IRLAINE MARIA FIGUEIRA DA SILVA

**SAÚDE NO CÁRCERE NA PERSPECTIVA DO AGENTE
PENITENCIÁRIO DE SANTARÉM – PARÁ**

**SÃO PAULO - SP
2019**

IRLAINE MARIA FIGUEIRA DA SILVA

**SAÚDE NO CÁRCERE NA PERSPECTIVA DO AGENTE
PENITENCIÁRIO DE SANTARÉM – PARÁ**

Versão corrigida da dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof. Dra. Lúcia Yasuko Izumi Nichiata.

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo.

**SÃO PAULO - SP
2019**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE DE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Silva, Irlaine Maria Figueira da.

Saúde no Cárcere na perspectiva do Agente Penitenciário de Santarém – Pará.
Irlaine Maria Figueira da Silva – São Paulo, 2019. 112 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof. Dra. Lúcia Yasuko Izumi Nichiata.

1. Enfermagem 2. Vulnerabilidade 3. Saúde no cárcere 4. Agente penitenciário.

Nome: Irlaine Maria Figueira da Silva

Título: Saúde no Cárcere na perspectiva do Agente Penitenciário de Santarém – Pará.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em ____/____/____

Banca examinadora

Orientadora: Prof. Dra. Lúcia Yasuko Izumi Nichiata.

Instituição: EE da Universidade de São Paulo Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Com todo carinho dedico este estudo...

Aos meus pais, *Maria Figueira da Silva e Hilário Pereira da Silva*, pelo grande amor que me têm dedicado e pelas orações que me movem.

Aos amores da minha vida, *Hamilton Fernandes, João Henrique e José Hernani*, por serem a companhia e alegria de meus dias.

Aos *agentes penitenciários de Santarém* com os quais compartilhei momentos de aprendizado e reflexões para a construção de saber.

AGRADECIMENTOS

O apontamento de agradecimentos nem sempre é o mais justo. Foram muitas pessoas que passaram por meu caminho nestes dois anos de estudo. Deste modo, os registros que aqui faço são apenas uma parte de tantos que compartilharam comigo para que fosse possível este momento.

Agradecimento acadêmicos

À *Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, por meio de seu Programa de Pós-graduação em Enfermagem, meu muito obrigada por ter me recebido, e acolhido minha história e minha cidade para fazerem parte de sua ciência.

A todos os *professores*, da EEUSP e de todas as disciplinas cursadas em outros programas sobre cujos saberes tive a honra de me debruçar neste processo de mestrado, a muitos dos quais já prestava minha admiração como autores.

À minha querida e inestimável professora e orientadora *Lúcia Yasuko Izumi Nichiata*, de quem jamais esquecerei por seus ensinamentos, e da forma gentil, alegre e firme com que conduziu nossos estudos. Por sua postura ética e correta será sempre um espelho em minha vida acadêmica. Nossas conversas estão registradas em minha memória tanto por sua simplicidade quanto pelo respeito que teve como minha orientadora. Minha admiração e gratidão.

Aos *professores examinadores* na banca no Exame de Qualificação e na Defesa da Dissertação, obrigada pelas contribuições valiosas para o enriquecimento deste estudo.

Agradecimento institucionais

À *Superintendência do Sistema Penitenciário do Estado do Pará* (SUSIPE) pela autorização e liberação para realização da pesquisa.

A todos os *funcionários do Complexo Penitenciário de Santarém*, especificamente do Centro de Recuperação Agrícola Silvío Hall de Moura (CRASHM) e do Centro de Recuperação Feminino de Santarém (CRFS).

À *Prefeitura Municipal de Santarém* (PMS), por meio da Secretaria Municipal de Saúde de Santarém (SEMSA), pelo apoio institucional em minha liberação profissional para cursar as disciplinas e situações pertinentes ao estudo de Mestrado em Ciências na área de Enfermagem em Saúde Coletiva.

Ao *Núcleo de Medicina Tropical* (NUMETROP), à *Faculdade de Medicina da USP* (FMUSP) e à *Universidade Estadual do Pará* (UEPA), Campus XII. A parceria acadêmica continua e estarei à disposição para colaborar e aprender sempre.

Agradecimentos pessoais

Agradeço *a Deus Onipotente* pela vida e pela motivação espiritual de luz em meu caminho.

Agradeço *aos meus queridos pais* que, de maneira simples, me ensinaram a honestidade, o respeito ao próximo e a persistência em buscar melhores condições de vida com a valorização dos estudos. Obrigada por sempre acreditarem em mim e pelas orações diárias.

Ao meu *marido Hamilton Fernandes*, que esteve ao meu lado (mesmo quando distante) nas noites e madrugadas de estudo me apoiando e incentivando a enfrentar as dificuldades e a encontrar a direção necessária para ir até o fim deste mestrado.

Aos meus *filhos João Henrique e José Hernani*, por serem o meu estímulo diário na busca de novas conquistas para nossas vidas.

Aos meus *enteados, Letícia Barreiros e Guilherme Barreiros*, pelo carinho e compreensão da ausência.

Aos *meus irmãos e irmã, cunhadas e cunhado*, por se fazerem presentes direta ou indiretamente nesta conquista.

Ao casal de *professores Maria Rita e Francisco França*, pelas conversas e compartilhamento de saberes gratuitos. Meu respeito e carinho.

Aos *amigos e assistentes de pesquisa Elbicarla Matos, Alessandra Ramos, Alexandre de Lira, Maria Lira, Nádia Martins, Julianne Corrêa e Wilde Nelison Mota*, obrigada pela amizade, pelo apoio incondicional e pelo primoroso auxílio durante a coleta de dados desta pesquisa.

Aos *colegas de trabalho* que toleraram minha ausência dedicada aos estudos e que, assim, contribuíram para meu crescimento acadêmico.

À *“Família Uno”*, que vibrou com minha aprovação no processo seletivo da USP e me incentivou de maneira ímpar a seguir em frente. Muito obrigada pela alegria!

Aos *amigos e amigas*, em especial a *Débora Martins, Nádia Martins e Raquel Santos*, que nesta jornada acadêmica estiveram contribuindo com ações ou palavras de incentivo. A amizade deixa a vida mais descontraída.

*“Vou te contar uma história
que fale dos sonhos de todas as gentes
e das cores de todas as flores.
Uma história que seja como a brisa no rosto
e que, ao ouvi-la,
todas as crianças abram um sorriso.
Vou te contar uma história diferente.
Nela haverá poesia sem pieguice
e canção sem lugar-comum.
E a cada capítulo, cada parte, cada momento,
não será sentida a falta da guerra, violência, injustiça.
É uma história bela, como devem ser todas as histórias.
E em meio a tanto caos e opressão
ela será como bálsamo para almas sofredas.*

.....
*Ainda te contarei esta história...
Por ora, preciso viver...”*

(Hamilton Fernandes, 1999)

Silva IMF. Saúde no cárcere na perspectiva do agente penitenciário de Santarém-Pará [dissertação]. São Paulo; Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2019.

RESUMO

Introdução: Há escassez de estudos que tomam esta perspectiva, do cuidado em saúde no sistema prisional, particularmente os produzidos sobre a saúde das pessoas privadas de liberdade, na perspectiva do agente penitenciário, tendo como cenário o estado do Pará, o que justificou a relevância da realização do presente estudo. **Objetivo:** descrever e analisar a percepção e a concepção dos agentes penitenciários de Santarém do Pará sobre saúde da pessoa privada de liberdade. **Método:** Trata-se de pesquisa exploratória, descritiva e interpretativa, de abordagem qualitativa. Foi desenvolvida com 33 agentes penitenciários (homens e mulheres) do Centro de Recuperação Agrícola Silvio Hall de Moura e do Centro de Recuperação Feminino de Santarém do Pará. Foram realizados seis grupos, cujas falas foram gravadas, transcritas e categorizadas conforme análise de conteúdo, utilizando-se o *software Nvivo 11 pro student*. A análise resultou nas categoriais: a) perfil, condições de vida e trabalho do agente penitenciário; b) A concepção do agente penitenciário sobre sua saúde e sobre a saúde da pessoa privada de liberdade e; c) O direito à saúde e a saúde carcerária na perspectiva do agente penitenciário. **Resultados:** o perfil sociodemográfico e das condições de vida e trabalho dos agentes penitenciários caracteriza péssimas condições de vida e trabalho e as repercussões que este trabalho impõe sobre sua relação na sociedade, com destaque à família. Os trabalhadores agentes penitenciários possuem faixa etária de 23 a 58 anos, entre solteiros, casados e em união estável, homens e mulheres, mas em sua maioria do gênero masculino, com raça/cor autodeclarada em pardos, brancos e negros e naturais do Pará. Trazendo os eixos analíticos da vulnerabilidade, no componente individual deve ser levado em conta o local social pelo indivíduo. Da mesma forma, nas perspectivas de abordagem programática e social, a vulnerabilidade permite a integralização da análise da situação de saúde e de diferentes possibilidades de intervenção, sempre contemplando a participação individual. **Conclusão:** a percepção e a concepção dos Agentes Penitenciários de Santarém do Pará sobre saúde da pessoa privada de liberdade é de que não se inscreve como direito, mas como uma concessão. Abre-se para novas investigações sobre a saúde dos trabalhadores agentes penitenciários em Santarém, sobre a saúde dos privados de liberdade, em particular a vulnerabilidade às doenças transmissíveis, e sobre as formas de enfrentamento e de resposta às necessidades de saúde no sistema penitenciário.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Vulnerabilidade; saúde no cárcere; agente penitenciário.

Silva IMF. Health in prison from the perspective of the Santarém-Pará prison guard [dissertation]. Sao Paulo; Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2019.

ABSTRACT

Introduction: There is a scarcity of studies that take the perspective of health care in the prison system, particularly those produced about the health of people deprived of liberty, from the perspective of the correctional officer, considering the state of Pará, which justified the relevance of the present study. **Objective:** To describe and analyze the perception and conception of correctional officers in Santarém, Pará, about the health of the person deprived of liberty. **Method:** This is an exploratory, descriptive and interpretative research with a qualitative approach. It was developed with 33 correctional officers (men and women) from the Silvio Hall de Moura Agricultural Recovery Center and from the Female Recovery Center in Santarém, Pará. Six groups were conducted, whose speeches were recorded, transcribed and categorized by content analysis, using the *Nvivo 11 Pro Student* software. The analysis resulted in the following categories: a) profile, living and working conditions of the correctional officer; b) the conception of the correctional officer about his health and about the health of the person deprived of liberty and; c) the right to health and prison health from the perspective of the correctional officer. **Results:** the sociodemographic and living and working conditions profile of prison officers characterizes the terrible living and working conditions and the repercussions that this work imposes on their relationship in society, especially regarding their families. The correctional officers are between 23 and 58 years old, between single, married and in a stable union, men and women, but mostly male, with self-declared race / color in brown, white and black, and native of Pará. Bringing the analytical axes of vulnerability, the individual component must consider the social location by the individual. Likewise, from the perspective of the programmatic and social approach, vulnerability allows the analysis of the health situation and different intervention possibilities, always contemplating individual participation. **Conclusion:** the perception and conception of the correctional officers of Santarém, Pará, about the health of the person deprived of liberty is that it is not registered as a right, but as a concession. New research opens on the health of correctional officers in Santarém, the health of those deprived of their liberty, specially their vulnerability to communicable diseases, and on ways of coping and responding to health needs in the prison system.

KEYWORDS: Nursing; Vulnerability; prison health; correctional officer.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 – Mapa do Estado do Pará	33
Ilustração 2 – Imagem de Santarém – Encontro das águas dos Rios Tapajós e Amazonas	35
Ilustração 3 – Mapa da RI Baixo Amazonas – Destaque para Santarém	36
Gráfico 1 – Faixa etária das pessoas privadas de liberdade no Estado do Pará	39
Ilustração 4 – Foto do Centro de Recuperação Agrícola Silvio Hall de Moura – Santarém – Pará	40
Ilustração 5 – Foto do Centro de Recuperação Feminino de Santarém Pará	42
Quadro 1 – Descrição das categorias empíricas de referências codificadas	48
Ilustração 6 – Árvore de palavras construída a partir da palavra “vulnerabilidade” e suas reações citadas nos grupos focais durante a pesquisa realizada em 2018 – 2019	64

LISTA DE ABREVIATURAS

art.	artigo
dr.	doutor
dra.	doutora
et al.	et alii
prof.	professor ou professora

LISTA DE SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (<i>acquired immunodeficiency syndrome</i>)
AP	Agente Penitenciário
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRASHM	Centro de Recuperação Agrícola Silvio Hall de Moura
CRFS	Centro de Recuperação Feminino de Santarém
CTA	Centro de Testagem Anônima
CTMS	Centro de Triagem Masculina de Santarém
DEPEN	Departamento Penitenciário Nacional
EACS	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
EEUSP	Escola de Enfermagem da USP
EPS	Educação Permanente em Saúde
ETSUS	Escola Técnica do SUS
FAPESPA	Fundação Amazônia de Amparo, Estudos e Pesquisas
FMUSP	Faculdade de Medicina da USP
GPRS	Gestão de Programas de Residência em Saúde
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INFOPEN	Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias
IPEADATA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada do Governo
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LCSM	Lesão Corporal Seguida de Morte
LEP	Lei de Execução Penal
NUMETROP	Núcleo de Apoio às Atividades de Cultura e Extensão Universitária em Medicina Tropical da Universidade de São Paulo
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pará

PAS	Plano Anual de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PMS	Prefeitura Municipal de Santarém
PNAISM	Plano Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNAISP	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
PNSSP	Plano Nacional de Saúde no Sistema Prisional
PPI	Programação Pactuada Integrada
PROFAE	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RI	Região Integrada
SAE	Serviço de Atendimento Especializado
SEGUP	Secretaria do Estado de Segurança Pública e Defesa Social
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde de Santarém
SENPA	Sindicato dos Enfermeiros do Estado do Pará
SP	São Paulo
SR	Serviço de Regulação
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSIPE	Superintendência do Sistema Penitenciário do Pará
TB	Tuberculose
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSp	Unidade Básica de Saúde Prisional
UEPA	Universidade do Estado do Pará
UESF	Unidade de Estratégia Saúde da Família
UFOPA	Universidade Federal do Oeste do Pará
UNAMA	Universidade da Amazônia
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	15
1 INTRODUÇÃO	17
2 OBJETIVOS.....	26
2.1 OBJETIVO GERAL.....	27
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	27
3 MÉTODOS.....	28
3.1 REFERENCIAL CONCEITUAL DE VULNERABILIDADE EM SAÚDE	29
3.2 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	32
3.3 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DA PESQUISA	33
3.4 POPULAÇÃO DO ESTUDO	42
3.5 PROCEDIMENTOS DA COLETA E INSTRUMENTOS DA PESQUISA	43
3.6 ANÁLISE DOS DADOS	47
3.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	48
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	50
4.1 PERFIL SOCIODEMORÁFICO, CONDIÇÕES DE VIDA E TRABALHO DOS AGENTES PENITENCIÁRIOS EM SANTARÉM – PARÁ.....	51
4.2 COMPREENSÃO DOS AGENTES PENITENCIÁRIOS SOBRE O TEMA “SAÚDE NO CÁRCERE” E A RELAÇÃO COM SUA ATIVIDADE LABORAL	62
4.3 CONCEPÇÃO DO AGENTE PENITENCIÁRIO SOBRE O DIREITO À SAÚDE DA PESSOA PRIVADA DE LIBERDADE.....	71
5 CONCLUSÃO	83
REFERÊNCIAS	87
APÊNDICES.....	95
ANEXOS	104

APRESENTAÇÃO

Sou enfermeira graduada em 2004 pelas Faculdades Integradas do Tapajós, hoje UNAMA – Centro Universitário de Santarém. Minha primeira experiência profissional foi trabalhar na docência, com foco na formação de técnicos de enfermagem pelo Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem – PROFAE – na cidade de Brasil Novo - Pará, até o final do mês de fevereiro de 2005.

Ao retornar a Santarém naquele ano, ingressei na assistência em saúde como servidora pública municipal e, simultaneamente, continuei ministrando aulas em cursos técnicos de enfermagem e de formação de Agentes Comunitários de Saúde pela Escola Técnica do Sistema Único de Saúde (ETSUS) do Pará. Em 2006 concluí a Especialização em Saúde da Família e, em 2015, a Especialização em Formação Integrada Multiprofissional em Educação Permanente em Saúde.

Durante 14 anos atuei como enfermeira no serviço público, na Assistência na Atenção Primária em Saúde, especificamente em Saúde da Família, em comunidades rurais ribeirinhas, do planalto santareno e na zona urbana de Santarém - Pará. Em fevereiro de 2011 assumi o cargo de enfermeira no concurso público na Prefeitura de Santarém.

Fui Conselheira Estadual de Saúde (2014/2015) e Conselheira Municipal de Saúde em dois mandatos (2013/2015 e 2017/2019), na representatividade do segmento dos trabalhadores pelo Sindicato dos Enfermeiros do Estado do Pará (SENPA) e, neste biênio (2019/2021), sou conselheira municipal pelo segmento da gestão representando a secretaria municipal de saúde.

Atualmente, trabalho com Gestão de Programa de Residência em Saúde (GPRS) no SUS, como responsável técnica no Programa de Educação Permanente em Saúde - EPS, em fase de estruturação no município de Santarém, além de coordenar a Divisão de contratos do SUS na Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA). Com esta experiência, compreendo a intersetorialidade como necessária para a promoção da saúde e para a integralidade do cuidado com o acesso universal e igualitário respeitando o princípio da equidade.

Em 2017 ingressei na Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Área de Concentração em Enfermagem na

Saúde Coletiva, no nível de mestrado o que, desde então, tem me proporcionado melhor qualificação profissional na enfermagem e aprofundamento nos estudos, habilitando-me para a carreira acadêmica.

O meu interesse no estudo trata do setor saúde na sua inter-relação com a segurança pública, especificamente o presídio. Surge como primeira aproximação ao tema a colaboração na pesquisa de doutorado “Vulnerabilidades às infecções sexualmente transmissíveis de mulheres privadas de liberdade em Santarém-Pará”, da Doutora Nádia Vicência do Nascimento Martins, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de São Paulo. Participei como pesquisadora, tendo realizado entrevistas com mulheres privadas de liberdade, e na realização do exame preventivo do câncer do colo do útero. Identificou-se, no decorrer da pesquisa, que o cuidado em saúde das pessoas privadas de liberdade no sistema carcerário envolve o agente penitenciário, que não compõe a equipe de saúde, mas é um sujeito importante para a promoção desses cuidados. A partir dessa vivência, percebeu-se a dificuldade do agente penitenciário no apoio à pessoa privada de liberdade para responder às suas necessidades de saúde em situação de cárcere.

Essa dificuldade vivenciada despertou inquietações que me conduziram a este estudo que tem como pergunta de pesquisa “como os agentes penitenciários de Santarém do Pará percebem e concebem o cuidado em saúde na situação de cárcere?”. Seus resultados têm potência para sugerir intervenções no sistema prisional e, no âmbito da produção do conhecimento, que são as potencialidades e dificuldades para a produção do cuidado neste âmbito.

1 INTRODUÇÃO

A condição de confinamento dificulta o acesso aos serviços e às ações de saúde de maneira integral e concreta. Embora a Lei de Execução Penal (LEP) vise prevenir o crime e a garantir o retorno da pessoa presa à convivência social, as condições insalubres dentro dos presídios tornam-se empecilhos para alcançar este objetivo, bem como impossibilitam o acesso das pessoas presas à saúde de forma integral e efetiva.

Discutir formas de superação dessas dificuldades deve ser motivação para debater o tema em saúde no cárcere e permear o ambiente acadêmico para se refletir o atendimento dentro dos cárceres. A experiência fundamental para decisão de estudar a maneira como os Agentes Penitenciários de Santarém do Pará percebem os cuidados em saúde na situação de cárcere foi o convite recebido para participar da pesquisa “Vulnerabilidades às infecções sexualmente transmissíveis de mulheres privadas de liberdade em Santarém-Pará”, da Doutora Nádia Vicência do Nascimento Martins (2018). Naquela oportunidade, percebeu-se que o cuidado em saúde do preso no sistema carcerário envolve o agente penitenciário que, embora não compondo a equipe de saúde, é um sujeito importante para a promoção destes cuidados. Daí a motivação para discutir a saúde no cárcere na perspectiva dos agentes penitenciários de Santarém do Pará.

O interesse pelo universo da saúde carcerária perpassa, inevitavelmente, a contextualização do sistema penitenciário, sobre o qual propõe-se uma breve introdução neste estudo.

O estudar sobre o surgimento das prisões leva em conta a construção histórica e da representação de um modelo institucional da sociedade disciplinar ao longo do tempo.

A prisão, enquanto “privação de liberdade”, é muito antiga e constituída fora do aparato judiciário quando é acordada a separação dos indivíduos para fixá-los, distribuí-los e extrair destes o máximo de força de trabalho sob a observação contínua, com o intuito de torná-los ocupados, úteis e dóceis por meio de um trabalho, antes mesmo que a lei definisse esta prática como pena (Foucault, 2010).

Segundo Foucault (2010), a história das prisões tem início na Idade Média e vai até os dias atuais, começando no interior das comunidades religiosas até difundir-se em toda sociedade. As ordens religiosas tinham um severo preceito regulador, em que a disciplina do corpo é a característica fundamental para a ordem e para a obediência:

trabalhar e orar; quanto mais gestos cotidianos, mais se mostrava a subordinação ao poder divino.

Ou seja, toda disciplina do corpo passou pela marca no corpo. Dependendo da ordem religiosa eram marcados os joelhos, os pés com os sacrifícios impostos, além de jejuns e autoflagelos. O poder disciplinar deixa as cicatrizes marcadas no corpo como medalhas do mau comportamento.

A disciplina procede em primeiro lugar à distribuição dos indivíduos no espaço, e para isso utiliza diversas técnicas o que, às vezes, exige a especificação de um local heterogêneo a todos e fechados em si mesmo, como: os colégios com modelo de convento, os quartéis, as prisões, um conjunto cercado por muralha para manter a ordem e a disciplina (Foucault, 2010).

A prisão como local de execução da pena por débito a pagar à sociedade é ao mesmo tempo local de observação dos indivíduos punidos, onde o servidor penitenciário realiza o trabalho de vigilância, tem conhecimento sobre cada detento, de seu comportamento, de suas disposições profundas e de sua progressiva melhora.

A ideologia de um sistema penitenciário ideal se tornou, por volta de 1830-1840, o programa arquitetural da maior parte do projeto das prisões. Tal programa era a maneira de permitir que a força ou as coações violentas fossem substituídas pela eficácia suave de uma vigilância sem falha, de ordenar o espaço segundo a recente humanização dos códigos e a nova teoria penitenciária (Foucault, 2010).

O encarceramento não deve ser visto apenas como privação de liberdade para o indivíduo que comete um delito, mas como um mecanismo diferenciado quando se trata de um indivíduo indiciado, de um condenado ou até mesmo de um contraventor ou criminoso.

Segundo Foucault (2010) a forma geral de uma aparelhagem para tornar os indivíduos dóceis e úteis, através de um trabalho preciso sobre seu corpo, criou a instituição-prisão, antes que a lei a definisse como pena por excelência. No fim do século XVIII e princípio do século XIX, dá-se a passagem a uma penalidade de detenção. Mas era, na verdade, a abertura de penalidade a mecanismos de repressão já elaborados em outros lugares, a exemplo da Filadélfia, nos Estados Unidos, e países da Europa.

Oliveira (2012) apresenta o surgimento do sistema penal como uma espécie de território sagrado da nova ordem socioeconômica global. Tudo aquilo que rompe com o senso político e social do momento, serve de instrumento de apreensão da sociedade e

tem todas as chances de ser percebido como uma agressão, ou simplesmente não ser percebido. A autora também afirma que, como na prisão norte-americana, o Brasil traz as marcas da escravidão, a nova ordem pós-industrial do capital financeiro, as estratégias de contenção social de classes perigosas que se deslocam dos guetos para as prisões. O gueto, como prisão social e a prisão como gueto judiciário, transformando o gueto e a prisão em uma espécie de destino da população negra e jovem, a considerar o perfil sociodemográfico dos privados de liberdade no Brasil.

Nessa perspectiva, pode-se afirmar que o sistema carcerário se tornou um instrumento a serviço da manutenção da desigualdade social e da dominação política, onde se faz necessário políticas públicas que sejam capazes de dialogar com essa realidade.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, artigo 1, dispõe que os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos e que são dotados de razão e consciência, devendo agir em relação uns aos outros com espírito de fraternidade.

A Constituição Federal Brasileira de 1988 descreve, em seu artigo 1º, a dignidade da pessoa como um dos fundamentos do Estado democrático de direito. A proteção aos direitos fundamentais propõe a observância ao princípio da dignidade, tendo como consequência a limitação da ação do Estado em relação ao indivíduo. Os direitos humanos das pessoas privadas de liberdade encontram-se descritos em documentos internacionais que vedam a tortura, o tratamento desumano e degradante, além de determinar a separação entre processados e condenados.

No Brasil, o processo de democratização do Estado, após duas décadas de ditadura militar, pouco modificou o processo penalizador, fundado na institucionalização da criminalização. No aspecto teórico, constitucional, tem-se um Estado democrático. Porém, no campo prático, ainda se vive um Estado autoritário, principalmente nas questões relacionadas à segurança pública (Oliveira, 2012).

Segundo estudos de Martins (2018) o Brasil assumia a 4ª maior população de presos no mundo, ficando atrás somente dos Estados Unidos, China e Rússia, que assumiam a 1ª, 2ª e 3ª colocação, respectivamente. Atualmente o Brasil é o terceiro país com maior número de pessoas presas, atrás de Estados Unidos e China. O quarto país é a Rússia, segundo dados de 2019 do Infopen. Quando relacionado à América do Sul, o Brasil assume a 1ª colocação em maior população carcerária. Esta realidade do sistema

penitenciário proporciona um ambiente insalubre para o desenvolvimento físico, mental e social que leva à agressividade, violência e insensibilidade afetivo-emocional.

Segundo dados de 2012 do Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), a população carcerária brasileira era de 548.003 presos para 310.687 vagas, custodiada em 1.478 estabelecimentos prisionais disponíveis no território nacional. Dados de 2019 apontam um aumento para 726.354 presos. Esses dados, segundo o Ministério da Justiça, representam um dos principais problemas do Sistema Penitenciário Brasileiro, que é a superpopulação carcerária.

No estudo de Oliveira (2012) o Pará tem a 12º maior população carcerária do país e é o primeiro colocado da Região Norte, segundo dados do Ministério da Justiça de junho 2011. Os números da Superintendência do Sistema Penitenciário do Pará (SUSIPE) revelam, naquele momento, uma diferença muito expressiva em que quase todas as unidades penitenciárias estavam operando superlotadas.

O estudo de Martins (2018) apresenta que, de 8.662 vagas para um quantitativo populacional, existiam 16.505 presos distribuídos em 47 unidades prisionais no Pará. Isso representa um excedente populacional de 52,48%, incluindo toda a população carcerária do Estado. Porém, quando se analisou separadamente as unidades localizadas na Capital/Região Metropolitana e Interior do Estado Paraense, observou-se respectivamente 38,66% e 65,66% de excedente populacional, levando à afirmação de que as condições de custódia para os presos das unidades do interior são piores que as da capital/ área metropolitana de Belém.

Ambas as autoras apresentam uma superpopulação carcerária no Estado do Pará acompanhando o mesmo crescimento no nível nacional, demonstrando que a ressocialização no sistema carcerário está longe de ser uma realidade devido a muitos problemas, que vão desde a infraestrutura inadequada e com a superlotação dos presídios até ao número de servidores em quantidade insuficiente.

Nesse contexto da saúde carcerária, o agente penitenciário é, sem dúvida, de grande importância na implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), fazendo depender de seu desempenho profissional o bom resultado ou o fracasso das ações de saúde dentro do cárcere, uma vez que compete a este profissional manter o primeiro contato com o preso dentro do complexo carcerário. Cabe ao agente penitenciário, portanto, o encaminhamento e, de certa forma, a organização dos atendimentos e serviços de saúde.

A compreensão do agente penitenciário como colaborador do serviço da saúde prisional e a auto concepção sobre esta colaboração se fazem indispensáveis ao trabalho com a equipe de saúde para responder às necessidades da pessoa em situação de cárcere. Estes diferentes trabalhadores – agente penitenciário e de saúde – têm particularidades na divisão social do trabalho no cárcere: possuem finalidades diferentes, objetos e instrumentos próprios, mas entendendo o trabalho no cárcere como um trabalho coletivo, ambos se deparam, inevitavelmente, com necessidades de saúde dos privados de liberdade.

Acredita-se que o agente penitenciário necessita de preparo para lidar com indivíduos infratores que, isoladamente ou em grupo, questionam a autoridade representada por este trabalhador dentro do cárcere:

A atividade profissional em instituições prisionais envolveria quase todas as situações (...): risco para a própria vida e/ou integridade física dos sujeitos; permanente e intenso autocontrole emocional e elevada responsabilidade com vidas humanas, (...) tais como a realização da tarefa em situações de confinamento e de tensas relações grupais, situações de controle e disciplina rigidamente hierarquizadas e situações de intensa ambiguidade ou de dilemas inconciliáveis: cuidar, tratar, regenerar e reeducar em oposição a punir, vigiar, castigar, controlar e disciplinar outros seres humanos. (Lourenço, 2010, p. 41-2).

Neste sentido, é válido explicitar que a exposição ao perigo de rebelião, embora ocorra raramente, requerendo alerta constante, a pressão, a tensão, a periculosidade, a insalubridade do ambiente, resulta em desgaste psicológico desse trabalhador (Lourenço, 2010).

Estudo de Moraes (2013) relatando o sentimento dos agentes penitenciários mostra o quanto é cansativo o trabalho no sistema prisional. O desgaste está relacionado à rotina no sistema prisional que envolve, além de outras funções, revistas aos presidiários e visitantes, vigilância interna, disciplina, vigilância constante, além da lida com situações de conflito como rebeliões e fugas.

No levantamento da literatura científica realizada nas bases do Google Acadêmico, Teses USP, Teses Capes, PubMed, Scielo e Lilacs (Apêndice A), realizado para composição do estado da arte, nos últimos cinco anos (2013-2017) sobre o tema, utilizou-se os descritores: “agente penitenciário” AND “saúde no cárcere” e “cuidados de saúde” AND “saúde prisional”. No total foram encontrados 18 artigos que, de modo

geral, tratam dos processos de trabalho do agente penitenciário no interior do cárcere e condições de vida e de trabalho. Em destaque os achados mais relevantes.

Alguns estudos discutem implicações na vida e no trabalho destes trabalhadores. Por exemplo, apresentam discussões e resultados de como o agente penitenciário se denomina como “doutor em cadeia”, ou seja, detém um “poder de decisão” sobre as questões de saúde e de segurança. O agente penitenciário reforça que a estabilidade da segurança na prisão só seria mantida à medida que lhes fosse dado este reconhecimento (Moraes, 2013). Muitas vezes, o agente penitenciário acredita que seu trabalho não é visto com a finalidade de manutenção da segurança do local, passando a ter o sentido de segregação, de separação do indivíduo da sociedade (Scartazzini, 2014), de tal forma contribuindo com o estigma em torno dos adjetivos: carcereiro, carrasco, torturador e corrupto (Rudnicki et al., 2017).

Trabalhar nas penitenciárias influencia a vida social destes profissionais para o uso abusivo de álcool e outras drogas (Dimenstein, 2017); há rejeição de amigos e família pela função profissional, relatados pelos agentes que afirmam que são discriminados por conviverem com pessoas privadas de liberdade caracterizadas como bandidas (Rudnicki et al., 2017). Moraes (2013) discute que o agente não demonstra orgulho ou satisfação do que faz e esconde sua condição profissional o quanto pode. Para Barcinski et al. (2014), no exercício profissional, a relação dos agentes penitenciários com as pessoas privadas de liberdade se mistura em sentimentos contraditórios de raiva e amizade.

Analisando as funções e atividades do agente penitenciário (Jaskowiak, Fontana, 2015) identifica-se que não inclui ações que se relacionam à saúde:

(...) suas atividades abarcam escolta, disciplina e segurança dos presos; revista e fiscalização da entrada a saída de pessoas e veículos nos estabelecimentos prisionais; verificação e revista do preso, controle e a conferência diária da população carcerária em todas as áreas do estabelecimento prisional; supervisão e fiscalização do trabalho prisional e conduta dos presos, observando os regulamentos e as normas do estabelecimento prisional em todas as fases da execução penal; realização de atos e procedimentos das infrações disciplinares. (Jaskowiak, Fontana, 2015, p. 236).

O trabalho na prisão expõe a todos à vulnerabilidade de adoecer, tanto aos presos quanto aos Agentes Penitenciários (Scartazzini, 2014). Um destaque é na área de saúde mental (Ferreira, 2016), evidenciando a importância da presença do Estado na

formulação e acompanhamento das políticas públicas de saúde, tendo em vista a vulnerabilidade inerente às funções que os Agentes Penitenciários desempenham nas unidades prisionais.

Um estudo chama a atenção para o desafio posto aos agentes penitenciários e trabalhadores da saúde, quanto à necessidade de cuidados aos prisioneiros idosos, demandando inclusive cuidados paliativos, dado o envelhecimento da população encarcerada (Turner, Peacock, 2017).

Um estudo realizado com profissionais de saúde do sistema prisional sobre os desafios no campo (Jesus et al., 2013), discute o dilema da relação entre as equipes de saúde e de segurança prisional para a garantia das ações de saúde:

Visto que o trabalho da saúde está diretamente relacionado às ações da segurança, por que não pensar os agentes penitenciários como integrantes da equipe de saúde? (Jesus et al., 2013, p.48)

Há, em alguma medida, a compreensão do direito à saúde da pessoa privada de liberdade como uma vantagem concedida, tanto dos profissionais de saúde quanto de agentes penitenciários (Martins, 2014), conforme citação:

O entendimento por profissionais de saúde e agentes penitenciários do acesso aos serviços de saúde como vantagem dada ao preso tem relação com a insatisfação com as precárias condições de trabalho a que estão submetidos, compreendidas como ausência de direito, provocando, por consequência, uma atitude de negação desse suposto *mais direito* do outro (Martins, 2014, p.1230).

Jesus e Scarparo (2015) discutem que as equipes de saúde buscam se conectar com a rede de atenção em saúde situada fora das prisões e encontram obstáculos pelas regras estabelecidas nesses locais. Elas consideram relevante que os sujeitos privados de liberdade tenham acesso a serviços de saúde, porém esbarram em dificuldades como citam as autoras:

As ações de saúde estão atravessadas pelas regras e funcionamento local e diversos modos de trabalho serão adaptados ao contexto. O usuário não acessa os serviços de saúde no momento em que deseja, assim como os trabalhadores de saúde não podem executar ações que alterem a rotina do lugar sem que a equipe de segurança tenha conhecimento e aprove tais atividades (Jesus, Scarparo, 2015, p. 86).

Nesta primeira revisão da literatura, no período de cinco anos, não foram identificadas publicações de pesquisas que tomem a análise na perspectiva do agente penitenciário sobre saúde no Sistema Prisional, tendo por cenário o estado do Pará, o que justifica a relevância da realização do presente estudo nesta localidade. E há escassez de estudos que tomam esta perspectiva, do cuidado em saúde no sistema prisional. O presente estudo tem a finalidade de contribuir com o conhecimento sobre o tema e fomentar a ação local. Como pergunta de pesquisa, questiona-se “como os agentes penitenciários de Santarém do Pará percebem e concebem o cuidado em saúde na situação de cárcere?”.

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever e analisar a percepção e a concepção dos agentes penitenciários de Santarém do Pará sobre saúde da pessoa privada de liberdade.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar o perfil sociodemográfico, de condições de vida e trabalho dos agentes penitenciários;
2. Identificar a compreensão dos agentes penitenciários sobre a saúde da pessoa privada de liberdade;
3. Identificar a concepção dos agentes penitenciários sobre o direito à saúde da pessoa privada de liberdade.

3 MÉTODO

3 MÉTODO

3.1 REFERENCIAL CONCEITUAL DE VULNERABILIDADE EM SAÚDE

O objeto de estudo, “Saúde no Cárcere”, parte da perspectiva do conceito de vulnerabilidade aos agravos de saúde para ajudar na interpretação e análise deste estudo e identificar as implicações que este conhecimento produz nos cuidados em saúde no cárcere.

O conceito de vulnerabilidade designa um conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados à maior suscetibilidade de indivíduos e comunidades a um adoecimento ou agravo e, de modo inseparável, menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para sua proteção (Ayres, 2009).

Vulnerabilidade é um verbo que deriva do latim *vulnerare*, que quer dizer “provocar um dano, uma injúria” e é um termo utilizado, de modo geral, para significar perigo (Nichiat, et al., 2008).

O conceito de vulnerabilidade tem suas raízes no campo dos direitos humanos. Tem origem na discussão dos direitos de cidadania de grupos sociais considerados *vulneráveis*, em função da fragilidade na aquisição de seus direitos. Passou a ser usado mais amplamente nos estudos em saúde a partir da década de 1990, com a importante contribuição sobre a disseminação da aids - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (*acquired immunodeficiency syndrome*) em diferentes países do mundo (Nichiat et al., 2011), com propostas de renovação das práticas de saúde, de modo geral, e da prevenção e promoção da saúde, em particular. E com a produção de conhecimento efetivamente interdisciplinar (Ayres et al., 2009).

Para Bertolozzi et al. (2009), a vulnerabilidade expressa os potenciais de adoecimento, de não adoecimento e de enfrentamento, relacionados a todo e cada indivíduo. Ou seja, segundo Nichiat et al. (2008), os termos “vulnerabilidade” e “vulnerável” são comumente empregados para designar a suscetibilidade das pessoas a problemas e danos de saúde que apresentam alguma alteração de situação de “normalidade” biológica, referida ao seu ciclo de vida ou a sua condição social e, desta forma, os grupos a que pertencem são entendidos como deficitários ou que foram de alguma forma prejudicados na sua “forma de andar a vida”.

Há que se concordar, então, que o conceito de vulnerabilidade privilegia o plano do coletivo, como unidade analítica cuja estrutura é marcada por um referencial ético-filosófico que busca a interpretação crítica dos fenômenos, transcendendo a abordagem individual do processo saúde-doença (Nichiata et al., 2011).

Ayres e as demais autoras relatam que as análises de vulnerabilidade envolvem a avaliação articulada de três eixos interligados. Propõe-se que a vulnerabilidade seja interpretada segundo a interação de três dimensões: a individual, a programática e a social.

A *dimensão individual* diz respeito ao grau e a qualidade de informação de que os indivíduos dispõem sobre o problema. Sua motivação e habilidade para elaborar estas informações e incorporá-las às suas práticas cotidianas e, finalmente, as condições objetivas de que dispõem para transformar essas práticas (Ayres et al., 2009).

A *dimensão programática* é composta pelo acesso efetivo e democrático aos recursos sociais necessários para evitar a exposição aos agravos, além da possibilidade de acessar os meios de proteção (Nichiata et al., 2011). Contempla o acesso aos serviços de saúde, a forma de organização desses serviços, o vínculo que os usuários dos serviços possuem com os profissionais de saúde, as ações preconizadas para a prevenção e o controle do agravo e os recursos sociais existentes na área de abrangência do serviço de saúde (Bertolozzi et al., 2009). É fundamental a existência de esforços programáticos voltados nessa direção. Quanto maior for o grau de qualidade e compromisso, recursos, gerência e monitoramento de programas nacionais, regionais e locais de prevenção e cuidado, maiores serão as chances para direcionar os recursos sociais existentes e otimizar seu uso (Ayres et al., 2009).

A *dimensão social* abrange aspectos estruturais relacionados à educação, aos meios de comunicação, às políticas sociais, econômicas e de saúde, à cidadania, gênero, cultura, religião, entre outros, que exercem influência nas outras dimensões, determinando-as ou mediando-as (Nichiata et al., 2011). Integra a dimensão social do adoecimento, utilizando-se de indicadores que revelem o perfil da população da área de abrangência no que se refere ao acesso à informação, gastos com serviços sociais e de saúde (Bertolozzi et al., 2009).

No presente estudo, entende-se que as dimensões se interconectam, mas optou-se por destacar a dimensão social na análise sobre a saúde no cárcere na perspectiva do agente penitenciário de Santarém-Pará.

Trazendo a discussão dos conceitos de vulnerabilidade para a saúde das pessoas privadas de liberdade, autores concordam que a iniquidade no acesso às políticas públicas potencializa as vulnerabilidades que, somada à visão punitivista, ressalta a relação de poder do Estado na dominação dos corpos dos apenados que estão sob a sua responsabilidade (Soares Filho, Bueno, 2016).

Na perspectiva da Saúde Coletiva, a Constituição Federal de 1988 é fruto das lutas de classes e nela foi possível estabelecer bases legais para buscar garantir a saúde como direito fundamental e universal (Martins, 2018). Não poderia ser diferente à população privada de liberdade. Algumas marcações legais são encontradas na LEP, que normatizam os serviços destinados à população privada de liberdade; em seu artigo 14, da seção III, destaca que a “assistência à saúde do preso e do internado de caráter preventivo e curativo, compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico” (Brasil, 1984).

Por outro lado, com relação ao direito à saúde no sistema prisional com vistas à política pública de saúde no Plano Nacional de Saúde no Sistema Prisional (PNSSP), criam-se pontes ao invés de muros, pois observar e reconhecer um problema é o primeiro passo para enfrentá-lo (Kolling, Silva, Sá, 2013).

Com o objetivo de garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no SUS, após dez anos da PNSSP é instituída a PNAISP. A Portaria Interministerial Nº 1, de 2 de janeiro de 2014 prevê que os serviços de saúde no sistema prisional passem a ser ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS, qualificando também a Atenção Básica no âmbito prisional como porta de entrada do sistema e ordenadora das ações e serviços de saúde pela rede (Brasil, 2017).

Para Santos e Diel (2016), como apenas atualmente ocorreu a preocupação do direito à saúde pelas pessoas privadas de liberdade, para uma melhor proteção a esse universo carcerário, isso pesa como um atraso em termos de legislação. Portanto, a situação que existe decorre de um sistema ainda falho e que precisa de maneira urgente de maior atenção e cuidados. Nesta perspectiva, é de fundamental importância a consolidação da política pública de saúde no sistema carcerário.

Neste estudo, o conhecimento do conceito de vulnerabilidade foi importante para a pesquisa em enfermagem. De acordo com Nichiata et al. (2011), por estar intrinsecamente vinculado à saúde e problemas de saúde, o conhecimento da vulnerabilidade das pessoas às doenças transmissíveis auxilia a identificação das suas

necessidades em saúde, que são marcadas pelo estigma, exclusão social e sentimentos de medo. E nesse contexto estão as pessoas privadas de liberdade.

O presente estudo partiu desta perspectiva conceitual para a análise sobre a percepção e concepção sobre saúde pelo agente penitenciário por concordar, ainda, com Ayres (2009) que as ações para a redução de vulnerabilidades não podem se tornar efetivas e operacionais se forem mantidas restritas à esfera individual e institucional da saúde. A ação intersetorial é fundamental, sendo que as chances de melhores resultados se expandem proporcionalmente.

3.2 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Trata-se de pesquisa exploratória, descritiva e interpretativa, de campo, com abordagem qualitativa. Foram realizados grupos focais. A abordagem dos dados foi qualitativa, traduzindo as condições particulares do campo e atentando às dimensões que se revelaram pertinentes.

Alguns autores, a exemplo de Minayo e Sanches (1993), Goldenberg (2004) e Gomes (2012), concordam que, anteriormente, as pesquisas se sustentavam em modelos quantitativos nos quais a veracidade e a confiança em um estudo eram verificadas pela quantidade de entrevistados; porém, o método é apenas o fio condutor para se articular o conhecimento científico entre a teoria e a realidade empírica. Mesmo nas pesquisas quantitativas, a subjetividade do pesquisador está presente.

Ao utilizar a abordagem de natureza qualitativa, o pesquisador tem como preocupação não uma representatividade numérica do grupo pesquisado, mas o aprofundamento da compreensão de um grupo social (Goldenberg, 2004). Gomes (2012) observa que devemos considerar que, dentro de um mesmo grupo social, há divergências de ideias e opiniões e a pesquisa qualitativa deve dar conta tanto das opiniões homogêneas quanto das que se diferenciam dentro de um mesmo meio social.

Minayo (2012) reforça este pressuposto ao defender que o verbo principal da análise qualitativa é compreender, ao citar Hans-George Gadamer em sua produção “Verdade e método”, de 1999 pela Editora Vozes, onde diz que compreender é exercer a capacidade de colocar-se no lugar do outro, tendo em vista que, como seres humanos, temos condições de exercitar esse entendimento. Ou seja, para compreender é preciso considerar a singularidade de cada um porque sua subjetividade é o retrato de experiências vividas. Assim como, também, é preciso considerar que a experiência e a

vivência de uma pessoa ocorrem no âmbito da história coletiva e são contextualizadas e envolvidas pela cultura do grupo em que ela se insere.

Nesta pesquisa desenvolvida com agentes penitenciários do Centro de Recuperação Agrícola Silvio Hall de Moura (CRASHM) e do Centro de Recuperação Feminino de Santarém (CRFS) do Pará, buscou-se uma abordagem teórico-prática por se tratar de relatos de experiências no trabalho dos agentes penitenciários, que privilegiasse o campo da investigação qualitativa e que contribuísse para o levantamento das dimensões das ações humanas, apontando na direção de novas reflexões, visando justificar propostas de intervenções em ações coletivas no campo da saúde, especialmente a saúde carcerária. Dessa forma, adotou-se como referência a técnica de pesquisa de Grupo Focal para a escuta interpretativa das concepções dos agentes penitenciários sobre a saúde no cárcere.

3.3 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DA PESQUISA

O Estado do Pará tem como capital a cidade de Belém e é o segundo colocado em extensão territorial do Brasil. Situa-se no centro da região Norte, tendo como limites o Suriname e o Estado Brasileiro do Amapá a norte, o oceano Atlântico a nordeste, o Estado do Maranhão a leste, Tocantins a sudeste, Mato Grosso ao sul, Amazonas a oeste e o Estado de Roraima e a Guiana a noroeste. Possui 144 municípios, distribuídos em uma área total de 1.247.689,515 km² e uma população, segundo o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2010), de 7.581.051 habitantes, e população estimada pelo IBGE (2018) de 8.513.497.

Ilustração 1: Mapa do Estado do Pará

Fonte: www.guiageo.com/para-estado.htm
 Mapa Base - IBGE

De acordo com dados do Ipeadata, o Estado do Pará conta com um Produto Interno Bruto (PIB) anual de R\$130.883 bilhões (2015), uma renda per capita anual de R\$ 16.009 (2015) e um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0.646, médio (2010), e suas principais atividades econômicas concentram-se na área da agricultura, da pecuária, do extrativismo e da mineração.

Segundo dados da FAPESPA (2015) o Estado do Pará ocupa a 4ª maior taxa de pobreza do Brasil (32%), a 9ª maior taxa de mortalidade infantil do Brasil (17%) e a 12ª maior taxa de analfabetismo de 15 anos e mais no Brasil (11,74%).

O presente estudo foi desenvolvido no Município de Santarém no Oeste do Pará, Região de Integração (RI) do Baixo Amazonas. Segundo o IBGE (2010), está a cerca de

1.520 km (807 km, em linha reta), da capital do Estado; tem uma área de aproximadamente 22.887 Km², sendo que o perímetro urbano é de 77 Km² e o perímetro rural é de 24.345,5 Km²; além de uma população de aproximadamente 294.774 habitantes com estimativa populacional do IBGE (2018) de 302.667 habitantes, na confluência dos rios Amazonas e Tapajós mais precisamente.

Santarém é caracterizada como o centro polarizador da RI do Baixo Amazonas no Oeste do Estado, por ser o principal centro urbano financeiro, comercial e cultural e por oferecer melhor infraestrutura econômica e social (escolas, hospitais, universidades, estradas, portos, aeroporto, meios de comunicação, indústria, comércio e etc.), bem como por contar com o setor de serviços mais desenvolvido da região.

Ilustração 2: Imagem de Santarém – Encontro das águas dos rios Tapajós e Amazonas.

Fonte: <http://www.santarem.pa.gov.br> – Página oficial da Prefeitura de Santarém, 2019.

Atualmente, Santarém é polo dos seguintes municípios: Alenquer, Almeirim, Belterra, Curuá, Faro, Juruti, Mojuí dos Campos, Monte Alegre, Óbidos, Oriximiná, Placas, Porto de Moz, Prainha, Terra Santa, Aveiro, Itaituba, Jacareacanga, Novo Progresso, Rurópolis e Trairão. Fundada em 22 de junho de 1661, a cidade é uma das

mais antigas da região amazônica e se constituiu como uma das mais importantes, sendo o segundo maior aglomerado urbano do Pará.

Ilustração 3: Mapa da RI Baixo Amazonas – Destaque para Santarém

Fonte: Foto MPPA.

O município de Santarém é dividido em regiões rurais ribeirinhas de Várzea, Arapiuns e Tapajós, e regiões rurais de planalto do Eixo Forte, Curuá-Una e Cuiabá com os distritos do Lago Grande do Curuai, Arapixuna, Tapajós, Boa Esperança e distrito de Alter do Chão-Eixo Forte. Nestes estão distribuídas 472 comunidades rurais das quais 260 localizam-se nas regiões de rios e várzea, 212 estão na zona de planalto, enquanto a área urbana possui 48 bairros (PMS, 2018).

A rede de saúde de Santarém compõe os serviços de saúde pública que dão cobertura nos níveis da atenção básica com cerca de 72 Unidades Básicas de Saúde (UBS), distribuídas em Unidades de Estratégia Saúde da Família (UESF), Unidade Fluvial de Saúde da Família - Abaré I, Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) e Unidade Básica de Saúde Prisional (UBSp) e ainda em fase de implantação a Unidade Fluvial de Saúde da Família - Ailton Barros, e a Unidade Básica Fluvial Ribeirinha.

Na assistência de média e alta complexidade Santarém é referência para os 20 municípios das regiões do Baixo Amazonas e Tapajós, trabalhando com sistema de Programação Pactuada Integrada (PPI) e Serviço de Regulação (SR) para o serviço de internação hospitalar, consultas e procedimentos especializados, norteados pelos princípios do SUS.

Os serviços de média complexidade contam com Centros de Referência de Saúde da Mulher, Criança, Idoso, Trabalhador, Centro de Testagem e Aconselhamento/Serviço de Atendimento Especializado (CTA/SAE), Vigilância em Saúde, Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA), Hospital e Pronto Socorro Municipal e, atendendo às demandas de alta complexidade, o Serviço de Nefrologia do Oeste do Pará e o Hospital Regional do Baixo Amazonas.

Destaca-se o serviço do CTA/SAE com relação a proposta do município no Plano Anual de Saúde (PAS), com a realização de ações voltadas à diminuição da vulnerabilidade da população em relação às IST/HIV/aids e hepatites virais, à melhoria da qualidade de vida das pessoas infectadas e à redução do preconceito, por meio de Políticas Públicas e ações de saúde com o compromisso para a promoção da saúde e da cidadania, em consonância com os princípios do SUS (PAS, 2019).

No âmbito do sistema penitenciário, há a Superintendência do Sistema Penitenciário do Estado do Pará (SUSIPE), criada pela Lei nº 4.713, de 26 de maio de 1977, transformada em Autarquia pela Lei nº 6.688, de 13 de setembro de 2004. Dotada de autonomia administrativa e financeira e vinculada à Secretaria de Estado de Segurança Pública e Defesa Social (SEGUP), tem por finalidade “planejar, coordenar, implementar, fiscalizar e executar a custódia, reeducação e reintegração social de pessoas presas, internadas e egressos”, em cumprimento ao disposto na Lei Federal nº 7.210, de 11 de julho de 1984 - Lei de Execução Penal e tem por Missão Institucional “Possibilitar tratamento humano aos que cumprem pena em estabelecimentos prisionais; bem como tratamento adequado ao condenado, buscando, nesse sentido, a efetiva política de proteção à vida e de prevenção ao crime”.

São 47 Unidades Prisionais no Pará, sendo três em Santarém – Centro de Triagem Masculina de Santarém (CTMS), o Centro de Recuperação Agrícola Silvio Hall de Moura (CRASHM) e o Centro de Recuperação Feminino de Santarém (CRFS).

Segundo o portal da transparência da SEGUP com dados de outubro de 2017 a outubro de 2018 (2018), os tipos de crime mais cometidos no Estado do Pará são roubo, seguido por furto, lesão corporal, tráfico de drogas, homicídio doloso, estupro, latrocínio e lesão corporal seguida de morte (LCSM).

Em relação a faixa etária das pessoas privadas de liberdade no Estado do Pará, a maior parte é composta por jovens. Entre estes, 35,83% possuem entre 18 a 24 anos, seguido de 28,94% entre 25 a 29 anos e 17,58% entre 30 a 34 anos. Somados, os números de presos até 29 anos totalizam 64,77% da população carcerária.

Gráfico 1: Faixa etária das pessoas Privadas de Liberdade no Estado do Pará

Fonte: INFOPEN, junho/2017.

O Estado do Pará hoje possui uma capacidade de 9.970 vagas, segundo informação de junho de 2019, disponibilizada pelo site da SUSIPE, a população carcerária é de 20.005 reclusos, sendo 9.722 de presos provisórios e 10.283 sentenciados.

Com relação ao Complexo Penitenciário do Município de Santarém, possui em sua estrutura três Unidades Prisionais: CRASHM, CTMS e o CRFS, localizadas na comunidade de Cucurunã, área rural do planalto no Eixo Forte do município de Santarém, Estado do Pará, estando alocado a nível estadual na Região Integrada do Baixo Amazonas. O estudo foi realizado especificamente no CRASHM e no CRFS.

O CRASHM foi inaugurado no ano de 1996 e até abril de 2018 funcionava como presídio misto, custodiando homens (no regime fechado e semiaberto) e mulheres (no regime fechado, semiaberto e provisório). A partir de maio de 2018, passou a custodiar apenas homens. Atualmente, o CRASHM custodia 868 internos. A capacidade é para 634 vagas (INFOPEN, julho/ 2019).

**Ilustração 4: Foto do Centro de Recuperação Agrícola Silvio Hall de Moura
– Santarém - Pará**

Fonte: Acervo pessoal da pesquisadora, 2019.

Quanto aos serviços de saúde no complexo prisional é importante ressaltar que o município de Santarém aderiu à Política Nacional de Atenção às Pessoas Privadas de Liberdade no ano de 2016, quando foi realizada a construção de uma Unidade Básica de Saúde Prisional (UBSp), conveniada com a Secretaria Municipal de Saúde. Esta UBSp fica nas dependências do CRASHM, dentro do complexo prisional e conta com uma estrutura física de consultórios médicos e de enfermagem, farmácia básica, enfermaria, sala de pronto atendimento, sala de observação, consultório odontológico e consultório multiprofissional.

Com a PNAISP, as ações de saúde dentro dos presídios seguem os mesmos procedimentos adotados pelo SUS, com atendimentos da atenção básica por meio de programas de hanseníase, tuberculose, saúde mental, saúde da mulher, controle e acompanhamento da hipertensão e diabetes, Doenças Sexualmente Transmissíveis (incluindo HIV/aids), imunização e apoio diagnóstico laboratorial.

A PNAISP prevê, ainda, a inclusão dos trabalhadores dos serviços penais nas ações de promoção de saúde preventivas e educativas referentes à política, cabendo às direções das unidades prisionais viabilizar a capacitação desses servidores, a fim de terem conhecimento do novo método de trabalho desenvolvido pela equipe de saúde da unidade prisional.

Para o desenvolvimento das atividades possui um quadro de profissionais de saúde com médico, enfermeiros, psicólogo, assistente social, odontólogo, técnicos de enfermagem, técnico em saúde bucal, aliados à equipe técnica de segurança e aos demais profissionais (cozinha, auxiliares administrativos, portaria, vigilantes, motoristas).

O CRFS foi inaugurado em 06 de abril de 2018 (INFOPEN, abril/2018), com a capacidade instalada para custodiar 86 mulheres, seja em regime fechado, semiaberto ou provisório. Conta com uma estrutura física diferenciada com 13 celas coletivas (capacidade para seis vagas cada), uma cela para pessoa com deficiência com duas vagas, quatro celas individuais e duas celas de visita íntima. Conta, ainda, com sala de amamentação, sala de vacinação, brinquedoteca, consultórios médicos, refeitório, salas de aula e bloco. A equipe de saúde prisional do CRFS é composta por enfermeiro, médico, odontólogo, assistente social, psicólogo e técnico de enfermagem.

Ilustração 5: Foto do Centro de Recuperação Feminino de Santarém - Pará

Fonte: Acervo pessoal da pesquisadora, 2019.

No quantitativo de agentes penitenciários o CRASHM possui 54 e o CRFS 21 agentes penitenciários, entre homens e mulheres, informação obtida pela pesquisadora diretamente na secretaria administrativa das unidades penais, uma vez que a inauguração do CRFS foi recente e houve recomposição de recursos humanos no CRASHM.

O Complexo Penitenciário de Santarém conta com uma direção local em cada uma das unidades prisionais no município de Santarém, que reporta as demandas à Superintendência do Sistema Penitenciário do Estado do Pará. O projeto foi desenvolvido em unidades penais do CRASHM e do CRFS pertencentes a este complexo.

3.4 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população do estudo consistiu de agentes penitenciários, composta em dezembro de 2018 por 23 mulheres e 52 homens, assim distribuídos: no CRASHM: 8 (oito) femininos e 46 masculinos e no CRFS: 15 femininos e 6 (seis) masculinos, perfazendo um total de 75 agentes penitenciários.

Foram incluídos na pesquisa os profissionais agentes penitenciários de ambos os sexos atuando na função.

Como critérios de exclusão, definiu-se que estes seriam aplicados aos profissionais agentes penitenciários que, no momento da coleta de dados, estivessem de férias e/ou licenciados do trabalho.

3.5 PROCEDIMENTO DE COLETA E INSTRUMENTOS DA PESQUISA

Foi realizada a técnica do grupo focal, entendendo que é uma técnica conhecida e utilizada na área da saúde, que possibilita o fomento de discussões e se adequa ao objetivo deste estudo:

(...) uma técnica de Pesquisa na qual o Pesquisador reúne, num mesmo local e durante um certo período, uma determinada quantidade de pessoas que fazem parte do público-alvo de suas investigações, tendo como objetivo coletar, a partir do diálogo e do debate com e entre eles, informações acerca de um tema específico (Neto et al., 2002).

Pelo fato dos agentes penitenciários possuírem um ritmo de trabalho acelerado e pouco tempo disponível fora dos pavilhões, a técnica de grupo focal dinamizou a coleta de informações junto a estes agentes por ser um método que possibilita o diálogo em grupo e a investigação com vários participantes em um só tempo, aumentando a chance de participarem do estudo.

Foi aplicado no início dos grupos focais um roteiro investigativo em formato de formulário (Apêndice B), o qual foi distribuído individualmente para preenchimento de

informações sobre condições de vida e trabalho dos agentes penitenciários. O formulário foi elaborado procurando reunir, ao final da pesquisa, informações que caracterizem os agentes penitenciários de Santarém com qualidades pessoais e profissionais.

Para não haver identificação pessoal, as fichas receberam o número de identificação distribuído durante o grupo focal. O formulário foi composto com informações básicas, tais como: idade, sexo/gênero, raça/cor (autodeclarada), naturalidade, religião, estado civil, se tem filhos, qual a renda familiar, o turno de trabalho, regime de plantão, o tempo de serviço como agente penitenciário, se possui outra ocupação ou atividade além de ser agente penitenciário e qual a escolaridade ou formação.

Para a realização do grupo focal utilizou-se um roteiro-guia (Apêndice C), que foi elaborado pensando-se nos objetivos deste estudo, com a pergunta norteadora “o que pensa quando falamos a palavra saúde?”, seguida da provocação da pergunta “o que pensa sobre a saúde de pessoa presa?”. Foi solicitado que contassem uma situação ou experiência vivida em que a pessoa presa estivesse doente – considerando a proposta de concepção de vulnerabilidade em que saúde é mais do que só o contrário de doença, e que colocamos desta forma apenas por compreender que o conceito possa ser aplicável a qualquer dano ou condição de interesse para a saúde pública (Ayres et al., 2016).

Os grupos focais foram realizados em horário de trabalho planejados previamente em conjunto com a direção de cada unidade prisional e em local nas dependências do Complexo Penitenciário sempre definido pela administração das casas penais, o que favoreceu a disponibilidade de participação dos agentes penitenciários.

A realização dos grupos focais ocorreu no período de 21 a 29 de novembro de 2018 no CRASHM e no período de 14 a 25 de janeiro de 2019 no CRFS, penitenciária masculina e feminina, respectivamente. A coleta da pesquisa na penitenciária masculina no mês de novembro foi dificultada por motivo de descoberta de túneis, apreensão de televisores, celulares, antenas de telefonia e drogas, de tal forma que o ambiente se encontrava tumultuado, não estando seguro para visitantes de acordo com informações da direção. Houve tentativas de início da pesquisa, sendo possível ao fim do mês.

Para que a técnica de grupo focal tivesse pleno êxito para atingir os objetivos propostos no estudo, fez-se necessário o desempenho de 6 (seis) funções, distribuídas e organizadas em duas etapas:

Etapa 1 do grupo focal - mediador, relator, observador e operador de gravação. Funções exercidas durante a realização do grupo focal;

Etapa 2 do grupo focal - transcritor de fitas e digitador, que dizem respeito ao trabalho pós-grupo, o qual foi realizada exclusivamente pela pesquisadora.

A condução da discussão no grupo focal foi realizada a partir do “Roteiro de Debate” (Apêndice C) como parâmetro utilizado pelo mediador responsável pelo estudo. Ao final de cada sessão foi destinado em torno de um minuto para o participante que desejasse manifestar suas impressões sobre o evento, assim como foi destinado momento de manifestações com o gravador desligado para os participantes que, por algum motivo, não se sentiram à vontade para falar durante a gravação.

Como início, o mediador do grupo focal fez uma breve “introdução”, na qual (I) apresentou a equipe presente que auxiliou na pesquisa; (II) esclareceu os objetivos do estudo e do grupo focal; (III) consultou os participantes sobre a gravação das discussões, lembrando que as fitas não seriam divulgadas e serviriam apenas para facilitar a análise das informações com o conhecimento e autorização dos participantes (IV) destacou a importância da participação de todos nos debates; (V) explicou o que seria feito dos dados após o fechamento de todos os grupos focais; e (VI) convidou os participantes a apresentarem-se rapidamente. Com tal procedimento, objetivou proporcionar confiança e a sentirem-se privilegiados por estarem tomando parte do processo de pesquisa, assim engajando-se com afinco nas discussões.

As reuniões dos grupos focais foram gravadas, com o registro das falas e observações anotadas em relatórios pelos auxiliares da pesquisa. As gravações estão arquivadas em drive, bem como os relatórios e anotações de campo, todos em guarda particular da pesquisadora, conforme critérios éticos para pesquisa envolvendo seres humanos.

De início, pretendia-se realizar um total de 7 (sete) grupos focais com a duração média de duas horas por sessão. Entretanto, foi necessário adequar-se à realidade das casas penais; dessa forma, foram realizados 6 (seis) grupos focais, sendo 3 (três) grupos focais no CRASHM e outros 3 (três) no CRFS em dias diferentes, cada grupo por dia de acordo com a escala de trabalho – pois os agentes penitenciários são organizados em grupos de trabalho determinados pela direção das casas penais. Também houve adequação de horário para a realização dos grupos focais visando facilitar a disposição para o máximo de agentes aceitarem participar; por isso a pesquisa foi realizada após a tranca dos privados de liberdade que se encontravam em regime fechado, ou seja, por

volta das 18 horas. Teve duração média de 1 (uma) hora para que os agentes tivessem tempo hábil de realizar a tranca dos privados de liberdade custodiados no regime semiaberto, o que era feito após a realização do grupo focal.

Nos momentos dos grupos focais, 2 (dois) agentes penitenciários permaneceram no portão da entrada do presídio do CRASHM, e no CRFS a guarda foi realizada por policiais militares.

Em todos grupos focais realizados no CRASHM, notou-se certa desconfiança dos agentes penitenciários e a não aceitação imediata da pesquisa. Muitos alegando cansaço e indisposição, outros mostrando desinteresse pelo tema durante a explicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, embora a maioria tenha aceitado participar do grupo focal e tenha participado ativamente nas respostas.

O primeiro grupo focal foi realizado no dia 21 de novembro de 2018 no CRASHM, na sala do diretor administrativo, com a aceitação em participar do grupo focal de 9 (nove) agentes penitenciários, 8 (oito) agentes do bloco carcerário e 1(um) agente do bloco administrativo. Não houve nenhuma recusa de participação na pesquisa. O grupo focal iniciou às 18 horas com término às 19 horas e 35 minutos.

O segundo grupo focal foi realizado no dia 22 de novembro de 2018 no CRASHM, na sala da secretaria administrativa, com a aceitação em participar do grupo focal de 8 (oito) agentes penitenciários, 7 (sete) agentes do bloco carcerário e 1(um) agente do bloco administrativo. Neste dia 2 (dois) agentes de plantão tiveram que sair para acompanhar preso em internação hospitalar. Não houve nenhuma recusa de participação na pesquisa. O grupo focal iniciou às 18 horas e 20 minutos com término às 19 horas e 30 minutos.

O terceiro grupo focal foi realizado no dia 29 de novembro de 2018 no CRASHM, na sala da secretaria administrativa, com a aceitação de 4 (quatro) agentes penitenciários, todos do bloco carcerário. Neste dia, também houve 2(dois) agentes de plantão acompanhando preso em internação hospitalar e outros 4 (quatro) agentes penitenciários se recusaram participar do grupo focal, sugerindo que poderiam participar se não tivessem que assinar o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”. O grupo focal iniciou às 18 horas e 30 minutos com término às 19 horas e 15 minutos.

O quarto grupo focal foi realizado no dia 14 de janeiro de 2019 com o primeiro grupo de agentes do CRFS. Realizado com 5 (cinco) agentes penitenciários – a equipe do CRFS tem no máximo 5 (cinco) agentes penitenciários no bloco carcerário, os demais são do bloco administrativo – 3 (três) agentes femininas de dentro do bloco

carcerário e 2 (dois) agentes masculinos como apoio. Não houve nenhuma recusa de participação da pesquisa. O grupo focal iniciou às 18 horas com término às 19 horas e 10 minutos.

O quinto grupo focal foi realizado no dia 21 de janeiro de 2019 com o segundo grupo de agentes do CRFS. Da mesma forma que do grupo anterior, foi realizado com 5 (cinco) agentes penitenciários: 3 (três) agentes femininas de dentro do bloco carcerário e 2 (dois) agentes masculinos como apoio. Não houve nenhuma recusa de participação na pesquisa. O grupo focal iniciou às 18 horas com término às 19 horas e 05 minutos.

O sexto grupo focal foi realizado no dia 25 de janeiro de 2019 com o terceiro grupo de agentes do CRFS. Realizado com 5 (cinco) agentes penitenciários: 3 (três) agentes femininas do bloco carcerário e 2 (dois) agentes masculinos como apoio. Este grupo não estava aguardando os pesquisadores. Supôs-se que o supervisor responsável pelos agentes penitenciários tenha esquecido em avisá-los. Não houve recusa para participarem da pesquisa. O grupo focal iniciou às 18 horas com término às 18h50min.

Ao todo foram realizados 6 (seis) grupos focais com a participação geral de 33 agentes penitenciários. Como codificação, com o intuito de manter o sigilo e evitar a identificação dos participantes, foi utilizado um sistema numérico, no qual cada participante recebeu um número de 1 (um) até a contagem final dos grupos focais do CRASHM e do CRFS, isto é, de “**1 (um) a 19**”, no CRASHM e de “**1 (um) a 14**”, no CRFS, a exemplo: “**1CRASHM**” trata-se do participante “1 (um)” identificado no grupo focal do CRASHM e o “**1CRFS**”, trata-se do participante “1 (um)” identificado no grupo focal do CRFS.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

As gravações e registros realizados durante a pesquisa foram transcritos e digitados integralmente para análise do *corpus* do texto.

A análise do texto transcrito das gravações foi realizada com o auxílio do *software Nvivo 11 pro student*. Este é um software desenvolvido para análise qualitativa de dados. Ajudou a organizar, avaliar e encontrar informações em dados não estruturados, como as de respostas abertas nos moldes que esta pesquisa propôs, facilitando encontrar as conexões nas falas dos agentes penitenciários que participaram nos grupos focais e descobrir novas informações.

Para a criação das categorias de análise, que emanam das falas, o software Nvivo 11 pro student, auxilia na organização e processo de codificação das falas, que servem de base para a criação das categorias (criação do nó).

A codificação resultou na criação de três nós, utilizados neste estudo como base para apresentação dos resultados qualitativos, expostos no quadro 1.

Quadro 1: Descrição das categorias empíricas de referências codificadas

Categorias = Nós de Codificação
1. O que o Agente Penitenciário pensa sobre a sua saúde
2. O que o Agente Penitenciário pensa sobre a saúde da pessoa privada de liberdade
3. Que relação há entre os cuidados de saúde da pessoa privada de liberdade e a atividade laboral do Agente Penitenciário

Fonte: Análise das falas a partir do *software* Nvivo 11 pro student. 2019.

Os dados obtidos da pesquisa sociodemográfica foram descritos apresentando o perfil qualitativo dos agentes penitenciários de Santarém.

Salienta-se que o foco, ao interpretar os dados da pesquisa do grupo focal, não foi contar ou relatar opiniões, mas compreender o conjunto dessas concepções e suas representações sobre o tema.

Foram extraídas das falas as categoriais de análise: a) perfil, condições de vida e trabalho do agente penitenciário; b) a concepção do agente penitenciário sobre sua saúde e sobre a saúde da pessoa privada de liberdade e; c) o direito à saúde e a saúde carcerária na perspectiva do agente penitenciário.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Para a execução desta pesquisa obedecemos às normas éticas descritas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo que a mesma foi executada somente após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – EEUSP (Anexo A) na data de 18 de outubro de 2018 sob o Número do Parecer: 2.968.707.

. Os participantes da pesquisa foram informados a respeito dos objetivos do estudo, do método e outros esclarecimentos que se fizeram necessários. Seu aceite em

participar da pesquisa foi expresso pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e disponibilizada uma via de igual teor, devidamente rubricada em todas as páginas pela pesquisadora.

Aos participantes da pesquisa o risco de ter revelado sua identidade existiu, porém foi minimizado por meio da utilização de códigos (numeração) para identificação, preservando com isso a confidencialidade das informações que é um direito dos participantes. Sendo assim os nomes dos profissionais envolvidos na pesquisa não serão mencionados em publicações, nem estarão acessíveis. Do mesmo modo, nenhuma pessoa ligada à pesquisa poderá divulgar informações obtidas, seja por qualquer meio, sem a autorização prévia da coordenação da pesquisa.

Aos pesquisadores, os riscos associados situaram-se quanto à aplicação dos grupos focais, de constrangimento e segurança devido ao local de aplicação ser de risco potencial à segurança, por se tratar de penitenciária; contudo, esses riscos foram minimizados com o planejamento das atividades em conjunto com a direção técnica de cada unidade prisional no aporte de segurança no período de execução das atividades.

Com a finalidade de impedir ou minimizar os riscos já citados, a pesquisadora responsável pela produção do estudo comprometeu-se a respeitar todos os preceitos éticos em pesquisas envolvendo seres humanos, descritos na Resolução do CNS 466 de 12 de dezembro de 2012, e ainda preservando os documentos referentes à pesquisa em local seguro e sigiloso, por um período de, pelo menos, cinco anos após o término da pesquisa e, posteriormente, incinerá-los e/ou deletá-los, mantendo sob proteção a identificação dos participantes durante todo o período da pesquisa.

Como benefícios, a presente pesquisa possibilita discussões de problemas e a busca de soluções coletivas com a participação ativa do trabalhador. Também permite fomentar discussões a respeito da política de Saúde Pública e Saúde Carcerária.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, CONDIÇÕES DE VIDA E TRABALHO DOS AGENTES PENITENCIÁRIOS EM SANTARÉM – PARÁ

Os grupos focais foram constituídos por 33 trabalhadores agentes penitenciários, na faixa etária de 23 a 58 anos, entre solteiros, casados e em união estável, homens e mulheres, mas em sua maioria do gênero masculino, com raça/cor autodeclarada em pardos, brancos e negros, naturais do Estado do Pará, além de um participante natural do Estado do Amazonas e outro do Estado do Acre.

Declararam-se na sua maioria católicos e, na sequência, evangélicos. A maioria dos agentes penitenciários possui até oito filhos, com uma renda familiar que variava de dois a mais de seis salários mínimos. Trabalhar como agente penitenciário era a principal ocupação e os que possuíam outro serviço fora do horário de trabalho, realizavam atividades como mototaxista, motorista particular, mecânico, carpinteiro e pastor.

Trabalhavam em turno integral com carga horária de plantão de 24/48 horas, ou seja, um dia de trabalho para dois dias de folga, com tempo de serviço variado entre menos de um ano e mais de 10 anos exercendo a profissão de agentes penitenciários, sendo que estes com mais de 10 anos chegaram a 23 anos de exercício profissional.

Quanto à escolaridade, mais da metade possuía ensino médio. Outros participantes tinham o fundamental e, poucos, o ensino superior; estes, graduados em publicidade, biologia, ciências sociais, psicologia, engenharia florestal e administração.

Sobre suas condições de vida e trabalho, explicitaram que não eram boas. Isto é traduzido nas falas como sofrimento por sobrecarga de trabalho, afetando aspectos da vida no âmbito físico, mental e espiritual. Segundo eles, vivendo nessas condições, há interferência na vida e no trabalho, na convivência familiar e social.

Afirmaram que o trabalho como agente penitenciário exige alerta permanente, implicando em estresse constante com os presos ou presas e ainda, por muitas vezes, com o próprio colega de trabalho que, segundo eles, não é colaborativo e os coloca em situações de risco de segurança. Ou seja, nesta percepção quando um colega deixa de cumprir com alguma de suas atividades, há sobrecarga e acúmulo de serviço. Segundo

um agente penitenciário com maior tempo de serviço, a falta de interação no ambiente de trabalho provoca o desconhecimento sobre o que um colega realiza e afirma que se “um colega ouvir o outro no desempenho de suas funções fica mais fácil trabalhar e o fardo fica mais leve”.

Chama a atenção nos relatos, não haver tempo para alimentação e hidratação correta. Reconheceram que não se alimentam adequadamente, ao mesmo tempo estranhavam o fato de ganharem peso por acreditarem estar sempre em atividade, ocupados na condução de presos e em constante movimentação. Disseram que nos dias de folga do trabalho aproveitam para dormir e descansar, não fazendo atividade física. Do mesmo modo, segundo eles, a alimentação e a ingestão de água não eram prioridades, dando sempre preferência a realizar o trabalho.

“A alimentação aqui é complicada. Não tem horário certo. A gente toma muita coca, muito refrigerante, come muita besteira, salgado, pão. Isso porque é muito quente. A gente vive no sol, daí a gente quer uma coca e já ‘intéra’ com o salgado. Aí vira costume.”

Por outro lado na jornada de 24 horas de trabalho, o repouso inadequado ou inexistente foi uma das maiores. Lembraram que as viagens de acompanhamento de um preso ou de uma presa para outro município realizadas durante as folgas e com retorno ao trabalho faz com que tenham sobrecarga no trabalho, chegando a ser relatado um período de até cinco dias consecutivos em atividades, quando deveria haver períodos de folga do trabalho. Segundo os agentes “um dia e meio de folga não chega a ser o suficiente para descansar o corpo e a mente”. Muitos relataram insônia, pesadelos, fadiga constante que resultam em estresse, falta de concentração e medo iminente de violência e até morte:

“Eu não sabia o que era o estresse. Eu não sabia o que era o pânico... Hoje eu sei! Eu esqueci... já voltei de novo lá pra olhar (a cela). Hoje eu me acordo de madrugada em casa e nem olho pra minha esposa. Já acordo com a mão na arma. Já nem olho pro meu cachorro ou pra minha mulher, já olho primeiro pra arma porque meu medo é de ser alguém, em qualquer barulho!”

Perceberam mudanças de comportamento após assumirem a função de agentes penitenciários, acentuando uma postura dura e firme que acabam levando para suas casas, pois relataram ser impossível dissociar o trabalho da vida cotidiana familiar.

“Nós entramos e saímos outra pessoa. Nós mudamos muito aqui. É muito difícil uma pessoa entrar aqui e sair igualzinho... ela adquire várias coisas, inclusive a dureza”.

Relataram a percepção de alerta e aumento da atenção e o cuidado em relação à violência na rua, evitando ambientes que, antes de trabalharem no presídio, costumavam frequentar, segundo avaliaram, afetando a vida social. Outra mudança citada é na forma de expressão da linguagem sendo, inclusive, uma das primeiras que perceberam, na incorporação das “gírias de cadeia” tanto dentro quanto fora do cárcere.

Outro relato foi sobre o desenvolvimento de doenças que associaram à função de serem agentes penitenciários. A hipertensão arterial, depressão e síndrome do pânico são as queixas mais frequentes, relacionando-as com ansiedade e estresse no trabalho. Disseram que os problemas de pele são frequentemente apresentados em consequência da exposição ao sol sem proteção. Queixaram-se ainda de labirintite, insônia, sobrepeso e gastrite, resultando na necessidade de uso frequente ou diário de medicamentos.

“Eu tenho problema de insônia e preciso tomar um remedinho pra dormir porque é complicado (...). Às vezes eu tomo cedo o remédio, mas na hora que o sono vem, eu tenho que dormir e quando é de madrugada, eu estou acordada... aí pronto! Eu não durmo mais! São treze anos de sistema e acaba mexendo com a gente realmente, mesmo estando em casa...”

Foram unânimes em concordar que suas famílias os ajudavam a mantê-los saudáveis e que elas eram a motivação para o trabalho. Procuraram compensar o estresse laboral fazendo alguma atividade de lazer com seus familiares ou amigos mais próximos. Afirmaram que “a vitamina do agente penitenciário é o seio familiar” e tinham o cuidado de não levar as tensões do trabalho para seus familiares.

“E eu chego em casa, pelo menos me transpareço muito bem. Eu nem comento nada com a minha mãe... eu nem comento nada. Ela não sabe nem a metade! Ela me pergunta, ‘como foi?’, e eu digo, ‘ah, foi bem!’. Eu fico bem em guardar e aí, às vezes a gente fica em um grupinho fora daqui pra tomar uma cerveja e aí a gente comenta mais algumas coisas. Saímos de vez em quando juntos pra barzinho, passeio de praia... saímos mais quando estamos estourados (...). Mas tem aquela preocupação porque a gente veio mas não sabe se vai voltar”

Por outro lado, relataram também que “o problema lá de fora” pode influenciar negativamente a concentração no trabalho. Falaram que ao acumular o estresse familiar

com a tensão do trabalho, o equilíbrio mental fica prejudicado, acentuando problemas psicológicos.

“Questão de depressão, síndrome do pânico, insônia... tem horas assim que você anda com sua mente fraca. São ‘enes’ situações que se depois a gente for parar pra pensar realmente, o teu corpo está doente e você não percebe”

Os agentes penitenciários com mais tempo de experiência fizeram um comparativo entre as duas casas penais em relação às condições de trabalho e a ambiência que elas proporcionam. Disseram que o CRASHM era um local infestado por insetos e ratos, com odor fétido e contaminado por tuberculose, com alta concentração de presos para poucos funcionários, segundo eles, uma média de dois ou três funcionários para 300 a 400 presos.

“Eu sei que há uma falha nisso! Todo dia a gente ganha, mas não é gratificação e nem aumento. É ameaça! Já tenho uns trinta me esperando e eu sempre digo, ‘ei, entra na fila!’ Hoje vou falar mesmo porque já tô é com raiva... mas colocam um agente no meio de cem... duzentos presos! E não é preso na cela dele, é solto!”

No CRFS não trabalham no sol e na chuva e as celas são mantidas sempre limpas pelas próprias mulheres presas. Desse modo, afirmaram que a qualidade de vida do trabalhador agente penitenciário é melhor no CRFS que no CRASHM, considerando que a estrutura é melhor e por ser uma casa penal recém-inaugurada, tem melhores condições.

No grupo focal realizado no CRFS houve relato que “o ser mulher agente prisional” é difícil, pois agregam às dificuldades peculiares da profissão, a falta de cuidados também peculiares à saúde da mulher. Disseram que é um problema para a trabalhadora não ter como tomar um banho adequadamente, cuidando da higiene íntima no local de trabalho. Os banhos são tomados antes de sair de casa e outro somente quando retornam. Reafirmaram, como os homens, mas por motivos diferentes, que 48h de folga não é o suficiente para cuidar de casa, do marido, dos filhos e demais situações pendentes da rotina domiciliar, sem sobra de tempo para seus próprios cuidados de saúde.

Ainda no grupo focal no CRFS relataram que um agravante atual da realidade no presídio feminino era a ação de facções criminosas que antes não existiam. No CRASHM, que funcionava como presídio misto, não se recebia presa da capital Belém,

mas que com a inauguração do presídio feminino, houve a transferência de presas do “Comando Vermelho” que antes se alocavam no presídio da capital. Estas presas, envolvidas em facções criminosas, logo que chegaram ao CRFS, segundo os agentes, tomaram a prisão e os ameaçaram de morte e de outras ações violentas. Em relação às ameaças que os agentes penitenciários disseram receber, o grupo focal do CRASHM discorreu que trabalhar como agente penitenciário é uma profissão não desejada no mercado de trabalho e ainda mal remunerada:

“Ninguém sonha ser agente penitenciário. É uma profissão que, na verdade, é o que tá cabendo no mercado de trabalho. É o que tá sobrando no mercado de trabalho. É o que o destino dá. Mas não é uma solução assim de dizer que vai ser bom porque vai ganhar bem porque nem ganha... Era pra ganhar!”

Segundo os agentes, a crença e a fé, qualquer que seja, são importantes para manter boas condições de saúde para realizarem suas atividades na vida cotidiana e no trabalho. Disseram que não necessariamente uma dada religião, mas falaram da importância de crer “naquilo que faz bem pra você”, como um processo mental que o fazem acreditar de forma positiva.

“Todos nós quando entramos, entramos com fé que vamos sair de lá. Então, todos nós quando saímos do pavilhão que chegamos aqui pra descansar, a gente agradece (...) e temos que agradecer porque já passamos por muitas situações... É difícil! Não é fácil, não! Cada portão trancado, pra nós, é uma vitória!”

Tanto os agentes penitenciários do CRASHM quanto do CRFS, demonstraram preocupação com doenças infecciosas, virais e transmissíveis como a tuberculose, Infecção Sexualmente Transmissível - IST e gripe por acreditarem que estejam vulneráveis na execução de suas funções.

“Se usa luva em caso de revistas ou quando existe esse tipo de pessoas com doenças tipo HIV, sífilis... Doenças que podem ser transmitidas, no meu ponto de vista, num corte que eu tenha na mão ou outro ferimento que eu possa ter. Ou a gente usa máscara quando a pessoa está com tuberculose (...). Recentemente está tendo bastantes casos de TB e essas luvas e máscaras a gente recebe da enfermagem, fora as nossas que são do nosso uso. Na ‘revista’ se usa luva com todos e não somente com quem se suspeita de doença. Na ‘revista’ é aconselhável que todos usem a luva. É um cuidado com a saúde.”

Concordaram que “o ser agente penitenciário” será para toda vida, embora deixem de exercer o trabalho e, por esse motivo, os cuidados de segurança e atenção fora do cárcere devem ser mantidos, pois não sabem dizer o quanto um preso realmente sabe sobre onde moram e quem são seus familiares ou outras informações pessoais.

“Pra eles a gente sempre vai ser agente penitenciário. Eu tenho um contrato de dois anos e quando eu sair e encontrar eles lá fora, pra eles a gente vai ser sempre funcionário. Aí que a segurança pega! E eles nos conhecem na rua! A gente toma conta de novecentos e vinte presos, eu conheço uns trezentos, mas o resto eu não conheço e eles me conhecem!”

Nesta categoria ficou evidente a percepção de desgaste na vida e no trabalho do agente penitenciário relacionado ao sistema penitenciário. A investigação do perfil sociodemográfico e das condições de vida e trabalho dos agentes penitenciários caracteriza as péssimas condições de vida e trabalho e as repercussões que este trabalho impõe sobre sua relação na sociedade, com destaque à família. No entanto, a percepção é de uma condição “naturalizada”, ou seja, é inerente ao tipo de trabalho e que é de âmbito individual a produção destas condições sendo, portanto, natural que sejam buscadas “alternativas” individuais para melhoria destas condições.

Os agentes sabem que trabalhar no cárcere não é exatamente uma “escolha profissional”. Segundo Reis et al. (2012), que estudaram as instituições penitenciárias localizadas na cidade de Belém, com o objetivo de captar as percepções dos agentes penitenciários em relação aos privados de liberdade e a sua própria atividade profissional, para a maioria dos entrevistados, o ser agente penitenciário não foi uma escolha vocacional ou projeto de vida profissional, sendo esta uma característica presente em estabelecimentos penais de vários lugares do mundo, não sendo exclusivo do Brasil e Santarém. Mas ficou claro, nos grupos focais da presente pesquisa, que trabalhar como agente penitenciário resultou de um contexto de desemprego, sendo esta uma alternativa de sobrevivência.

Na presente investigação, o perfil sociodemográfico dos agentes penitenciários foi semelhante ao de Reis et al. (2012) em presídios da região metropolitana de Belém: maioria do sexo masculino, casados ou em união estável, maioria também com a escolaridade de ensino médio completo e faixa etária de 40 a 59 anos. Semelhante perfil também foi identificado em Salvador, Bahia (Fernandes et al., 2002).

Sobre as condições de vida e trabalho do agente penitenciário, ficou evidente nos grupos focais a carga que há em se trabalhar nas unidades prisionais de Santarém, com jornadas de muitas horas, com poucas folgas. Oliveira (2012), em estudo realizado no Centro de Recuperação de Castanhal, Pará, em entrevistas com agentes penitenciários sobre as condições de trabalho, cita que a jornada de trabalho é de 24h/48h, defendendo que o ideal seria folgar, no mínimo 72h, a exemplo da jornada executada nos presídios de Salvador na Bahia, onde a maioria dos agentes trabalha cumprindo plantões de 24 horas, seguidas de 72h de folga (Fernandes et al., 2002). Nas penitenciárias de Santarém, o agente penitenciário cumpre jornada de trabalho semelhante à de Castanhal, porém, também houve queixas de que 48 horas de folga são insuficientes para promover o descanso necessário. É importante destacar que, ainda que haja maior número de horas/dias de folga, o agente penitenciário realiza a cobertura de plantões justamente para agregar maior renda ao baixo salário que recebe no trabalho.

Relativo às condições de trabalho, há as condições concretas de estrutura dos presídios, segundo os agentes muito precárias. Semelhante ao contexto do Centro de Recuperação de Castanhal, Pará (Oliveira, 2012), em que a investigação realizada encontrou infraestrutura frágil e precária da casa penal, com falta de material de segurança para o desenvolvimento do trabalho, carga horária exaustiva e déficit de recursos humanos. Isso vem gerando sobrecarga de trabalho para os profissionais ali inseridos, por motivo de superlotação da casa penal e por condições trabalhistas com uma demanda significativa de contratos temporários.

Reis et al. (2012) afirmam que os trabalhadores agentes penitenciários se sentem desvalorizados pessoal e profissionalmente, o que pode estar diretamente ligado às condições objetivas do seu cotidiano de trabalho e da natureza da relação de trabalho que têm com o sistema penitenciário e com o governo do Estado do Pará. Os autores chamam a atenção de que o trabalho de agente penitenciário é considerado um trabalho pouco valorizado, com baixos salários, sem estabilidade e sem plano de carreira, com limitações legais. Uma vez que não é “servidor de carreira”, há pouco investimento em sua qualificação, pois entende-se que num tempo relativamente curto irá, inevitavelmente, ser substituído.

Oliveira (2012) aponta que o fato dos servidores agentes penitenciários terem vínculo temporário reflete no frágil exercício de cidadania e de organização da categoria na busca de melhores condições de trabalho e enfrentamento das necessidades enquanto profissionais, por insegurança em decorrência da instabilidade no trabalho e medo do

desemprego. De fato, em Santarém, em sua maioria, os agentes penitenciários são servidores temporários, ou seja, estes servidores não chegaram ao serviço público por meio de concurso, tendo sido incorporados por meio de processo seletivo para contrato por 02 (dois) anos.

Nos grupos focais ficou evidente a carga psicológica e física que os agentes penitenciários sofrem. Diuana et al. (2008), em entrevistas com agentes penitenciários, mostraram, a partir das falas destes profissionais, que ameaças à integridade parecem inerentes ao processo de trabalho pela constante tensão emocional, pelo estresse e por manifestações psicossomáticas. Estes autores e outros (Reis et al., 2012) inferem que um dos meios de atenuar estas situações é especialmente o consumo de álcool. Diuana et al. (2008) também identificam que agentes que mantêm dupla jornada de trabalho, tendem a utilizar menos o álcool por precisarem se manter sóbrios em decorrência de terem outra ocupação:

Existe um índice muito grande de alcoolismo (...). É um círculo vicioso. O serviço não é agradável, a tensão é muito grande para o agente penitenciário. O nosso serviço tem uma rotina que não é qualquer um que aguenta. (...) Quem faz bico, não pode estar alcoolizado, então fica mais sóbrio por algum tempo (Diuana et al., 2008; pág. 1890).

Fernandes et al. (2002) encontraram prevalências de abuso de álcool mais altas entre os agentes do que na população em geral.

No presente estudo ficou demonstrado que muitos agentes penitenciários, tanto do CRASHM quanto do CRFS, costumavam dobrar o turno de plantões na penitenciária motivados, principalmente, pela falta de trabalhadores, bem como pela remuneração extra do plantão. Entretanto, não foi possível qualificar a relação da dupla jornada de trabalho ou de outra atividade com o uso de álcool e outras drogas nos dias de altos níveis de estresse no trabalho.

Os agentes percebem situações de preconceito em relação ao trabalho na penitenciária. Reis et al. (2012) discutem que a má reputação social ou a representação negativa que esta atividade carrega, leva em consideração o desconhecimento das pessoas em geral em relação ao trabalho que o agente produz e das impressões negativas que fazem com que os agentes sejam quase sempre julgados como corruptos ou torturadores. É preciso considerar que a prisão-instituição, segundo Foucault (2010), foi criada com esta finalidade de diferenciar o indivíduo criminoso e submetê-los a

correções para ensinar a ordem e disciplina. Desta forma, talvez não seja totalmente o desconhecimento das pessoas sobre as funções do agente penitenciário, mas seja uma concepção preconcebida pela própria ideologia das prisões.

Estes mesmos autores comentam sobre a tendência de os agentes penitenciários evitarem frequentar certos lugares e se isolarem socialmente em função da má reputação decorrente dos estereótipos relacionados a sua atividade profissional. Ainda segundo esses autores, as atitudes negativas da imprensa e do público muitas vezes transmitidas e interpretadas causam ainda mais estresse, o que se reflete na sua autoestima e na forma como percebem a si mesmos e aos outros, impressões estas causadoras dos desgastes emocionais também referenciados pelos agentes penitenciários de Santarém.

Os agentes penitenciários do presente estudo relataram situações importantes de ameaça à integridade física relacionada ao trabalho. Nas penitenciárias de Santarém há a presença de facções criminosas com o aumento da violência entre os privados de liberdade, com ameaça de morte entre eles e contra os agentes penitenciários, conforme descrito nos resultados. Salla (2006), em um estudo a partir da megarrebelião envolvendo casas penais no estado de São Paulo, ocorrida em fevereiro de 2001, revelou uma nova característica presente nos sistemas penitenciários brasileiros, no qual a atuação de grupos ou facções criminosas influencia e, por vezes, determina profundamente as práticas cotidianas no ambiente prisional.

Reis et al. (2012) afirmam que, na opinião dos agentes penitenciários da região metropolitana de Belém, o maior número de hostilidades ocorre entre os próprios detentos e indicam que estas hostilidades têm uma relação direta com a alta densidade da população carcerária. Ou seja, a densidade faria aumentar o número potencial de interações perigosas entre os privados de liberdade e os agentes penitenciários e estes últimos seriam profundamente afetados por estas interações, tanto em sua relação profissional quanto em sua relação social fora do local de trabalho.

Salla (2006) afirma que as rebeliões nem sempre estão relacionadas com as péssimas condições dos presos, mas que elas têm a intenção de medir e demonstrar a força de determinados grupos, dentro e fora das prisões. O autor apresenta que a capacidade de organização demonstrada pelo grupo criminoso que liderou a megarrebelião de fevereiro de 2001 em São Paulo, envolveu a maioria das unidades prisionais amotinadas. A dimensão do movimento de rebeliões ocorridas simultaneamente envolveu cerca de 28 mil presos com o uso como reféns de familiares e amigos presentes num dia de visitas. Estudo sugere novos elementos para se

compreender a questão, não apenas do fenômeno das rebeliões no Brasil, mas também do próprio perfil da violência presente nas prisões brasileiras.

Foi conhecido nacionalmente o “massacre” ocorrido no interior do presídio localizado no município de Altamira, próximo à Santarém, em final de julho de 2019, em que o relatório da Assembleia Legislativa do estado do Pará (2019) mostrou que foram 58 mortes confirmadas, sendo que 16 pessoas foram decapitadas e 42 mortes por asfixia, estes últimos em decorrência do incêndio provocado por um grupo dos privados de liberdade envolvidos no conflito faccional. O relatório cita a ocorrência de quatro mortes no interior do veículo, na transferência de 30 presos do município de Altamira para Belém.

Sem aprofundar esta questão, é importante lembrar sobre a presença de facções no estado do Pará que, segundo este relatório, é por motivo desta região ser “Rota do Solimões”, passando pelo Amazonas – um esquema criminoso usado para transporte de cocaína produzida em países andinos, como Colômbia e Peru, por meio de rios como o Solimões e o Negro para cidades da região norte do Brasil. Dessas cidades, a cocaína é levada para capitais da região sudeste ou exportada para a Europa.

Segundo Oliveira (2012), em entrevistas com agentes penitenciários do Centro de Recuperação de Castanhal, os agentes penitenciários estão propícios ao adoecimento, principalmente relacionados à saúde mental, não sendo exclusivo do estado do Pará. Goldberg et al. (1996), em estudo realizado na França, com todas as categorias de trabalhadores de prisão, observaram maiores prevalências de distúrbios do sono, distúrbios da ansiedade e de sintomatologia depressiva.

Lourenço (2010) traz em seu estudo resultados de pesquisas realizadas sobre a saúde do agente penitenciário. Diz que na Inglaterra, o Instituto de Ciência e Tecnologia da Universidade de Manchester, em 1992, publicou dados de pesquisa sobre os profissionais mais vulneráveis ao estresse. Embora os funcionários de instituições penitenciárias não chegassem a ser os que primeiro apresentassem níveis de estresses mais elevados, obtiveram escore 7,5 numa escala de 0 a 10, superados apenas pelos funcionários de minas de carvão com 8,3 e pelos policiais com 7,7. Foram, portanto, identificados como a terceira categoria profissional mais sujeita ao estresse, em decorrência das próprias condições de trabalho. Apresentado por Lourenço (2010), outros estudos, como os de Kurowski e Moreno-Jimenez (2002), sobre a Síndrome de Burnout, mostrou que funcionários de instituições penitenciárias do Estado do Paraná tiveram desordens físicas e mentais no trabalho provocadas pela complexidade das

relações interpessoais existentes no interior das instituições prisionais, em contraposição ao mundo externo ao cárcere, induzindo os agentes a um “estado de pânico”, ressaltando que não há medida profilática ou regeneradora para tais agravos.

Além dos agravos de saúde mental, destacam-se as infecções transmissíveis, com o estudo realizado em Nova Iorque (Steenland et al., 1997), no período de 1991 a 1993, tendo encontrado alto risco dos agentes penitenciários para infecção pelo bacilo da tuberculose, sendo que 33% dos novos casos de tuberculose entre estes foram considerados ocupacionais por esses autores. Busatto et al. (2016), em presídios na Malásia encontraram alta prevalência de infecção latente de tuberculose entre os profissionais. Para os autores, há um reconhecimento crescente de que o elevado risco de tuberculose nesses ambientes não representa só um problema para os presos, mas também para a sociedade em geral. Esses trabalhadores mantêm contato com seus familiares e a comunidade, ou seja, uma epidemia de tuberculose não controlada no interior do presídio pode representar um grave risco para esses contatos familiares e para sociedade como um todo.

Em Reis et al. (2012) também se evidencia que os agentes penitenciários se sentem abandonados em relação ao atendimento de suas necessidades. Na comparação que fazem de si próprios com os privados de liberdade, consideram que, quando ocorrem problemas de saúde que os envolvem e que também envolve as pessoas privadas de liberdade, as soluções e preocupações para prestar assistência são sempre direcionadas para o privado de liberdade. Os agentes reclamam que ficam sendo relegados a um segundo plano, ou seja, aquilo que acreditam ser seus direitos parece não ser levado em consideração.

Oliveira (2012) coloca que, no exercício profissional do agente penitenciário, de forma subjetiva, prefere não falar e nem pensar no trabalho ao sair da casa penal, demonstrando com isto uma estratégia defensiva que contribui para que estes profissionais se afastem do sofrimento psíquico gerado pela dinâmica e condição do trabalho, favorecendo a se manterem saudáveis diante das ameaças da dinâmica carcerária. Revelam assim forma de alienação apontada por Franco (2011), de que a precarização do mundo do trabalho e a desregulação social desencadeiam um processo de apagamento das noções de limites biopsicossociais, inclusive éticos, cuja função é proteger a vida como a relatada pelos agentes penitenciários sobre o não falar ou mentir para a família sobre a realidade das condições de trabalho no sistema penitenciário em Santarém.

Em síntese, o perfil, a vida e o trabalho do agente penitenciário estão inter-relacionados e denotam péssimas condições. É preciso considerar que essas condições são determinadas pela sua inserção na sociedade, como ruído social.

4.2 COMPREENSÃO DOS AGENTES PENITENCIÁRIOS SOBRE O TEMA “SAÚDE NO CÁRCERE” E A RELAÇÃO COM SUA ATIVIDADE LABORAL

Foram extraídas das falas dos agentes penitenciários nos grupos focais a compreensão de que a saúde no cárcere em Santarém é precária e que os presos convivem em situações de vulnerabilidade à infecções transmissíveis, com ênfase às IST e tuberculose e acreditam que, por manterem contato direto com os presos, deveriam ter conhecimento das condições de saúde após identificação pela equipe médica da penitenciária e que a desinformação é uma falha que coloca em risco a saúde dos agentes penitenciários e dos presos em convívio.

“(…) sobre um interno de doença sexual. Quando ele morreu, nós só viemos saber que ele tinha HIV porque os outros presos começaram a mexer as coisas dele e acharam o documento, a carteira do CTA. O pessoal todo da saúde sabia e deixaram o cara no mesmo lugar dos outros... eles cortavam o cabelo junto, usavam o mesmo prestobarba. Isso é uma falta de ... nem sei o que posso falar... Quando os presos souberam ficaram todos revoltados, mas a gente também não sabia. E aqui muitos são assim!”

Disseram que nestes casos em que algum preso faz tratamento para HIV ou tuberculose, poderiam evitar mais conflitos entre os internos se fossem informados pela equipe de saúde sobre tais diagnósticos, pois quando sabem procuram conduzi-los ao serviço médico de forma discreta sem que os demais colegas de cela suspeitem do tratamento.

“Quando eu sei que tem algum paciente tuberculoso, eu sempre invento alguma coisa pra tirar ele da cela... ‘fulano, passou tua dor de cabeça? Bora lá na enfermaria pra tomar um remédio’. Tem que inventar outra coisa. (...) pra poder tirar ele do pavilhão sem saberem, daí os outros presos mesmo dizem... ‘é vai lá! Vai lá!’. Tem que ser assim, senão...”

Foi opinião de muitos agentes penitenciários que não achavam ser correto ficarem sabendo que um interno é “soropositivo” de forma indireta. Acreditam que a

equipe de saúde deveria revelar a informação do diagnóstico, tanto para que tenham mais cuidado na relação que eles mantêm com os privados de liberdade quanto para garantir a segurança da pessoa privada de liberdade que realiza o tratamento e para colaborar na não transmissão a outros pelo compartilhamento de objetos perfurocortantes nas celas.

“Quando a gente sabe é quando a gente leva pro CTA, aí a gente acompanha a consulta com o médico e escuta. Eu acho que deveria ter um tratamento diferenciado, falarem alguma coisa pra gente.”

“Eu acho que é assim, não discriminando, mas eu não sei o que as pessoas têm aqui dentro, quem é soropositivo.”

“A gente fica sabendo de um interno que o outro é soropositivo. Agora se a máfia descobre, ele já era!”

Colocaram ainda que, ao realizarem suas funções para auxiliar no cuidado e tratamento do preso, devem seguir primeiramente uma questão de segurança no pavilhão no que tange à integridade do preso em tratamento e sua relação com os demais internos, e também terem a segurança de não correrem riscos de saúde; mas que se empenhavam em garantir o tratamento do privado de liberdade que precisava ir à enfermaria diariamente para ser medicado.

“A equipe de saúde entra em contato via rádio pra trazer o paciente, mas em primeiro lugar a nossa saúde e a gente tem que analisar toda uma questão de segurança. O paciente soropositivo que a gente sabe que tem, por exemplo, tem que ir todo dia tomar o remédio dele pra ‘dor de dente’. Quando logo é detectado que tem tuberculose, a gente tira ele logo da cela. A gente tem que se virar de todo jeito pra que os outros presos não saibam.”

A palavra “vulnerabilidade” foi citada pelos agentes penitenciários durante diversos momentos dos grupos focais quando demonstravam suas percepções e concepções sobre saúde no cárcere ao dizerem que tanto eles, agentes penitenciários, quanto os privados de liberdade estão vulneráveis ao adoecimento por conviverem com os riscos diários no cárcere. Estendem essa preocupação para suas famílias, que também estariam em risco de infecções, ao citarem o medo de transmitir, aos seus filhos e outros familiares, doenças peculiares à realidade do CRASHM e CRFS. É importante destacar que não foi mencionada pela pesquisadora a palavra vulnerabilidade nos grupos para não induzir as falas.

Relacionam ainda a vulnerabilidade no cárcere quando relatam o receio de adquirirem a tuberculose, IST ou outra doença quando estiverem com baixa imunidade por manterem o contato direto com os privados de liberdade e nas revistas aos visitantes.

Ilustração 6: Árvore de palavras construída a partir da palavra “vulnerabilidade” e suas relações citadas nos grupos focais durante a pesquisa realizada em 2018 – 2019

Fonte: Resultados dos Grupos Focais analisados por meio do software Nvivo 11 pro student, 2019.

Relataram que, com frequência, precisavam prestar os primeiros socorros aos internos, quando em casos de violência grave, ainda dentro do pavilhão e que, por algumas situações, não havia profissionais da equipe de saúde para dar suporte e prestar atendimento ao privado de liberdade em necessidade, pelo fato de esses profissionais estarem em acompanhamento de diligência ao hospital municipal ou Pronto Socorro Municipal - PSM. Reclamaram a falta de estrutura para os atendimentos, falta de

medicamentos e equipamentos como uma maca pra transportar o interno, que é carregado nos braços e muitas vezes sangrando de dentro do pavilhão, por exemplo.

Ainda em relação à questão estrutural, informaram que, por não disporem de uma ambulância ou de transporte adequado para a condução do privado de liberdade quando este necessita de atendimento hospitalar, os agentes penitenciários são obrigados, por força da condição, a manterem contato com secreções em cuidados diretos ou na tentativa de proporcionar um conforto mais adequado até o PSM.

“Eu tive que me deslocar daqui com um preso até o PSM, ele tava tendo abstinência... ele se jogava todo, tava se babando, por isso ele não poderia ir no camburão. Ele teve que ir lá dentro comigo, lá dentro da viatura e eu tive que segurar ele lá porque queria se jogar pra fora do carro (...), tive que me agarrar com ele até pra não bater com a cabeça no teto do carro... ele ia lá em cima e voltava com falta de ar e acabava saindo secreção da boca dele. Foi uma situação bastante complicada. Como diz a história, se agente tá no fogo é pra se queimar logo, então tem que fazer”

Informaram que, em muitos casos, é complicado decidir quando o preso precisa realmente ir para o serviço médico, principalmente por causa de simulações. Em casos relatados por eles, os presos pediram pra serem atendidos pela equipe médica, e isso resultou em fugas. Em outro relato, o privado de liberdade simulou doença para sobreviver dentro do pavilhão após ser ameaçado de morte. E em outras situações, os agentes penitenciários são coagidos a fornecerem medicamentos a fim de evitar conflitos que resultem em violência.

“(...) já presenciei várias situações. Eles são estrategistas aqui. Eles simulam doença e se a gente não for, eles começam a bater na grade e muitas vezes a gente não sabe se é doença mesmo ou se estão armando pra cima da gente.”

No CRFS, por não possuir equipe de saúde como UBSp cadastrada no Ministério da Saúde - MS, as agentes relataram que precisam ter cautela ao prestar cuidados às privadas de liberdade pois, para garantirem apoio técnico de profissionais de saúde, elas precisam acionar a equipe da UBS Prisional do CRASHM para se deslocarem até o CRFS, ou nos casos que julgarem mais graves, acionam diretamente o SAMU ou a viatura de apoio da penitenciária. Porém, são as agentes penitenciárias que fazem a primeira escuta da mulher privada de liberdade para decidirem que atitude tomar mediante a queixa apresentada.

“Nessa parte de atendimento, elas pensam que depende só de nós. Não depende só da gente. Até a gente chamar o enfermeiro, acionar o DIT que é a viatura... todo esse ciclo. Na cabeça delas elas pensam que a gente tá embromando. Elas não entendem!”

Relataram que, em algumas situações, quando a equipe de saúde da UBSp por algum motivo não pode prestar o atendimento, ou quando acreditam que a queixa de dor da pessoa privada de liberdade é decorrente de uma necessidade de saúde emocional ou psicológica e que precisam tomar uma decisão, acabam improvisando um cuidado paliativo.

“Teve uma época que os presos foram pro castigo e a ordem era não tirar eles do ‘corrol’, do castigo. Daí tava chovendo e me chamaram... ‘Funcionário, quero remédio! Tô com dor de ouvido, dor de garganta, cuspindo sangue!’. Como eles eram muito perigosos, a gente sabia que eles estavam querendo sair. Eu pensei e fui lá na assistência social... sabia que tinha umas sementes vermelhas de fazer artesanato, peguei duas daquelas, embrulhei num papel e dei pra eles tomarem. Ficaram bonzinhos com a pílula de semente! Era escuro lá no ‘corrol’...”

“Tinha uma presa que só vivia reclamando! Aí eu peguei um miolinho de pão, enrolei, enrolei... daí depois eu joguei o açúcar por cima, peguei um pouco de água e dei pra ela. Ela tomou e me disse... ‘Aí, mas é tão docinha esta pílula!’. Aí eu disse... ‘agora fica aí que vai passar tua dor de estomago’. Ela ficou e esperei uns quinze minutos e perguntei... ‘Passou?’, e ela... ‘Nossa! Que remédio bom!’... Por que fez isso? Porque todo plantão era a mesma situação!”

Expressaram que dentro do cárcere assumem múltiplas funções, desde auxiliar na equipe de saúde, até funções administrativas de direção penitenciária e de agente de direitos humanos, e que precisam aprender a lidar com estas demandas para não gerar ainda mais conflito com os privados de liberdade.

“A gente tem que ter uma técnica, um dom... jogo de cintura. Tem que ser inteligente. Trabalhar com a cabeça... usar a cabeça. Não adianta tu usar a força que tu vai perder. Tem que ser inteligente pra poder trabalhar. Você tem que saber falar, saber calar, saber resolver as coisas na hora. Não prometa nada a preso. Diga sempre ‘se der...’, mas não prometa! Porque a gente é agente penitenciário, é diretor, é vice diretor, é enfermeiro, é advogado, agente social, promotor, defensor... até saco de pancada!”

Os agentes penitenciários demonstraram ter ciência de sua função como “colaborador” na equipe de saúde ao se depararem com as necessidades de saúde dos privados de liberdade, o que também estabelece relação entre estes no cotidiano do

cárcere ou em situações extremas quando ocorre confronto violento dentro dos pavilhões.

“A direção e a equipe de saúde daqui só sabem das coisas através da gente. O primeiro contato é nosso. Aí depois a gente vai participar pra quem tem de participar. (...) Porque é a gente que abre o cadeado, né, é a gente que faz isso e aquilo. É a gente que socorre eles na hora da necessidade. (...) Muitas vezes tem que ser nós porque a equipe de saúde não tem condições, muitas vezes não pode entrar!”

“Pra mim o que mais me marcou aqui dentro com situação com preso é briga e morte. Logo que entrei aconteceu uma situação que falaram que o preso havia ‘caído da jega’ e na hora que entrei lá ele estava todo estocado... aí ainda levei pro PSM, mas na hora que terminou meu plantão, ele faleceu... ele foi embora”

Expressam sentimento de satisfação pessoal e profissional quando realizam atividades colaborativas de saúde que resultam em uma melhor qualidade de vida ao privado de liberdade, no tratamento com respeito mútuo e no olhar de enxergar o ser humano e não o crime cometido.

“Pequenas coisas que um preso te pede e você faz que não seja ilícito, eles te agradecem pelo resto da vida... agendar uma consulta com o médico, uma consulta com o dentista, você não faz ideia o quanto isso é gratificante pro interno”

Disseram entender que para ter saúde no cárcere precisa de compreensão das privações resultantes do cárcere. Num grupo focal do CRFS houve relato de que muitas mulheres pedem apenas para saírem um pouco para “passear” na enfermaria ou em outro setor e que muitas pessoas têm uma compreensão distorcida do cárcere ao relatarem que trabalhar no CRFS não é tão perigoso como muitos imaginam, mas sem excluir a existência do perigo.

“A gente entende. É uma situação delicada. Vinte e quatro horas presa num local cheio de pessoas por onze anos, vinte anos... só de pensar que você vai passar vinte anos dentro de uma cadeia, você enlouquece. Bate a depressão. É difícil não mexer com a mente da pessoa. E muitas que chegam aqui sentem falta da família. Tem muitas que têm filhos... entram em desespero por causa dos filhos, da distância, do tempo que estavam fora”

Tanto no CRASHM quanto no CRFS, houve relatos diversos de experiências em que os agentes penitenciários tiveram que prestar cuidados aos privados de liberdade em

situações como viroses, gripes, catapora, tuberculose, HIV, sífilis, hérnias, dependência química e de álcool, gravidez, câncer diagnosticado após complicações dentro do cárcere, dores estomacais, depressão, insônia, ansiedade, infecções de pele, diabetes, hipertensão arterial, fraturas ósseas, primeiros socorros, ferimentos, dores e mal estar de modo geral.

Nesta categoria, é possível sintetizar, que os agentes penitenciários compreendem que somente uma equipe técnica de saúde não é suficiente para garantir uma atenção à saúde no cárcere de forma efetiva e qualificada. E que as condições de extrema precariedade no trabalho dos agentes penitenciários, como rebeliões, como superpopulação carcerária determinam o processo de saúde da pessoa privada de liberdade e que, portanto, a resposta às necessidades de saúde não se resume ao acesso à assistência.

Ao se investigar sobre a saúde da pessoa privada de liberdade, inevitavelmente se remete à discussão sobre as condições precárias das prisões e a violência que lá é produzida. Ali, tanto o preso quanto o agente aprendem e naturalizam a violência, o isolamento e a distância social, assim como a barbárie, a opressão e a morte e mantêm entre si relações sistemáticas e limítrofes de intimidades e conflitos (Lourenço, 2010).

Para Diuana et al. (2008), entre os privados de liberdade uma das principais preocupações relaciona-se aos riscos à integridade física, fazendo com que o foco recaia sobre a segurança física, relegando a segundo plano as demais situações que envolvem a saúde. Considera-se que, em algumas situações, não há valorização dos sintomas e queixas dos privados de liberdade e de suas necessidades gerais de saúde, pois nem sempre são representados como problemas de saúde. Segundo os autores, queixas e sintomas como o sofrimento psíquico não serão percebidos como motivo suficiente para suscitar a assistência à saúde ou para evidenciar que a pessoa privada de liberdade necessite de cuidados (Diuana et al., 2008). Acrescentam que são inúmeras as dificuldades para o desenvolvimento de ações de saúde no cárcere, ao contrário do que se pode imaginar, tendo em vista uma população fechada e aparentemente sob controle.

E não é diferente com preocupações relacionadas mais diretamente à saúde, subsumidas no cotidiano das prisões, como é o caso da transmissão de infecções e doenças. Soares Filho e Bueno (2016) concordam com o risco de infecção, por via de mão dupla, entre presídio e comunidade, relatando que, durante as visitas, os familiares passam a ter contato com os agravos transmissíveis como, por exemplo, as IST/ aids adquiridas no meio externo ao presídio ou devido às condições vulneráveis do

confinamento, podendo transferi-las diretamente para a comunidade de visitantes. Diuana et al. (2008) também afirmam que nesse contexto de saúde no cárcere em penitenciárias, por exemplo, no Rio de Janeiro, a disseminação de doenças transmissíveis como infecção do HIV e tuberculose constitui sério risco à saúde dos privados de liberdade, aos seus contatos (especialmente familiares e agentes penitenciários) e para as comunidades em geral nas quais irão se inserir após o cumprimento de suas condenações. Ravlija et al. (2014) apontam que as pessoas privadas de liberdade são identificadas como uma população exposta a um maior risco de HIV devido a uma alta incidência de comportamento de risco, especialmente abuso de drogas injetáveis.

Nesse ambiente onde a circulação de detentos é restrita e os profissionais de saúde evitam circular, os agentes penitenciários terminam por exercer um papel diferenciado no que se refere à regulação do acesso à saúde. Muitas vezes são os agentes de segurança penitenciária que julgam a necessidade de atendimento a partir do pedido do preso e atuam facilitando ou dificultando este acesso. O acesso aos serviços de saúde passa a ter valor de troca e dependerá de comportamentos pré-definidos e julgados, da importância da queixa com sintomas apreciáveis sendo estes os especialmente permitidos, ou dos problemas de saúde já em tratamento, como por exemplo, as doenças transmissíveis.

A condição restrita de acesso à saúde é identificada em estudo realizado numa casa de detenção da Costa do Marfim, onde as despesas com saúde são garantidas pelo Estado na condição de que sejam doenças que constam na classificação estabelecida pela administração da prisão, em categoria sanitária que só dispõe de uma lista limitada de medicamentos (Le Marcis, 2016). Realidade também vivenciada nas penitenciárias de Santarém quando agentes relataram que com frequência precisam comprar determinadas medicações para os privados de liberdade por não estar disponível na Unidade Básica do Sistema Prisional.

Quando ocorrem doenças “visíveis”, como, micoses, sarna, parasitoses e infecções bacterianas, que são percebidas tanto pelos agentes penitenciários quanto pelos privados de liberdade, mais rapidamente disparam necessidades de cuidado em saúde. Comenta-se que esta concepção tem por base o conceito médico clínico de unicausalidade, que entende que a doença é um processo biológico resultado da interação indivíduo-agente, ou seja, reconhece uma origem única que é fundamental para o efeito da doença (Oliveira, Egry, 2000). Para Ide e Chaves (1990) a fragilidade

dessa concepção se evidenciava tanto pela sua incapacidade de gerar novos conhecimentos que possibilitem a compreensão da complexidade dos problemas de saúde, quanto pela crise da prática frente à deterioração dos padrões de vida da maioria e suas consequências na dimensão individual de saúde-doença.

Para Oliveira e Egry (2000) a Organização Mundial da Saúde (OMS), ao definir a saúde como "o completo bem-estar físico, mental e não apenas a ausência de doença", propõe um conceito abrangente trazendo o risco de uma idealização do "bem" e a ausência pura e simples de circunstâncias biológicas negativas, tais como a doença, a incapacidade ou a morte. A partir desta definição de saúde, as autoras trazem a análise contemporânea da causalidade, onde defendem que a ênfase das concepções sobre saúde e doença tem recaído sobre seus condicionantes microepidemiológicos ou individuais e macroepidemiológicos ou coletivos. Ou seja, a estratégia de intervenção de base individual busca a caracterização de "grupos de risco" em contraposição a outra de base coletiva que designa "estratégia populacional". Dessa forma, identificam o predomínio da teoria multicausal, que atribui o adoecer a múltiplos fatores inter-relacionados.

Para Ramos et al. (2016), a teoria da multicausalidade compreende o processo saúde-doença pelo nível populacional e não pelo nível individual para a explicação das doenças incluindo, além dos micróbios, a carência física do alimento, aspectos relativos à organização da sociedade, cultura de uma população e a educação.

Segundo as autoras Fonseca, Egry e Bertolozzi (2006), estes modelos baseados no idealismo, no entanto, têm-se mostrado insuficientes para explicar o comportamento das doenças na sociedade, especialmente nos diferentes grupos sociais. Busca-se, portanto, uma explicação cuja lógica não resida em causas aparentes, mas na essência dos problemas, surgindo a teoria da determinação social do processo saúde-doença que permite compreender como cada sociedade cria um determinado padrão de desgaste em função do consumo e gasto de energia pelos indivíduos no processo de reprodução social. Nas sociedades classistas, especificamente naquelas organizadas sob o modo capitalista de produção, a cada classe social corresponderia um determinado padrão de desgastes e potencialidades, manifestos através de condições negativas (riscos de adoecer ou morrer) ou positivas (possibilidades de sobrevivência), consequentes às formas historicamente adotadas pela sociedade para conduzir a sua vida social. Na realidade da vida no cárcere, a interpretação do processo saúde e doença deve considerar o modo de lazer, produção e organização social intramuros para compreender

as necessidades de saúde e intervir com ações que possibilitem melhores condições de vida.

Le Marcis (2016) critica que a prisão revela de maneira surpreendente os interesses políticos e morais de uma sociedade e que, por isso, apesar de muito se falar dos riscos e agravos à saúde no ambiente carcerário, pouco se investe para se fazer legítima a saúde dos privados de liberdade ou, em sua forma mais amplamente conceitual, de seu bem-estar. O autor analisa que o sistema carcerário abriga populações na maioria das vezes com pouco contato com o sistema de saúde devido à sua situação de marginalidade e que, ao assumir os encargos de privação de liberdade de uma pessoa passaria a ser um dever do sistema carcerário garantir cuidados de saúde. Dessa forma, a prisão continua a ser um desafio humanitário que, de certa maneira, revela o modo como a sociedade encara o sistema prisional e as pessoas ali inseridas, e de como estas pessoas privadas de liberdade se tornam objeto de políticas públicas.

Este ambiente precário e de pouco investimento estatal também é uma realidade que evidencia vulnerabilidade social. O conceito de vulnerabilidade em saúde apoia a análise sobre as condições de saúde nos presídios. Para Sánchez e Bertolozzi (2007) o conceito de vulnerabilidade supera o caráter individual e probabilístico do clássico conceito de “risco”, ao identificar um conjunto de aspectos coletivos e contextuais, levando em conta o local ocupado pela pessoa, porém sem negar o modelo biológico. Pelo contrário, busca superá-lo, ampliando o horizonte para além de uma abordagem que se restringe à responsabilidade individual, possibilitando uma reflexão crítica da realidade. Assim, ao trazerem os eixos analíticos da vulnerabilidade, as autoras defendem que no componente individual deve ser levado em conta o local social pelo indivíduo. Da mesma forma, nas perspectivas de abordagem programática e social, a vulnerabilidade permite a integralização da análise da situação de saúde e de diferentes possibilidades de intervenção, sempre contemplando a participação individual.

4.3 CONCEPÇÃO DO AGENTE PENITENCIÁRIO SOBRE O DIREITO À SAÚDE DA PESSOA PRIVADA DE LIBERDADE

Nos grupos focais, a concepção do agente penitenciário sobre o direito à saúde no cárcere que prevaleceu é que é concedido como um privilégio aos privados de

liberdade, e que estes se encontram em melhor situação de saúde que os dos agentes penitenciários em Santarém, justificando a existência de legislação específica. Exemplificam quando falam do atendimento rápido que recebem, sem espera quando chegam no Pronto Socorro Municipal ou na Unidade de Pronto Atendimento, ou mesmo na regulação de exames especializados quando são necessários agendamentos para atendimento ambulatorial. Consideram que, de certa maneira, estar preso é uma “vantagem”, com atendimento prioritário.

Nos grupos focais do CRFS, relataram que o “direito à saúde carcerária” melhorou muito a qualidade de vida dos privados de liberdade. Dentro do cárcere possuem atendimentos e cuidados que talvez não possuísem fora da penitenciária

“Ela falou pra mim... ‘Dona, eu prefiro ficar aqui dentro porque eu fico sem utilizar droga. Aqui eu vou recuperar meu corpo!’... E realmente está acontecendo. Elas chegam aqui inabilitadas, fragilizadas, com imunidade baixa devido estarem lá consumindo droga (...). Porque elas vêm doentes de fora e aqui elas exigem médico, exigem odontólogo... tudo! E realmente, quando ela sair daqui, ela sairá uma nova mulher porque ela está totalmente transformada de como ela chegou aqui. A fisionomia dela está totalmente diferente!”

“Na verdade eu acho que se a gente for olhar as internas aqui e olhar as pessoas que dependem do SUS, elas são mil vezes melhor atendidas do que quem está na rua, porque aqui elas têm enfermeira todos os dias, têm psicólogo, tem dentista, tem médico, tem assistente social... Então as pessoas que são de um nível baixo, eu tenho certeza absoluta que, em termos de saúde, aqui dentro é mil vezes melhor do que se ela estivesse lá fora. Aqui ela sente uma dor de dente, uma dor de barriga, ela chama e a gente tem de ir senão o bloco vem abaixo!”

Manifestaram insatisfação com o “uso de direitos”, no sentido de que algumas mulheres privadas de liberdade o desperdiçam ou até reclamam sobre estes.

“No meu bairro a gente está um mês comprando água pra tomar banho e aqui elas ainda ficam reclamando”

“Recebem alimentação diária de bandeja e tem tanta gente com fome...”

“Sempre elas têm que reclamar de alguma coisa. Reclamaram pra promotora que queriam que o chuveiro fosse mais baixo... Então são coisas que reclamam que a gente fica bobo! ‘A mãe’ delas deve estar passando necessidades, os filhos devem estar passando fome e elas reclamam da comida”

Os agentes penitenciários disseram que se sentem desvalorizados em comparação aos presos. Acreditam que o agente penitenciário também deveria ser incluído no plano de ação tanto da equipe de saúde quanto da administração da penitenciária para garantia de tais atendimentos, pois se consideram vulneráveis, no caso da saúde, às doenças, em decorrência de seu trabalho no cárcere.

“A psicóloga é pra eles. Pra nós é uma exceção. Só se a gente tiver ruim mesmo e for lá conversar, mas a prioridade é deles. Mesmo porque a gente não tem o tempo disponível. A folga que a gente tem é na saída, mas na saída todo mundo já quer ir embora pra casa. Às vezes eles já estão em outro atendimento aqui. Mas seria bom a gente ter pelo menos um dia de conversa marcada pro psicólogo, pelo menos mensal. Todos aqui trabalhamos na fé. Não vai acontecer. Não vão nos pegar, mas há risco em geral. Não é fácil! Só sabe quem vive lá dentro a situação... é muito precária! Acho uma injustiça com a gente. A gente não vê que fulano tá com isso ou aquilo. A gente só sabe quando vai acompanhar. A gente sabe na porrada! No dia a dia!”

“Teve uma situação com um colega nosso aí... pegaram ele lá, agrediram ele, graças a Deus que não aconteceu nada mais grave, mas o sistema não ofereceu nenhum serviço de tratamento psicológico pra ele e eu sei que ele não tava legal. Graças a Deus que não ‘passaram o sal’ nele... não aconteceu nada pior, mas cadê os direitos humanos? Foram lá na casa dele? Alguém foi lá conversar com ele? Levaram pro médico? Foi pro psicólogo? Agora vai bater no preso! Vai botar castigo nele! Aí quem não presta é o agente! O direito era pra ser pra todos!”

Demonstraram não concordar com o direito do sigilo sobre as condições de saúde da pessoa privada de liberdade, especialmente nos casos de IST e tuberculose, expondo-os a estes agravos.

“O próprio interno alega que deve ser mantido em sigilo pra poder ele ter o lugar seguro dele lá dentro, né? Como não tem um lugar específico pra ele ficar, ele precisa ficar junto com os outros. Então se os outros descobrirem que ele está com esse tipo de doença, ele é expulso na mesma hora de lá da cela, entendeu? Então eu acho que o corpo de saúde mantém esse sigilo aí justamente pra preservar a integridade do preso juntamente com os outros lá e a nossa ‘vai pro saco’, né? E a nossa não conta! Nós os servidores somos sempre deixados de lado. Você sabe que tem os direitos humanos aí... o direito é só deles!”

Além das doenças transmissíveis, os agentes penitenciários do CRASHM lembraram também da exposição a riscos toxicológicos, como fumantes passivos.

“A gente muitas vezes fuma, o cigarro, obrigado, tudo por causa do local. A gente tava uma vez brincando aqui... ‘será que se a gente for

fazer um toxicológico não vão pensar que a gente tá fumando mesmo?”. Mas não é! É porque eles usam e a gente trabalhando lá no meio deles, cheira do mesmo jeito. Aí, às vezes, tu é obrigado a fazer coisas que tu não quer! É complicado... a gente sai viciado por causa do sistema”

Todos concordaram que por direito deveria haver condições mais adequadas na estrutura física carcerária e que estes investimentos estruturais já melhorariam muito a qualidade de vida e saúde do privado de liberdade e as condições de trabalho dos agentes penitenciários.

“Mas é assim, tem suas vantagens e desvantagens... a pessoa vive naquele ambiente ali, né, trancado, cheio de micose, fungo, tem problema respiratório vivendo com os que fumam e tem gente que não fuma, é doença sexualmente transmissível, é abstinência por que usavam muita droga lá fora, tem também hipertensão, diabetes, têm problemas psíquicos, muitos tomam remédio controlado pra problemas mentais... Tem a vantagem de ter o atendimento mais rápido, mas tem a desvantagem de uma carceragem precária, né, sem estrutura... Tudo!”

Destacaram o necessário cuidado com o ambiente em que vivem, como higiene e manutenção da limpeza das celas e corredores, atitudes que promoveriam saúde e prevenção de doenças básicas tais como infecções de pele provocadas por excessiva umidade e as transmitidas por roedores e outros vetores. Mas que pela estrutura e quantidade de pessoas torna-se praticamente inviável garantir essas condições. Há acúmulo de lixo e pouco cuidado entre os privados de liberdade, acreditando que isso ocorre por características culturais peculiares à vivência social adquirida antes de suas penas.

“Em todo o pavilhão, eles colocam o lixo lá, mas não jogam nas lixeiras. Eles jogam no chão. Pra quê? Pra dar trabalho lá pro outro da limpeza. Pra quê? Pra poder ele fazer o rodízio, pra poder rodar a cadeia, levar e trazer as coisas, fazer venda de outros materiais... venda de cachaça. Eles mesmos fazem a cachaça artesanal. Eles mesmos produzem de arroz e de pão pra vender. Então eles fazem e vendem pra outros que não fazem, entendeu?”

“Mas na verdade é que se houvesse uma punição pra quando jogassem lixo no chão com certeza seria mais limpo. Uma punição do sistema. Só que aqui onde nós estamos, com as condições que nós estamos, é ruim porque acaba prejudicando a nossa segurança”

“Essa questão da higiene deles, é uma questão que vem de fora, né? Você anda aí nas ruas da cidade e você mesmo vê lixo jogado nas

ruas, então já é uma coisa que eles trazem de lá para cá. É uma coisa que não tem como a gente evitar isso daí. É uma cultura deles já”

“Aqui é uma população normal como se fosse lá de fora. É um grupo de pessoas, uma sociedade. A diferença é que eles estão encarcerados”

Reconhecem que a saúde é um direito, demonstrando compreensão da necessidade de investimentos na saúde carcerária em Santarém para garantir melhores condições à pessoa privada de liberdade. Afirmam que se houvesse investimento na saúde em geral, tanto os agentes penitenciários quanto os privados de liberdade teriam melhores condições de vida, de trabalho e de cuidados de saúde dentro do sistema carcerário.

“Se tivesse investimento na saúde maior, a gente não passava, como a gente já passou, a noite todinha no hospital do lado com o preso que era pra tá na observação aqui mesmo.”

Fizeram críticas à política de saúde pública do Estado do Pará, apontando falta de medicação básica, de instrumentos e equipamentos para os serviços da equipe de saúde, sobrecarga de trabalho, exigindo o envolvimento pessoal do agente penitenciário para suprir as necessidades de saúde das pessoas privadas de liberdade.

“Alguns produtos estão sucateados. O estado em si está sucateado... o Estado do Pará. Então como ele falou em relação a consultas... é mais rápido pra eles. Agora sobre remédios, às vezes, eles dão dinheiro até pra enfermeira comprar uma pomada porque não tem. Nós temos que trazer pra eles!”

Fizeram destaque sobre a presença de membros de igrejas evangélicas e da Pastoral Carcerária da igreja católica no sistema prisional, importante para o conforto e o apoio espiritual aos privados de liberdade, em situações de crise e medo.

“Começou com uma interna, tipo invocar espírito do mal. Ela se contorcia aí foi e depois já era em cinco celas, era vinte e quatro horas que elas ficavam incorporadas ali e isso passou mais de mês. Vieram várias igrejas... elas se agrediam, não tinha homem que segurasse. Pedimos ajuda aos internos que trabalhavam para irem pra lá pra elas não se machucarem. Isso mexeu com toda a cadeia. Todos ficaram muito abalados!”

“Muitas internas tiveram que ter apoio psicológico porque as que conviviam com essas moças que tiveram esses problemas, precisaram realmente de atendimento. A questão carcerária é muito forte!”

“Já ouvi também história de um preso matar um gato com a boca lá porque vira e mexe, lá dá nos homens também nesse sentido espiritual”

Em síntese, nesta categoria, o agente prisional tem como concepção a saúde dos privados de liberdade não como direito de fato. Isso pode ser analisado no contexto em que o direito à saúde, no Brasil, veio se constituindo. Nas décadas de 1970 e 1980 com a formulação de projetos sociais, como foi o caso da Reforma Sanitária, pode-se identificar que havia neles a busca por garantir o acesso à saúde a todos, com propostas de mudanças nos modelos a serem adotados para a produção de saúde (Paiva, Teixeira, 2014).

A Constituição Brasileira de 1988 e as Leis 8.080 e 8.142 de 1990 são os principais registros legais que consolidam a Reforma Sanitária e são base para a criação do SUS, tornando a saúde um direito de todos e dever do Estado (Paim, 2008), com destaque aos artigos 196 a 200 que tratam especificamente do direito à saúde. Com o SUS garantido em lei, estendia-se um sistema de política pública de saúde para uma população antes excluída de qualquer serviço de saúde (Santos, 2018). Com esse novo sistema de saúde, houve expansão importante de acesso à atenção básica, às vacinas, a serviços especializados e hospitalares. Entretanto, após 30 anos de SUS, a saúde tem aparecido como principal problema político do Brasil (Campos, 2018).

Segundo a OPAS (2018), as principais limitações e dificuldades no SUS são de diferentes naturezas como a crise do pacto federativo, os desafios do processo de descentralização, o papel do setor privado da saúde e sua relação com o setor público e a necessidade de aprimoramento dos mecanismos de participação social.

Campos (2018) considera essencial a defesa do SUS como política pública, reconhecendo suas limitações e sugerindo mudanças de caráter público das políticas de saúde. Cita o subfinanciamento do SUS pensado pelo Banco Central como uma racionalidade economicista em que não considera o direito à saúde ou possíveis mudanças no modelo de gestão e de cuidado dentro do espaço público. Santos (2018) também critica o subfinanciamento do SUS dizendo que essa ação faz parte de um arranjo público-privado de diretivas neoliberais denominadas “cobertura universal” com segmentação social e financiamento público. Viacava et al. (2018) também considera como maiores desafios nestes 30 anos de SUS o financiamento público, a oferta de serviços e a relação com o setor privado e destaca que a expansão da rede pública ocorreu principalmente entre as unidades que dão suporte aos programas de atenção

básica, ampliando o acesso às consultas médicas e a redução das internações para um conjunto de doenças, mas que persiste uma carência de profissionais, especialmente no cuidado odontológico.

Malta et al. (2018) afirmam que, decorridos 30 anos da criação do SUS, o sistema de saúde brasileiro ainda está longe de superar o modelo centrado na doença e na assistência médico-hospitalar e que as ações de promoção desenvolvidas, de forma geral, não foram consolidadas a ponto de alterarem de forma expressiva o modo de produzir saúde e enfrentar os determinantes sociais do processo saúde-doença. Por outro lado, consideram que a sociedade precisa se empoderar e se mobilizar para exigir do Estado a promoção dos pactos indispensáveis para a efetivação do SUS.

O SUS preconiza como princípios a universalidade do acesso aos serviços de saúde, a integralidade da atenção, a equidade e a hierarquização dos serviços em um contexto descentralizado e municipalizado, com a participação da sociedade. Neste contexto, a concepção de integralidade representaria, também, um diálogo entre as pessoas encarceradas e a sociedade (Martins, 2018).

No caso do direito à saúde de quem se encontra em privação de liberdade, foi criada a Portaria Interministerial nº 1777, de 09 de setembro de 2003, que instituiu o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário a população penitenciária no SUS (Brasil, 2003a). A Lei de Execução Penal (LEP) 7.210/1984, que prevê ao indivíduo sob custódia do Estado os seus direitos fundamentais (Brasil, 1984).

A partir da LEP e dos resultados deste estudo, observa-se que há em Santarém um ambiente carcerário com direitos limitados à saúde. O artigo 88, a, da LEP prevê como requisitos básicos para o privado de liberdade sob custódia, um ambiente salubre com ventilação, proteção solar e temperatura ambiente adequada (Brasil, 1984), condições estas não existentes, principalmente no CRASHM, registradas a partir das falas dos agentes.

Lermen et al. (2015), ao analisarem as legislações sobre a população prisional feminina, perceberam que a PNSSP, embora tenha como uma de suas metas a atenção à saúde da mulher no pré-natal e puerpério, não garantia de fato tais ações. Foi necessária a criação de leis e resoluções específicas para dar visibilidade às mulheres privadas de liberdade e tornar concreta a atenção de saúde voltada para elas. Um exemplo é a Lei nº 11.942, de 2009, em que a LEP passa a assegurar à mulher gestante em privação de liberdade o direito ao acompanhamento médico tanto no pré-natal quanto no pós-parto, sendo esse direito também estendido ao recém-nascido (Brasil, 2009).

Para Silva (2011) são as mulheres em privação de liberdade que mais tem prejuízos no direito à saúde pela falta de assistência médica, e que os serviços de saúde no contexto penitenciário são geralmente pensados em relação aos homens. Além disso, muitos presídios não são estruturados para atender a mulher em suas especificidades, principalmente para assistência ginecológica e obstétrica.

Para Martins (2018), o maior desafio na atenção à saúde da população carcerária é o desenvolvimento de ações e trabalhos que contribuam para que os objetivos do PNSSP sejam alcançados, em virtude de se tratar de um ambiente complexo, rico em diversidades e de vivência de uma população marginalizada e estigmatizada pelo preconceito. Assim, seriam garantidas as diretrizes e princípios propostos no Plano Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que tem como um de seus objetivos a promoção e a atenção à mulher em situação de privação de liberdade, ampliando o acesso com qualidade à atenção à saúde (Brasil, 2004).

Lermen et al. (2015) ainda ressaltam que o PNSSP foi uma boa estratégia para a garantia de acesso às políticas de saúde da população privada de liberdade, contemplando diversas ações no âmbito da atenção básica. Em contrapartida, criticam que esta estratégia não abrange toda a população prisional, pois as ações estão voltadas unicamente à população penitenciária. Deixam, assim, descoberta a parte restante do sistema prisional, como as pessoas que cumprem pena em regimes abertos e provisórios o que, através da lente da equidade, não é suficiente para garantir atenção integral à saúde para todas as minorias.

Outro marco histórico na política de direitos à saúde no âmbito prisional foi a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), que tem como objetivo garantir o acesso integral ao SUS da população privada de liberdade, através da qualificação e da humanização da atenção à saúde no sistema prisional, com ações conjuntas nas áreas da saúde e da justiça, nas esferas federais, estaduais e municipais (Brasil, 2013). Lermen et al. (2015) acreditam que a PNAISP representa um expressivo avanço na atenção à saúde da população prisional, bem como amplia a noção de garantia de direitos sociais. A PNAISP também prevê a inclusão de trabalhadores dos serviços prisionais e de familiares de pessoas privadas de liberdade nas ações de promoção e prevenção dos agravos à saúde (Brasil, 2013). A partir desse marco, a saúde passa a ser garantida não apenas à população privada de liberdade, mas à comunidade externa, como aqueles que circulam no ambiente prisional. Quanto à ampliação de acesso às políticas de saúde no

sistema penitenciário em Santarém, tal questão foi veementemente criticada pelos agentes penitenciários, quando reclamaram que não recebiam cuidados às suas necessidades de saúde e que não havia ações que os incluíssem.

Castro et al. (2014) ressaltam em seu estudo que, a partir da implantação da PNAISP, a transferência de responsabilidades da saúde dos privados de liberdade passou do Estado para os municípios onde ficam localizadas as prisões em que serão implantadas as UBSp. Soares Filho e Bueno (2016) afirmam que, com essa nova política, toda unidade prisional habilitada pelo SUS passará a ser ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde, ofertando ações de atenção básica para toda a população privada de liberdade. Os autores afirmam que, de qualquer maneira, ainda inexistem ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e cuidado integral como determina a atenção básica, revelando a forte presença de um modelo que ainda funciona nos moldes da LEP, um modelo de ambulatório que atende somente a demanda espontânea sem os devidos planejamentos e mapeamentos de saúde. Na realidade, Santarém conta com uma UBSp no CRASHM e, embora não tenha sido objeto de estudo, observou-se que quem gerencia a UBSp é o profissional enfermeiro.

Val e Nichiata (2014), ao analisarem a vulnerabilidade programática nas UBS do município de São Paulo, chamam a atenção para o fato de que, historicamente, os enfermeiros têm ocupado cargos de chefia, e grande parte das unidades de saúde estudadas na análise eram gerenciadas por enfermeiros. Por isso, ressaltam a necessidade de um perfil de gerente da UBS com conhecimentos e habilidades para desenvolver os serviços de saúde de acordo com o princípio de descentralização com a implantação do SUS.

Souza e Passos (2008), em estudo que discute as possibilidades da atuação da equipe de enfermagem nos serviços de saúde do sistema penal do Estado do Rio de Janeiro, apresentam que as ações dos profissionais de enfermagem, sejam estas ações administrativas ou assistenciais, dadas as especificidades do sistema penitenciário, devem ter um diferencial no exercício profissional. Os autores defendem que a enfermagem pode contribuir para proporcionar condição de vida mais digna às pessoas privadas de liberdade, tanto do ponto de vista biológico quanto social e psicológico, e ainda respeitando os princípios éticos e legais, com vistas a resgatar o sentido da existência humana, o que se aplica tanto ao privado de liberdade quanto aos profissionais agentes penitenciários.

MacDonald et al. (2013), discutindo o que poderia ser a saúde em meio carcerário, a partir de sua experiência no sistema penitenciário do Estado de New York, lembram que os objetivos principais da saúde na realidade penitenciária são a saúde e a segurança do paciente, a saúde da população e os direitos humanos. 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 sobre a segurança da prisão.

Le Marcis (2016) discutindo a promoção da saúde na prisão em Costa do Marfim, diz que existe um paradoxo entre o universo carcerário enquanto lugar de privação de liberdade, e o próprio princípio de educação em saúde, que diz respeito à autonomia do paciente. Ou seja, o corpo da pessoa privada de liberdade fica entregue a uma autoridade superior e o reconhecimento das necessidades de saúde deste indivíduo depende da importância que o agente penitenciário julgar, o que se inscreve em práticas que exprimem o reconhecimento de respeito aos direitos humanos. O autor acredita que questionar a saúde na prisão supõe primeiramente observar as práticas quanto à maneira como certa sociedade encara a prisão e os detentos e como estes se tornam objeto de políticas públicas.

Para Martins et al. (2014) a situação de privação de liberdade, que objetifica as pessoas e as coloca em relações de opressão hierarquizadas, desumanas e embrutecedoras, aprisiona também a dimensão da saúde construída pela Reforma Sanitária Brasileira. Além disso, atentam para o fato de que a lógica de encarceramento está, quase sempre, destinada a um mesmo público jovem, pobre, afrodescendente, envolvido em atos de viés econômico, que historicamente vive um processo de marginalização e exclusão social. Dizem ainda que há no sistema prisional riscos ligados à integridade física tanto para presos quanto para trabalhadores, assim como a falta de infraestrutura e risco às doenças infectocontagiosas, além de uma desvalorização do preso e de suas queixas apresentadas inicialmente aos agentes penitenciários. Estes trabalhadores fazem uma avaliação informal do caso e decidem a regulação do preso ao serviço médico, resultando em um controle do acesso aos serviços de saúde.

Castro et al. (2014) falam que a restrição da autonomia dos privados de liberdade limita sua participação nas ações de prevenção e que os agentes penitenciários, sem informação, sentindo-se descompromissados com as ações de saúde e não se vendo beneficiados por seu trabalho, acabam por dificultar o acesso aos

serviços de saúde, realizando triagens informais, muitas vezes baseadas no mérito, na disciplina e na segurança.

Neste estudo de Santarém, observamos, a partir das falas dos agentes que o atendimento às necessidades de saúde ao privado de liberdade zela, primeiramente, pela segurança para depois se realizar o atendimento de saúde, caso julguem necessário, dando mais destaque às patologias físicas. Em muitos casos, o privado de liberdade pode contar somente com o cuidado do agente penitenciário, a exemplo de quando a equipe de saúde for impossibilitada de entrar nos pavilhões.

Há crítica de que, com base apenas em critérios pessoais, o encaminhamento ou a produção de ações de saúde hierarquizadas e focadas na doença indica a resistência, por parte dos agentes penitenciários, da administração penitenciária e da sociedade civil em considerar a saúde como um direito do preso. Além do que, nos últimos anos, há um retrocesso na construção de saúde como um valor público, ou seja, a saúde passa a ser um bem de consumo, individualizado. Autores criticam ainda que, com o capitalismo avançado, percebe-se a retirada dos direitos conquistados pelos movimentos de lutas populares, tornando o acesso aos serviços de saúde passível de ser negociado e comprado, limitado a quem possui mais condições financeiras (Diwana et al., 2008).

A pessoa que necessita de cuidado não tem direito de escolher e nem de questionar sobre o modo como está sendo cuidado. Nessa concepção, estamos diante de uma atenção à saúde que tem domínio sobre o outro, não caracterizando um autêntico cuidado (Anéas, Ayres, 2011).

Com base em entrevistas de agentes penitenciários em unidade prisional de Minas Gerais, foi consensual entre os entrevistados a crítica à não efetivação do princípio de universalidade do SUS. Por outro lado, os autores relataram que há certa recusa por parte dos agentes em atribuir este direito ao preso. Esse estudo demonstra que a percepção dos agentes penitenciários é de que o acesso aos serviços de saúde proporciona uma condição de vantagem aos privados de liberdade, alegando que estes têm mais direito que os demais sujeitos envolvidos no contexto do sistema penitenciário (Martins et al., 2014). Essa percepção de (não) direito à saúde ao preso também foi evidenciada neste estudo realizado em Santarém.

Silva (2011), discutindo sobre o direito fundamental à saúde do preso, afirma que, quando o Estado não presta a efetiva assistência à saúde ao privado de liberdade, há uma transgressão de preceitos legais. Isso porque o artigo 196 da Constituição Federal diz que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988; art. 196).

Nesta relação de prestação de serviços de saúde e de segurança pública, Jesus et al. (2013) trazem em seu estudo que é necessária a conexão entre as equipes interdisciplinares por defender a interlocução necessária no ambiente de trabalho prisional. E levantam o questionamento de que se as relações formais e informais marcam a regulação da vida nas prisões e vão ditar a necessidade de relações conectadas entre a segurança e a saúde, visto que o trabalho da saúde está diretamente relacionado às ações da segurança, por que não pensar nos agentes penitenciários como integrantes da equipe de saúde? Problematicando esta relação, os autores acreditam que trabalhar em equipe com os agentes é, também, enquadrar-se nas regras do encarceramento, pois são eles que vão ditar o que pode ou não ser feito dentro do sistema prisional. E muitas vezes são regras que se afastam de ações de cuidado e de possibilidades de escuta do preso. Por exemplo, os atendimentos só ocorrem quando os agentes penitenciários estão disponíveis para trazer o privado de liberdade de dentro do pavilhão para a unidade de saúde, ou mesmo quando a consulta acontece com a presença do agente penitenciário, por regras da segurança. Desta forma, os autores acreditam que considerar os agentes penitenciários como integrantes das relações de cuidado dentro do sistema prisional ocasionaria pensar nas contradições presentes na relação entre a saúde e a segurança. Além disso, Diuana et al., (2008) ressaltam que as demandas de saúde aumentam a movimentação interna e externa nos presídios, o que acarreta maior trabalho aos agentes penitenciários.

A sobrecarga de trabalho e o desenvolvimento de múltiplas funções no trabalho foi uma fala unânime entre os agentes penitenciários de Santarém. Acreditam que deve haver maior comunicação entre a equipe de saúde e eles, tanto para a conservação da saúde dos privados de liberdade e da saúde dos próprios agentes quanto para a preservação da segurança dentro dos pavilhões, evitando exposição de diagnósticos médicos que motivem o sentimento negativo de estigma e preconceito entre os presos, a exemplo do HIV e da tuberculose. Também criticaram a falta de profissionais da saúde que não são em número suficiente para atender a demanda das três unidades prisionais, bem como do abastecimento da farmácia básica da UBSp que disseram ser insuficiente.

Assim, faz-se necessário discutir a saúde prisional com a lente da saúde coletiva. Sánchez e Bertolozzi (2007), propõem que a produção de ações de saúde possibilite a leitura das necessidades dos indivíduos, com ampliação de foco do conceito das vulnerabilidades para que sejam incorporadas novas práticas, cuja essência seja o indivíduo-coletivo e, assim, possibilitar apoio aos sujeitos sociais no que diz respeito aos seus direitos.

No atual contexto no nosso país, onde há regressão de direitos e diminuição de investimentos na área da saúde, é imprescindível manter a motivação para que os princípios do SUS sejam concretizados. Bertolozzi e Greco (1996) afirmam que cabe aos cidadãos a defesa dos direitos à saúde e a cobrança para que o Estado cumpra com o seu dever de garantia e efetivação de políticas públicas. Contudo, as autoras ressaltam que é impossível a superação de uma crise social sem a presença de um Estado forte que atue de modo eficiente, com eficácia, que aponte para a equidade e acolha as minorias.

5 CONCLUSÃO

5 CONCLUSÃO

Tendo por objetivos caracterizar o perfil sociodemográfico de condições de vida e trabalho dos agentes penitenciários de Santarém do Pará, identificar a compreensão dos agentes penitenciários sobre a saúde da pessoa privada de liberdade e identificar a concepção do agente prisional sobre o direito à saúde da pessoa privada de liberdade, conclui-se que:

Há mais agentes penitenciários declarados do sexo masculino. Isso deve ocorrer devido à existência de uma proporção também maior de homens privados de liberdade e, mesmo diante da realidade do CRFS, há necessidade de homens que exerçam relação indireta com as mulheres privadas de liberdade.

A escolaridade deste grupo de trabalhadores é mediana em sua maioria pela exigência da conclusão do nível médio nos processos seletivos realizados. Porém, foram encontrados agentes penitenciários com nível superior, como um reflexo da dificuldade de inserção desses indivíduos no mercado de trabalho, que podem ter buscado a situação de agente penitenciário como uma solução provisória para o desemprego.

Muitos agentes penitenciários trabalham em turnos dobrados, ou em dias de folga em um segundo emprego para aumentar a renda e como esforço para melhorar o salário.

Não se descarta a possibilidade de que algum agente penitenciário tenha omitido informação sobre um segundo trabalho remunerado com receio de que outra atividade em tempo de folga pudesse repercutir de forma negativa sobre seu desempenho no serviço ou tivesse outras interpretações.

Pela natureza do trabalho do agente penitenciário, esperava-se auto declaração de serviço de segurança nas horas de folga, fato que não obteve nenhuma evidência.

O “ser mulher agente prisional” impõe limitações em relação aos cuidados pessoais de saúde e de higiene peculiares ao gênero feminino, além de outras percepções de cunho doméstico quando em dias de folga do trabalho.

Embora tenha sido evidenciado que os agentes penitenciários percebam uma base comum quanto aos riscos sanitários, não observamos a concepção de ponto de convergência entre eles e os privados de liberdade em que todos possuem direitos equânimes à saúde.

A ação de facções criminosas aumenta a carga psicológica e física no trabalho, acentuando a violência e sua naturalização na prática cotidiana do sistema prisional.

O pouco investimento estatal, com precária infraestrutura nos presídios, carga horária exaustiva e déficit de recursos humanos evidenciam a vulnerabilidade social e a vulnerabilidade programática descritas nos resultados.

É evidente o desgaste na vida social e no trabalho dos agentes penitenciários relacionado ao sistema penitenciário de âmbito individual, e que são buscadas “alternativas” também individuais para a melhoria destas condições. É preciso considerar que estas condições precárias são determinadas pela inserção dos indivíduos na sociedade.

Percebeu-se conflito na relação interdisciplinar quanto aos cuidados de saúde, evidenciando déficit de comunicação e frágil plano de ação das atividades inerentes à saúde dos privados de liberdade e do sistema penitenciário em Santarém, de modo geral.

Os agentes penitenciários têm a percepção das vulnerabilidades no cárcere, tanto para o privado de liberdade quanto para si e suas famílias, e do risco de infecção e transmissão de doenças como as IST e tuberculose. Percebem que são atores importantes para o cuidado de saúde aos privados de liberdade, porém não se sentem qualificados para desenvolver esta regulação de acesso. Concebem o processo saúde-doença na perspectiva da unicausalidade e acreditam que os presos têm “certa vantagem” nos serviços de saúde, o que os coloca em plano superior à população geral em relação às garantias dos direitos previstas em lei.

Ainda que haja garantia de lei de políticas públicas de saúde para a pessoa privada de liberdade, verifica-se que existem poucos investimentos para prover tais direitos. Percebe-se uma concepção de reprodução de violência institucional como de séculos atrás, conforme citado Foucault neste estudo, contra os privados de liberdade e contra os profissionais ali inseridos. A efetivação do direito à saúde das pessoas em privação de liberdade requer o rompimento com a lógica punitiva de encarceramento, desse modo indo além da garantia de acesso às ações e aos serviços públicos e estatais de saúde.

Na linha da construção da política do cuidado em saúde das pessoas privadas de liberdade, na perspectiva de ultrapassar a barreira punitivista do encarceramento, é necessária a efetivação das políticas públicas previstas no SUS, de modo que este seja concretamente universal, integral, equitativo e que possa envolver o conjunto de atores participantes da produção de saúde na realidade prisional. Desse modo, amplia-se o

horizonte para além de uma abordagem que se restringe à responsabilidade individual, possibilitando uma reflexão crítica da realidade e permitindo extrapolar o domínio do corpo do outro com a intenção de provocar um autêntico cuidado à saúde com o foco na saúde coletiva.

Com a atual precarização do SUS e sem as soluções necessárias para todos os problemas, as unidades prisionais passam a ter perspectivas ainda piores por não serem ainda visualizadas como espaços de intervenção de saúde, mesmo com publicações de leis e normas que orientam a relação da aplicação de políticas públicas de saúde. Percebe-se que o sistema carcerário tornou-se um instrumento de serviço da desigualdade social onde se faz necessária a efetivação de políticas públicas de todas as áreas.

O estudo teve por limitação a dificuldade em realizar pesquisa em ambiente carcerário pelas atividades pertinentes, pelo risco provável de exposição e possível fuga ou motim, bem como pelo escasso tempo disponível dos agentes penitenciários para a coleta de dados. Existem poucas publicações de estudos referentes às discussões da saúde dos privados de liberdade e a relação com a atividade laboral do agente penitenciário.

Evidencia-se implicações para a Enfermagem quanto ao controle de doenças transmissíveis, com ações diferenciadas e adequadas à realidade carcerária, aplicadas a toda população prisional, incluindo a comunidade externa que circula no ambiente prisional; o planejamento de ações de prevenção de agravos e promoção da saúde de modo geral, buscando o apoio de outros profissionais e trabalhadores do âmbito penitenciário, com iniciativas que estimulem a valorização humana.

Este estudo possibilita a abertura para novas investigações sobre a saúde dos trabalhadores agentes penitenciários em Santarém; sobre a saúde dos privados de liberdade, em particular a vulnerabilidade pelo HIV e tuberculose; sobre formas de enfrentamento de necessidades de saúde e atuações pela equipe multidisciplinar de saúde e interdisciplinar do sistema penitenciário. Além disso, possibilita fomentar ação local e buscar soluções coletivas com a participação ativa do trabalhador agente penitenciário.

REFERÊNCIAS

Andrade DS. Psicopatologias em agentes penitenciários: uma relação entre trabalho e saúde. Publicado na edição de janeiro de 2015 (<https://psicologado.com/edicoes/01/2015>).

Anéas TV, Ayres JRCM. Significados e sentidos das práticas de saúde: a ontologia fundamental e a reconstrução do cuidado em saúde. *Comunicação saúde educação*, v.15, n.38, 2011; p. 651-62.

Assembleia Legislativa do Estado do Pará. Comissão de Direitos Humanos e Defesa do Consumidor. Relatório Preliminar Mortes de Presos no Centro De Recuperação Regional de Altamira – CRRA. Belém: ALEPA; 2019.

Ayres JRCM, Calazans GJC, Saletti Filho HC, França-Junior I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: campos GWS (et al.). *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006; p. 375-417.

Ayres JRCM, França-Junior I, Calazans GJ, Saletti filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM (org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 2ª ed. revisada e ampliada. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009; p. 121-47.

Ayres JRCM. Prevenção, promoção, redução de vulnerabilidades. In: Martins MA, Carrilho FJ, Alves VA, Castilho CG, Wen CL (orgs). *Clínica Médica*. 1ª ed. Barueri: Manole, 2009; p.437-55.

Barcinski M, Altenbernd B, Campani C. Entre cuidar e vigiar: ambiguidades e contradições no discurso de uma agente penitenciária. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 19, número 7, julho, 2014; p. 2245-54.

Bertolozzi MR, Nichiata LYI, Takahashi RF, Ciosak SI, Hino P, Val LF, Guanillo MCLTU, Pereira EG. Os Conceitos de Vulnerabilidade e a Adesão na Saúde Coletiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2009; p. 1326-30.

Bertolozzi, MR, Greco, RM. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v.30, n.3, dez. 1996; p.380-98.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília - DF, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.

Brasil. Lei de Execução Penal. Brasília - DF, 1984. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm.

Brasil. Lei nº 11.942, de 28 de maio de 2009. Dá nova redação aos art. 14, 83 e 89 da Lei no 7.210, de 11 de julho de 1984 - Lei de Execução Penal, para assegurar às mães presas e aos recém-nascidos, condições mínimas de assistência. Brasília - DF, 2009.

Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/topicos/13490175/lei-n-11942-de-28-de-maio-de-2009>.

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília - DF, 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.

Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília - DF, 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm.

Brasil. Ministério da Justiça e Segurança Pública Departamento Penitenciário Nacional. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias. Brasília -DF, 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Brasília, 2003a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_sistema_penitenciario_2ed.pdf.

Brasil. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de liberdade no Sistema prisional. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Brasília – DF, 2013.

Brasil. Revisão do Plano nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília – DF, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde, Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher, Princípios e diretrizes. Série C. Projetos, programas e relatórios. Editora MS. Brasília. DF. 2004.

Busatto C, Nunes LS, Valim ARM, Valena MS, Krug SF, Becker D. Tuberculosis among prison staff in Rio Grande do Sul. Revista Brasileira de Enfermagem [Internet]. 2017; 70(2); p. 370-5

Campos GWS. SUS: o que e como fazer? Future prospects for the SUS. Ciência & Saúde Coletiva, 23(6), 2018; p. 1707-14.

Castro VD, Sánchez A, Larouzé B. Para uma abordagem comunitária da saúde penitenciária. Caderno de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 22 (2), 2014; p. 111-2.

Declaração Universal dos Direitos Humanos. Adotada e proclamada pela resolução 217 A (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948. Disponível na Biblioteca Virtual de Direitos Humanos da Universidade de São Paulo: www.direitoshumanos.usp.br

Diário do Pará. Pará tem déficit de vagas nos centros de detenção. Belém, 2012. Disponível: <http://diariodopara.diarioonline.com.br/N-154332>.

Dimenstein M, Lima AIO, Figueiró RA, Leite JF. Uso abusivo de álcool e outras drogas entre trabalhadores do sistema prisional. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 17(1), 2017; p. 62-70.

Diuana V, Lhuillier D, Sánchez AR, Amado G, Araújo L, Duarte AM, Garcia M et al. Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(8), ago, 2008; p. 1887-96.

Dorigo JN. Trabalho em cadeia – uma análise do cotidiano laboral dos agentes de segurança penitenciária no estado de Minas Gerais [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia; 2015.

Fapespa. Fundação Amazônia de Amparo a Estudos e Pesquisas do Pará. Diagnóstico socioeconômico e ambiental do Estado do Pará e Regiões de Integração. Pará, 2015. Disponível em: www.fapespa.pa.gov.br.

Fapespa. Fundação Amazônia de Amparo a Estudos e Pesquisas do Pará. Região de Integração Baixo Amazonas: Perfil socioeconômico e ambiental. Pará, 2019. Disponível em: www.fapespa.pa.gov.br.

Fávaro RA. O trabalho do agente penitenciário: os paradoxos entre a punição e a ressocialização [dissertação]. Irati: Universidade Estadual do Centro-Oeste, Paraná, Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário; 2015.

Fernandes RCP, Neto MAS, Sena GM, Leal AS, Carneiro CAP, Costa FPM. Trabalho e cárcere: um estudo com agentes penitenciários da Região Metropolitana de Salvador, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(3), 2002; p. 807-16.

Ferreira MJM, Macena RHM, Mota RMS, Neto RJP, Silva AMC, Vieira LJES, Kendall BC, Kerr LRFS. Prevalência e fatores associados à violência no ambiente de trabalho em agentes de segurança penitenciária do sexo feminino no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(9), 2017; p. 2989-3002.

Figueiró RA. Cartografia do trabalho de agentes penitenciários: reflexão sobre o “dispositivo prisão” [tese]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes; 2015.

Fonseca RMGS, Egry EY, Bertolozzi MR. O materialismo histórico e dialético como teoria da cognição e método para a compreensão do processo saúde-doença. Egry EY, Cubas MR, organizadoras. *O trabalho da Enfermagem em saúde coletiva no cenário Cípsc: guia para pesquisadores*. Curitiba (PR): ABEn-Seção Paraná, 2006; p. 57-8.

Foucault, M. Vigiar e Punir: Nascimento da prisão. Tradução: Raquel Ramallete. 38ª ed. Petrópolis. Editora: Vozes. 2010.

Franco, T. Alienação do trabalho: despertencimento social e desrenraizamento em relação à natureza. *Caderno CRH*, Salvador, v. 24, n. spe 01, 2011; p. 171-91.

Gaskell G. Entrevistas individuais e grupais. In.: Bauer MW, Gaskell, G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: Um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2002; p. 64-89.

Goldberg P, Simone D, Landre MF, Golberg M, Dassa S, Fuhrer R. Work condition and mental health among prison staff in France. *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health*, 22, 1996; p. 45-54.

Goldenberg M. A arte de Pesquisar: Como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais. 8ª ed. Rio de Janeiro: Record; 2004.

Gomes MHA, Silveira C. Sobre o uso de métodos qualitativos em Saúde Coletiva, ou a falta que faz uma teoria. *Revista de Saúde Pública*, v. 46, n. 1, 2012; p.160-5.

Ide CAC, Chaves EC. A questão da determinação do processo saúde-doença. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, 24(1), 1990; p. 163-67.

Infopen. Sistema de Informações Penitenciárias Divisão de Tecnologia da Informação Superintendência do Sistema Penitenciário do Estado do Pará. Secretaria de Segurança Pública Governo do Estado do Pará. Junho, 2017.

Infopen. Sistema de Informações Penitenciárias Divisão de Tecnologia da Informação Superintendência do Sistema Penitenciário do Estado do Pará. Secretaria de Segurança Pública Governo do Estado do Pará. Abril, 2018.

Infopen. Sistema de Informações Penitenciárias Divisão de Tecnologia da Informação Superintendência do Sistema Penitenciário do Estado do Pará. Secretaria de Segurança Pública Governo do Estado do Pará. Junho, 2019.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Panorama de Cidades do Estado do Pará. IBGE, 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pa/panorama>.

Jaskowiak CR, Fontana RT. O trabalho no cárcere: reflexões acerca da saúde do agente penitenciário. *Revista Brasileira de Enfermagem* [online], vol.68, n.2, 2015; p.235-43.

Jesus LO, Scarparo HBK, Lermen HS. Desafios profissionais no campo da saúde no sistema prisional: dilemas na interface entre a saúde e a segurança. *Aletheia* 41, maio/ago, 2013; p. 39-52.

Kolling GJ, Silva MBB, Sá MCDNP. O direito à saúde no sistema prisional. *Revista Tempus Actas Saúde Coletiva*, 2013; p. 281-97.

Kurowski CM, Moreno-Jimenez B. A Síndrome de Burnout em Funcionários de Instituições Penitenciárias. In: Benevides Pereira, Ana Maria T. Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador (org.). São Paulo: Casa do psicólogo, 2002.

Le Marcis F. L'impossible gouvernement de la santé en prison? Réflexions à partir de la MACA (Côte d'Ivoire). *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(7), 2016; p. 2011-19.

Lermen HS, Gil BL, Cunico SD, Jesus LO. Saúde no cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 25 [3], 2015; p. 905-24.

Lourenço AS. O espaço de vida do agente de segurança penitenciária no cárcere: entre gaiolas, ratoeiras e aquários [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia; 2010.

MacDonald R, Parsons A, Venters HA. The Triple Aims of Correctional Health: Patient Safety, Population Health, and Human Rights. *J Health Care Poor Underserved* 24(3), 2013; p.1226-34.

Malta DC, Reis AAC, Jaime PC, Neto OLM, Silva MMA, Akerman M. O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 2018; p. 1799-1809.

Marcelo José Monteiro Ferreira. Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais comuns e violência no trabalho das agentes de segurança penitenciária no Brasil. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina; 2016.

Martins ELC, Martins Silveira AM, Melo EM. O contraditório direito à saúde de pessoas em privação de liberdade: o caso de uma unidade prisional de Minas Gerais. *Saúde Soc.* São Paulo, v.23, n.4, 2014; p.1222-34.

Martins NVN. Vulnerabilidades às infecções sexualmente transmissíveis de mulheres privadas de liberdade em Santarém-Pará [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2018.

Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade?. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 9 (3). jul/set, 1993; p. 239-62.

Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 2012; p. 621-26.

Moraes PRB. A identidade e o papel de agentes penitenciários. *Revista de Sociologia da USP*, v. 25, n. 1, 2013; p 131-47.

Neto OC, Moreira MR, Sucena LFM. Grupos Focais e pesquisa social qualitativa: o debate orientado como técnica de aplicação. XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos populacionais. Minas Gerais, 2002; p. 01-26.

Nichiata LYI, Bertolozzi MR, Gryscek ALPL, Araújo NVDL, Padoveze MC, Ciosak SI, Takahashi RF. Potencialidades do conceito de vulnerabilidade para a compreensão das doenças transmissíveis. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2011; p. 1769-73.

Nichiata LYI, Bertolozzi MR, Takahashi RF, Fracolli LA. A utilização do conceito de “vulnerabilidade” pela enfermagem. *Revista Lanino –Americana de enfermagem*, 2008; p. 129-35.

Oliveira ELG. Os Servidores do Sistema Penitenciário e a Luta pela Saúde no Contexto das Instituições Prisionais no Pará [dissertação]. Belém: Universidade Federal do Pará, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas; 2012.

Oliveira MAC, Egry EY. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 34, n. 1, mar. 2000; p. 9-15.

Organização Pan-Americana da Saúde. Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030? Brasília: OPAS, 2018.

Paim JS. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

Paiva CHA, Teixeira LA. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar., 2014; p.15-35.

Poupart J. A entrevista de tipo qualitativo: considerações epistemológicas, teóricas e metodológicas. In: Poupart J. et al. (Org.). *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Vozes, 2012; p. 215-52.

Prefeitura Municipal de Santarém. Informações Municipais de Santarém. Secretaria Municipal de Meio Ambiente (SEMMA), Centro Municipal de Informações Ambientais (CIAM), 2013. Disponível em: <http://www.santarem.pa.gov.br>.

Prefeitura Municipal de Santarém. Informações Municipais de Santarém : Plano Anual de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), 2019. Disponível por email: gabsemsastm@hotmail.com.

Prefeitura Municipal de Santarém. Informações municipais. Santarém, 2019. Disponível em: <http://www.santarem.pa.gov.br>.

Ramos FLP, Hora AL, Souza CTV, Pereira LO, Hora DL. As contribuições da epidemiologia social para a pesquisa clínica em doenças infecciosas. *Revista Pan-Amaz Saude*, 2016; p. 221-29.

Ravlija J, Vasilj I, Marijanoviü I, Vasilj M. Risk behaviour of prison inmates in relation to HIV/STI. *Psychiatria Danubina*, vol. 26, Suppl. 2. 2014; p. 395–440.

Reis JFG, Souza JLC, Cardoso LFC, Brito DC. Agentes prisionais: Percepções e conflitos de uma profissão de risco. *XV Encontro de Ciências Sociais do Norte e Nordeste e Pré-Alas Brasil*. Teresina-PI, 2012; p. 01-21.

Rudnicki D, Schäfer G, Silva JC. As máculas da prisão: estigma e discriminação das agentes penitenciárias. *Revista Direito Gv*, São Paulo, v. 13 N. 2. Maio-Ago 2017; p. 608-27.

Salla F. As rebeliões nas prisões: As rebeliões nas prisões: novos significados a partir da experiência brasileira. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 8, nº 16, jul/dez 2006; p. 274-307.

Sánchez M, Bertolozzi MR. "Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva?". *Ciência & Saúde Coletiva* 12, 2007; p. 319-24.

Santos JO, Diel AFS. O direito á saúde no cárcere : a efetividade das políticas públicas de saúde no sistema prisional brasileiro. In : <http://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/snpp/article/view/14612> .

Santos NR. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 2018; p. 1729-36.

Scartazzini L. Entre grades e cadeados: a condição psicossocial do agente penitenciário em exercício na mesorregião da grande Florianópolis [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2014.

Silva, TAG. O Preso e o Direito Fundamental à Saúde. *Conteudo Juridico*, Brasília-DF: 25 jan. 2011. Disponível em: <http://www.conteudojuridico.com.br/?artigos&ver=2.31019&seo=1>>.

Siqueira IBL. “AQUI NINGUÉM FALA, ESCUTA OU VÊ” - Relatos sobre o cotidiano profissional dos agentes de segurança penitenciária em Manaus [dissertação]. Manaus: Universidade Federal do Amazonas, Instituto de Ciências Humanas e Letras/ Departamento de Ciências Sociais; 2016.

Siqueira KCL, Silva JM, Angnes JS. “Cuidar de preso?!”: os sentidos do trabalho para agentes penitenciários. *Revista de Ciências da Administração*, v. 19, n. 48, agosto 2017; p. 84-95.

Soares Filho MM, Bueno PMMG. Demografia, vulnerabilidades e direito à saúde da população prisional brasileira. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 2016; p. 1999-2010.

Souza MOS, Passos JP. Enfermagem no sistema penal: limites e possibilidades. *Escola Anna Nery, Revista de Enfermagem* set 12 (3), 2008; p. 417-23.

Steenland K, Levine AJ, Sieber K, Schulte P, Aziz D. Incidence of tuberculosis infection among New York State Prison employees. *American Journal of Public Health*, 87, 1997 ; p. 2012-14.

Tschiedel RM, Monteiro JK. Prazer e sofrimento no trabalho das agentes de segurança penitenciária. *Estudos de Psicologia*, 18 (3), julho-setembro/ 2013; p. 527-35.

Turner M, Peacock M. Palliative Care in UK Prisons: Practical and Emotional Challenges for Staff and Fellow Prisoners. *Journal of Correctional Health Care*, Vol. 23(1), 2017; p. 56-65.

Val LF, Nichiata LYI. A integralidade e a vulnerabilidade programática às DST/HIV/aids na Atenção Básica. Artigo original. *Revista de Enfermagem da USP (ESP)*. 2014; p. 149-55.

Viacava F, Oliveira RAD, Carvalho CC, Laguardia J, Bellido JG. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 2018; p. 1751-62.

APÊNDICES

Apêndice A: Revisão da Literatura de base

Apêndice B: Formulário para caracterizar o perfil sociodemográfico do agente penitenciário

Apêndice C: Roteiro de Debate para o Grupo Focal

Apêndice D: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Apêndice A: Revisão da Literatura de base

Identificação	Autores, ano	Cenário	Título	Objetivos
I	Pedro R. Bodê de Moraes, 2013.	Sistema penitenciário do estado do Paraná. Unidades prisionais de Curitiba e sua região metropolitana	A identidade e o papel de agentes penitenciários	Explorar o processo de construção da identidade de agentes penitenciários a partir da dinâmica no interior das prisões e também da relação destes com a sociedade de forma mais ampla
II	Rubia Minuzzi Tschiedel; Janine Kieling Monteiro, 2013	Sistema prisional gaúcho: albergue feminino da região metropolitana de Porto Alegre/RS.	Prazer e sofrimento no trabalho das agentes de segurança Penitenciária.	Conhecer o trabalho no sistema prisional gaúcho e as implicações deste na saúde mental das agentes de segurança penitenciária.
III	Luciana Oliveira de Jesus; Helena Beatriz K. Scarpato; Helena Salgueiro Lermen; 2013.	Sistema prisional do Rio Grande do Sul.	Desafios profissionais no campo da saúde no sistema prisional: dilemas na interface entre a saúde e a segurança.	Conhecer experiências de profissionais de saúde que atuam em equipes de saúde prisional e os desafios por eles enfrentados para efetivar ações de saúde dentro de um espaço que prioriza práticas punitivas.
IV	Leticia Scartazzini, 2014	O sistema prisional do estado de Santa Catarina: Mesorregião de Florianópolis.	Entre grades e cadeados: A condição psicossocial do agente penitenciário em exercício na mesorregião da grande Florianópolis	Investigar a condição psicossocial do agente penitenciário em exercício na Mesorregião da Grande Florianópolis
V	Mariana Barcinski; Bibiana Altenbernd; Cristiane Campani; 2014	Penitenciária feminina do Rio Grande do Sul	Entre cuidar e vigiar: ambiguidades e contradições no discurso de uma agente penitenciária	Verificar de que modo o discurso de uma agente penitenciária que trabalha com mulheres encarceradas reflete de formas diversas a contradição inerente à instituição prisão, a saber, sua dupla missão de punir e ressocializar criminosos.
VI	Élida Lúcia Carvalho Martins; Luciana Gomes Martins; Andréa Maria Silveira; Elza Machado de Melo; 2014.	Unidade prisional masculina em Ribeirão das Neves (MG)	O contraditório direito à saúde de pessoas em privação de liberdade: o caso de uma unidade prisional de Minas Gerais	Objetivo analisar a efetivação do direito à saúde das pessoas em privação de liberdade
VII	Rafael de Albuquerque Figueiró, 2015.	Presídio estadual de Paranacirim: Região metropolitana de Natal - RN	Cartografia do trabalho de agentes penitenciários: reflexão sobre o “dispositivo prisão”.	Analisar os efeitos do trabalho no cárcere na vida de agentes penitenciários do presídio estadual de Parnacirim, localizado na

				região metropolitana de Natal – RN.
VIII	Caroline Raquele Jaskowiak; Rosane Teresinha Fontana, 2015.	Presídio de médio porte: região noroeste do estado do Rio Grande do Sul	O trabalho no cárcere: reflexões acerca da saúde do agente penitenciário.	Conhecer as condições de trabalho de agentes penitenciários e os reflexos do exercício da atividade laboral em sua saúde.
IX	Rodrigo Alves Fávaro, 2015.	Complexo Penitenciário de Guarapuava, Paraná	O trabalho do agente penitenciário: os paradoxos entre a punição e a ressocialização.	Problematizar a função histórica e social desse profissional, tendo como campo de estudo o Complexo Penitenciário de Guarapuava.
X	Luciana Oliveira de Jesus; Helena Beatriz Kochenborger Scarparo; 2015.	Unidades de saúde prisional do Rio Grande do Sul.	O trabalho em saúde nas prisões: produção de sujeitos e territórios	Compreender como se constroem processos de trabalho e concepções de sujeitos nas prisões, de acordo com profissionais que trabalham em unidades de saúde prisional.
XI	Ítalo Barbosa Lima Siqueira, 2016.	Sistema Penitenciário Estadual do Estado do Amazonas: unidades prisionais de Manaus	“AQUI NINGUÉM FALA, ESCUTA OU VÊ”: Relatos sobre o cotidiano profissional dos agentes de segurança penitenciária em Manaus.	Compreender diferentes tipos de processos sociais que dão sentido para o universo social dos agentes de segurança penitenciária, bem como os modos de classificação da vida frente às contingências e adversidades do cotidiano profissional desta classe.
XII	Júlia Nogueira Dorigo, 2016	Complexo Penitenciário de Ponte Nova, Minas Gerais	Trabalho em cadeia – uma análise do cotidiano de trabalho dos agentes de segurança penitenciária no estado de Minas Gerais	Investigar a relação entre construção da subjetividade e condições de trabalho, realizando um estudo junto aos agentes de segurança penitenciária do estado de Minas Gerais.
XIII	Marcelo José Monteiro Ferreira, 2016.	Unidades Prisionais brasileiras nos estados do Pará, Rondônia, Ceará, Mato Grosso, São Paulo, Minas Gerais, Paraná, Rio Grande do Sul e no Distrito Federal.	Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais comuns e violência no trabalho das agentes de segurança penitenciária no Brasil.	Estimar a prevalência de transtornos mentais comuns, violência no trabalho e seus fatores associados em Agentes de Segurança Penitenciária do sexo feminino no Brasil.
XIV	Marcelo José Monteiro Ferreira; Raimunda Hermelinda Maia Macena; Rosa Maria Salani Mota; Roberto da Justa Pires Neto; Ageo	Unidades Prisionais brasileiras nos estados do Pará, Rondônia, Ceará, Mato Grosso, São Paulo, Minas Gerais, Paraná, Rio Grande do Sul e no Distrito Federal.	Prevalência e fatores associados à violência no ambiente de trabalho em agentes de segurança penitenciária do sexo feminino no Brasil.	Estimar a prevalência e os fatores associados à violência no trabalho em agentes de segurança penitenciária do sexo feminino no Brasil.

	Mário Cândido da Silva; Luiza Jane Eyre Sousa Vieira; Bernard Carl Kendall; Ligia Regina Franco Sansigolo Kerr, 2016.			
XV	Dani Rudnicki, Gilberto Schäfer e Joana Coelho da Silva, 2017.	Penitenciárias femininas do Rio Grande do Sul.	As máculas da prisão: estigma e discriminação das agentes penitenciárias.	Verificar se as agentes penitenciárias são discriminadas em virtude de seu labor.
XVI	Mary Turner e Marian Peacock, 2017.	Penitenciária no noroeste da Inglaterra.	Palliative Care in UK Prisons: Practical and Emotional Challenges for Staff and Fellow Prisoners.	Descrever o contexto por trás do aumento de número de idosos presos e explorar as necessidades específicas desta população e discutir alguns dos desafios práticos e emocionais para agentes penitenciários, profissionais de saúde e companheiros de prisão que são envolvidos em cuidar de prisioneiros que morrem em um ambiente de custódia.
XVII	Magda Dimenstein; Ana Izabel Oliveira Lima; Rafael de Albuquerque Figueiró; Jáder Ferreira Leite, 2017.	Unidades penitenciárias de um estado do nordeste brasileiro.	Uso abusivo de álcool e outras drogas entre trabalhadores do sistema prisional.	Investigar os padrões de uso de álcool e outras drogas entre agentes penitenciários de um estado do Nordeste brasileiro, o papel que exerce na vida desses trabalhadores e os possíveis problemas associados a essa prática.
XVIII	Kelen Cristina de Lara Siqueira; Jéssica Martins da Silva; Juliane Sachser Angne, 2017	Unidades Penitenciárias no Centro Sul do Paraná.	“Cuidar de preso?!”: os sentidos do trabalho para Agentes penitenciários.	Identificar os sentidos do trabalho para os agentes penitenciários.

Apêndice B: Formulário para caracterizar o perfil sociodemográfico do agente penitenciário

1 Número de identificação (por ordem designada no grupo focal)	_____
2 Qual a sua idade	_____
Sexo/gênero	_____
Raça/Cor (autodeclarada):	() Branca () Parda () Amarela () Negra () Indígena
Naturalidade	() Paraense. () outro estado. Qual: _____
Religião	() Católica () Evangélica () Nenhuma () outra. Se outra. Qual: _____
Estado civil	() Solteiro(a) () Casado(a) () União estável () Viúvo (a)
Tem filhos?	() Sim () Não. Se sim quantos: _____
Renda Familiar	() 1 até 2 salários mínimos () mais 2 até 4 salários mínimos () mais 4 até 6 salários mínimos () mais de 6 salários mínimos
Turno de trabalho	() Manhã () Tarde () Noite () Integral
Regime de plantão	() 6 horas/diárias () 8 horas/diárias () 12 /36 horas () 24/48 horas
Tempo de serviço como agente penitenciário:	() menos de 1 ano () de 1 a 2 anos () de 2 a 5 anos () de 5 a 10 anos Em caso de mais 10 anos, quantos anos: _____
Possui outra ocupação/atividade?	() Sim () Não. Se sim, qual atividade: _____
Escolaridade/ Formação	() Ensino Fundamental () Ensino Médio () Ensino técnico. Qual: _____ () Superior. Qual: _____

Apêndice C: Roteiro de Debate para o Grupo Focal.

(Comentários introdutórios sobre a pesquisa. Agradecer aos agentes penitenciários por terem concordado em participar. Apresentar o estudo. Pedir para gravar a sessão)

1. O que vem à mente quando pensa em sua saúde?
2. O que vem à mente quando pensa em saúde da pessoa presa?
3. Conte-me uma situação que a pessoa presa estava doente?

Apêndice D: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Convido o (a) senhor (a) a participar da pesquisa intitulada “**SAÚDE NO CÁRCERE NA PERSPECTIVA DO AGENTE PENITENCIÁRIO DE SANTARÉM – PARÁ**”, sob a responsabilidade da pesquisadora **Irlaine Maria Figueira da Silva**, orientada pela Prof. Dra. **Lúcia Yasuko Izumi Nichiata**, que tem dentre os objetivos, analisar como os Agentes Penitenciários de Santarém do Pará, percebem e concebem a saúde da pessoa privada de liberdade, no município de Santarém, Pará. Entendemos que esta pesquisa é de grande importância por se discutir a compreensão do agente penitenciário como colaborador no serviço de saúde.

Gostaríamos de contar com a sua participação: O(a) senhor(a) será convidado(a) a participar de um Grupo Focal, uma reunião com pelo menos 10 pessoas, como você agente penitenciário e outros 3 pesquisadores. Neste momento o projeto será apresentado de uma maneira geral com o tema “Saúde no Cárcere na perspectiva do Agente Penitenciário em Santarém – Pará” com a utilização de gravador e terá duração média de 120 minutos sua participação será de suma importância.

Será realizada nas dependências do Complexo Penitenciário de Santarém, Pará, em dias de serviço e com programação prévia e conjunta com a direção e coordenação de segurança do sistema penal.

Ao aceitar participar da pesquisa o (a) senhor (a) fica ciente que:

- I)** Sua participação não é obrigatória, o (a) senhor (a) pode se recusar a participar da pesquisa.
- II)** O (a) senhor (a) tem a liberdade de desistir ou de interromper sua colaboração nesta pesquisa no momento em que desejar, sem necessidade de prestar qualquer explicação e sem causar nenhum prejuízo à sua saúde, a seu trabalho ou seu bem-estar físico.
- III)** O risco de ter revelada sua identidade existe, porém será minimizado por meio da utilização de códigos numéricos, para sua identificação, preservando com isso a confidencialidade das informações prestadas.
- IV)** Podem ocorrer casos de constrangimento ou desconforto seja durante a sessão do grupo focal, por motivo de não querer expor suas ideias quando solicitado. Entretanto, tais situações serão minimizadas, contando-se com o cuidado de se realizar uma conversa dinâmica e descontraída.
- V)** O(a) senhor(a) não receberá remuneração (pagamento em dinheiro) e nenhum tipo de recompensa nesta pesquisa, por ser sua participação voluntária.
- VI)** Em casos de eventuais danos decorrentes da realização da pesquisa, será garantida indenização ao participante, conforme as leis vigentes no país.
- VII)** Caso o participante tenha alguma despesa decorrente de sua participação na pesquisa, o ressarcimento será garantido por meio da apresentação de nota fiscal.

- VIII)** Os resultados obtidos durante a pesquisa serão mantidos em sigilo e arquivados sob responsabilidade da pesquisadora, por um período de cinco anos e, após o término deste período, todos os dados serão incinerados ou deletados.
- IX)** O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) será impresso em duas vias de igual teor, e assinado em todas as páginas, sendo que uma via é de uso da pesquisadora e a outra via ficará com o(a) senhor(a).
- X)** Como benefício, a sua participação na presente pesquisa irá possibilitar discussões de problemas e a busca de soluções coletivas com a participação ativa do trabalhador agente penitenciário. Também permitirá fomentar discussões a respeito de Políticas de Saúde e de Saúde Carcerária.
- XI)** Será garantida a privacidade e a confidencialidade das informações, sendo a responsabilidade assumida pela pesquisadora que, para qualquer informação durante a pesquisa a mesma, poderá ser encontrada nos seguintes endereços postal, eletrônico e telefônico: Irlaine Maria Figueira da Silva, Rua Hortênsia, 869, Jardim Santarém, CEP: 68.030.310, Santarém, Pará; e-mail: irlainefigueira@usp.br, telefone celular: (93) 99223 4429.
- XII)** Caso você tenha alguma consideração ou dúvida sobre a presente pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, localizado na Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, nº 419 – Cerqueira Cesar – São Paulo/SP. CEP: 05403-000. Telefone - (11) 3061 8858. E-mail: cepee@usp.br.
- XIII)** Esta pesquisa atende todas as especificações da Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Santarém, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante

Irlaine Maria Figueira da Silva
Pesquisadora

ANEXOS

Anexo A: Parecer consubstanciado do CEP

Anexo B: Parecer da EAP

Anexo C: Autorização do Superintendente da SUSIPE

Anexo D: Solicitação para uso de gravador

Anexo E: Autorização para uso de gravador

Anexo A: Parecer consubstanciado do CEP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Saúde no Cárcere na perspectiva do Agente Penitenciário de Santarém, μ Pará.

Pesquisador: IRLAINE MARIA FIGUEIRA DA SILVA

Área Temática:

Versão: 1

CAA/E: 96088918.0.0000.5362

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.968.707

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa para o desenvolvimento de dissertação de mestrado. O propósito do estudo é descrever como os agentes penitenciários percebem e concebem o cuidado em saúde da pessoa privada de liberdade e identificar formas de superação das dificuldades de acesso aos serviços e ações de saúde em condições de confinamento.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Analisar como os Agentes Penitenciários de Santarém do Pará percebem e concebem a saúde da pessoa privada de liberdade.

Objetivo Secundário:

- Caracterizar o perfil sociodemográfico, de condições de vida e trabalho dos agentes penitenciários;
- Identificar a compreensão dos agentes penitenciários sobre o tema "saúde no cárcere" e a relação com sua atividade laboral;
- Discutir as experiências relatadas pelos agentes penitenciários quanto ao serviço de saúde no sistema penitenciário;
- Investigar a concepção do agente prisional sobre o direito à saúde da pessoa privada de liberdade.

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira César

CEP: 05.403-000

UF: SP **Município:** SÃO PAULO

Telefone: (11) 3061-8158

E-mail: cepen@usp.br

Continuação do Protocolo: 2009.707

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em relação aos riscos o pesquisador afirma que os participantes da pesquisa podem ter suas identidades reveladas, porém será minimizado por meio da utilização de códigos (numeração) para identificação, preservando com isso a confidencialidade das informações que é um direito dos participantes. Vale ressaltar que as informações

obtidas no decorrer desta pesquisa não serão utilizadas para outro fim que não seja a produção do projeto de dissertação do mestrado, assim como a produção de artigos científicos. Aos pesquisadores, os riscos associados situam-se quanto à aplicação das entrevistas, de constrangimento e segurança devido o local de aplicação

ser de risco potencial a segurança, por se tratar de penitenciária, contudo estes riscos serão minimizados pela cautela e preparo técnico no levantamento das variáveis necessárias, e no planejamento das atividades juntamente a direção técnica do Complexo Penitenciário para planejamento no aporte de segurança no período de execução das atividades. Com a finalidade de impedir ou minimizar os riscos já citados, o pesquisador responsável na produção do estudo irá se empenhar, comprometendo-se a respeitar todos os preceitos éticos em pesquisas envolvendo seres humanos, descritos na resolução do Conselho Nacional de Saúde 488 de

12 de dezembro de 2012, e ainda preservando os documentos referente à pesquisa em local seguro e sigiloso, por um período de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa e posteriormente incinerá-los e ou deletá-los, mantendo sob proteção a identificação dos participantes durante todo o período da pesquisa.

Para a sociedade, os riscos são de caráter informativo, visto que os dados obtidos na pesquisa são passíveis de manipulação. Entretanto, como o pesquisador preza também pela imparcialidade, exclui-se qualquer forma de manipulação tendenciosa.

Quanto aos benefícios a presente pesquisa irá possibilitar discussões de problemas e a busca de soluções coletivas com a participação ativa do trabalhador. Também permitirá fomentar discussões a respeito da política de Saúde Pública e Saúde Carcerária.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O objeto em estudo, "Saúde no Cárcere na perspectiva do agente penitenciário de Santarém-Pará", atualmente, necessita da expansão do conceito de vulnerabilidade aos agravos de saúde no intuito de contribuir para a melhoria dos cuidados em saúde no cárcere. O público alvo consistirá em agentes penitenciários das unidades penais do CRASHM e do CRP, do Complexo Penitenciário de Santarém - Pará que é composto por 23 mulheres e 52 homens, assim distribuídos; no CRASHM:

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
 Bairro: Cerqueira César CEP: 05.403-000
 UF: SP Município: SÃO PAULO
 Telefone: (11) 3061-8000 E-mail: oapene@usp.br

Continuação do Parecer: 2018.107

08 femininos e 48 masculinos e no CRP: 15 femininos e 08 masculinos, perfazendo um total de 75 agentes penitenciários. O presente projeto é de extrema relevância e exequível conforme análise da proposta.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE está adequado conforme normatização da Resolução do Conselho Nacional de Saúde 488 de 12 de dezembro de 2012. Apresenta autorizações da Escola de Administração Penitenciária e do Gabinete da Superintendência do Sistema Penitenciário do Estado do Pará.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não apresenta óbices éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este CEP informa a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil. Esta aprovação não substitui a autorização da instituição coparticipante, antes do início da coleta de dados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PS_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJEITO_1191542.pdf	04/09/2018 23:51:09		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Irlaine_CEP.pdf	04/09/2018 23:50:43	IRLAINE MARIA FIGUEIRA DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	Folhadecroto.pdf	04/09/2018 23:49:35	IRLAINE MARIA FIGUEIRA DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	02/09/2018 20:05:22	IRLAINE MARIA FIGUEIRA DA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ParecerdaEAP.pdf	31/07/2018 18:37:57	IRLAINE MARIA FIGUEIRA DA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacaoagravador.pdf	31/07/2018 18:37:45	IRLAINE MARIA FIGUEIRA DA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e	autorizacaoesuipe.pdf	31/07/2018 18:37:32	IRLAINE MARIA FIGUEIRA DA SILVA	Aceito

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira César CEP: 05.403-000
UP: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11) 3061-8058 E-mail: cepes@usp.br

Continuação do Parecer: 2088.707

Infraestrutura	autorizacaouspae.pdf	31/07/2018 18:37:32	IRELAINE MAJIDA FIGUEIRA DA SILVA	Aceito
----------------	----------------------	------------------------	--------------------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SÃO PAULO, 16 de Outubro de 2018

Assinado por:

Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Dr. Róger de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira César CEP: 05403-000
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11) 3051-8058 E-mail: conep@usp.br

Página 10 de 10

Anexo B: Parecer da EAP

Processo nº 2018/311141

Assunto: Pesquisa acadêmica "Saúde no Cárere na Perspectiva do Agente Penitenciário em Santarém- Pa".

Ao Senhor Superintendente,

Considerando análise metodológica do pré-projeto de pesquisa apresentado pela mestrande esta Escola de Administração Penitenciária manifesta-se favorável à realização do estudo em tela.

Belém, 11/07/2018

FERNANDA NAZARÉ DA LUZ ALMEIDA
Diretora da Escola de Administração Penitenciária

Fernanda Nazaré L. Almeida
Diretora da Escola de
Administração Penitenciária

Anexo C: Autorização do Superintendente da SUSIPE

Superintendência do
Sistema Penitenciário do
Estado do Pará
Gabinete da Superintendência

DESPACHO

Ref.: Processo 2018/311141

Assunto: Pesquisa Acadêmica

À EAP,

1. Considerando o Relatório Técnico Administrativo nº. 161/2018/ASI/SUSIPE, o qual aponta que nenhum registro fora encontrado contra o nome da parte pesquisada;
2. Considerando a manifestação favorável da Escola de Administração Penitenciária quanto à viabilidade e aplicação do estudo;
3. **AUTORIZO** a pesquisa da discente IRLAINE MARIA FIGUEIRA DA SILVA.

Belém (PA), 12/07/2018.

MICHELL MENDES DURANS DA SILVA
Superintendente

Anexo D: Solicitação para uso de gravador

Processo n.º 2018/311141

Assunto: Autorização para uso de gravador.

Ao Senhor Superintendente,

Considerando que a pesquisadora aplicará entrevista individual para a coleta de dados e para tanto se valerá do uso de gravador, conforme atesta seu pré-projeto de pesquisa, encaminhamos o processo para apreciação e manifestação quanto à utilização do referido instrumento.

Belém, 17/07/2018

FERNANDA NAZARÉ DA LUZ ALMEIDA

Diretora da Escola de Administração Penitenciária
Fernanda Nazaré L. Almeida
Diretora da Escola de
Administração Penitenciária

Anexo E: Autorização para uso de gravador

Superintendência do
Sistema Penitenciário do
Estado do Pará
Gabinete da Superintendência

DESPACHO

Ref.: Proc. 2018/311141

Assunto: Pesquisa Acadêmica.

À EAP,

1. AUTORIZO a utilização do gravador mediante **ciência e autorização expressa dos Agentes Penitenciários** que serão entrevistados.

Belém (PA), 18/07/2018.

MICHELL MENDES DURANS DA SILVA
Superintendente