentos o quanto as grades e as algemas influenciam na comunicação. No terceiro momento a reclusão da pesquisadora permitiu a leitura e releitura do material produzido nas diferentes etapas. No quarto momento foram utilizados os sentidos sociocomunicantes do corpo adaptados e compreendemos como a percepção da comunicação é descrita pelos sentidos da equipe de enfermagem.

No olfato encontramos aspectos muito diferenciados dessa relação pela percepção olfativa do uso de drogas ilícitas pelos apenados dentro das unidades prisionais. Já através do tato encontramos a presença exclusiva do toque instrumental e, por vezes, a ausência do desejo de tocar durante o cuidado. Vale ressaltar que o distanciamento nesse contato não deve ultrapassar o limite do mínimo essencial e serve para resguardá-los de qualquer manifestação susceptível de envolvimento social, pessoal ou íntimo com o apenado.

A comunicação mostrou-se diferenciada, pautada por momentos únicos dentro da unidade hospitalar no sistema prisional. O espaço dialógico com a equipe deu a oportunidade de falar livremente sobre suas inquietações, sofrimentos, medos e anseios. Dar voz a esta equipe foi determinante para uma parceria levando-a a expressar muitos detalhes acerca da prática assistencial até então não compartilhados no coletivo.

A comunicação utilizada e vivenciada por essa equipe durante a pesquisa permitiu a liberação de idéias relacionadas aos dispositivos que controlam o cuidado, os sentimentos e as sensações experimentadas durante os cuidados. Os sentidos do corpo se expressaram como forte aliado para a libertação desse imaginário e enriquecimento dessa pesquisa, resultando em desabafo e gerando alívio emocional da equipe em ambiente de tensão.

Os depoimentos apontam a grande dificuldade de se manter uma comunicação efetiva nesse cenário de atuação, como ocorre na rede hospitalar geral, visto que as características do cenário em questão são únicas e devem ser consideradas sempre em seus aspectos particulares e sua totalidade.

O estudo nos mostrou um universo com nuances da comunicação até então desconhecidos para a maioria dos profissionais. Os resultados ultrapassaram limites e revelaram que a comunicação no cuidado reflete as emoções e os sentimentos vivenciados pela equipe, acompanhando-a em toda intervenção na unidade prisional. Essa reflexão foi fundamental para compreender que ainda que a comunicação seja diferenciada, o cuidado deve assegurar a manutenção da vida e da saúde do apenado, pois esse é um direito mesmo estando ele preso.

Durante o estudo, os meus próprios sentidos e emoções foram aguçados. A identificação com a produção do grupo de pesquisa englobou tanto as mensagens verbais e não verbais compartilhadas por eles, como as diversas expressões que refletiam as tentativas de distanciamento em relação ao apenado, passando pelas angústias dos profissionais. As condições e o clima dentro das unidades prisionais justificam a ausência de toque afetivo em virtude do processo doloroso e tenso que vive essa equipe ao desenvolver seu trabalho.

A combinação destes sentidos aguçados no corpo fez com que emergissem unidades temáticas nunca antes compartilhadas no coletivo. Contudo, foi identificado que, apesar de todas as pressões e angústias dessa equipe, prevalecem o sentido de responsabilidade no cuidado com o próximo e as responsabilidades legais e profissionais. Todos os cuidados são prestados aos apenados, não só com uma comunicação própria e possível dentro do sistema, mas com valor à vida como bem supremo.

Essa pesquisa me proporcionou a oportunidade de conhecer e aprofundar cada expressão facial e gestos da equipe de forma completa, respeitando as singularidades e os limites pessoais do grupo investigado. Foi pioneira no cenário do estudo pela investigação não verbal através dos sentidos sociocomunicantes do corpo adaptado e predominante nos estudos do grupo de pesquisa Comunicação em Enfermagem Hospitalar – Cliente de Alta Complexidade (CEHCAC), sob liderança de minha orientadora, na Escola de Enfermagem Anna Nery e registrado no diretório dos grupos de pesquisa do Comitê Nacional de Pesquisa (CNPq).

A equipe mostrou-se sempre motivada e integrada durante todo o transcurso da pesquisa, principalmente debruçando sobre os próprios dados por ela produzidos. O objeto de estudo atravessou e venceu as barreiras impostas pelo medo do desconhecido, superando o poder simbólico e os efeitos imaginários das armas, das algemas e dos guardas/agentes que dominam o ambiente.

Pesquisas sobre a semiologia da expressão não-verbal através dos sentidos sociocomunicantes do corpo e as figuras geométricas foram fundamentais nessa produção de conhecimento. O processo de relação entre pessoas dentro do ambiente gera significados no próprio contexto pessoal e profissional, desvelando os fatores que influenciam e tipificam a comunicação.

Através desse estudo evidenciamos a necessidade de (in)formação sobre cuidado de enfermagem nas unidades hospitalares dos sistemas prisionais nos cursos de graduação e pós graduação da área, visto que tanto os cuidados como a comunicação são muito diferenciados dentro desse contexto. E, também pelo valor da comunicação não verbal que fala por si só; como força de transmitir mensagens, ela se comunica com a informação que queremos transmitir ou que tentamos esconder.

Sobre os obstáculos superados posso afirmar que não foram fáceis, mas que valeu cada diálogo estabelecido com os profissionais envolvidos. Essa investida multiplicou a força e a determinação para prosseguir nessa jornada, visto que a aprendizagem foi bilateral, intensificando também a interação profissional.

Toda essa caminhada na pesquisa só foi possível pelo acolhimento, pensamento crítico e parceria contínua dos membros do grupo de pesquisa CEHCAC, ao qual pertença.

A pesquisa reforçou a necessidade institucional de composição de um grupo para efetivação do diálogo multiprofissional, objetivando traçar de forma multirreferenciada e pautado no valor dos saberes plurais o planejamento e as decisões dentro deste cenário tão diferenciado. Indiscutivelmente, para o campo da enfermagem, ampliamos a relação dos estudos que trata desse universo ainda desconhecido por grande parte da profissão e da sociedade.

6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADORNO, Sergio. Sistema Penitenciário no Brasil: Problemas e Desafios. Revista USP, São Paulo, n.9, p. 65-78, mar./abr./ maio,1991b.

ARAÚJO, STC. Os sentidos corporais dos estudantes no aprendizado da comunicação não-verbal do cliente na recepção pré-operatória: uma semiologia da expressão através da sociopoética [tese]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2000.

ACKERMAN, Diane. Uma História Natural dos Sentidos. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1992.

BÁRTOLO, José. Corpo e sentido Estudos Intersemiótico. Covilhã: Livros Labcom, 2007. Disponível em < <http://www.labcom.ubi.pt/livroslabcom/>>. Acessado em 23 de setembro de 2012 às 15 30 min.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil.

BRASIL. Legislação da Saúde no Sistema Penitenciário, Brasília, 2010. Disponível em: < <http://www.saude.gov.br/bvs>>. Acesso em: 20 de março de 2011, 17h25min.

BRASIL. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, Brasília, 2004. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_pnssp.pdf>. Acesso em 20 de março de 2011, 18h00min.

BRAGA, Eliana Mara; SILVA, Maria Júlia Paes da. Comunicação competente: visão de enfermeiros especialistas em comunicação. Acta paul. enferm., São Paulo, v. 20, n. 4, Dec. 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002007000400004&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Apr. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002007000400004>.

BRAGA, Janayna Poiato; Dyniewicz, Ana Maria; Campos, Ozana de. Tendências No Relacionamento Humano Na Área Da Saúde. Cogitare Enferm, Paraná v. 13, n 2, Jan/Mar 2008 Available from < <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/download/.../8577> > access on 05 Apr. 2012.

BOFF, Leonardo. Saber Cuidar Ética do Humano- Compaixão pela Terra. Petrópolis: Vozes, 2002.

----- . Ética e Moral a busca dos fundamentos. Petrópolis: Vozes, 2010.

CAVALCANTE, Lousana Bioni. Aplicabilidade da Teoria de Adaptação de Roy no Cuidado de Enfermagem-Revisão sistemática. Rio de Janeiro: Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

CHIZZOTI, A. Pesquisa em Ciências humanas e Sociais. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2003.

COELHO, Edmundo Campos. A oficina do Diabo. Rio de Janeiro: Record, 2005.

COHEN, David. A linguagem do corpo: o que você precisa saber. Petrópolis: Vozes, 2010.

CHRISTOFF, Margareth Uarth. Saúde e Cárcere: Micro-unidades Penitenciárias de Atendimento Hospitalar, no Rio Grande do Sul. Tese (Doutorado em Sociologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Port Alegre, 2007.

DIUANA, Vilma et al . Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, Aug. 2008. available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000800017&lng=en&nrm=iso>. access on 23Mar.2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000800017>.

DUQUE, C.S. ARAÚJO, S.T.C. A percepção visual do cliente frente à disfunção erétil: uma contribuição da sociopoética para o cuidado de enfermagem no perioperatório. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 2005.

FERREIRA, Márcia de Assunção. A comunicação no cuidado: uma questão fundamental na enfermagem. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 59, n. 3, June 2006. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00341672006000300014&lng=en&nrm=iso>. access on 21 Sept. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000300014>.

FIGUEIREDO, Nebia Maria Almeida.; MACHADO, Wiliam César Alves. Corpo e Saúde condutas clínicas de cuidar. Rio de Janeiro: Águia Dourada, 2009.

FILHO, Jorge Abikair.; FABRIZ, Daury César. A Teoria Geral da Prestação do Dever Fundamental sob a Ótica de Lévinas. *Derecho Y Cambio Social*, 2013.

FILIZOLA, Carmem Lúcia Alves; FERREIRA, Noeli Marchioro Liston Andrade. O envolvimento emocional para a equipe de enfermagem: realidade ou mito?. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. spe, May 1997 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01041691997000500002&lng=en&nrm=iso>. access on 20 Apr. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11691997000500002>.

FOUCAULT, Michel. Vigiar e Punir. 29ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Vozes, 2004.

FOUCAULT, Michel. Microfísica do Poder. 23ªed. São Paulo: Ed. Graal, 2012.

FREIXO, M. Prisões crime organizado e exército de esfarrapados. <http://www.pagupsol.org.br> (acessado em 14/Fev/2013).

GAUTHIER, Jacques. A Inclusão, O Cuidar E A Espiritualidade Na Pesquisa: O Aporte Da Sociopoética. Diálogos Possíveis.

GAUTHIER, Jacques. Sociopoética: Encontro Entre Arte, Ciência E Democracia Na Pesquisa Em Ciências Humanas E Sociais Enfermagem E Educação. Rio De Janeiro: Escola De Enfermagem Anna Nery/ UFRJ, 1999.

GAUTHIER, Jacques. A questão da metáfora, da referência e do sentido em pesquisas qualitativas: o aporte da sociopoética. Revista Brasileira de Educação, 2004.

GOFFMAN, Erving. Manicômios Prisões e conventos. São Paulo. Perspectiva, 1961.

GUGLIELMI, Anna. A linguagem secreta do corpo: A comunicação não verbal. Petrópolis: Ed. Vozes, 2010.

KOEPPE, Giselle Barcellos Oliveira. O cliente e a Fístula Arteriovenosa em Inoperância: As Manifestações não Verbais em Destaque no contexto do cuidado de Enfermagem em Nefrologia. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 2009.

KUIAVA, Evaldo Antonio. A Responsabilidade Como Princípio Ético Em H. Jonas E E. Levinas: Uma Aproximação. Veritas., Porto Alegre, v. 51, n. 2, Junho 2006.

LAKATOS, E.M.; MARCONI. M.A. Metodologia Científica: ciência e conhecimento científico, métodos científicos, teoria, hipóteses e variáveis. 2. Ed. São Paulo: Atlas, 1991.

MAAS, Tânia. O Processo de Transição do Ser Adolescente Hospitalizado com Doença Crônica Sob a Ótica da Enfermagem. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2006.

MARTINI, ONEIDE ALVES. MERLEAU-PONTY: CORPO E LINGUAGEM a fala como modalidade de expressão. Dissertação (Mestrado em Filosofia)- Universidade São Judas Tadeu, Faculdade de Filosofia, São Paulo, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil) Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

PEASE, Barbara.; PEASE, Allan. Desvendando os segredos da linguagem corporal. Rio de Janeiro: GMT Editores, 2005.

PINTO, Tainá; RIVERA, Tania. Colidouescapo: poesia, sonho, condensação e linguagem em Freud. Tempo psicanal., Rio de Janeiro, v. 44, n. 1, jun. 2012 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010148382012000100012&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 21 abr. 2013

RAMOS, Ana Paula; BORTAGARAI, Francine Manara. A Comunicação Não-verbal na área da Saúde. Rev. CEFAC , São Paulo, v 14, n. 1, fevereiro 2012. Disponível a partir do <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S15168462012000100019&lng=en&nrm=iso>. acesso em 10 de abril de 2012. Epub 08 de julho de 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462011005000067>.

SANTOS, Myrian Sepúlveda dos. Lazareto da Ilha Grande: isolamento, aprisionamento e vigilância nas áreas de saúde e política (1884-1942). Hist. cienc. saude-Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, Dec. 2007 Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702007000400005&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Feb. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702007000400005>.

SANTOS, Miryam Sepúlveda. Os Porões da República: A colônia Correccional de Dois Rios entre 1908 e 1930. Rev. Topoi, v. 7, n. 13, jul.-dez. 2006, pp. 445-476. Available from <http://www.revistatopoi.org/numeros_antteriores/topoi13/Topoi%2013_artigo%206.pdf> access on 15 Nov. 2012

SERRA, J. Paulo. Manual de Teoria da Comunicação. 1 ed. Covilhã: Livros Labcom, 2007 Disponível em < <http://www.labcom.ubi.pt/livroslabcom/>> Acesso em 23 de setembro de 2012 às 16:37h.

SILVA, Cíntia Vieira da. Corpo e Pensamento: alianças conceituais entre Deleuze e Espinosa. Tese (Doutorado em Filosofia)- Universidade Estadual de Campinas, Departamento de Filosofia o Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, São Paulo, 2007.

SILVA, Maria Júlia Paes. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 3 ed. São Paulo: Loyola; 2008.

SILVA, Edith Seligmann. Trabalho e Desgaste Mental o direito de ser dono de si mesmo. 1 ed. São Paulo: Cortez; 2011.

SILVEIRA, Lia Carneiro et al. A sociopoética como dispositivo para produção de conhecimento. Interface, v.12, n27, Out 2008.

SISTEMA INTEGRADO DE INFORMAÇÕES PENITENCIÁRIAS – infopen. disponível em <<http://portal.mj.gov.br/data/pages/mjd574e9ceitemid598a21d892e444b5943a0aee5db94226ptbrie.htm>>. aceso em 29 de outubro de 2011, 11:19:15.

SOUZA, Mônica Oliveira da Silva. A prática de Enfermagem no Sistema Penal: Limites e Possibilidades. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Rio de Janeiro, 2006.

SOUZA, Maria de Loudes de; SARTOR, Vicente Volnei de Bona; PRADO, Marta Lenise do. Subsídios para uma Ética da Responsabilidade em Enfermagem. Texto e Contexto em Enfermagem. Santa Catarina, v. 14(1):75-81, Jan-Mar. 2005.

SOUZA, Mônica Oliveira da Silva e; PASSOS, Joanir Pereira. A prática de enfermagem no sistema penal: limites e possibilidades. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, Sept. 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452008000300004&lng=en&nrm=iso>. access on 25 Oct. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452008000300004>.

STEFANELLI, M. C. A comunicação terapêutica. Revista Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 3, n.3., p.103, mai-jun, 1983.

———. Comunicação com Paciente Teoria e Ensino. São Paulo: Robe Editorial, 1993. p.22.

STEFANELLI, M. C. A.; CARVALHO E. C.A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem. 2º Ed .São Paulo: Editora manole, 2012.


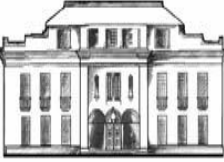
TRIVIÑOS, Augusto N.S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: A pesquisa qualitativa em educação. 1 Ed. São Paulo; Atlas, 1994.

VIEIRA, kassius Otoni; MANTOVANI, Harley Juliano. Merleau-Ponty: Introdução à Estrutura do Comportamento. Ver. da Católica, Uberlândia, v. 2, n. 3, p. 93-100, 2010. Available from <<http://catolicaonline.com.br/revistadacatolica2/artigosv2n3/07-Filosofia.pdf>> Acesso n 30 Sep 2012.

WEIL, P.; TOMPAKOW, R. O corpo fala: a linguagem silenciosa da comunicação não verbal. 67. ed. Petrópolis: vozes, 2010.

7-APÊNDICES

APÊNDICE A – Plano de Divulgação

	Universidade Federal do Rio de Janeiro Centro de Ciências da Saúde Escola de Enfermagem Anna Nery Programa de pós-graduação em Enfermagem			
Ano	2011	2012		2013
Semestre Evento	2º Semestre	1º Semestre	2º Semestre	2º Semestre
Compulsório	- V Seminário Internacional Encontros com os grupos de pesquisa e a produção científica na enfermagem	- Artigos para a revista -Encontros com o grupo de pesquisa	- Artigos para a revista - VI Seminário Internacional	-20º Pesquisando -Enfucuidar - Artigos para a revista
Desejado	- V Seminário Internacional Encontros com os grupos de pesquisa e a produção científica na enfermagem	-19º Pesquisando -Enfucuidar - Artigos para revista - Encontros com o grupo de Pesquisa	- Congresso Brasileiro de Enfermagem - 17º Senpe - VI Seminário Internacional	-20º Pesquisando -Enfucuidar - Artigos para a revista
Ideal	- V Seminário Internacional Encontros com os grupos de pesquisa e a	-19º Pesquisando -Enfucuidar - Artigos para revista	- 4º Seminário Internacional sobre o trabalho na enfermagem - VI Seminário	-20º Pesquisando -Enfucuidar - Artigos para a revista



	produção científica na enfermagem	- Encontros com o grupo de Pesquisa	Internacional	- Congresso Internacional na área da pesquisa - Capítulo de Livro
--	-----------------------------------	-------------------------------------	---------------	--

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DAS MANIFESTAÇÕES VERBAIS (MV) E NÃO-VERBAIS (MNV), DOS APENADOS E DOS PROFISSIONAIS

Momentos	Manifestação verbal		Manifestação não verbal								
	Profissionais	Apenados	Proxemia		Cinésica		Paraverbal		Tacésica		
			Eixo sociofugo	Eixo sociópeto	Expressão facial	Gesto com os Braços, Mão e Dedos	Sinais Paralinguísticos	Tom de voz	Toque Afetivo	Toque Instrumental	
Espera											
Admissão/ Triagem											
Consulta/ Atendimento											
procedimentos											

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde)

	<p>Universidade Federal do Rio de Janeiro Centro de Ciências da Saúde Escola de Enfermagem Anna Nery Programa de pós-graduação em Enfermagem</p>	
---	--	---

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 196/96 – Conselho Nacional de Saúde, Sr (a) foi selecionado (a) e está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada: **Equipe de Enfermagem no sistema prisional: A percepção sociopoetizadora dos cuidados na unidade hospitalar**, que tem como objetivos: - Levantar as condições de interação no cuidado de enfermagem ao apenado; - identificar as expressões verbais e não-verbais dos profissionais de enfermagem sobre cuidado ao apenado e - analisar como as condições do sistema penitenciário influenciam na comunicação da equipe de enfermagem na realização do cuidado.

. Este é um estudo baseado em uma abordagem Qualitativa, utilizando como método a sociopoética. A pesquisa terá duração de dois anos, com o término previsto para julho de 2013. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os dados coletados serão utilizados apenas NESTA pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de dinâmicas. A entrevista será gravada em gravador digital para posterior transcrição – que será guardado por cinco (05) anos e incinerada após esse período.

Sr (a) não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. Não haverá riscos de qualquer natureza relacionada à sua participação. O benefício relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área de enfermagem. Exemplo: (Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Terapia intensiva, Área Obstetra, etc...)

Sr (a) receberá uma cópia deste termo onde consta o celular/e-mail do pesquisador responsável, e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

<p>Prof. Dra. Sílvia Teresa Carvalho de Araújo (EEAN/ UFRJ) Cel: 99777730 e-mail:</p>	<p>Débora Ribeiro Cardoso Graduando: Mestranda EEAN/UFRJ Cel: 7814-7817 e-mail: derocor@hotmail.com</p>
---	---


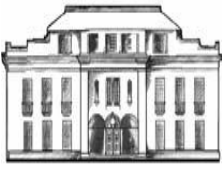
Comitê de Ética em Pesquisa EEAN/HESFA: (21) 2293-8148/ramal 228

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 20__.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Co-pesquisador: _____

APÊNDICE D – Vivência De Lugares Geomíticos

	<p>Universidade Federal do Rio de Janeiro Centro de Ciências da Saúde Escola de Enfermagem Anna Nery Programa de pós-graduação em Enfermagem</p>	
---	--	---

Vivência De Lugares Geomíticos

1 - Caminho



() No caminho, onde não conheço os nós da rota?

2-Galáxia



() Na galáxia, onde posso me transportar para outro mundo?

3 – Rio



[W.natbrasil.org.br/imagens/rio_uruguai.jpg&imgrefurl=http://www.natbrasil.org.br/noticias/noticias_2006/aii_rio_uruuai.html&usq=__9MiM2lyoeboLV2KhS6P6qHIRU=&h=498&w=731&sz=](http://www.natbrasil.org.br/imagens/rio_uruguai.jpg&imgrefurl=http://www.natbrasil.org.br/noticias/noticias_2006/aii_rio_uruuai.html&usq=__9MiM2lyoeboLV2KhS6P6qHIRU=&h=498&w=731&sz=)

No rio, onde deságuo no mar e não posso voltar mais?

4 - Ponte



Na ponte, com a possibilidade de atravessar para o outro lado?

5 - Falha



<http://www.geopar.pt/ene/ptgeol/tectonica/falha1.html>

Na falha, com a possibilidade de novas brechas, de novos sentimentos?

6 - Fenda



<http://www.trekearth.com/gallery/Africa/Angola/SouthHuila/Lubango/photo351978.htm>

() Na fenda, como na outra margem?

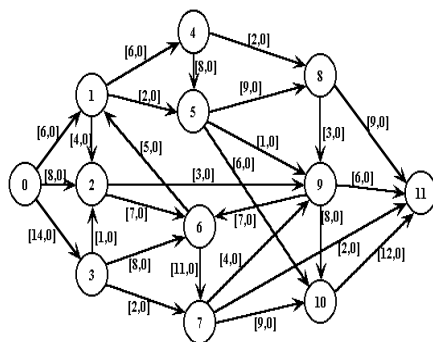
7 - Limiar



http://otacio-my.blogspot.com/2011_04_01_archive.html

() No limiar, com novas buscas e possibilidades?

8 - Fluxo



<http://www.inf.ufsc.br/grafostemas/fluxo/fluxo.html>

() No fluxo, com sentimentos confusos e divergentes e convergentes?

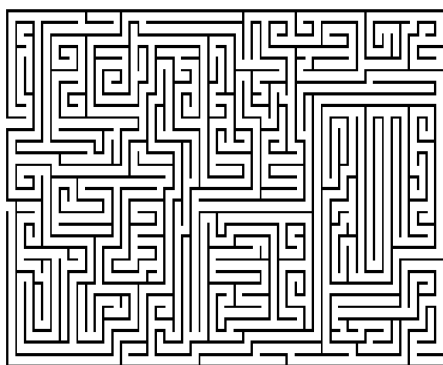
9 - Trilho



<http://comictososalienados.blogspot.com/2008/10/seguindo-o-trilho.html>

() No trilho, como um caminho reto e duro?

10 - Labirinto



<http://absintopuro.blogspot.com/2011/03/labirinto-minado.html>

() Em labirinto, por vezes confuso e difícil de achar uma saída?

11 - Cume



http://www.trilhaseaventuras.com.br/atividades/materia.asp?id_atividade=9&id=136

() Como no cume, com rotas frias e montanhas pontiagudas ?

12 - Arco-íris



() Como ao final do arco-íris, em busca do pote de ouro?

13 - Túnel



() Como no túnel, com toda a sua escuridão, e sua luz ao final?

14 - Gruta



() Como na gruta , que apesar de ser bela posso estar submerso nas suas águas?

15 - Estrada



<http://www.melhorpanelenarede.com/images/estrada-2243.htm>

() Como na estrada, em busca de chegar ao final?



16 - Poço




<http://www.jornalnorte.com/?p=3509>


() Como no poço úmido, escuro e frio?


APÊNDICE E – Formulário De Vivência Dos Sentidos Sócio-Comunicantes Do Corpo.


	<p>Universidade Federal do Rio de Janeiro Centro de Ciências da Saúde Escola de Enfermagem Anna Nery Programa de pós-graduação em Enfermagem</p>	
---	---	---


Formulário De Vivência Dos Sentidos Sócio-Comunicantes Do Corpo.


































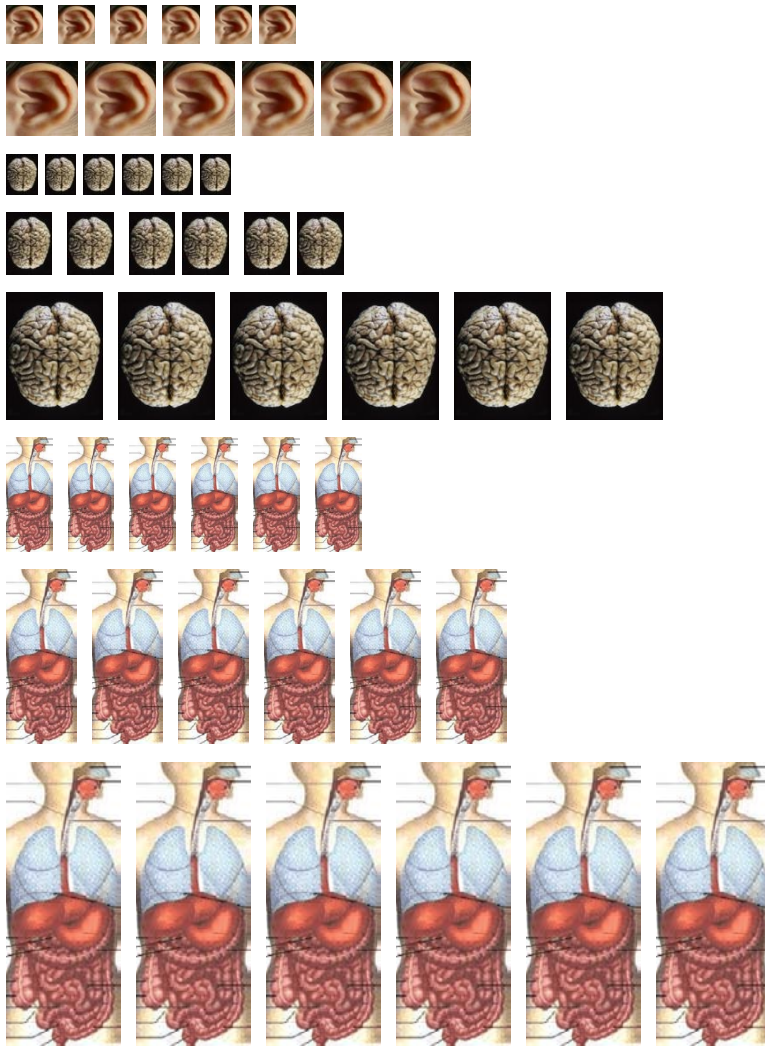



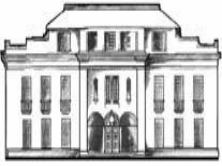




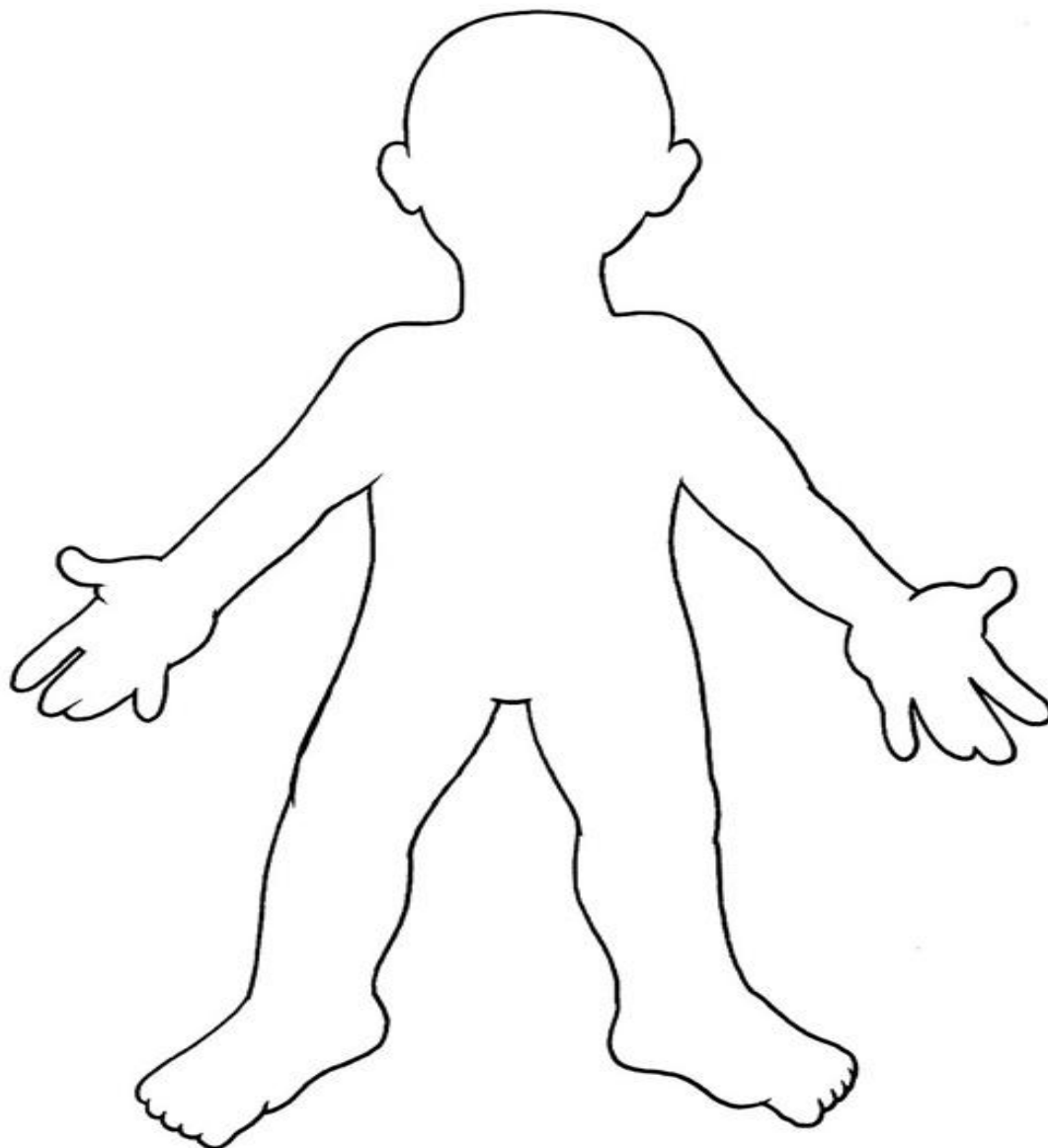








	<p>Universidade Federal do Rio de Janeiro Centro de Ciências da Saúde Escola de Enfermagem Anna Nery Programa de pós-graduação em Enfermagem</p>	
---	--	---

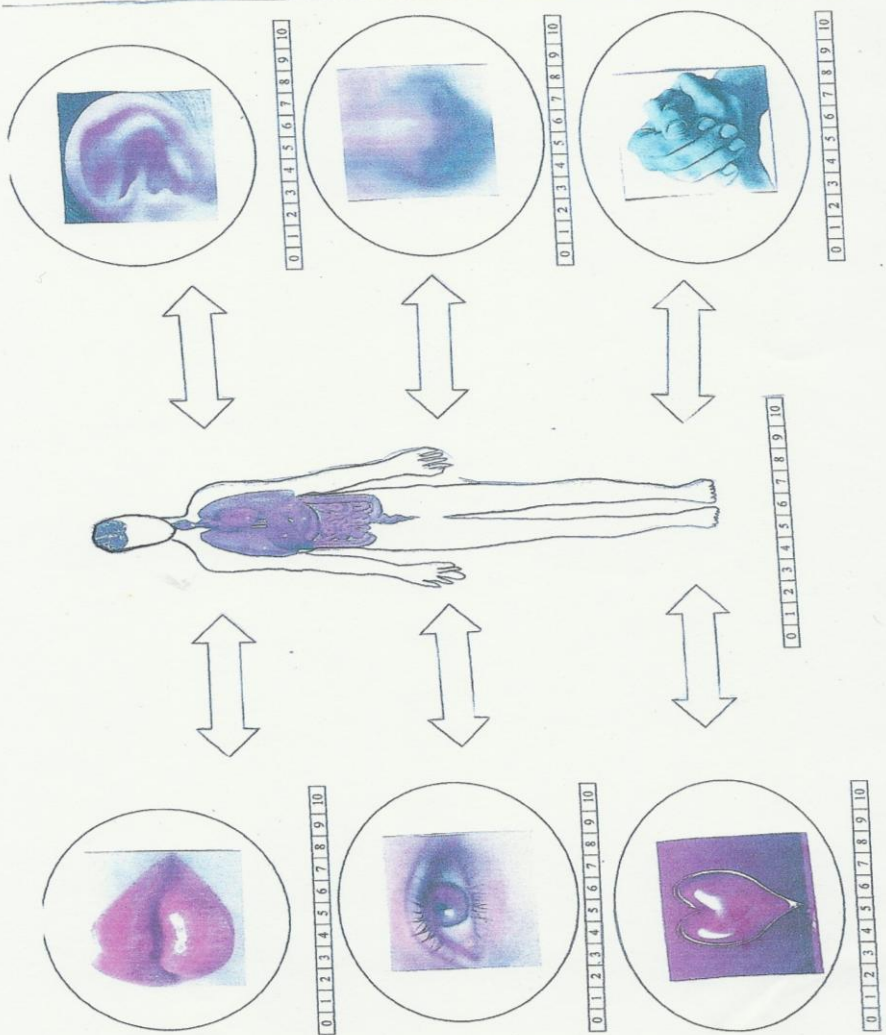
Cole as figuras e /ou aponte com um X, as regiões que representam como você percebe as alterações, sensações e sentimentos no seu corpo, durante os cuidados de enfermagem prestados ao apenado privados de liberdade?



APÊNDICE F – Escala de Avaliação dos Sentidos Corporais- Sentidos Sociocomunicantes Adaptados de Araújo (2000)

	<p>Universidade Federal do Rio de Janeiro Centro de Ciências da Saúde Escola de Enfermagem Anna Nery Programa de pós-graduação em Enfermagem</p>	
---	---	---

Escala de Avaliação dos Sentidos Corporais- Marque com um X no valor que você atribui, as alterações, sensações e sentimentos no seu corpo, durante os cuidados de enfermagem prestado ao apenado.



The diagram shows a human silhouette with six circular callouts, each containing an image and a vertical scale from 0 to 10. The callouts are: Mouth (top left), Eye (middle left), Heart (bottom left), Hand (top right), Ear (middle right), and Nose (bottom right). Double-headed arrows connect each callout to the central silhouette.

APÊNDICE G – Cronograma de Atividades

Cronograma de Atividades						
Maio /2012						
Segunda-Feira	Terça-Feira	Quarta-Feira	Quinta-Feira	Sexta-Feira	Sábado	Domingo
	1	2	3	4	5	6
7	8	09	10	11	12	13
	1º Momento- Equipe A	2º Momento	1º Momento- Equipe C	2º Momento		
14	15	16	17	18	19	20
		1º Momento- Equipe B	2º Momento	1º Momento- Equipe D	2º Momento	
21	22	23	24	25	26	27
			3º Momento- Equipe C	4º Momento		
28	29	30	31			



Junho/2012						
Segunda-Feira	Terça-Feira	Quarta-Feira	Quinta-Feira	Sexta-Feira	Sábado	Domingo
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
	3º Momento -Equipe A	4º Momento		15	16	17
11	12	13	14			
				22	23	24
18	19	20	21			
		3º Momento-Equipe B	4º Momento	28	29	30
25	26	27				

Julho/2012

Segunda-Feira	Terça-Feira	Quarta-Feira	Quinta-Feira	Sexta-Feira	Sábado	Domingo
30	31					1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13 3º Momento - Equipe D	14 4º Momento	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29

Agosto/ 2012						
Segunda-Feira	Terça-Feira	Quarta-Feira	Quinta-Feira	Sexta-Feira	Sábado	Domingo
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
	5 ^o Momento- Equipe A	6 ^o Momento	5 ^o Momento- Equipe C	6 ^o Momento		
13	14	15	16	17	18	19
				5 ^o Momento- Equipe D	6 ^o Momento	
20	21	22	23	24	25	26
		5 ^o Momento- Equipe B	6 ^o Momento			
27	28	29	30	31		

APÊNDICE H – Solicitação De Autorização Para Comissão De Ética e Pesquisa.

	<p>Universidade Federal do Rio de Janeiro Centro de Ciências da Saúde Escola de Enfermagem Anna Nery Programa de pós-graduação em Enfermagem</p>	
---	--	---

Solicitação De Autorização Para Comissão De Ética E Pesquisa.

Rio de Janeiro, de 2011

De: Débora Ribeiro Cardoso

Ao: Conselho de Ética da Escola de Enfermagem Anna Nery.

Assunto: Solicitação de Autorização para Comissão de Ética e Pesquisa.

Solicito o parecer do Conselho de Ética, para autorização da realização de pesquisa intitulada “Equipe de Enfermagem no sistema prisional: A percepção sociopoetizadora dos cuidados na unidade hospitalar”, a qual será desenvolvida com os membros da equipe de enfermagem, de uma Unidade de Pronto Atendimento do sistema penitenciário do Estado do Rio de Janeiro, sob a orientação da Professora Doutora Sílvia Teresa Carvalho de Araújo, para fins de compor uma dissertação, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, na Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Através de uma abordagem qualitativa, realizarei uma observação e duas dinâmicas, as quais trabalham os sentidos corporais da equipe de enfermagem, para descrever as percepções dos sentidos corporais, durante a assistência de enfermagem prestada ao apenado. Conforme o projeto em anexo.

Os dados serão produzidos, na ante-sala do alojamento de enfermagem diariamente com cada equipe, das 17:00 às 19:00 h, para que não ocorra interferência na rotina e todas as etapas serão realizadas mediante o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Acredito que a relevância deste estudo, destaca-se pelo desenvolvimento de um espaço dialógico com a equipe de enfermagem, que atua com uma população excluída socialmente na sua totalidade. A aplicação desta pesquisa permitirá trilhar um canal de comunicação importante, neste cenário antes nunca experimentado pelo grupo. Ao considerar o espaço de cuidado totalmente fechado apresenta junto à equipe participante uma relevância em curto

prazo dentro das unidades de saúde no sistema prisional e em médio prazo através de publicações, que vão permitir como um modelo de cuidado uma circulação fora destas unidades.

A produção de conhecimento é essencial para o contexto de cuidado de enfermagem hospitalar, e a difusão da semiologia da comunicação verbal e não verbal junto a esta categoria profissional, é de fundamental importância.



E faz-se necessário, uma vez que tais apenados podem ser internados em qualquer unidade hospitalar fora da unidade do sistema prisional. É frequente encaminhá-los a outras especialidades fora da unidade prisional.

Atenciosamente,

Débora Ribeiro Cardoso

Mestranda

APÊNDICE I – Solicitação De Autorização Institucional Para Realização Da Pesquisa

	<p style="text-align: center;">Universidade Federal do Rio de Janeiro Centro de Ciências da Saúde Escola de Enfermagem Anna Nery Programa de pós-graduação em Enfermagem</p>	
---	--	---

Solicitação De Autorização Institucional Para Realização Da Pesquisa.

Rio de Janeiro, de 2011

De: Débora Ribeiro Cardoso

Ao: Sr. Diretor da Unidade de Pronto Atendimento Hamilton Agostinho

Assunto: Solicitação de Autorização Institucional para realização da pesquisa.

Solicito autorização para a realização de pesquisa intitulada, “Equipe de Enfermagem no sistema prisional: A percepção sociopoetizadora dos cuidados na unidade hospitalar”, cujo projeto segue em anexo, a ser desenvolvida com os componentes da equipe de enfermagem que entram em contato direto na assistência de enfermagem ao apenado, da unidade de pronto atendimento Rosângela Nunes, sob a orientação da Professora Doutora Sílvia Teresa Carvalho de Araújo, para fins de compor uma dissertação, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, na Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Através de uma abordagem qualitativa, realizarei uma observação e duas dinâmicas, as quais trabalham os sentidos corporais da equipe de enfermagem, para descrever as percepções dos sentidos corporais, durante a assistência de enfermagem prestada ao apenado. Conforme o projeto em anexo.

Destaco a garantia do anonimato dos participantes e da instituição, sendo os dados produzidos, utilizados somente para subsidiar a análise da referida pesquisa, artigos e eventos científicos resultantes desta.

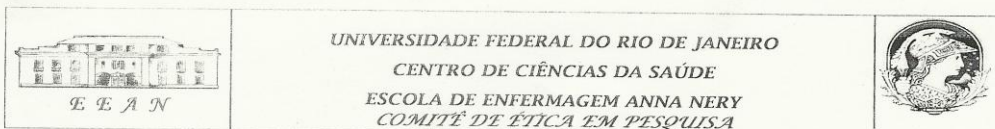
Atenciosamente,

Débora Ribeiro Cardoso

Enf. Coren-Rj 81114.

Ano	2011						2012						2013												
	2º semestre						1º semestre						2º semestre						1º semestre						
	8	9	10	11	12		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	
Mês																									
Atividades																									
Elaboração do relatório final														X	X	X	X	X							
Revisão da dissertação																		X	X	X					
Defesa da dissertação																									
Participação em eventos			X									X	X			X								X	
Elaboração de artigos												X	X	X	X									X	
Envio de artigos para publicação										X			X	X										X	
Capítulo de Livro																								X	

APÊNDICE K – Aprovação no Comitê de Ética



Protocolo nº 099/2011

Título do Projeto: EQUIPE DE ENFERMAGEM NO SISTEMA PRISIONAL: A PERCEPÇÃO SOCIOPOETIZADORA DOS CUIDADOS NA UNIDADE HOSPITALAR.

Pesquisador Responsável: Débora Ribeiro Cardoso

Instituição onde a pesquisa será realizada: SEAP

Data de Entrega do Protocolo ao CEP: 05/12/2011

SITUAÇÃO:

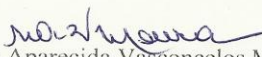
Parecer

O Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA atendendo o previsto na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde **APROVOU** o referido projeto na reunião ocorrida em 13 de dezembro de 2011.

Caso a pesquisadora altere a pesquisa é necessário que o projeto retorne ao CEP para uma futura avaliação e emissão de novo parecer.

Lembramos que a pesquisadora deverá encaminhar o relatório da pesquisa daqui a 01 (hum) ano e/ou ao término da mesma, com um CD, indicando o número do protocolo atual, como um compromisso junto a esta Instituição e o CONEP.

Rio de Janeiro, 13 de dezembro de 2011.


 Maria Aparecida Vasconcelos Moura
 Coordenadora do Comitê de Ética EEAN/HESFA/UFRJ

APÊNDICE L – Orçamento da Pesquisa

Ano Semestre	2011		2012		2013		Total
	Atividades						
Transporte	800,00	1.200,00	1.200,00	600,00	3.800,00		
Alimentação	320,00	480,00	480,00	480,00	1.760,00		
Material para as dinâmicas (Canetas/papel/Canetinhas/Lápis de cera)	-	50,00	-	-	50,00		
Coffee break para as dinâmicas	-	1.050,00	-	-	1.050,00		
Internet	480,00	720,00	720,00	720,00	2.640,00		
Papel (resma)	110,00	55,00	110,00	165,00	440,00		
Caneta/cadernos	60,00	50,00	50,00	50,00	210,00		
Cartucho colorido	300,00	180,00	300,00	420,00	1.200,00		
Cartucho preto	400,00	250,00	500,00	500,00	1.650,00		
Xérox e artigos	100,00	100,00	100,00	100,00	400,00		
Encadernação	200,00	-	300,00	500,00	1.000,00		
Livros	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	4.000,00		
Revisão gramatical	300,00	-	450,00	600,00	1.350,00		
Inscrição em eventos	-	500,00	600,00	800,00	1.900,00		
Ploters/Banners	22,00	80,00	240,00	320,00	662,00		
Transporte para eventos	-	-	1.000,00	2.000,00	3.000,00		
Estadia para eventos	-	-	2.000,00	4.000,00	6.000,00		
Assinatura de revistas	-	300,00	-	450,00	750,00		
Coffee Break para disciplinas	350,00	350,00	-	-	700,00		
Coffee Break para					1.350,00		

defesa do projeto /qualificação/defesa da dissertação	450,00	-	450,00	450,00	
Total	4.892,00	6.365,00	9.500,00	13.155,00	33.912,00

ANEXO

Anexo A - Infopen-Situação Da População Do Sistema Prisional Por Estado

UF		Fechado		Semi-Aberto		Aberto		Med. Seg. - Internação		Med. Seg. -		Provisório		F1		Vagas - Sistema		F2		Presos da SSP		Vagas - Policia	
		Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
Referência:12/2010																							
AC	1451	95	723	43	1	93	1	2	0	2	0	1249	106	3765	139	1391	0	0	0	0	0	0	0
AL	730	26	644	14	10	375	10	34	2	0	1176	83	3094	81	1761	-	-	-	-	-	-	-	-
AM	924	69	466	76	72	250	72	28	2	0	2378	185	4451	253	1943	945	38	500	0	0	0	0	0
AP	421	25	434	7	0	24	0	0	0	41	0	760	110	1822	94	992	-	-	-	-	-	-	-
BA	2501	121	1929	86	3	149	3	51	4	0	3764	279	8887	329	1894	7912	836	3856	250	-	-	-	-
CE	3332	100	2483	117	25	1572	25	47	0	99	0	6448	478	15201	499	4996	-	-	-	-	-	-	-
DF	3712	1112	2019	139	1	0	0	80	2	0	1669	190	8924	363	2442	52	0	100	0	0	0	0	0
ES	4092	230	1501	96	0	0	0	34	5	0	3273	523	9754	475	2117	1033	16	510	0	0	0	0	0
GO	3729	175	1890	106	747	41	11	11	1	0	3950	346	10996	6141	593	4262	845	0	0	0	0	0	0
MA	1184	59	760	19	32	0	0	0	0	1	1627	126	3808	2478	258	1072	1651	58	388	0	0	0	0
MG	11383	474	4144	236	520	49	138	21	0	18688	1662	37315	1721	11414	8519	459	5004	0	0	0	0	0	0
MS	4290	269	1014	165	764	134	34	34	0	0	2513	340	9524	5149	3667	1259	116	0	0	0	0	0	0
MT	4182	295	1395	452	98	4	27	0	0	0	4488	504	11445	5456	5685	0	0	0	0	0	0	0	0
PA	3676	166	170	2	16	0	82	2	0	0	3887	404	8405	5797	2030	1275	0	0	0	0	0	0	0
PB	2569	178	1288	73	424	33	93	0	0	3219	175	8052	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PE	4477	475	3071	271	1295	128	430	38	2	1	13060	677	23925	9620	13790	0	0	0	0	0	0	0	0
PI	335	17	285	9	94	4	11	0	11	1	1879	68	2714	1953	609	-	-	-	-	-	-	-	-
PR	7429	321	2826	141	5118	398	386	24	0	0	3013	104	19760	13928	5311	14570	1635	5234	853	-	-	-	-
RJ	10264	557	5766	219	580	67	146	7	0	0	7180	728	25514	22397	1495	-	-	-	-	-	-	-	-
RN	1365	86	875	72	242	61	42	0	11	0	1456	95	4305	3146	1229	1653	165	60	0	0	0	0	0
RO	3328	238	1325	136	497	31	28	1	0	0	1721	121	7426	3491	3753	-	-	-	-	-	-	-	-
RR	261	32	347	37	233	19	0	0	0	0	695	71	1695	894	729	-	-	-	-	-	-	-	-
RS	12714	875	6638	390	2483	108	298	27	153	28	7012	657	31383	20172	10306	0	0	0	0	0	0	0	0
SC	5290	409	2605	242	1809	132	139	0	2	5	3526	382	14541	7298	6792	0	0	0	0	0	0	0	0
SE	563	0	384	0	0	0	0	0	0	64	1	2290	135	3437	2068	0	0	0	0	0	0	0	0
SP	81533	5423	19462	1331	0	0	989	114	141	315	53080	1308	163676	92501	6494	3982	3258	0	0	0	0	0	0
TO	675	40	310	16	10	0	10	0	0	0	779	46	1886	1644	242	231	38	-	-	-	-	-	-
Total	176910	11867	64754	4495	17426	1320	3120	250	527	353	154780	9903	445705	263847	17673	43927	6619	15652	1103	0	0	0	0

Quadro Geral