

A impossível governança da saúde em prisão? Reflexões a partir da MACA (Costa do Marfim)

L'impossible gouvernement de la santé en prison?
Réflexions à partir de la MACA (Côte d'Ivoire)

Frédéric Le Marcis¹

Résumé *Qui gouverne la santé en prison ? Comment ? Nous proposons de répondre à ces questions à partir d'une enquête ethnographique au long cours menée à la MACA, la Maison d'Arrêt et de Correction d'Abidjan (Côte d'Ivoire). L'analyse du gouvernement de la santé en pratiques ne peut faire l'économie ni d'une contextualisation historique de la prison dans la société ivoirienne, ni d'une analyse de la légitimité actuelle de la prison et des détenus comme objets de politiques spécifiques en Côte d'Ivoire. C'est au regard de ce double contexte qu'il faut analyser le double gouvernement de la prison qui régit la vie à la MACA et sous-tend les valeurs attribuées à la santé dans cet espace. Une étude de cas portant sur le remplacement d'un détenu faisant fonction de chef de bâtiment de l'infirmierie permettra d'illustrer en quoi la reconnaissance de cette forme de vie singulière est une condition nécessaire à une intervention efficace dans le domaine de la santé en prison.*
Mots clés MACA, Gouvernement, Santé, Prison, Côte d'Ivoire

Resumo *Quem governa a saúde nas prisões? Propomos responder a esta questão a partir de um inquérito etnográfico de longa duração realizado na MACA, a Maison d'Arrêt et de Correction d'Abidjan (Costa do Marfim). A análise da governança da saúde, na prática, não pode ser feita sem uma contextualização histórica da prisão na sociedade da Costa do Marfim, nem de uma análise da legitimidade atual da prisão e dos presos como objetos de políticas específicas nesse país. É à luz desse duplo contexto que deve ser analisada a dupla governança da prisão que rege a vida na MACA e sustenta os valores atribuídos à saúde nesse espaço. Um estudo de caso sobre a substituição de um detento que exercia a função de chefe do prédio da enfermagem (chef de bâtiment de l'infirmierie) permitirá ilustrar como o reconhecimento desta forma de vida singular é uma condição necessária para uma intervenção eficaz no campo da saúde na prisão.*

Palavras-chave MACA, Governança, Saúde, Prisão, Costa do Marfim

¹ École Normale Supérieure de Lyon. 15 parvis René-Descartes BP 7000. 69342 Lyon France. frederic.lemarcis@ens-lyon.fr

Introdução

A promoção da saúde na prisão repousa sobre um paradoxo original: o universo carcerário enquanto lugar de privação de liberdade está em contradição com o próprio princípio de educação em saúde: o da autonomia do paciente. Uma vez encarcerado, o corpo do indivíduo fica entregue a uma autoridade que sobre ele exerce sua soberania. Privado de liberdade, o indivíduo vê sua capacidade de tomar decisões e de agir igualmente limitada, ou, pelo menos, esta capacidade se exerce sob coerção. Além deste primeiro paradoxo, outros desafios estão subjacentes na governança da saúde no meio carcerário: estes desafios resultam da dimensão macro das políticas que enquadram a saúde na prisão e no “status” geral desta última, bem como dos detentos e, de maneira mais ampla, de sua legitimidade respectiva no espaço público, como alvos de políticas específicas que competem ao Estado de providência (educação, encargos sanitários, por exemplo). Além do mais, em países com recursos limitados, abordar as políticas sanitárias e sociais em meio carcerário significa alimentar a concorrência das causas num espaço público altamente desfavorável à prisão. Neste contexto, quais são os motores da ação, enquanto as lógicas de governo da saúde, no espaço carcerário em países do Sul.

A partir de uma pesquisa de longo prazo realizada na Casa de Detenção e de Correção de Abidjan (MACA), uma prisão construída na década de 1980 para 1500 detentos e que abriga atualmente cerca de 5000, proponho mostrar como estes desafios influem concretamente sobre a assistência em saúde, tendo como objetivo alimentar uma reflexão mais geral sobre as implicações da governança em saúde na prisão. Após uma discussão preliminar sobre a questão da legitimidade da população carcerária como alvo de políticas de saúde num contexto com recursos sanitários limitados, mostraremos que, para os financiadores que apoiam um comprometimento mais concreto do Estado no que se refere à saúde, a tarefa é difícil em países onde, se por um lado as condições de detenção são problemáticas, por outro, o número de detentos é relativamente baixo. Mostraremos em seguida que a saúde na prisão passa pelo reconhecimento de uma multiplicidade de poderes que regem esse estabelecimento. Um estudo de caso versando sobre a análise da negociação referente à substituição de um detento que exercia a função de chefe do pavilhão da enfermaria (CB) constituirá a base empírica da discussão.

Metodologia

A reflexão desenvolvida neste texto se baseia em uma pesquisa de campo de longo prazo realizada no âmbito de um programa implantado por France Expertise (ex-Esther) desde 2012. Durante três trabalhos de campo executados por 10 a 15 dias no seio da MACA, foram realizadas entrevistas formais e informais não gravadas, assim como observações, ora nas celas dos detentos, ora no pátio, ora numa sala da enfermaria da prisão. Esta pesquisa inscreve-se no programa TB e VIH apoiado na MACA pela Expertise France. O acesso à prisão, bem como a realização dos inquéritos são muito facilitados por esta colaboração. Esta última consistiu em uma abordagem coletiva baseada em intercâmbios de questionamentos entre pesquisador e atores da saúde antes, durante e depois da pesquisa. O inquérito se baseou numa postura antropológica não normativa e não avaliativa e em uma observação a “longo prazo”. O conjunto permitiu apreender, sem *a priori*, quem, quando, o que e como da saúde em prisão.

Pensar a saúde em prisão

Alison Liebling¹ propôs transpor uma análise da prisão a partir da categoria abstrata de “respeito aos direitos humanos” e sugere olhá-los na medida de sua “performance moral”, isto é, não mais em função de termos abstratos, mas da maneira pela qual, dependendo das prisões, as relações entre detentos e agentes carcerários são percebidas pelos primeiros como baseadas na equidade e no reconhecimento de sua dignidade. Concretamente, isto se traduz em formas específicas de compromisso visando responder a suas demandas e necessidades legítimas. Nesta ótica, o reconhecimento das necessidades de saúde dos detentos pelos agentes carcerários, e mais amplamente pela instituição prisional, se inscreve em práticas que exprimem tal reconhecimento. Alison Liebling destaca o impacto da infraestrutura das prisões sobre a natureza das relações, convidando a prestar conta das variações das experiências da prisão. Mais recentemente, Jefferson et al.² propuseram desenvolver uma abordagem em termos de *prison climate*. Discutindo o que poderia ser a saúde em meio carcerário a partir de sua experiência no sistema penitenciário do Estado de New York, MacDonald et al.³ lembram que: “os objetivos principais da saúde em meio carcerário são a saúde e a segurança do paciente, a saúde da população e os direitos humanos”.

Por “saúde da população” entenda-se aqui a população carcerária e aquela da qual esta última é oriunda. A vigilância sanitária da população carcerária é assim um indicador do nível de saúde da população extramuros, uma população que, como sabemos, encontra-se na maioria das vezes na periferia do Estado, tanto na França^{4,5} quanto na África, onde os detentos de origem estrangeira originários dos bairros populares são super-representados, quer seja na Costa do Marfim ou na Serra Leoa⁶.

MacDonald et al.³ destacam igualmente o problema que coloca a dupla lealdade dos agentes de saúde nas prisões americanas devendo, por um lado, prestar conta a seu paciente e por outro, a seu empregador (a segurança da prisão). Se na França, a lei de 18 de janeiro de 1994 confia a responsabilidade da assistência à saúde na prisão ao Ministério da Saúde, distinguindo assim as funções de vigilância/segurança das de cuidado⁷, na prisão de Abidjan a questão da dupla lealdade dos atores da saúde se coloca de maneira mais intensa, já que os cuidadores podem ser também os próprios detentos. A confidencialidade dos cuidados, já difícil de ser garantida quando os cuidadores são profissionais da saúde, parece, por conseguinte, mais relacionada à utopia, o que os detentos não deixam de destacar.

Entretanto, sejam quais forem os lugares, questões recorrentes colocadas pela saúde em meio prisional são amplamente compartilhadas. Assim, a síntese proposta por Homer Venters⁸ para o sistema da saúde carcerário nova-iorquino é igualmente pertinente para a Costa do Marfim. Este último insiste no problema do financiamento do cuidado, na necessidade de ultrapassar a simples triagem à entrada dos detentos e na tomada de responsabilidade dos problemas de saúde graves. Ele lembra também a necessidade de formação de um grupo de profissionais de saúde dedicado aos serviços de correção (o que não é o caso no Estado de Nova York). Enfim, o autor dá ênfase igualmente ao problema da coordenação do cuidado fora da prisão e nos incita a pensar a assistência fora dela como alternativa à pena.

Em um artigo dedicado à dimensão racializada do reconhecimento e da luta contra as violências sexuais na prisão, Jessi Jackson⁹ faz referência à entrevista que Avery Gordon¹⁰ mantém com Angela Davis a propósito da noção de *Prison industrial complex*. Na entrevista, Angela Davis lembra que o “status” de detento nos Estados-Unidos ocupa o mesmo lugar estrutural que o escravo na plantação: um indivíduo sem

direitos e cuja situação é indissociável à da raça. É perturbador constatar que na Costa de Marfim o “status” do detento também apresenta forte semelhança com o antigo “status” de escravo. Em Abidjan, essas semelhanças se prolongam assim até a morte, visto que os corpos dos detentos mortos em encarceramento raramente são recuperados pelas famílias. Acontecia o mesmo com despojos dos indivíduos condenados, por sua sociedade, à escravidão em resposta a um delito. Os restos mortais não eram recuperados pela família nas sociedades florestais pré-coloniais da Costa do Marfim, como descreve Mémel Foté¹¹.

Desde então, a prisão parece articular política da vida e política da morte, ou *necropolitics* para retomar o termo criado por Achille Mbembé¹² e discutido por Jessi Jackson⁹: “Embora as prisões, por momentos, estiveram ligadas ao projeto biopolítico de disciplinar e controlar os corpos a fim de criar uma cidadania sã e mais produtiva, elas são igualmente sítios de necropolítica, excluindo certos corpos do corpo político de tal modo que promovem ferimentos em massa e morte”. Assim, questionar a saúde na prisão supõe contemplar as práticas quanto à maneira como certa sociedade encara a prisão e os detentos e como estes se tornam objeto de políticas públicas. Por exemplo, Lorna Rhodes¹³, a partir da assistência a desordens comportamentais no sistema carcerário americano, analisa a maneira como lógicas sanitárias e securitárias estão intrincadas na resposta dada aos problemas sanitários. Mas estas duas lógicas dependem igualmente do paradigma político no qual a prisão se inscreve. Se de maneira global a saúde se torna objeto de questões recorrentes, convém, pois, captar as especificidades da mesma em função de contextos históricos e políticos precisos.

A prisão, um eclipse generalizado

Embora nos últimos quatro séculos a prisão venha se tornando uma modalidade crescente de gestão das populações no mundo, poucos trabalhos de ciências sociais versam sobre as prisões¹⁴ e o continente africano não faz exceção a isso¹⁵, salvo a África anglófona, notadamente a África do Sul em razão de sua história singular¹⁶ e da análise conjunta dos espaços de clausura, da prisão aos espaços sob responsabilidade psiquiátrica¹⁷. A obra orientada pela historiadora Florence Bernault constitui uma exceção notável quanto a esta questão¹⁸.

A prisão, uma ocultação antiga, um debate restrito a círculos limitados.

Desde a introdução da prisão no continente africano, ela não foi objeto de atenção por parte das autoridades coloniais, que desde a origem mostram um desinteresse pelo que ocorre e como ocorre neste espaço. Assim, a governança em prisões desde sua origem é confiada aos detentos^{18,19}. O uso dos detentos para seu próprio controle, tal como nos campos penais, aparece de fato como uma solução eficaz ao subfinanciamento crônico da administração penitenciária nas colônias. Embora na Europa a reforma da pena tivesse ocorrido e que o encarceramento tivesse substituído o suplício²⁰, a prisão exportada para as colônias reproduz as prisões do antigo regime com uma função de afastar a população julgada perigosa com base racial e reprodução das sanções corporais²¹. A ocultação da prisão se inscreve assim por longo período e a ausência dos debates públicos sobre os desafios de saúde que lhe são específicos deve ser compreendida neste contexto. A prisão existe de fato no debate público na África em forma de três registros principais. Primeiramente, aparece como encarnação da força do poder. Os nomes das prisões, tais como New Bell na república dos Camarões, Campo Boiro na República de Guiné, Robben Island na África do Sul ou ainda a MACA na Costa de Marfim são ora “nomes-denúncias” para o poder, no sentido em que são erguidos pelos oponentes como símbolo da violência e dos abusos do poder dos governantes, ora “nomes-ameaças” erguidos pelo poder para fazer valer sua autoridade. Nestes discursos, o destino dos detentos políticos é evocado, mas suas condições objetivas de vida não são tema de debates públicos. As prisões testemunham assim a violência do Estado ou de sua força, mas elas próprias não são acusadas. O segundo registro está na literatura, na qual encontramos testemunhos e denúncias contra o poder, tais como condições de vida; mas sua receptividade no público é restrita²². Enfim, a prisão é apresentada nos meios humanitários e sanitários como desafio para a saúde pública. O sistema carcerário abriga populações na maioria das vezes pouco em contato com o sistema de saúde. Estes corpos e espíritos, escapando ao olhar médico devido à sua situação de marginalidade, estão disponíveis na prisão. Logo, assumir os encargos durante o encarceramento é um meio de oferecer cuidados de saúde a uma população que não tem acesso a isso, se responsabilizar por epidemias em meio carcerário é evitar sua difusão junto a esta mes-

ma população²³. Porém, a prisão como desafio da saúde pública permanece confinada às revistas médicas e de saúde pública e na África não é objeto de publicização além desses círculos. A prisão como desafio humanitário é pouco audível, além de aparecer sob muitos aspectos como um desafio “importado” em continente africano.

Uma difícil constituição da prisão como objeto legítimo de políticas sanitárias

A ausência de constituição de um debate público sobre a prisão na África, que trate das questões relativas aos direitos humanos ou mais concretamente das condições sanitárias em meio carcerário, deve ser compreendido sob a ótica da economia da prisão sobre o continente. Se alguns países apresentam taxas elevadas de encarceramento (301 detentos para 100.000 no Brasil; Rússia 445/100.000; Estados-Unidos 698/100.000, França 95/100.000), a maioria dos países africanos (exceção feita à Ruanda e à África e do Sul) apresentam taxas muito inferiores (Burkina Faso 34/100.000; Costa do Marfim 52/100.000). Na Costa de Marfim o número total de detentos eleva-se a um pouco menos de 11.000 pessoas para uma população total de 21.01 milhões de habitantes²⁴. Ao fato de que a prisão atinge poucos indivíduos, acrescenta-se que a origem social dos detentos não favorece a emergência de um debate. Exceto os atores políticos prisioneiros, para quem a estada em prisão é frequentemente uma passagem obrigatória na construção de sua estatura política, a maioria dos detentos é ou de desclassificados sociais oriundos de bairros populares, ou de migrantes submetidos a uma justiça expeditiva e para quem a experiência da prisão remete àquela do desterro e do esquecimento. Esta experiência de prisão como banimento, assim como o “status” da prisão na sociedade marfinense, são expressos no termo utilizado em Baoulé (língua nacional marfinense pertencente ao grupo de línguas Akan faladas majoritariamente ao Sul da Costa do Marfim) para designar a prisão: *Bi soua* (literalmente “a casa das matérias fecais”). Num país com recursos limitados, onde o acesso da maioria da população aos cuidados de saúde de qualidade não é garantido, o político tem aversão a parecer propor aos detentos um suporte específico. Enfim, um último freio à implantação de uma política carcerária visando melhorar as condições de vida e de cuidados dos detentos é a comunidade de experiência e de reivindicação dos detentos e dos

carcereiros. Impossível, no contexto da prisão da Costa do Marfim, distinguir na população carcerária os detentos dos carcereiros. Qualquer ação que se destine aos detentos deve necessariamente se endereçar também aos guardas, quer se trate de uma oferta de rastreamento, de prevenção ou de formação. O que de um ponto de vista absoluto não é desprovido de interesse (agentes carcerários e detentos compartilham características socioeconômicas frequentemente similares, vêm dos mesmos bairros e são expostos aos mesmos riscos), coloca, contudo, um problema do ponto de vista prático. O fato de levar em conta de forma simultânea dois perfis da população carcerária complica as intervenções: se por um lado elas devem ser simultâneas, não podem se dirigir aos dois públicos ao mesmo tempo. Além disso, elas pressupõem recursos mais elevados. Estes dois fatores freiam e até mesmo limitam o desenvolvimento de debates sobre a implantação de programas que pedem que sejam adotadas medidas de responsabilidade pela saúde dos detentos.

Embora a prisão seja cercada por altos muros, ela se encontra bem inscrita no mundo. Aparece em muitos aspectos como uma câmara de ecos exacerbando as tensões que atravessam a sociedade e remete igualmente à história penitenciária da Costa do Marfim. Os valores dos quais a sociedade é portadora são aí observados de forma subjacente, principalmente o prêmio concedido aos indivíduos em função de hierarquias sociais, de categorias morais, de identidades sexuais. A prisão revela, pois, de maneira surpreendente, os interesses políticos e morais de uma sociedade. Assim, apesar de uma multiplicidade de registros para falar da prisão, há finalmente pouco espaço para fazer desse lugar um objeto legítimo de mobilização em torno da saúde dos detentos ou, de forma mais ampla, de seu bem-estar.

Em um país onde o acesso da população geral à assistência médica não é garantido, a população carcerária só dispõe de um frágil peso na concorrência pelos recursos. Neste contexto restrito, herdeiro da história do modelo penitenciário colonial, mas igualmente resultado da sua tradução, em função de desafios políticos e culturais locais no presente, que forma toma a governança em saúde na prisão hoje?

Uma abordagem ecológica da saúde na prisão

Compreender a governança em saúde na prisão no contexto descrito acima implica, consequen-

temente, em apreender a saúde tendo como medida a forma de vida na qual ela se inscreve²⁵. Isto supõe considerar principalmente que o valor saúde não é universal cujo sentido já estaria presente e que na prisão seria somente submetido a restrições e freios relativos ao contexto. Pelo contrário, a saúde diz respeito a uma política do valor²⁶ que se inscreve numa forma de vida singular. Compreender a governança em saúde na prisão supõe, por conseguinte, discernir o seu valor. Ora, “a construção do valor é o resultado de ações que são de competência de diversas formas de poder e que permitem o desdobramento de ‘Políticas do valor’”²⁶. Assim, mais que uma abordagem normativa da saúde e de sua governança na prisão, é preferível apreendê-la em práticas, em situações concretas traduzindo a economia dos valores na prisão.

A entrada na MACA consiste, para o detento, na descoberta desta economia específica dos valores. Consiste na aprendizagem violenta da ruptura com a ética trivial que rege a vida social além dos muros da prisão. No seio desta última, como resumem perfeitamente os detentos: “Não há mal no mal” ou, ainda, “na prisão cão come cão”. Tais frases não significam que o universo carcerário se caracteriza pela anomia, elas sublinham, ao contrário, a ruptura com as regras que regem a vida lá fora. A prisão da MACA é na verdade submetida a uma hierarquia interna muito restrita que se traduz por uma profusão de títulos entre detentos. As interações entre eles são regidas pelas modalidades definidas e impostas por uma governança interna da prisão constituída unicamente por detentos (a *camorra*). Em Nouchi, a língua do gueto da Costa do Marfim inventada com base em uma combinação de diversos idiomas do país (entre os quais o Francês, o Dioula, o Baoulé), o termo consagrado para designar os detentos é *Kabacha*. Este termo é construído do radical *Kaba* (a Meca) e a palavra *Cè* (homem em dioula). O nome *Kabacha* significa literalmente “o homem da Meca”, o indivíduo submetido a numerosas regras e interditos, como em Meca²⁷. Desde a chegada à prisão, após a revista de corpo realizada pelos agentes carcerários, a ordem de prisão sofre uma segunda revista orquestrada pelos detentos. Em seguida, o prisioneiro é colocado num espaço blindado de onde só sairá depois de ter quitado as contas com o detento chefe do pavilhão para conseguir um direito à cela. Dependendo do montante a ser pago e da identidade social e econômica presumida do recém-chegado, este último pagará mais ou menos caro para ser dirigido a uma cela que pode variar de 2 a 60 detentos, com mais ou menos equipa-

mento (televisão, ventilador, colchão). Ele pagará igualmente um direito de deslocamento (direito de sair da cela), o *Baygon* (a cotização semanal da cela, permitindo garantir o serviço de limpeza e cujo nome é tirado de um produto antimosquito).

A capacidade do detento de “se virar” na prisão é medida em função do apoio que ele é capaz de mobilizar lá fora, dos conhecimentos eventuais que já tem no interior da prisão, e de sua capacidade de criar relações de clientela dentro da prisão ou de ter acesso aos recursos disponíveis. Isto é ainda mais importante porque a administração penitenciária só dá um aporte mínimo para o sustento dos detentos: a ração penal de má qualidade é distribuída apenas uma vez por dia. As despesas de saúde só são cobertas se as patologias constarem da classificação administrativa da prisão dentro da hierarquia sanitária. A MACA, classificada “C” na hierarquia sanitária (categoria de uma formação sanitária urbana) só dispõe de uma lista limitada de remédios. Para as patologias que ultrapassam os cuidados primários de saúde, se o detento recebe uma receita médica, ele tem que financiar a compra de seus remédios ou pagar seus exames e obter o direito de sair para fins médicos. Obter um cupom de saída não é coisa fácil e pode acontecer que, por ocasião de conflitos ou de tensões na prisão, estes não sejam mais autorizados durante várias semanas pelo administrador (ou ainda que ele não submeta as demandas ao juiz que aplica as penas). Mas a obtenção de tal cupom não significa forçosamente acesso à assistência médica. Por falta de um dispositivo de colaboração sistemática entre a MACA e os hospitais de Abidjan, detentos são às vezes reenviados à prisão sem terem sido hospitalizados. O HIV e a tuberculose fazem aqui figura de exceção, visto que sendo o objeto de um programa trazido pela Expertise France e financiado pelo Fundo Mundial, estas patologias são objeto de uma cobertura total e permitem a outorga de um suplemento alimentar (conhecido na MACA sob o nome de “tigela azul /bol bleu”). Assim, as patologias HIV ou TB levantam para a MACA recursos mobilizáveis pelos detentos para negociar sua detenção: permitem comer melhor quando a beribéri faz parte das doenças correntemente observadas; permitem suscitar uma ajuda quando os elos familiares não resistem à prisão; permitem favorecer os deslocamentos na prisão, que estão submetidos à boa vontade dos “tubarrões”, os detentos encarregados de garantir a segurança em cada pavilhão, principalmente para a enfermaria. O deslocamento na prisão faz parte dos recursos centrais para a sobrevivência na

prisão, particularmente no pavilhão C que abriga longas penas e cujos pensionistas não deveriam circular no pátio principal. Estão habilitados a sair somente os que têm uma responsabilidade na governança do prédio, os detentos que trabalham (“faxinas”) na cozinha ou na enfermaria e aqueles com solicitação de consulta médica. Um detento chamado “caderno doente” lista o nome dos doentes e os acompanha à enfermaria. Dez detentos são habilitados por dia para ir à enfermaria a partir deste prédio a fim de evitar os abusos, explica o chefe do pavilhão C. Neste contexto, o valor do acesso aos cuidados de saúde se confunde com o do acesso ao pátio para realizar negócios, lá vender ou consumir droga, lá prestar serviço ou receber outro, estar visível a fim de ser encontrado lá nos dias de comunicado se um visitante procurar por ele. Assim a inscrição no “caderno doente” é cobiçada e se torna objeto de mercantilização. O valor extensivo da visita à enfermaria reduz o alcance sanitário da mesma, e os doentes mais fracos e com menor condição de pagar sua inscrição no “caderno doente” são os menos capazes de ter acesso à assistência médica.

Na prisão, a saúde tem valores diferentes. Estes variam em função da legitimidade da prisão e dos detentos como alvos de uma política específica a nível nacional, são tributários das condições e contextos de interação dos atores, de sua posição num sistema de poder complexo, mas também no espaço da prisão. A saúde é ora um recurso permitindo a saída, ora um argumento permitindo lutar contra a subalimentação, um meio de desenvolver relações na prisão ou ainda trabalho na enfermaria. Numa lógica similar ao que se observa no sistema de saúde da Costa do Marfim, a delegação de tarefas na enfermaria da MACA é geralmente praticada. Uma grande parte das funções de diagnósticos, de dispensa de cuidados, de curativo, de evolução dos pacientes na chegada à enfermaria, é confiada a detentos que fazem trabalhos penosos e que não têm necessariamente formação inicial em saúde. A questão da competência desses detentos é colocada por outros que justificam assim a falta de confiança declarada em relação a eles, e até mesmo o fato de não frequentarem a enfermaria. Um detento, ao explicar porque não frequenta a enfermaria, pergunta a propósito dos detentos que trabalham nela (os “faxinas da enfermaria”): “Quem eram eles lá fora para serem enfermeiros na prisão?” A suspeição dos detentos sobre SOS seus codetentos “faxinas da enfermaria” diz respeito à dupla inscrição deles no universo da prisão e no universo do cuidado de saúde. A questão colocada

pelos usuários da enfermaria é o mesmo que se perguntar em que *ethos* se inscrevem as práticas dos “faxinas da enfermaria”: naquele da prisão (onde se explica: “não há mal no mal”) ou naquele do cuidado de saúde? A porosidade desses dois registros concorre para a desconfiança dos detentos comuns. A isso se acrescenta o fato que dentre os profissionais de saúde oficiais, alguns são destacados para a prisão pelo Ministério da Saúde enquanto outros dependem diretamente do Ministério da Justiça. Transparece aqui a dualidade da governança em saúde na MACA. A apresentação de um estudo de caso baseado sobre as tensões levantadas pela substituição do “chefe pavilhão da enfermaria” (CB) permitirá o aprofundamento da análise desse caráter.

A nomeação do Chefe Pavilhão da enfermaria como revelador da dupla governança em saúde na prisão

Coulibaly, o antigo CB, fez parte do contingente agraciado pelo presidente Ouattara em setembro de 2013. Ao deixar o cargo, ele recomenda seu adjunto para substituí-lo. Este apresentava o interesse de estar perfeitamente a par das práticas e usos atuais da enfermaria. Era também o candidato apoiado pela *camorra*. É por esta mesma razão que sua nomeação não era apoiada pela enfermeira-chefe. Para desqualificar sua candidatura, a enfermeira-chefe utiliza um argumento regulamentar. O adjunto do antigo CB está encarcerado por atentado à segurança do Estado (ATT) por causa de seu apoio ao antigo presidente Laurent Gbagbo durante a crise eleitoral que sacudiu a Costa de Marfim em 2010-2011²⁸. Ora, oficialmente, os detentos acusados por ATT são excluídos da função de “faxina”.

A enfermeira-chefe, recentemente nomeada para o posto e ocupando pela primeira vez uma função no sistema carcerário, apoia por sua vez outro candidato. Este candidato está em cela do pavilhão C e ainda que não tenha sido julgado, está sob mandado de prisão. A este título, não podem lhe confiar atividades de “faxina”. A enfermeira-chefe encontrou nele uma escuta atenta e faz dele seu confessor. Rezam e cantam juntos pela manhã na enfermaria, ela o alimenta e o veste. O “Pastor” ou “Rei David” como o apelidam então na MACA passa assim seus dias na enfermaria ostentando ternos e sapatos de couro preto, embora tenha chegado sem recursos na prisão.

Na impossibilidade de nomear seu protegido, mas recusando a nomeação do adjunto, a enfer-

meira-chefe transfere sua escolha para Kanté, um detento antigo comerciante. Letrado, ele dispõe igualmente de uma experiência sanitária adquirida por ocasião de uma estada anterior na MACA. De fato, ele foi “faxina da enfermaria” onde aprendeu a dar injeção, a fazer curativos. Seguindo do apoio da enfermeira-chefe, ele expressa, entretanto, uma preocupação. Sabe, na verdade, como *kabacha* moderado, que tal decisão deve ser validada pela *camorra*. Quando ele fala disso, percebe que o acordo não está garantido e ciente dos riscos que corre por não seguir o desejo da *camorra*, ele confia estar na espera. Nesse intermédio, o antigo CB encontrado fora da MACA, explica que continua a dirigir por telefone os negócios correntes do pavilhão. Kanté será finalmente confirmado em seu posto e se tornará um aliado do chefe da *camorra*.

O fato para que a enfermeira-chefe tomasse posição contra os membros do seu serviço visava assumir controle sobre a enfermaria ainda que, recentemente nomeada, permanecia estranha ao funcionamento da prisão e aos negócios que aí se desenvolvem. Na época, ela acabava de obter o nível de enfermeira-chefe e ocupava pela primeira vez esta função na MACA. Além disso, sua nomeação correspondia também à criação de tal função no serviço. Após um ano no cargo, ela não encontra seu espaço de fato naquele lugar. Tenta sem sucesso introduzir na enfermaria regras e práticas relativas ao funcionamento oficial do serviço de saúde (horários bem definidos, plantonistas de sobreaviso), porém não recebe nem o apoio dos colegas nem o de sua hierarquia. A inscrição de sua prática num *ethos* unicamente médico se traduz pelo uso de um chapéu de enfermeira quando está em serviço. Este chapéu marca sua subscrição no registro hospitalar, mas consagra simbolicamente o fosso que a separa do mundo carcerário e dos colegas que diferentemente dela, não o usam.

A vontade de retomar o controle do serviço de saúde pela enfermeira-chefe se inscreve numa lógica mais ampla que diz respeito ao conjunto da prisão. Um novo administrador acabava igualmente de ser nomeado há três meses e manifestava o desejo de reequilibrar, em proveito da administração, a relação entre governo oficial e governança dos detentos. Reintroduzia assim carcereiros no pátio, como responsáveis por cada pavilhão ao lado dos detentos chefes para significar a vontade de retomada da soberania. A tentativa do administrador, como aquela da enfermeira-chefe, acabaram por fracassar. Os dois acabam por deixar a MACA após uma transferência al-

guns meses depois, sendo que a enfermeira-chefe deixou definitivamente o sistema carcerário.

Esta última fundamentava sua autoridade na sua formação médica, mas isso não era suficiente para garantir sua legitimidade na prisão. Sua vontade manifestada de “pôr ordem” encontrava resistências no conjunto do pessoal, que desejava de manter o *status quo*. A manutenção do *status quo* consistia, finalmente, em reconhecer, ao mesmo tempo, o forte sentido das normas práticas que regiam a saúde na prisão²⁹, mas também a dupla governança da instituição. As tensões descritas em torno da escolha de um novo CB ilustram a dificuldade de articular a lógica sanitária com o universo carcerário e a dupla imposição de regras que regem as ações de cuidados de saúde na prisão. Ignorar o universo carcerário e defender uma lógica sanitária cega à ecologia do cuidado, comporta o risco de provocar uma reação violenta em razão da ausência de respeito às regras tácitas que comandam a vida na MACA. Não reconhecer essas regras tácitas é romper o equilíbrio frágil que permite a coabitação de uma dupla de governo.

Uma abordagem pragmática da saúde na prisão

Do ponto de vista sanitário, reconhecer o duplo governo em saúde na MACA, é recolocar o cuidado dentro de sua ecologia. Inscrever suas ações na economia dos valores característicos da forma de vida na prisão não significa necessariamente admitir sua impotência, como me confiava um ator da France Expertise que estava no programa de apoio à MACA, mas se engajar numa intervenção estando mais bem informado, logo mais eficaz. Abordar pragmaticamente a saúde em meio carcerário é antes de tudo reconhecer que, em países onde o sistema de saúde é falho e os recursos financeiros limitados, a prisão permanece um objeto de engajamento político pouco legítimo. É também admitir que a promoção da saúde em meio carcerário repousa sobre um paradoxo: ela se apoia na autonomia num contexto de privação de liberdade. Este reconhecimento prévio à ação se situa em diferentes escalas: na nacional a

nível dos atores políticos; na da prisão, a nível da população carcerária, dos detentos e dos agentes carcerários. Nos dois casos, melhor que defender noções universais abstratas e não situadas, trata-se de abrir um espaço possível tendo por objetivo o reconhecimento da experiência e das imposições dos diferentes atores, para uma governança real da saúde. Tal processo deveria, logicamente, levar a estender a questão da governança em saúde na prisão fora dos muros do espaço carcerário para pensar a continuidade dos cuidados após o encarceramento, o futuro de educadores pares formados na prisão uma vez em liberdade, e inventar uma abordagem “dessanitarizada” da saúde em prisão. Por este oximoro, trata-se de lembrar o que sabem demasiado bem os detentos da Costa do Marfim que ficam, às vezes, vários anos em detenção preventiva: a melhor maneira de reduzir os riscos na prisão e de garantir o cuidado é reduzir o tempo da preventiva e, por conseguinte, acelerar o funcionamento da justiça.

Agradecimentos

As pesquisas nas quais este texto se baseou foram financiadas pela France Expertise (ex-GIP Esther) como parte de colaboração no programa de prevenção e gestão do HIV/AIDS e Tuberculose que esta agência apoia nas prisões da Costa do Marfim (cf. <http://ife.ens-lyon.fr/lea/le-reseau/les-differents-lea/groupement-esther&http://www.expertisefrance.fr>). Elas também fazem parte do programa ANR ECOPPAF, 2015-2018, “Economias de punição e prisão na África”, lideradas por Frédéric Le Marcis e Marie Morelle (<http://ecoppaf.hypotheses.org>). Obrigado ao Arnaud Laurent, Nathalie Cartier e Jeanne d’Arc Assemien da Expertise France, ao Dr. Marcel Bléhoué Angora e Ismael Coulibaly da MACA por sua hospitalidade. Também venho expressar a minha gratidão aos reclusos que concordaram em me receber. Finalmente, agradeço à Hélène Colineau pelo seu trabalho de revisão e de layout.

Referências

- Liebling A. Moral performance, inhuman and degrading treatment and prison pain. *Punishment & Society* 2011; 13(5):530-550.
- Jefferson AM, Garces C, Martin TM. Prison climates in the global South. *Focaal, Journal of Global and Historical Anthropology* 2014; 68.
- MacDonald R, Parsons A, Venters HA. The Triple Aims of Correctional Health: Patient Safety, Population Health, and Human Rights. *J Health Care Poor Underserved* 2013; 24(3):1226-1234.
- Wacquant L. *Les prisons de la misère*. Paris: Raisons d'Agir; 1999.
- Chantraine G. *Par-delà les murs. Expériences et trajectoires en maison d'arrêt*. Paris: PUF/Le Monde; 2004.
- Mahtani S. Women and the Criminalization of Poverty: Perspectives from Sierra Leone. *Signs: Journal of Women in Culture and Society* 2013; 39(1):243-264.
- Farge E. *Dynamique professionnelle et transformations de l'action publique. Réformer l'organisation des soins dans les prisons françaises: les tentatives de spécialisation de la "médecine pénitentiaire" 1970-1994* [thesis]. Lyon: Université de Lyon 2; 2013.
- Venters H. A Three-Dimensional Action Plan to Raise the Quality of Care of US Correctional Health and Promote Alternatives to Incarceration. *Am J Public Health* 2016; 106(4):613-614.
- Jackson JL. Sexual Necropolitics and Prison Rape Elimination. *Signs* 2013; 39(1):197-220.
- Gordon AF. Globalism and the prison industrial complex: an interview with Angela Davis. *Race & Class* 1999; 40(2/3):145-157.
- Memel-Foté H. *Lesclavage dans les sociétés lignagères de la forêt ivoirienne (XVII^e-XX^e siècle)*. Abidjan, Marseille: CERAP, IRD; 2007.
- Mbembe A. Necropolitics. *Public Culture* 2003; 15(1): 11-40.
- Rhodes LA. Qui décide ici? Le comportementalisme dans le système carcéral américain. *Anthropologie & Santé* [journal on the Internet] 2015. [cited 2015 Nov 30]. Available from: <http://anthropologiesante.revues.org/1860>
- Wacquant L. The Curious Eclipse of Prison Ethnography in the Age of Mass Incarceration. *Ethnography* 2002; 3:371-397.
- Morelle M, Le Marcis F. Pour une pensée pluridisciplinaire de la prison en Afrique. *Afriquecontemporaine* 2015; 253:117-129.
- Gillespie K. Containing the 'Wandering Native': Racial Jurisdiction and the Liberal Politics of 16. Prison Reform in 1940s South Africa. *Journal of Southern African Studies* 2011; 37(3):499-515.
- Gillis L. The historical development of psychiatry in South Africa since 1652. *South African Journal of Psychiatry* 2012; 18(3):78-83.
- Bernault F, editor. *Enfermement, prison et châtiments en Afrique. Du XIX^e siècle à nos jours*. Paris: Karthala; 1999.
- Allinne JP. Jalons historiographiques pour une histoire des prisons en Afrique francophone. *Clio@Thémis* [journal on the Internet] 2011. [cited 2016 Apr 4]; 4:[about 39 p.]. Available from: http://www.cliothemis.com/IMG/pdf/Jean-Pierre_Allinne-2.pdf
- Foucault M. *Surveiller et Punir*. Paris: Gallimard; 1975.
- Bernault F, Dikötter F, Brown I, editors. *Cultures of Confinement. A History of the Prison in Africa, Asia and Latin America*. London: Hurst and Company; 2007.
- Nguimbi A. *Le monde carcéral dans la littérature africaine: lecture de Toiles d'araignées d'Ibrahima Ly, Prisonnier de Tombalbaye d'Antoine Bangui, Parole de vivant d'Auguste Moussirou Mouyama, Le Mort vivant d'Henri Djombo* [thesis]. Paris: Université Paris Est; 2008.
- Farmer P. *Pathologies of Power. Health, Human Rights, and the new war on the Poor*. Berkeley: University of California Press; 2003.
- Walmsey R. *World Prison Population List. Institute for Criminal Policy Research 2016*. [cited 2016 Apr 5]. Available from: http://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/world_prison_population_list_11th_edition.pdf
- Das V. How the Body Speaks. Illness and the Lifeworld among the Urban Poor. In: Biehl J, Good B, Kleinman A, editors. *Subjectivity. Ethnographic Investigations*. Berkeley: University of California Press; 2007. p. 66-97.
- Warnier JP. Les politiques de la valeur. Sociétés Politiques Comparées. *Revue Européenne d'Analyse des Sociétés Politiques* 2008; 4:1-41.
- Le Marcis F. Everyday Prison Governance in Abidjan, Ivory Coast. *Prison Service Journal* 2014; 212:11-16.
- Dozon JP. *Les clefs de la crise ivoirienne*. Paris: Karthala; 2011.
- De Herdt T, Olivier de Sardan JP, editors. *Real governance and practical norms in Sub-Saharan Africa: the game of the rules*. London: Routledge; 2015.

Artigo apresentado em 15/04/2016

Aprovado em 05/05/2016

Versão final apresentada em 07/05/2016

