

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

LANA JOCASTA DE SOUZA BRITO

**Aspectos positivos e limitantes no trabalho dos profissionais de saúde em
unidades penitenciárias federais**

Ribeirão Preto

2019

LANA JOCASTA DE SOUZA BRITO

**Aspectos positivos e limitantes no trabalho dos profissionais de saúde em
unidades penitenciárias federais**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Área de Concentração: Saúde do Trabalhador

Orientadora: Profa. Dra. Silvia Helena Henriques

Ribeirão Preto

2019

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

Brito, Lana Jocasta de Souza

Aspectos positivos e limitantes no trabalho dos profissionais de saúde em unidades penitenciárias federais. Ribeirão Preto, 2019.

100 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.
Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientador: Sílvia Helena Henriques

1. Pessoal de Saúde. 2. Prisões. 3. Saúde do Trabalhador.

Nome: BRITO, Lana Jocasta de Souza

Título: Aspectos positivos e limitantes no trabalho dos profissionais de saúde em unidades penitenciárias federais

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Aprovado em: / /

Presidente

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Banca Examinadora

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

AGRADECIMENTOS

Primeiro agradeço a Deus, já que ele me concedeu a vida e a saúde e me guiou em caminhos do bem mesmo em momentos difíceis!

Ao meus pais, José João e Maria das Graças, por terem me gerado, me alimentado e terem feito o possível e o impossível para me tornarem uma pessoa humana, sensível e dedicada ao estudo.

Ao meu querido companheiro, Guilherme, que conhece o meu melhor e o meu pior e mesmo assim está sempre ao meu lado. E como ele sempre diz: “Seremos sempre nós contra tudo de ruim no mundo!”. Obrigada por todo suporte, companheirismo, amor e amizade!

À minha pequena Dalila, dádiva da minha vida, que me escolheu como mãe e que espero poder suprir de amor, conseguindo equilíbrio para colocá-la debaixo da asa e ao mesmo tempo ensiná-la a voar.

Aos meus ex-colegas de trabalho na penitenciária, que não foram só colegas, mas continuam sendo meus amigos, irmãos que me ensinaram o verdadeiro valor da amizade, da empatia, do sentir pelo outro, de amar alguém mesmo com todos os defeitos e diferenças.

Agradeço à minha amiga que está no céu, que com certeza torce pelo meu melhor, Melissa. Você sempre estará aqui comigo.

Aos meus bons e poucos amigos de vida que sempre me deram força e que estiveram sempre perto mesmo longe fisicamente.

À minha orientadora Profa. Silvia Helena Henriques, pela parceria, pelo ensinamento e também pela amizade. Agradeço imensamente cada bronca e cada preocupação de mãe. Sensível, humana e um exemplo a seguir em todos os quesitos da vida, você se apresenta como minha fonte de inspiração profissional e pessoal.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, aos colegas de pós-graduação e aos professores. Todas as interações que tive me fizeram evoluir e aprender. Saio dessa etapa da vida muito mais confiante e feliz pelas trocas de conhecimento que consegui estabelecer nessa caminhada. Vocês oportunizaram a concretude desse sonho: a minha dissertação de mestrado!

Ninguém vence sozinho... Obrigada a todos!

“Se consegui ver mais longe é porque estava sobre ombros de gigantes.”

Isaac Newton

RESUMO

BRITO, Lana Jocasta de Souza. **Aspectos positivos e limitantes no trabalho dos profissionais de saúde em unidades penitenciárias federais**. 2019. 100 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

O Brasil possui a quarta maior população carcerária do mundo e, apesar do elevado quantitativo de trabalhadores existentes nesses locais, poucos estudos abordam questões relativas ao trabalho de saúde e suas condições de operacionalidade dentro desses estabelecimentos. Nesse sentido, o objetivo geral deste estudo foi analisar os aspectos positivos e limitantes no trabalho de profissionais de saúde em unidades penitenciárias federais. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa, que utilizou a análise temática de dados. Foram entrevistados 22 trabalhadores de saúde que atuam em quatro penitenciárias federais brasileiras. No que diz respeito ao preparo dos profissionais de saúde, os resultados indicaram que estes trabalhadores desconheciam o ofício a ser desenvolvido ao ingressarem no sistema, assim, poucos já haviam tido experiências ou adentrado alguma prisão. Em consonância com estes dados, a instituição oferece poucos cursos, e aqueles que são disponibilizados têm pouca aplicabilidade e conexão com as práticas em saúde desenvolvidas no local de trabalho. Outro ponto importante é a deficiente oferta de cursos direcionados para a segurança pessoal desses trabalhadores. Como aspectos positivos apontados neste trabalho estão: reconhecimento salarial e estabilidade no trabalho; bom relacionamento interpessoal com os colegas no ambiente de trabalho; demanda de atividades diminuída nas unidades penitenciárias; jornada de trabalho flexível; e aporte de recursos físicos e materiais adequados. Já como aspectos limitantes, estão: falta de reconhecimento e valorização profissional; divergência entre o trabalho realizado e a atividade profissional; violência, medo e adoecimento no trabalho. Conclui-se que é premente a necessidade de melhorar as condições de trabalho desses profissionais. Eles, como qualquer outro servidor, estão sujeitos a sofrer violência, necessitando, portanto, de medidas institucionais como treinamentos, capacitação, educação permanente voltada à segurança pessoal, horário de trabalho mais flexível e porte de arma. A gestão deve considerar a segurança dos trabalhadores de saúde dentro e fora das prisões, e os centros formadores e educacionais devem repensar estratégias para a inserção do futuro profissional ainda enquanto aluno de graduação, de modo que estas instituições sejam campos de imersão e capacitação. Infelizmente, com o exponencial crescimento de pessoas encarceradas no país, as chances de os profissionais de saúde assistirem presos dentro ou fora de instituições carcerárias é muito grande, e sem a mínima formação não há como refletir sobre o planejamento do cuidado voltado para essas pessoas.

Palavras-chaves: Pessoal de Saúde. Prisões. Saúde do Trabalhador.

ABSTRACT

BRITO, Lana Jocasta de Souza. **Positive aspects and limitations in the work of health professionals in federal prisons.** 2019. 100 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

Brazil has the fourth largest prison population in the world and, despite the large number of workers in these places, few studies address issues related to health work and its operational conditions within these establishments. The aim of this study was to analyze the positive aspects and limitations in the work of health professionals in federal prisons. This is a descriptive-exploratory study with a qualitative approach utilizing thematic data analysis. 22 health workers from four different federal prisons were interviewed. The results indicate that these workers were not acquainted with how the procedures within this environment are, as only a few of them had ever entered or had prior experiences with prisons. Corroborating these data, the institution provides only a few courses with low applicability and connection to the application of health practices in such environments. Another important aspect is the lack of courses regarding the safety of these workers. The positive aspects of working in prisons are the following: financial stability; good interpersonal relationship with colleagues in the work environment; lower demand of activities than in other environments; flexible work hours; and presence of resources and suitable materials. The limitations of working in prisons, on the other hand, are the following: no professional recognition and valuation; divergence between actual performed work and professional activity; violence, fear; and getting sick at work. It is therefore essential that the working conditions of these workers be improved. Just as any other civil servant, these workers are subjected to violence and thus require institutional measures such as training, capacitation, permanent education related to personal security, more flexible working hours and possession of arms for self-defense. The management must consider the security of health workers both inside and outside the prison, and educational centers must rethink strategies for the insertion of the future professional while undergraduate student so that these institutions become areas of immersion and training. Unfortunately, with the exponential growth of people incarcerated in the country, the chances of health professionals assisting inside or outside prisons are very high, whereas the lack of formation brings no possibility to reflect on the planning of care turned to such individuals.

Keywords: Health Professionals. Prisons. Worker's Health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos profissionais segundo sexo e idade.....	32
Tabela 2 – Distribuição dos profissionais segundo a profissão e ano de conclusão do curso de graduação.....	33
Tabela 3 – Distribuição dos profissionais segundo a experiência profissional em outros locais de trabalho e dentro do ambiente carcerário.....	34

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CID	Classificação Internacional de Doenças
BDENF	Base de Dados de Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CA-MRSA	<i>Staphylococcus aureus</i> de origem comunitária
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CPB	Código Penal Brasileiro
Depen	Departamento Penitenciário Nacional
EAD	Educação a Distância
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
Lilacs	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
Medline	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MJ	Ministério da Justiça
Pnaisp	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
Pneps	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
Senasp	Secretaria Nacional de Segurança Pública
Siapen	Sistema de Administração Penitenciária
SPF	Sistema Penitenciário Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	REVISÃO DA LITERATURA	15
2.1	O SISTEMA PENITENCIÁRIO FEDERAL E A SAÚDE DOS SEUS TRABALHADORES.....	16
3	REFERENCIAL TEÓRICO	19
3.1	O TRABALHO E O HOMEM.....	19
3.2	PSICODINÂMICA DO TRABALHO.....	20
4	JUSTIFICATIVA	24
5	OBJETIVOS	26
5.1	OBJETIVO GERAL.....	26
5.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
6	MÉTODO	27
6.1	TIPO DE ESTUDO	27
6.2	CENÁRIO DO ESTUDO.....	27
6.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO	28
6.4	COLETA DE DADOS	28
6.4.1	Procedimento de coleta de dados	28
6.4.2	Roteiros	29
6.5	ANÁLISE DOS DADOS	30
6.6	ASPECTOS ÉTICOS	31
7	RESULTADOS E DISCUSSÃO	32
7.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	32
7.2	PREPARO E FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE PARA ATUAR NAS PENITENCIÁRIAS.....	35
7.3	ASPECTOS POSITIVOS NO TRABALHO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM UNIDADES PENITENCIÁRIAS FEDERAIS.....	44
7.3.1	Reconhecimento salarial e estabilidade no trabalho	44
7.3.2	Relacionamento interpessoal com os colegas no ambiente de trabalho	46
7.3.3	Demanda das atividades nas unidades penitenciárias e jornada de trabalho flexível	48
7.3.4	Aporte de recursos físicos e materiais adequados	50
7.4	ASPECTOS LIMITANTES DO TRABALHO NAS UNIDADES PRISIONAIS.....	52
7.4.1	Falta de reconhecimento e valorização profissional pela sociedade, por outros trabalhadores da unidade e pela população assistida	52
7.4.2	Divergência entre trabalho realizado e atividade profissional: característica da população assistida, ambiente prisional, recursos humanos	58
7.4.3	Violência, medo e adoecimento no trabalho	67
8	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	83

9	CONSIDERAÇÕES FINAIS	84
	REFERÊNCIAS	89
	APÊNDICES	97
	ANEXO	100

APRESENTAÇÃO

Durante o bacharelado de Enfermagem, devido à diversidade de disciplinas ofertadas, fui exposta a inúmeros conhecimentos de saúde e experiências práticas em que pude perceber interessada naquelas matérias que mais refletiam sobre o comportamento humano e a compreensão das interações sociais. Essas matérias me instigavam a tentar compreender as habilidades humanas daqueles que eu assistia.

Interessava-me compreender o que condicionava aqueles indivíduos, denominados “pacientes”, a se perceber como “passivos” de intervenções alheias ou protagonistas do seu cuidado, além de entender como as experiências negativas, como dor, longas esperas, sofrimento ou adoecimento, poderiam originar sentimentos motivadores, resiliência ou tomada de decisão e o que os movia a esses comportamentos.

Devido a esse interesse, ainda nessa época, fui tutora e monitora de turma da disciplina de Enfermagem Psiquiátrica, auxiliando os professores e acompanhando os alunos durante os estágios. Fiquei maravilhada com a experiência, o que me fez ler cada vez mais publicações sobre saúde mental, comportamento, observação e energia psíquica. Essas leituras contribuíram tanto para meu amadurecimento profissional quanto pessoal.

Assim, o meu trabalho de conclusão de curso partiu de uma observação de campo no meu último estágio curricular, feito em um hospital de grande porte e de referência cirúrgica no estado do Piauí. Observei elevada ocorrência de cirurgias canceladas por motivações como: falta de avental cirúrgico ou de instrumentos básicos e falta de dimensionamento humano. Essas falhas administrativas eram recorrentes e causavam muitos transtornos aos que necessitavam daquela intervenção para reestabelecer a saúde.

Logo que me formei, comecei a estudar para concursos públicos em todo país na busca por emprego e estabilidade financeira. Como muitos que assumem os cargos motivados pela tão sonhada estabilidade e pela oferta salarial, passei em um concurso federal para um órgão cujas atividades mal conhecia. Fui aprovada para o cargo de Especialista em Assistência Penitenciária (Enfermeira) pelo Ministério da Justiça, mais especificamente no Departamento Penitenciário Nacional, em 2009.

Todos os aprovados nas primeiras quatro etapas do concurso (prova escrita, física, psicológica e antecedentes criminais) foram reconduzidos para a última etapa, que era um curso de formação em Brasília. A nota dessa fase era determinante para a escolha do local de lotação. Lá, todos os candidatos passaram cerca de três meses juntos, cada um proveniente de

uma região, com culturas, realidades de vida e experiências profissionais diferentes. Naquele contexto, em Brasília, todos estavam longe das suas famílias. Tínhamos aulas durante todo o dia e ficávamos alojados todas as noites na Academia Nacional da Polícia Federal.

O curso seguia moldes militares e, para mim, foi muito diferente de tudo o que já havia vivido, pois como profissional da área de saúde não conseguia imaginar como usaria aqueles conhecimentos em minha prática. No entanto, esse curso foi determinante para criar laços muito fortes com os colegas de concurso, pois a pressão militar, o medo, a solidão, a rotina exaustiva e a distância de casa fizeram que, mesmo sendo concorrentes, criássemos vínculos ao compartilhar aquela experiência única para todos. Para mim, observadora na essência, foi muito rico ver como eu e os demais colegas nos comportávamos em situações de tensão, incerteza, estresse e distância da nossa zona de conforto, família e lar.

As aulas, teoricamente, visavam desenvolver habilidades para atuarmos no ambiente prisional. Tempo depois, já no local de trabalho, percebi que enquanto profissional de saúde o que foi repassado não condizia com a realidade. Assim, a minha atuação como enfermeira no ambiente carcerário destoava muito da formação universitária adquirida, o que exigia sempre novas formas de atuar e realizar o trabalho, considerando a qualidade da assistência à saúde dos presos e, ao mesmo tempo, a adequação às rígidas regras de funcionamento local.

Nessa perspectiva, visando ampliar meu conhecimento na área e realizar uma investigação que caracterizasse as necessidades e demandas do trabalhador que atua em unidades penais ou que futuramente atuará, a inserção em um programa de pós-graduação *stricto sensu*, nível mestrado, apresentou-se como grande possibilidade de alcançar esse intento.

1 INTRODUÇÃO

Vivencia-se, no cenário brasileiro, o crescimento da violência urbana, do crime organizado, da corrupção, de leis penais suplantadas e de polícias mal equipadas e despreparadas, aliado à sensação de impunidade (ARAÚJO; FONSECA, 2015). A exemplo disso, assistimos em maio de 2006 uma das piores demonstrações de violência no país, quando ataques de grande selvageria foram ordenados por lideranças de facções criminosas de dentro dos presídios de segurança máxima (ALVES; BINDER, 2014). Durante esse período, além das megarrebeliões em presídios, houve ataques simultâneos a órgãos públicos e postos policiais, incêndios de ônibus coletivos e sequestros de jornalistas, ocasionando a suspensão da rotina da maior cidade do país, São Paulo (SILVA; PAIERO, 2011).

Constata-se no Brasil a ineficiência dos setores de segurança e de suas estratégias, focadas mais na detenção do indivíduo do que na prevenção do crime (MARQUES JUNIOR, 2014). Deve-se ressaltar que a punição ao criminoso deveria levar em consideração não somente o delito, mas a possível reincidência, a fim de evitá-la, visando para tanto não a ofensa passada, mas a prevenção de uma desordem futura (FOUCAULT, 2014).

Tal cenário culmina em uma população carcerária crescente e na desproporção entre os ingressos e as saídas no sistema. O Departamento Penitenciário Nacional (Depen) registrou em junho de 2016, uma população aprisionada de 726.712 mil pessoas. O Brasil possui a terceira maior população penitenciária do mundo, atrás somente dos Estados Unidos e China (BRASIL, 2016).

Aliada à superpopulação, observa-se a precariedade do sistema prisional brasileiro em diversos quesitos: inadequação física dos estabelecimentos, más condições higiênicas e sanitárias, péssima alimentação, falta de assistência médica e de saúde, propagação de doenças e violência dirigida aos trabalhadores penitenciários. Ainda há pouca compreensão de que os presos que sofrem as penúrias do ambiente prisional e geram conflitos na prisão serão cidadãos que estarão de volta ao convívio social posteriormente, podendo praticar novos delitos (DAMAS; OLIVEIRA, 2013).

Verifica-se que a maioria das unidades prisionais não presta a devida assistência à saúde no ambiente prisional. Há escassez de condições e recursos para um atendimento de qualidade, devida a questões físicas, estruturais e de capital humano de saúde. Assim, percebe-se uma contradição entre os direitos legais do preso como cidadão e a prática assistencial. Embora a Constituição Federal e a Lei de Execução Penal assegurem o direito à saúde, é grande o desafio de efetivá-lo de fato (ARRUDA et al., 2013).

Ademais, qualquer ambiente de concentração e confinamento populacional é propício a alterações de condições de saúde prévias e ao desenvolvimento de novos agravos. A população carcerária apresenta elevados níveis de problemas mentais e doenças crônicas decorrentes do uso de drogas e doenças sexualmente transmissíveis. Tais níveis são bem superiores aos da população extramuros (FERNANDES et al., 2014).

Como forma de atenuar a violência e a custódia prisional no país, o Governo Federal instituiu o Sistema Penitenciário Federal (SPF), visando isolar os principais líderes de facções criminosas e presos de alta periculosidade e garantir uma custódia mais humanizada, colocando em prática preceitos legais como os de saúde. Atualmente, o SPF é composto por cinco unidades prisionais de segurança máxima, localizadas em Catanduvas (PR), Campo Grande (MS), Porto Velho (RO), Mossoró (RN) e Brasília (DF), esta última recém-inaugurada, em outubro de 2018, (SILVA, 2014).

A Constituição Federal de 1988, o Código Penal Brasileiro (CPB) e o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, por meio da Portaria Interministerial nº 1.777/03 afirmam que o preso goza de todos seus direitos, assim como qualquer cidadão, inclusive os direitos à saúde, como o acesso integral ao Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1984; BRASIL, 1988; BRASIL, 2003). Com esse intuito, o SPF possui equipes multiprofissionais de saúde para atender as demandas daqueles que estão sob sua guarda.

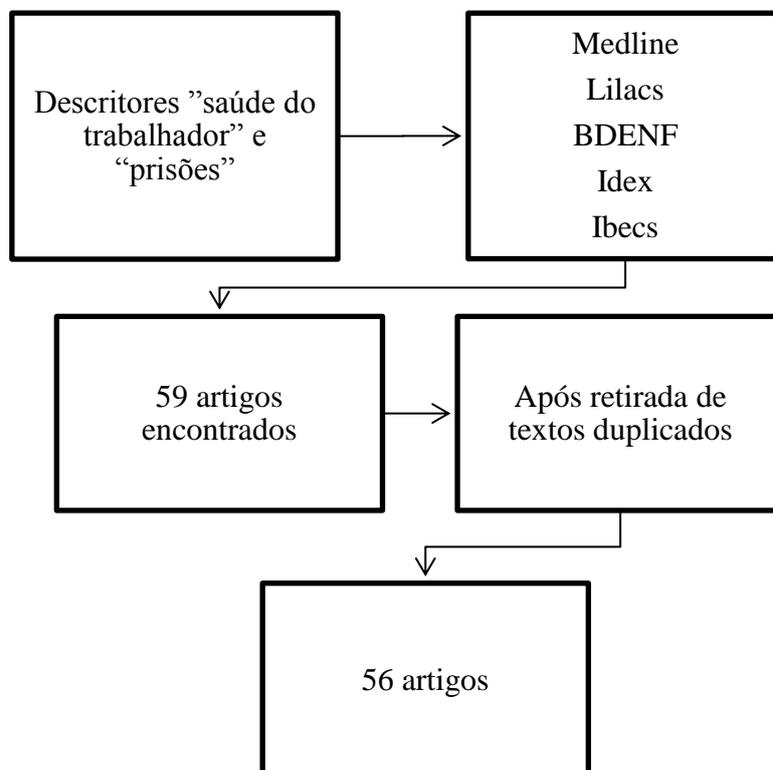
Sabe-se que os trabalhadores da saúde, independentemente do contexto de trabalho, deparam-se com fatores no seu cotidiano que podem predispor ao adoecimento: exposição a riscos físicos, químicos, biológicos, ergonômicos (mecânicos), psicossociais e a acidentes (ALMEIDA; TORRES; SANTOS, 2012). Somado a isso, no presídio o trabalhador da saúde executa seu trabalho em um ambiente controverso, em que as ações de saúde se diferenciam das aplicadas em ambientes extramuros (JESUS; SCARPARO; LERMEN, 2013).

O cenário de trabalho na penitenciária é muito controvertido, já que a instituição visa “punir” e “ressocializar” quem comete o crime. Ao mesmo tempo em que emergem situações cotidianas de rigidez, normas de segurança, violência e tensão, há a necessidade de implantar e ofertar atenção e acesso à saúde aos detentos, pautando-se nas diretrizes do SUS (JESUS; SCARPARO; LERMEN, 2013).

2 REVISÃO DA LITERATURA

Visando aprofundar a temática e conhecer aspectos gerais que envolvem o trabalhador de presídios, realizou-se uma busca na literatura. Em levantamento bibliográfico feito na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), no período de junho a julho de 2017, utilizando os descritores “saúde do trabalhador” e “prisões”, foram encontrados 59 textos, distribuídos nas bases de dados Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), IBECs e Index Psicologia. Após a busca dos artigos em âmbito internacional e nacional, sem delimitação de tempo, foram encontrados 45 na Medline; 7 na Lilacs; 2 na IBECs, 2 na Index Psicologia e 3 artigos na BDENF. Depois excluimos os artigos que estavam duplicados nessas bibliotecas virtuais. Assim, restaram 56 artigos publicados entre 1980 e 2016. Dentro desse universo, 27 pesquisas foram oriundas da América do Norte, 18 da Europa, 3 da Oceania e 8 da América do Sul (4 do Brasil, 3 do Chile e 1 da Colômbia).

Fluxograma 1 – Levantamento bibliográfico na Biblioteca Virtual de Saúde (jun./jul. 2017)



Assim, a temática apresentada a seguir reflete aspectos organizacionais da estrutura, do cenário dos presídios e da promoção da saúde dos trabalhadores em unidades penais em âmbito nacional e internacional.

2.1 O SISTEMA PENITENCIÁRIO FEDERAL E A SAÚDE DOS SEUS TRABALHADORES

Implantado em 2006 e subordinado ao Depen e ao Ministério da Justiça (MJ), estruturalmente o SPF é constituído de quatro unidades penais federais que têm como objetivos isolar lideranças do crime organizado e custodiar presos de alta periculosidade ou responsáveis pela prática reiterada de crimes violentos ou de grave indisciplina no sistema prisional de origem, isto é, presos que podem comprometer a ordem e a segurança pública. O sistema foi inspirado no modelo norte-americano de prisão, com uso ostensivo de artefatos de vigilância e reclusão individual do preso (REISHOFFER; BICALHO, 2013).

Pela Lei nº 11.907/09, o SPF dispõe dos cargos de especialista federal em assistência à execução penal e de técnico federal de apoio à execução penal. O primeiro é ocupado por profissionais de nível superior, como médicos, farmacêuticos, enfermeiros, psicólogos, dentistas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e pedagogos. Já o cargo técnico é ocupado por profissional de nível médio, como técnico de enfermagem e auxiliar de consultório dentário (BRASIL, 2009^a).

Sabe-se que os trabalhadores de saúde podem enfrentar nas prisões ambientes e situações desfavoráveis, que requerem habilidades e atitudes específicas. Entre os estudos selecionados, a maioria aborda o trabalho do agente penitenciário, isto é, o responsável pela segurança, vigília e custódia dos presos. Alguns estudos focam em suas demandas psíquicas, decorrentes da relação entre satisfação no trabalho, bem-estar psicológico e mental, apoio organizacional recebido e condições de trabalho (BRAVO-YANEZ; JIMÉNEZ-FIGUEROA, 2011; WALKER et al., 2015). Uma prisão pode ser altamente estressante e impactar negativamente a saúde física e mental dos agentes e dos presos (NURSE; WOODCOCK; ORMSBY, 2003). Além disso, são identificados problemas psicossociais entre esse grupo de trabalhadores (TAPIAS SALDAÑA; SALAS-MENOTTI; SOLÓRZANO, 2007), assim como demandas quantitativas e emocionais que acarretam em incapacidade produtiva (GHADDAR; RONDA; NOLASCO, 2011).

Pesquisas internacionais abordam o estresse e a síndrome de burnout nessa população (FINNEY et al., 2013), assim como suas necessidades de promoção de saúde (WOODALL,

2013). Em âmbito nacional, foram temas de estudo: o prazer e o sofrimento no trabalho das agentes de segurança penitenciária (TSCHIEDEL; MONTEIRO, 2013); o sofrimento psíquico no trabalho de vigilância em prisões (RUMIN et al., 2011); o estresse no trabalho dos agentes socioeducativos (GRECO et al., 2013); e a saúde desses trabalhadores (JASKOWIAK; FONTANA, 2015).

Alguns pesquisadores apontam a importância de os agentes penitenciários se manterem saudáveis fisicamente por meio de treinamento e mudança de estilo de vida (JETTÉ; SIDNEY, 1991); de redução de peso (FERRARO et al., 2013); da abolição do tabagismo e do fumo passivo devido ao ambiente prisional, em que os presos fumam (RITTER; GAYET-AGERON; BUTH; STOVER, 2016); e de medidas para diminuição da pressão arterial, já que os trabalhadores correcionais apresentam alto risco de doença crônica, e alterações ambientais são necessárias para reduzir fatores de risco (MORSE et al., 2011).

Também são apontadas algumas medidas gerenciais e instrumentos como forma de melhoria no contexto de trabalho prisional: utilização da telemedicina (PENN, 2015); aplicação de um indicador de padrões de gestão e estimativa de risco para estresse em agentes penitenciários (BEVAN; HOUDMONT; MENEAR, 2010); programas de prevenção do suicídio (TAKADA; SHIMA, 2010); treinamentos em saúde mental (PARKER, 2009); e prevenção da agressão no local de trabalho (DUPRÉ; BARLING, 2006).

Na prisão ainda há diversos tipos de acometimento do trabalhador por doença devido ao local de trabalho. Infecções cutâneas e pneumonia ocasionada pelo *Staphylococcus aureus* de origem comunitária (CA-MRSA), responsável também por sintomas gripais que progridem rapidamente, podendo levar à morte em questão de dias, possuem altos índices em prisões americanas (KOHLI; KOCHIE; HARBER, 2011). Os trabalhadores de presídios que estão em contato frequente com CA-MRSA apresentam alto risco de se infectarem. Sugere-se que os gestores priorizem a segurança do trabalhador e a proteção da saúde no local de trabalho, assegurando a disponibilidade de instalações e suprimentos adequados, que incentivem os trabalhadores a praticar uma boa higiene (CHRISTENSEN, 2007).

Devido ao crescente confinamento institucional, os agentes penitenciários estão propensos a desenvolver infecção tuberculosa; por isso, recomenda-se a oferta de teste de tuberculose para esses trabalhadores (BINSWANGER et al., 2010). Também é comum dentro dos ambientes carcerários a infecção por HIV (ou vírus da imunodeficiência humana) e a dependência de drogas. O trabalhador, portanto, está submetido a ambientes insalubres, e as medidas de prevenção da contaminação pelo vírus HIV e o tratamento de dependentes de drogas são quase sempre voltados para os presos (FARABEE; LEUKEFELD, 1999).

No que concerne ao profissional de saúde que atua nesse local, houve um estudo que descreveu os padrões, a gravidade e os resultados da violência ocupacional sofrida pelos profissionais do serviço de saúde. Nos ambientes carcerários estudados, o abuso verbal foi mais comum do que o abuso físico; a maioria dos incidentes de violência no local ocorreu nas prisões masculinas adultas, e o principal agressor foi o custodiado (CASHMORE et al., 2012).

Outra pesquisa abordou a traumatização vicária, que acomete profissionais que mantêm contato frequente com experiências traumáticas de pacientes, experimentando medo, desesperança, raiva e impotência. O fenômeno também era prevalente entre profissionais enfermeiros da saúde correcional (MUNGER; SAVAGE; PANOSKY, 2015). Assim, pode-se dizer que ainda são limitadas as pesquisas sobre os aspectos que facilitam ou dificultam o trabalho do profissional de saúde que executa suas funções dentro dos limites carcerários.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O TRABALHO E O HOMEM

Somos levados a acreditar, por meio da mídia e de propagandas políticas e empresariais, que o sofrimento no trabalho foi atenuado ou mesmo completamente eliminado pela mecanização, robotização e tecnologia, pois as atividades arriscadas, que eram executadas pelo homem, teriam sido transferidas para os robôs. No entanto, o sofrimento no trabalho é multifacetado e assume diversos riscos diferentes com o decorrer do tempo, por vezes muito mais agravados do que antigamente, pois mais complexos e mais difíceis de mensurar (DEJOURS, 2006).

Atualmente, no mundo do trabalho, há o sofrimento do trabalhador devido à precarização das condições laborais, às frequentes infrações das leis trabalhistas e ao medo de não satisfazer as crescentes demandas e imposições das organizações de trabalho, tais como imposições de trabalho, ritmos, formação, assimilação e tempo, além de exigências do mercado e da clientela. Porém, pouco disso é noticiado, e acabamos recebendo somente informações superficiais da imprensa, de modo que a sociedade tem a impressão de que o adoecimento no trabalho é de caráter excepcional e esporádico (DEJOURS, 2006).

O trabalho é definido como um conjunto de atividades humanas entremeadas de símbolos, valores e significações que redefinem identidades e normas sociais, trazendo aspectos positivos e negativos (OLIVEIRA; SILVEIRA, 2012). Por serem desenvolvidas e elaboradas por (e para) homens e mulheres, as atividades laborais são permeadas de percepções e interações que demandam energia psíquica dos indivíduos envolvidos. Essas energias sofrem inúmeras influências no local de trabalho: seja pela organização desse trabalho, por suas condições ou pelo modo como as tarefas se processam; se há o emprego ou não da criatividade, da inovação e da inteligência humana etc. O resultado de todas essas condicionantes poderá impactar a energia psíquica do trabalhador, gerando prazer ou sofrimento (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2014).

Por organização de trabalho entendemos a divisão do trabalho, que não trata somente do modo como as atividades são divididas entre os operadores, mas também dos ritmos impostos, dos modos operatórios prescritos, das hierarquias, das relações de poder, das divisões de responsabilidade e dos sistemas de controle (DEJOURS, 2015). Nessa perspectiva, a organização do trabalho representa uma relação social regida por objetivos e prescrições (procedimentos e métodos) e pelas dificuldades reais para a realização do

trabalho, que para serem resolvidas tornam produtivos os recursos humanos (TSCHIEDEL; MONTEIRO, 2013).

Já as condições de trabalho são condições físicas (temperatura, barulho, vibração, irradiação, altitude etc.), químicas (gases, substâncias tóxicas, poeira, fumaça etc.), biológicas (vírus, bactérias, fungos etc.), higiênicas e de segurança do ambiente de trabalho (DEJOURS, 2015).

3.2 PSICODINÂMICA DO TRABALHO

Atualmente entendemos o papel da organização, das condições e das relações de trabalho na vida psíquica do trabalhador, mas foi só a partir dos estudos e pesquisas do médico do trabalho, psiquiatra e psicanalista Christophe Dejours, iniciado na década de 1970, que os questionamentos e preocupações relativos ao adoecimento e sofrimento psíquico do trabalhador ficaram mais evidentes. Até essa época, os estudos se concentravam no sofrimento físico, nas doenças do corpo e nas reivindicações relativas aos acidentes de trabalho, e não na saúde mental (DEJOURS, 2006).

No início, os estudos de Dejours avaliavam as situações de trabalho que ora ocasionavam prazer, ora ocasionavam sofrimento no operário. O autor também analisava os modos e desdobramentos do ambiente de trabalho que culminavam em patologia mental no indivíduo. Com o tempo, a chamada “psicologia do trabalho” de Dejours ampliou o enfoque para além das patologias psíquicas e aperfeiçoou seus processos de investigação, analisando sinais mais sutis, como o sofrimento que antecede o adoecimento, passando a se chamar então de “psicodinâmica do trabalho” (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2014).

A psicodinâmica do trabalho analisa a organização do trabalho, a relação dinâmica entre as prescrições trabalhistas e a dimensão sociopsíquica e de subjetivação dos trabalhadores, considerando aspectos como: vivências de prazer e de sofrimento, o processo saúde-adoecimento, mecanismos de defesa e mediações do sofrimento. São analisados também os impactos do trabalho sobre a vida mental, devidos à centralidade representada pelo trabalho, que é compreendido pela psicodinâmica não apenas como agente adoecedor, mas também como produtor de vivências positivas e saudáveis (SILVA; DEUSDEDIT-JUNIOR; BATISTA, 2015).

A noção de sofrimento, segundo a corrente dejouriana, é inerente ao trabalho, sendo, portanto, um estado normal, mas que implica uma série de mecanismos de regulação no indivíduo, em uma luta interna do sujeito contra as forças que estão o levando ao adoecimento

mental (DEJOURS, 2015). Ainda segundo essa teoria, o trabalho não tolhe o sofrimento, mas mobiliza, no trabalhador, recursos internos e externos para transformar o sofrimento em prazer e realização, o que é chamado de “sofrimento criativo”. Nesse intento, são utilizadas estratégias defensivas individuais ou coletivas a fim de criar uma relação mais prazerosa com o trabalho (GIONGO; MONTEIRO; SOBROSA, 2015).

O profissional, ao adentrar o ambiente laboral, não se apresenta como um novo equipamento. Ele carrega uma história, permeada de aspirações, desejos, vontades, motivações e necessidades psicológicas que lhe conferem caráter único e singular. Por conta de sua história e personalidade, cada um possui suas próprias vias para descarregar ou canalizar a energia psíquica (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2014).

Por proporcionar uma rede de relações, contatos e características no comportamento ou linguajar, estruturando o tempo do indivíduo e construindo espaço na sociedade por meio de direitos e obrigações, o trabalho não pode ser visto somente como um local de execução de atividades produtivas, mas também como um mundo social, um espaço de convivência (ANCHIETA; GALINKIN; MENDES; NEIVA, 2011; TSCHIEDEL; MONTEIRO, 2013).

Além disso, as condutas e comportamentos humanos são compreendidos como resultantes das interações entre sujeitos. Nesse sentido, o trabalho é um perfeito espaço humano de regulação comportamental, devido ao intenso fluxo de pessoas, necessidades e energias psicológicas particulares (DEJOURS, 1997).

Assim, o trabalho contribui para a formação da identidade, visto que essa não poderia ser construída somente no campo pessoal, sem intermédio da coletividade e do campo social (BIASI; RUMIM, 2015). A identidade resulta de um processo dinâmico, contínuo e adaptativo, que agrega valores e experiências pessoais, sofrendo influência não só de atributos pessoais herdados, mas também de interações sociais, pelo processo de socialização que ocasiona afinidades e sentimentos de pertença a um grupo. Pelo trabalho, pela posição ocupada numa determinada estrutura organizacional, o indivíduo é reconhecido por si e pelos demais em um determinado contexto (GOMES; FERREIRA; PEREIRA; BATISTA, 2013).

O bem-estar e o prazer no trabalho advêm da utilização da energia psíquica de forma prazerosa. O trabalho livremente escolhido ou livremente organizado, com relações de trabalho amistosas, geralmente oferta vias para descarregar energias psíquicas de modo coerente com as necessidades do indivíduo, logo, o trabalho pode ser um meio de relaxamento, às vezes a tal ponto que, após finalizar a tarefa, o trabalhador se sente mais energizado do que ao iniciá-la. Podemos citar como exemplo o artista ou o cirurgião satisfeito com o seu trabalho (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2014).

No entanto, é preciso salientar a existência de uma carga psíquica negativa do trabalho, que aparece quando há conflito entre o desejo do trabalhador e a realidade da organização do trabalho. Assim, o trabalho se torna perigoso ao trabalhador quando suas aptidões psíquicas são subempregadas, ocasionando retenção de energia pulsional (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2014).

O trabalho pode ocasionar sofrimento ao não conseguir conciliar as demandas por produção com os desejos e vontades do trabalhador. Quando a organização do trabalho é inflexível e precarizada (SILVA; DEUSDEDIT-JUNIOR; BATISTA, 2015), ou quando a organização de trabalho é condicionada somente pela vontade de outrem (empregador, mercado econômico etc.), sem a mínima participação decisiva do sujeito trabalhador, a carga psíquica negativa aumenta, e o sofrimento pode se tornar patológico, pois a liberdade e a autonomia do operário não estão sendo recrutadas (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2014).

Outro aspecto importante é a organização formal prescrita do trabalho, postulada em manuais de procedimentos e regras coletivas, versus a organização real do trabalho, que são as situações comuns do dia a dia de trabalho. Ocorre, muitas vezes, um enorme distanciamento entre a organização do trabalho prescrito e a organização do trabalho real, deixando o trabalhador com a sensação de angústia, de insegurança, de estar realizando algo ilícito, o que, na verdade, diversas vezes é ocasionado pela própria instituição, que dispõe de regulamentos ou meios de trabalho incompatíveis com as recomendações formais (DEJOURS, 1997).

Ao abordar o processo e a organização do trabalho, identificando situações geradoras de sofrimento e processos intersubjetivos da dinâmica do trabalho, Dejours reflete sobre como os trabalhadores sentem e vivenciam a dicotomia entre trabalho prescrito e trabalho real (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2016). O trabalhador, mesmo diante de um panorama laboral como esse, tenta se rearranjar e se adaptar, sobreviver ao conflito psíquico. No entanto, quando esses arranjos não são mais possíveis, a relação entre o sujeito e a organização do trabalho é bloqueada e, devido à carga negativa acumulada, o sofrimento começa a ocasionar fadiga, desprazer, tensão e sintomas psicossomáticos (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2014).

Diante das exigências elevadas de produtividade e qualificação e das novas relações de trabalho, permeadas pela informalidade de longo prazo (subcontratação e atividades paralelas) e a falta de vínculo pleno com uma organização (BIASI; RUMIM, 2015; OLIVEIRA;

SILVEIRA, 2012), inúmeros trabalhadores brasileiros têm buscado estabilidade no mercado por meio de concursos públicos (ALBRECHT; KRAWULSKI, 2011).

Por sua perspectiva salarial e de estabilidade, o serviço público tem sido visto como atrativo (ALBRECHT; KRAWULSKI, 2011). No ambiente prisional estudado neste trabalho, constatou-se que a escolha profissional dos trabalhadores por esses locais se deu em razão da necessidade de obter sustento e estabilidade, e não necessariamente pela vontade do sujeito (BRITO; MUROFUSE; LEAL; CAMELO, 2017).

Dessa forma, devemos analisar que o sentido do trabalho tem sido, muitas vezes, ignorado, de modo que a atividade laboral se torna apenas um meio de retorno pecuniário, sem colocar em questão a energia psíquica e os recursos pessoais físicos e psicológicos necessários para sua execução (OLIVEIRA; SILVEIRA, 2012). O trabalho concede significância ímpar à existência humana, envolve o homem em todas suas dimensões e exerce importante papel na construção da subjetividade humana. Assim, o trabalho é um elemento constitutivo da saúde mental e coletiva (ALBRECHT; KRAWULSKI, 2011; TSCHIEDEL; MONTEIRO, 2013).

Entendendo que a organização e as condições de trabalho podem influenciar a saúde do trabalhador de forma positiva e/ou negativa, o presente estudo tem como referencial teórico a psicodinâmica do trabalho, teoria que favorece a construção do saber, a interpretação e a análise do trabalho, sendo capaz de compreender tanto o transcurso laboral saudável quanto as patologias decorrentes do trabalho (GIONGO; MONTEIRO; SOBROSA, 2015).

4 JUSTIFICATIVA

A experiência profissional enquanto enfermeira em uma unidade penitenciária federal possibilitou-me afirmar que, apesar do trabalho em um presídio federal oferecer condições salariais mais atraentes em comparação a diversos segmentos, campos ou locais de trabalho na área de saúde, os profissionais em geral permanecem visivelmente estressados e desmotivados. Esta situação, comum em ambientes carcerários, raramente é apontada como um problema significativo.

Apesar de o Brasil possuir numerosos estabelecimentos prisionais com uma elevada quantidade de funcionários, ainda há poucos estudos sobre as condições de trabalho em penitenciárias (ALVES; BINDER, 2014). O trabalho com presos é usualmente retratado de forma depreciativa e, por mais que a população carcerária esteja aumentando, o enfoque nos trabalhadores destes locais é mínimo, dada a invisibilidade atribuída a essa população (TSCHIEDEL; MONTEIRO, 2013).

Além disso, as unidades prisionais federais encontram-se em áreas distantes dos grandes centros e, portanto, os trabalhadores enfrentam diariamente rodovias para acessar o local de trabalho, onde ainda devem passar por diversos procedimentos de segurança, não podendo utilizar celulares ou quaisquer outros aparelhos eletrônicos nas dependências das unidades, tendo restringida a sua comunicação com o meio exterior. Devido à aprovação em concurso público, os trabalhadores geralmente procedem de outros estados e, portanto, residem longe de seus familiares, o que gera outra forma de distanciamento e aprisionamento. Portanto, o confinamento não parece se restringir somente ao apenado em dívida com a sociedade.

Esses trabalhadores também estão submetidos à opressão e à tensão advindas do estado de alerta e violência, o que por si só pode levar ao adoecimento (ALVES; BINDER, 2014). É desafiante para o trabalhador de saúde atuar nesses ambientes que priorizam práticas punitivas e onde a periculosidade do indivíduo aprisionado exige um estado constante de alerta por parte do profissional, que teme ser interpelado fisicamente.

Existe ainda o risco de o trabalhador de saúde adoecer por doenças infectocontagiosas, muito comuns em ambientes carcerários, tais como: tuberculose, escabiose, hepatites e aids (RODRIGUES et al., 2012).

As unidades prisionais são espaços que exigem a atuação de equipes de saúde. Entendendo que tal atuação pode ser um agente centralizador na vida das pessoas, e que as experiências que se desprendem dessa interação podem refletir na vida do indivíduo, busca-se

compreender como esse trabalho é percebido pelos próprios profissionais de saúde. Nesse sentido, apresento os seguintes questionamentos: quais são os aspectos positivos e limitantes no trabalho dos profissionais de saúde em uma unidade penitenciária federal? Houve algum preparo ou capacitação para atuar nos presídios?

A análise contínua das influências, do meio histórico e social e do ambiente de trabalho em que estão inseridos os indivíduos assistidos, os trabalhadores e a equipe de saúde, sempre foi determinante para propiciar uma boa interação entre profissional e paciente. Aliás, no ambiente de trabalho, não temos somente que prezar pela saúde dos nossos pacientes, mas também pela saúde dos colegas de plantão, pois isso também produz conforto, satisfação e um ambiente laboral salutar. Creio que é responsabilidade individual e coletiva prezar pelo bem-estar do colega no trabalho.

Devido à escassez de pesquisas sobre o ambiente de trabalho nas prisões, pretende-se com este estudo colaborar para a desmistificação do ambiente prisional e das situações organizacionais e trabalhistas que ocorrem no interior dos presídios federais que custodiam os bandidos e líderes de facções mais perigosos do país e ainda têm o papel de fornecer um tratamento mais humanizado. O trabalho nesse ambiente ainda é muito marcado por julgamentos do senso comum, permeado de preconceitos, tanto para com os apenados quanto para com os trabalhadores.

Ainda, com enfoque na área de saúde do trabalhador, esta pesquisa tem como intuito contribuir com os estudos sobre o mundo do trabalho no interior dos presídios brasileiros principalmente no que concerne aos trabalhadores da área da saúde. Espera-se elucidar fatores limitantes e/ou de crescimento pessoal e profissional neste ambiente de trabalho, subsidiando práticas e/ou intervenções adequadas a este contexto.

Nesse sentido, é necessário produzir novas respostas às demandas da dinâmica de atuação dos trabalhadores de saúde na prisão, uma vez que o ambiente dos presídios é complexo e pode resultar em situações limitantes para o exercício profissional. Repensar o processo de trabalho destes profissionais, o seu preparo e as lacunas entre a sua formação e as exigências das atividades previstas é fator relevante para a saúde do trabalhador, bem como para a sociedade que se beneficia dos seus serviços.

5 OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os aspectos positivos e limitantes no trabalho dos profissionais de saúde em unidades penitenciárias federais.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a capacitação em serviço dos trabalhadores de saúde para atuar em unidades prisionais;
- Identificar os aspectos positivos apontados pelos trabalhadores de saúde dos presídios federais;
- Identificar os aspectos limitantes e/ou negativos percebidos pelos trabalhadores de saúde dos presídios federais.

6 MÉTODO

6.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa. O estudo exploratório caracteriza-se por envolver levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que sejam agentes do problema pesquisado e análise de exemplos que contribuam para uma compreensão acerca do tema estudado (GIL, 2017).

A abordagem qualitativa, de acordo com Minayo (2014), preocupa-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado e trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, aprofundando-se na compreensão da realidade humana vivida socialmente.

6.2 CENÁRIO DO ESTUDO

Os cenários do estudo foram quatro penitenciárias federais localizadas em quatro estados brasileiros. Apesar de pertencerem ao mesmo sistema, o SPF, tais penitenciárias possuem características muito distintas, que vão além das diferenças regionais, climáticas, religiosas e culturais. Ainda que todas as unidades sejam regidas pelas mesmas normas (manuais de segurança, por exemplo) e possuam a mesma rede hierárquica em nível central (Depen do MJ), cada estabelecimento adequa as condutas conforme sua realidade. Por exemplo: o uniforme dos presos é padronizado em relação a tamanho, cor e material, no entanto, no estado do Paraná, que é uma região mais fria, os uniformes são de manga comprida, enquanto nas unidades do Norte e Nordeste do Brasil, de clima bem mais quente, as mangas são curtas.

Cada unidade tem capacidade para 208 presos, e as configurações arquitetônicas são as mesmas nas quatro unidades. Elas dispõem de quatro alas (que são chamadas de vivências) controladas por modernos sistemas de monitoramento. Nessas unidades prisionais, existem locais de prestação de serviços de saúde, de atividades socioeducativas e culturais, de esporte, de prática religiosa e de visitas. Cada preso é alojado em uma cela individual, na qual permanecem 22 horas por dia; as duas horas restantes são destinadas ao banho de sol. A primeira penitenciária federal foi inaugurada no interior do Paraná (Catanduvas), depois Campo Grande (MS), seguidas por Porto Velho (RO) e Mossoró (RN) (BRASIL, 2007). A

quinta unidade, recém-inaugurada em Brasília, não entrou como cenário do estudo por não estar em pleno funcionamento até a conclusão desta pesquisa.

6.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram do estudo os trabalhadores da saúde de quatro penitenciárias. Entre eles, profissionais especialistas (nível superior): médicos (até o momento da elaboração deste projeto, nenhum profissional havia assumido o cargo nesta categoria, e existem duas vagas para o cargo em cada unidade), 3 farmacêuticos, 12 enfermeiros, 7 psicólogos, 7 dentistas, 4 terapeutas ocupacionais e 5 assistentes sociais; e técnicos (escolaridade média com formação técnica): 15 técnicos de enfermagem e 4 auxiliares de consultório dentário.

Os critérios de inclusão na pesquisa foram: trabalhadores de saúde (especialistas e técnicos), de ambos os sexos, que trabalham há mais de seis meses no sistema, com carga horária de 40 horas, seja em regime de plantão (no caso, enfermeiros e técnicos de enfermagem) ou em regime de expediente (demais trabalhadores da saúde). Por se tratar de uma pesquisa de cunho qualitativo, utilizou-se para a determinação da amostra o critério de saturação empírica das falas, que consiste na saturação teórica, ou seja, quando não há mais inclusão de participantes frente à repetição das falas (POLIT; BECK, 2011).

Os participantes que não responderam aos critérios anteriormente citados, bem como os que desistiram de participar, foram excluídos da pesquisa. Os participantes foram identificados no texto pela letra E (letra inicial de “entrevistado”), seguida de um número de acordo com a sequência de entrevistas: E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8 etc.

6.4 COLETA DE DADOS

6.4.1 Procedimento de coleta de dados

O contato prévio com os trabalhadores (presencial ou via eletrônica) aconteceu por meio dos dados fornecidos pela instituição. Após a localização dos participantes e aceitação para participar da pesquisa por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (via impressa e/ou eletrônica) (Apêndice A), a pesquisadora entrou em contato para a realização das entrevistas. Doze participantes foram entrevistados pessoalmente, e os demais (dez) foram entrevistados por plataforma de vídeo (Skype), já que estavam em locais distantes para a coleta de dados, dificultando o contato presencial.

Assim, inicialmente a pesquisadora deu preferência para realizar a entrevista com os participantes em encontro presencial, conforme disponibilidade e local. No caso de entrevista presencial, a abordagem para solicitar a participação dos trabalhadores ocorreu fora do local de trabalho, após explanação das finalidades e objetivos da pesquisa. Todos os profissionais contatados pessoalmente aceitaram participar, e todos escolheram como local da entrevista o seu lar, onde se sentiam mais confortáveis. As entrevistas tiveram duração média de 30 minutos.

Cabe destacar que os entrevistados contatados via Skype – no caso, aqueles trabalhadores que não foi possível encontrar presencialmente – tiveram acesso ao conteúdo do TCLE por meio de um link enviado por e-mail. Para tornar isso possível, confeccionou-se um TCLE digital por meio da plataforma Google Docs, serviço de domínio público e gratuito, em forma de software, que possibilitou compartilhar, armazenar e criar documentos de produtividade na web, preservando a confidencialidade das informações. Para acesso ao TCLE solicitou-se ao participante clicar no link da web indicado no e-mail. Ao clicar nesse link, o participante era direcionado a uma plataforma eletrônica (Google Docs), onde o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido era imediatamente aberto, informando ao leitor que caso aceitasse participar da pesquisa bastava clicar no campo denominado “aceito participar da pesquisa referida”.

Dez trabalhadores abordados pela internet leram os termos e concordaram em participar da pesquisa por meio de aceite do TCLE no Google Docs. Após o aceite, a entrevista foi agendada conforme a disponibilidade do entrevistado, sendo executada por chamada de vídeo no software Skype. Por meio da ferramenta online, utilizou-se os mesmos recursos que aqueles usados pessoalmente, isto é, houve contato visual, livre expressão do entrevistado e gravação da entrevista, que foi totalmente dialogada, também com duração média de 30 minutos.

As entrevistas foram ocorrendo até a pesquisadora perceber que os discursos começaram a se repetir, não trazendo informações novas, isto é, quando iniciou a saturação dos dados.

6.4.2 Roteiros

Como técnica de coleta de dados foi utilizada a entrevista semiestruturada (Apêndice B), isto é, seguiu-se um roteiro com uma sequência predeterminada de perguntas sobre o assunto investigado, sendo que, no decorrer da entrevista, outras perguntas poderiam ser suscitadas, levando em consideração as circunstâncias e as informações que iam surgindo no

momento. Esse tipo de entrevista pode fazer emergir informações de forma mais livre, e as respostas não estão condicionadas a alternativas padronizadas (MANZINI, 1991). A questão que iniciou essa entrevista semiestruturada foi: quais são os aspectos positivos e os aspectos limitantes no trabalho em saúde em unidades penitenciárias federais?

As entrevistas foram conduzidas pela pesquisadora, que durante o estudo já não compunha o quadro de trabalhadores de saúde das penitenciárias estudadas. Sua experiência anterior com o universo pesquisado facilitou a abordagem e o andamento da pesquisa. Antes do início da entrevista, foi realizada uma explanação sobre o tema de investigação, e os entrevistados foram informados quanto ao sigilo de suas respostas. As entrevistas foram gravadas com o aplicativo de gravação de áudio do celular e posteriormente transcritas pela pesquisadora.

6.5 ANÁLISE DOS DADOS

O corpus da análise foi composto pelo material transcrito das gravações. As respostas obtidas pelas perguntas fechadas foram sintetizadas textualmente para caracterizar os participantes. Já para a interpretação dos dados, utilizou-se a análise de conteúdo indutiva. Para tanto, optou-se pela análise temática.

A análise temática é um método que identifica, analisa e relata padrões (temas), organizando e descrevendo o conjunto de dados em detalhes. Por meio da sua liberdade teórica, a análise temática proporciona uma ferramenta de pesquisa útil e flexível, que pode fornecer um relato rico, detalhado e complexo (BRAUN; CLARKE, 2006). Dando continuidade a esta linha de pensamento, foram consideradas as fases estabelecidas por Braun e Clarke (2006) na interpretação e descrição dos dados deste estudo, apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1 – Fases da análise temática indutiva (Ribeirão Preto, 2019)

Fase	Descrição do Processo
Familiarizar-se com os dados	Transcrição (se necessário) e leitura dos dados, anotando ideias iniciais.
Gerar códigos iniciais	Codificação sistemática das características interessantes de todo o conjunto de dados, recolhendo dados relevantes para cada código.
Buscar por temas	Códigos de agrupamento em potenciais temas, reunindo todos os dados relevantes para cada tema potencial.

Rever temas	Verificação dos temas em relação aos extratos codificados (Nível 1) e de todo o conjunto de dados (Nível 2), gerando um “mapa” da temática de análise.
Definir e nomear temas	Análise em curso para aperfeiçoar as especificidades de cada tema. A história geral da análise gera definições claras e nomes para cada tema.
Produzir o relatório da análise	A última fase da análise. Seleção de exemplos vivos e convincentes; análise final dos trechos selecionados, relacionados às questões norteadoras da pesquisa e da literatura; produção de um relatório acadêmico.

Fonte: Traduzido e adaptado de Braun e Clarke (2006).

O corpus analisado foi composto pelo material transcrito de gravações, a partir do qual foram organizadas categorias relacionadas à formação e ao preparo dos profissionais de saúde das unidades prisionais e aos fatores positivos e limitantes no trabalho neste contexto.

6.6 ASPECTOS ÉTICOS

Inicialmente foi enviado um ofício, juntamente com a cópia do projeto, às instituições que serviram de cenário a nosso estudo, informando os objetivos e as finalidades da pesquisa. Obtida a autorização, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP) (Anexo A).

Os participantes foram convidados a integrar a pesquisa por meio do TCLE (Apêndice A), disponibilizado em duas versões: uma impressa, fisicamente disponível aos trabalhadores que a pesquisadora conseguiu abordar pessoalmente; e outra digital, para trabalhadores de penitenciárias geograficamente distantes, para os quais a pesquisadora não conseguiria apresentar o TCLE físico. Assim, para as coletas não presenciais, o TCLE foi enviado por e-mail, com um link de acesso para concordar ou não com a participação na pesquisa. Nesse sentido, o trabalho foi desenvolvido de modo a garantir o cumprimento da Resolução CNS nº 466/12, referente às normas sobre pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

7.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

A população foi composta por 22 trabalhadores de saúde que atuam em penitenciárias federais brasileiras, 16 (72%) do sexo feminino e 6 (28%) do sexo masculino. A maioria dos profissionais se situava na faixa etária entre 31 e 40 anos, correspondendo a aproximadamente 63,3% dos participantes. Além disso, 4 (18,3%) dos participantes pertenciam à faixa mais jovem de profissionais, entre 25 e 30 anos, enquanto 4 (18,3%) tinham mais de 40 anos, como mostra a Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição dos profissionais segundo sexo e idade (Ribeirão Preto, 2019)

Características	N	%
Sexo		
Feminino	16	72%
Masculino	6	28%
Idade		
25-30	4	18,3%
31-40	14	63,3%
41-50	4	18,3%

Os resultados corroboram a inserção da mulher no mercado de trabalho, fruto de uma série de transformações trabalhistas advindas da necessidade de aumento de produção e consolidação do sistema capitalista. Nessa nova configuração, os integrantes dos núcleos familiares passaram a ser vistos como funcionários em potencial, sem distinção de sexo; logo esse processo afetou diretamente a mulher que, antes confinada aos afazeres domésticos e maternos, passou a representar nesta nova realidade social o papel de trabalhadora assalariada (CESIT, 2017; SILVA; ALMEIDA, 2017).

Historicamente, as mulheres sempre desempenharam o papel de cuidadoras, o que explica a predominância feminina em profissões assistenciais como as de enfermeira e assistente social, que de alguma forma se relacionam aos afazeres femininos tradicionais tais como cuidar, servir e educar (CRAVEIRO; MACHADO, 2011; SOUSA et al., 2016).

Ainda que nas últimas décadas a escolarização feminina tenha crescido continuamente para atender as demandas do mundo do trabalho – sendo que, atualmente, o percentual de mulheres com ensino superior supera o de homens (RIBEIRO; JESUS, 2016) –, elas ainda se

destacam mais e predominam nos cursos ligados a áreas de ciências humanas e sociais, biológicas e da saúde (CESIT, 2017).

Um ponto importante a se considerar é que as trabalhadoras do sexo feminino ainda são mais suscetíveis à influência da dupla jornada de trabalho (profissional e atividades do lar), estando mais expostas ao adoecimento físico e mental (LUA et al., 2018) e a menores níveis de qualidade de vida no trabalho (BARBOSA et al., 2018).

Em relação à categoria profissional, 14 trabalhadores (63,6%) apresentavam nível superior: 6 enfermeiros, 3 odontólogos, 2 farmacêuticos; 1 terapeuta ocupacional, 1 assistente social e 1 psicólogo. Oito (36,3%) são trabalhadores de nível médio, sendo 7 técnicos de enfermagem e 1 auxiliar de consultório dentário. Quanto ao tempo de formação profissional, observa-se que 16 (72%) se formaram há mais de dez anos.

Tabela 2 – Distribuição dos profissionais segundo a profissão e ano de conclusão do curso de graduação (Ribeirão Preto, 2019)

Profissão	N	%
Nível superior		63,6%
Enfermeiro	6	
Odontólogo	3	
Farmacêutico	2	
Terapeuta Ocupacional	1	
Assistente Social	1	
Psicólogo	1	
Nível médio		36,3%
Técnico de enfermagem	7	
Auxiliar de consultório dentário	1	
Ano de conclusão do curso		
Até 10 anos	6	28%
Mais de 10 anos	16	72%

O predomínio é de profissionais de nível superior com mais de 10 anos de formação, e o que se infere dessa informação é que devem ter mais tempo de experiência na saúde e ensino mais sólido. Nesse sentido, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Pneps) afirma que a elevada qualificação, formação e desenvolvimento dos trabalhadores em saúde representa item fundamental para a qualidade dos serviços e da atenção em saúde prestada à população (BRASIL, 2009b).

Em relação à experiência dos profissionais, a maioria já havia trabalhado em outras instituições de saúde.

Tabela 3 – Distribuição dos profissionais segundo a experiência profissional em outros locais de trabalho e dentro do ambiente carcerário (Ribeirão Preto, 2019)

Experiência Profissional	N	%
Anterior		
Em outras instituições de saúde		
Sim	18	81,8%
Não	4	18,2%
Tempo de experiência profissional na unidade carcerária		
Até 5 anos	11	50%
5-10 anos	11	50%

Embora a maioria já tenha atuado em outros locais e isso possivelmente tenha contribuído para o desenvolvimento e aprimoramento das atividades técnicas, o cenário investigado apresenta características e especificidades peculiares que exigem do profissional novas maneiras de pensar a saúde, compreendendo a dinâmica de adoecimento das pessoas que vivem nas prisões e como efetuar suas práticas adequando-as ao espaço prisional (JESUS; SCARPARO, 2015).

Nos cenários pesquisados, das penitenciárias federais, a carreira dos profissionais de saúde é recente, sendo inserida apenas em 2009. São dois os cargos na área de saúde em penitenciárias: especialista em assistência penitenciária (nível superior) e técnico de apoio à assistência penitenciária (ensino médio com formação técnica) (BRITO; MUROFUSE; LEAL; CAMELO, 2017).

Os presídios federais são instituições totais, isto é, locais com uma elevada população confinada, de características semelhantes, formalmente administrada, submetida às mesmas situações e separada da sociedade por um determinado tempo (GOFFMAN, 2001). Essas estruturas são voltadas para a custódia de presos chefes de facções criminosas que colocam em risco a ordem e a segurança nacional; assim, as atividades de ressocialização e assistência a esses presos são mais limitadas, e as atividades de saúde se diferenciam das executadas em ambientes extramuros (BRITO; MUROFUSE; LEAL; CAMELO, 2017). Logo, a experiência anterior dos profissionais auxilia no desempenho das atividades em saúde nos presídios, mas deve ser bastante adaptada para a realidade de uma instituição total.

7.2 PREPARO E FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE PARA ATUAR NAS PENITENCIÁRIAS

A atuação profissional, independentemente do contexto de trabalho, exige que o trabalhador tenha conhecimento prévio da sua função, do ambiente de trabalho e da população que receberá atendimento.

A análise dos dados revelou que os profissionais de saúde, ao iniciar suas atividades nas unidades penitenciárias, desconheciam o tipo de trabalho que deveriam realizar. Sabe-se que a admissão neste serviço acontece por concurso público federal e não há outro critério de seleção para o trabalho. As etapas do concurso são compostas por: prova teórica, teste de aptidão física, teste de aptidão psicológica, investigação social do candidato e curso de formação profissional.

Na realidade eu não sabia onde eu estava me metendo. Eu não sabia direito o que era, no que eu ia trabalhar. Eu acho que nenhum de nós sabia ao certo onde estava se metendo, sobre os riscos e tal. (E₅)

Quem é da segurança, eles têm certa noção e preparo, mas a gente não, a gente cai lá meio de paraquedas e “se vira aí”. (E₂)

Com dinâmicas invisibilizadoras que produzem o apagamento das identidades pessoais e sociais da massa encarcerada, a prisão se constitui como instituição fechada, inacessível ao conhecimento da grande maioria da população, excluindo pessoas do convívio social por um determinado período de tempo e utilizando técnicas de disciplinamento (BARCINSKI; CUNICO, 2014; CICOLELLA; KRUSE, 2016).

A falta de acesso físico e de informações acerca dos sistemas prisionais é aparentemente suprida pelos meios de comunicação, que apresentam à sociedade rebeliões, fugas e todas as mazelas que o sistema carcerário brasileiro não consegue conter com seus dispositivos físicos e materiais e seus recursos humanos. Assim, torna-se um tanto falho o intuito primordial desses estabelecimentos, que é de invisibilizar e isolar todas essas “anomalias” perante a sociedade (TAVARES; MENANDRO, 2008).

Como as penitenciárias representam espaços de múltiplas segregações, separando os encarcerados do restante da sociedade (BARCINSKI; CUNICO, 2014), e sem haver informações totalmente esclarecedoras sobre a realidade prisional, é de se esperar que o trabalhador, ao ingressar no sistema de custódia, não consiga perceber similaridades entre esse

contexto e outros contextos sociais que conheceu em sua vida pessoal e profissional. Como reflexo, o trabalhador não sabe como executar seu trabalho em um ambiente tão adverso até que adquira familiaridade com esse sistema.

Outro ponto a se considerar é o hiato entre a formação do profissional na graduação e o serviço de saúde prisional. Dificilmente o aluno dos cursos de saúde, durante o período da graduação, nos estágios curriculares, terá alguma prática ou experiência em um contexto de custódia. Logo, seria necessário aproximar a graduação da assistência à saúde no sistema carcerário, já que ele também se apresenta como campo de trabalho ao profissional após a formação (APOLINÁRIO, 2013).

Assim, no intuito de aproximar esse trabalhador da realidade laboral de um sistema de custódia, o SPF se preocupou em apresentar apenas de forma pontual o seu funcionamento e o ambiente carcerário. Características próprias do presídio foram apreendidas quando os profissionais já estavam inseridos no contexto da atuação prática, como mostram os discursos.

Você faz um curso de preparação, mas não tem uma parte prática dentro de uma penitenciária. Você só vai conhecer a penitenciária quando toma posse, como ela funciona. Então eu acho falho em alguns pontos. (E₁₅)

Eu entrei para trabalhar na penitenciária e o único treinamento foi no curso de formação, que falou quais eram os riscos, que a segurança era prioridade, as políticas de saúde para os internos. Mas como atuar na área da saúde como enfermeira nesses locais, foi tipo cair de paraquedas, eu aprendi com o tempo mesmo a como dar assistência ao preso. (E₁₀)

Foi passado muito de prontuário, sistemas de informação como o Siapen [Sistema de Administração Penitenciária], parte burocrática, mas, assim, as questões que de fato afetam a gente no dia a dia de trabalho, dessas ameaças veladas dos presos, dessas questões assim, a gente só foi entender quando a gente se deparou com a realidade mesmo. Cada um teve que se adaptar, não tinha nada prescrito. (E₁₃)

A preparação para trabalhar no dia a dia com preso, isso tudo aprendemos no dia a dia mesmo. (E₂)

Para trabalhar como enfermeira aprendemos mais na prática, com a convivência com profissionais que já estavam lá trabalhando como

enfermeiros. Então aprendemos mais na prática, nosso curso de formação foi muito superficial. (E₁₇)

Ao adentrar o sistema, o trabalhador, que não foi provido de capacitação e conhecimento do ambiente, tem que buscar, por meio de tentativa e erro, no dia a dia, a melhor forma de executar o seu trabalho. Aliado a isso, os discursos mostraram que, em algumas unidades, era a primeira vez que determinada categoria profissional havia sido contratada, portanto, não havia uma rotina previamente estabelecida das práticas a serem executadas.

Quando eu cheguei à unidade, por exemplo, não tinha nenhum profissional da minha área, anterior, para me explicar como era a rotina de atendimento dos internos, como funcionava a penitenciária. Então isso foi uma falha muito grande, a gente teve que ir descobrindo entre falha e acerto e criando nossos métodos de trabalho, e essa criação de métodos de trabalho faz com que não ocorra padronização entre as penitenciárias. Você vê que aqui os profissionais atuam aqui de um jeito, em outra unidade de outro. (E₁₀)

As unidades não têm os mesmos procedimentos. (E₁₆)

Não tem padronização, não tem manuais de procedimentos. Cada um criou seu método e isso traz muito problema, porque o preso que está aqui daqui a pouco vai para outra unidade do sistema, aí há as comparações, há embates. Às vezes, eu atuo de uma forma, aí outro colega em outra unidade já não, porque tem mais medo de se expor ou de embater o preso, aí acaba liberando mais procedimentos; ou o que eu consigo fazer aqui, em outra unidade não é possível, pois não há sensibilidade dos superiores sobre um determinado assunto. Aí a gente acaba de qualquer forma se expondo muito e acaba às vezes virando pessoal: “é aquele profissional tal que é ruim ou está de má vontade”. Aí a gente se expõe muito. (E₁₀)

Quando o profissional atua sem um norteador mínimo que padronize condutas, procedimentos ou práticas, as ações de saúde não se tornam coesas, gerando conflito ou falta de consenso do que seja certo ou errado para os profissionais e criando indisposição com os demais atores do sistema.

A padronização dos procedimentos é considerada um instrumento gerencial importante, que evita que os processos ocorram de forma desorganizada, fragmentada e demorada. Sem padronização nas condutas, aspectos importantes sobre o quadro clínico dos pacientes atendidos e aspectos relevantes do setor de saúde deixam de ser repassados e continuados (OLIVEIRA; ROCHA, 2016). No contexto prisional, para os presos atendidos essa falta de condutas padronizadas denota parcialidade e pessoalidade no tratamento, gerando nos trabalhadores da saúde receio de serem mal interpretados.

Ainda em relação ao preparo para atuar nas unidades prisionais, percebe-se que a instituição oferece poucos cursos direcionados para a atuação profissional.

Para o meu cargo de técnico de odontologia eu fiz dois ou três cursos nesses oito anos. Eu acredito que seja muito pouco, acho que não teve muita oferta de fazer curso não. (E₃)

Quando eles oferecem é mais por EAD [educação a distância], pelo Senasp [Secretaria Nacional de Segurança Pública], mas não são cursos direcionados. (E₁₉)

Eu precisava de um curso mais específico para fazer um atendimento em uma ambulância com um interno. Se ele tem um surto? Para onde vou levar? O que devo fazer? O que devo aplicar? Quem eu vou contatar? É uma coisa que não preveem dentro da penitenciária e que seria excelente da gente ter. (E₁)

O que eu tive foi só um curso que resultou de uma carência do órgão de psicólogos para avaliar os agentes de segurança, e a capacitação que eles nos deram foi para fazer testes psicológicos para porte de arma dos agentes. Os dois cursos que eu tive, um em 2010 e outro que acabei de fazer em 2018, foram cursos de testes psicológicos para agentes penitenciários. Nada a ver com meu trabalho em si com os presos. (E₆)

Os depoimentos dos trabalhadores de saúde que atuam em penitenciárias federais revelaram falhas nas estratégias educacionais organizacionais. O Depen, que é responsável por essas instituições federais penais, ofertou um curso de formação profissional, com carga horária de cerca de 290 horas, que foi a última etapa do certame público para esses

profissionais, com o intuito de prepará-los para o trabalho em saúde dentro desse ambiente laboral.

Nós fizemos um curso de formação, em regime de internato, que representou a última fase do concurso. (E₁₅)

No entanto, esse curso não teve aplicabilidade e conexão com as práticas em saúde encontradas no local de trabalho.

Nós fizemos o curso de formação em Brasília, mas ele não nos preparou em nada para a rotina real de trabalho. O curso foi um curso de conhecimentos com prova sobre direito, noções de SUS, não teve muita aplicação prática. Não foi compatível com a realidade. (E₃)

Teve um curso de formação, mas foi uma coisa muito vaga, não tinha noções direcionadas ao odontólogo, ao enfermeiro, de como ele iria atuar. (E₁₀)

O curso que nós fizemos foi o curso de formação em 2009, que só dava uma visão superficial do SPF, porque até aquela época eu só sabia de prisão pelo que eu via na televisão, desconhecia o SPF. (E₁₈)

O curso de formação foi bem teórico, com pessoas que não faziam parte do quadro do órgão, que não sabiam muito bem o que era o Depen, órgão penitenciário. Muitos [professores] vinham de órgãos policiais, eles não têm a custódia em si como seu dia a dia. (E₆)

Nós tivemos um curso de formação, mas a parte específica de assistência social foi só na última semana do curso, uma oficina com uma assistente social da penitenciária de Porto Velho, mas bem rápido. Nós tivemos uns dois encontros e, assim, sinceramente, não em relação ao esforço da colega, mas foi insuficiente para a realidade de uma penitenciária federal. (E₁₃)

Teve um curso de formação que aplicabilidade na prática não tinha. [...] Não tinha ninguém para passar a vivência da prática profissional, só tinha servidores da segurança que passavam outra visão que não cabia diretamente ao nosso trabalho. (E₁₆)

O trabalho em saúde é marcado pela indeterminação das demandas e pela pluralidade de casos que impedem que os processos nesse setor sigam uma lógica rígida, tornando desafiadoras a aplicação prática dos preceitos de promoção da saúde e a compreensão do adoecimento de determinadas comunidades. No contexto macro, a formação profissional para atuar na saúde não tem conjugado as ações educacionais e as necessidades dos serviços de saúde; essa incongruência tem obrigado o setor saúde e os seus gestores a assumir a responsabilidade e a intensificar iniciativas para preparar seus trabalhadores nos próprios locais de trabalho (AMÂNCIO FILHO, 2004).

Nesse sentido, pensando em proporcionar conhecimento mais efetivo e mais condizente com os cenários específicos de cada trabalho, é que foi instituída como política pública pelo Ministério da Saúde a Educação Permanente em Saúde (EPS), que tem o intuito de oportunizar a aprendizagem no trabalho por meio da problematização de questões vivenciadas nos cotidianos laborais em saúde, aproximando a prática profissional das realidades locais e suas diferentes demandas (LEITE; ROCHA, 2017).

A formação e a qualificação desses profissionais devem ser incentivadas pelos gestores na tentativa de promover uma assistência mais adequada à realidade social e epidemiológica da população com a qual o profissional trabalha (OLIVEIRA et al., 2016). Mas essa preocupação da instituição pelo aprimoramento dos trabalhadores ainda é recente e pontual, como revela o discurso.

Hoje em dia há uma preocupação maior com a capacitação do servidor, mas durante oito anos não houve investimento nessa parte. Todo tipo de curso, simpósio, algo educacional para melhorar nossa prática, dentro do sistema, não existia. Há cerca de doze meses mais ou menos é que começou essa preocupação [...]. Eu acho que se deve porque servidores da carreira de assistência foram trabalhar, por desvio de função, dentro da coordenação de recursos humanos, e com a expertise da nossa área de saúde, por serem profissionais da assistência têm mais entendimento da importância dessas capacitações e começaram a ofertar cursos. Se eles não estivessem lá estaria na mesma forma, nós nas unidades solicitando cursos e participação em congressos e o Depen estagnado, sem ofertar, como ocorria antes. (E₁₈)

Como foi exposto, a preocupação com a formação do servidor de saúde é contemporânea, pois ainda se percebe a falta de sensibilidade da instituição na capacitação do trabalhador, revelando certo desinteresse ou omissão com a formação deste profissional, o que provoca, algumas vezes, busca individual do trabalhador por seu aprimoramento. Assim, o próprio servidor procura utilizar estratégias individuais como forma de sanar lacunas educacionais encontradas em sua vivência laboral. Conforme as falas, as capacitações do trabalhador que dependem da aprovação da instituição, por vezes, são indeferidas.

Das vezes que todos nós solicitamos em grupo não foi aceito. (E₅)

Eu já solicitei para participar do congresso anual na minha área. Ele é bem interessante, tem bastantes oficinas, com técnicas que estão sendo utilizadas, porque a odontologia está sempre mudando, e foi negado, não foi autorizado pela instituição. (E₃)

É mais fácil substituir do que capacitar. Eu acho que eles não enxergam a gente como pessoa, eles querem que a gente seja máquina, saiu de lá desligou, não existe mais. (E₁₀)

Até agora não participei de nenhum curso de capacitação pelo Depen. Eu fiz por fora, não pelo trabalho. (E₅)

Os cursos ficam mais a cargo do servidor procurar. (E₁₉)

Ainda pensando na sua formação profissional, o trabalhador busca alternativas para se capacitar, como a utilização da internet. O que acontece, muitas vezes, é a realização de cursos a distância, nos períodos destinados ao descanso.

Para a minha prática eu procurei na internet e fiz cursos a distância. (E₅)

A capacitação confere ao trabalhador domínio de conhecimentos específicos e desenvolvimento de competências primordiais para melhor desempenhar uma função. Dessa forma, o próprio trabalhador, por meio de iniciativas individuais, ou a instituição, por meio de estratégias educacionais, devem buscar o aperfeiçoamento profissional (SANTOS; CAMELO, 2015).

Apesar de o incentivo às estratégias individuais de capacitação dos trabalhadores e aquisição de conhecimento científico ser importante, é primordial que as instituições ofereçam ferramentas de educação permanente, que provoquem mudanças na prática profissional e na própria organização do trabalho, já que, além de beneficiar o trabalhador lhe conferindo maior autonomia e bem-estar, a instituição diminui índices de absenteísmo, reduz custos e humaniza a sua assistência, o que resulta em melhor qualidade do serviço (LEAL et al., 2015).

As instituições e o Estado devem investir cada vez mais em capacitações, cursos e educação permanente aos profissionais de saúde, pois os contextos trabalhistas sofrem sempre modificações e trazem novos desafios. A capacidade intelectual desenvolvida na aquisição de novas habilidades, conhecimentos e práticas provoca mudanças de hábitos que minimizam comportamentos de risco e conferem segurança profissional na assistência, influenciando a qualidade de vida do trabalhador (BARBOSA et al., 2018).

Em se tratando dos trabalhadores de saúde de unidades penitenciárias, outra questão a ser analisada é a do preparo pessoal para lidar com um ambiente de trabalho inseguro física e emocionalmente. As características do sistema penitenciário reforçam a importância de os trabalhadores conhecerem exatamente aquilo que necessitam realizar no decorrer de sua atuação profissional. Alguns acontecimentos, como rebeliões e ataques, exigem pessoas preparadas física e emocionalmente.

O profissional de saúde não tem proteção nenhuma, sua família está exposta, não tem arma, você não sabe como se defender. Eles não deram esse treinamento, como se proteger, como perceber que tem um suspeito na rua. Porque tem aquela falsa ideia para as pessoas que dão assistência, que não são da segurança, de que [os presos] não vão fazer nada, mas isso é uma falsa ilusão que colocam na cabeça da gente. Mas a gente viu que não é verdade, com todos os assassinatos que aconteceram, o que aconteceu com a nossa colega, e ela era psicóloga. (E₁₀)

Cada penitenciária federal tem seu manual de segurança, e nenhum dos manuais de segurança diz o que os especialistas e técnicos devem fazer em caso de ataque ou rebelião, e não há nenhum preparo nosso voltado para isso até hoje, mesmo com tudo que aconteceu. (E₄)

Se acontecer alguma rebelião eu não sei o que eu faço, eu não sei se tenho que abaixar, se eu tenho que gritar ou se eu tenho que correr. Nunca recebi nenhum tipo de instrução. (E₃)

Se acontecer uma rebelião, ninguém sabe o que fazer. Se tiver uma tentativa de resgate [de um preso], ninguém sabe o que fazer. Não tem um direcionamento. Alguma coisa a gente sabe, como não se expor em redes sociais, que não serve só para quem trabalha em sistema prisional, mas, de fato, mudanças efetivas no órgão eu não vejo. (E₂)

Colocar os profissionais da saúde para ter mais cursos de arma e estratégias dentro da penitenciária, o que de fato você faz, se tem uma rebelião você se esconde no banheiro, corre, saber coisas assim. (E₂)

Depois do assassinato brutal da colega teve um curso de armamento e tiro, que foi conseguido a duras penas, porque tentaram cancelar ao máximo. Teve esse [curso de] armamento e tiro para a equipe de saúde, mas não podemos ter arma. (E₆)

Não teve nenhum treinamento de defesa assim como os agentes de segurança tiveram. Nós estamos correndo os mesmos riscos, inerentes mesmo da profissão, não é em relação ao cargo, e não foi feito nenhum treinamento desses. Eles têm preparação para se proteger usando tonfa, spray de pimenta, usando armas, defesa pessoal, luta, medidas de como se precaver, de segurança, e nós não tivemos isso desde o início, e nenhuma atitude foi tomada por parte da administração do Depen. Mesmo depois do ocorrido com a colega de trabalho. (E₅)

A assistência em penitenciárias apresenta características diferentes da rotina habitual de cuidados das equipes de saúde. A prisão é um ambiente com identidade peculiar e contexto próprio, com linguagem e códigos de conduta diferentes dos da sociedade em geral. A interação entre o profissional e o apenado é afetada por expressões verbais e não verbais sutis, exigindo dos profissionais negociações ininterruptas no intuito de equilibrar o sistema precário de contenção das massas e das explosões de violência coletiva (CARDOSO, 2013).

Por exemplo, a comunicação com o paciente em um hospital é considerada uma ação normal, indispensável na interação deste com a equipe para a sua recuperação. Todavia, o

diálogo com um paciente apenado, por vezes, pode ser considerado uma forma de igualdade, com o profissional sofrendo reprovações por parte do paciente aprisionado, o que gera indisposição (CARDOSO, 2013).

Nesse contexto, nota-se que as necessidades laborais dos profissionais vão além de questões estruturais, materiais e técnicas. As capacitações devem ser ofertadas também no intuito de proteger os trabalhadores de interpelações físicas. Existe falha institucional em não enxergar os profissionais de saúde como vítimas potenciais da violência praticada dentro e fora dos presídios, como comprovam os discursos que revelam não haver, nos manuais, instruções voltadas para os servidores. Devido à especificidade desse local de trabalho, a equipe de saúde carece de cursos voltados para armamento, segurança, defesa pessoal e treinamento de inteligência.

7.3 ASPECTOS POSITIVOS NO TRABALHO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM UNIDADES PENITENCIÁRIAS FEDERAIS

A análise dos discursos permitiu elencar diversos aspectos positivos na atuação das equipes de saúde nas penitenciárias federais no Brasil: reconhecimento salarial e estabilidade no trabalho; bom relacionamento interpessoal com os colegas no ambiente de trabalho; demanda de atividades nas unidades penitenciárias; jornada de trabalho flexível; aporte de recursos físicos e materiais adequados.

7.3.1 Reconhecimento salarial e estabilidade no trabalho

Os entrevistados apontaram a remuneração salarial como fator de incentivo dentro da organização, como mostram os discursos.

O que eu sinto de positivo de trabalhar lá é poder estar exercendo a minha profissão em um serviço em que eu sou melhor remunerada. (E₁₂)

É a questão salarial. Eu sempre comparo com o meu emprego anterior e é melhor. (E₁₀)

O salário é melhor do que da Estratégia Saúde da Família. (E₁₆)

A questão financeira, que comparada a outros vínculos, mesmo de concurso de enfermeiro, o da penitenciária acaba sendo melhor. (E₁₇)

Questão remuneratória, pois, no Brasil, o cargo de técnico de enfermagem não é tão bem remunerado, e no Depen ele é melhor. (E₁₈)

A questão salarial, por ser federal paga melhor do que as outras esferas. Então o salário, se comparado com os outros de técnico, está acima da média. (E₁₉)

O salário nessas unidades foi referido como importante indicador de satisfação e reconhecimento. Os discursos ainda revelaram que os trabalhadores comparam a sua atual remuneração com trabalhos anteriores e visualizam esse aspecto como uma característica satisfatória no emprego atual.

Nesse sentido, a satisfação no trabalho pode ser compreendida como um estado dinâmico e modificável, influenciado por fatores intrínsecos e extrínsecos ao trabalho e do trabalhador, que repercutem diretamente na saúde e no bem-estar dos profissionais, interferindo até em seu comportamento social e em sua capacidade para o trabalho (TAMBASCO et al., 2017).

Nessa perspectiva, o trabalho em saúde é resultante de vários aspectos ligados ao indivíduo e ao ambiente laboral, que podem ser prejudicados pela falta de satisfação, refletindo não somente na vida do profissional, mas na assistência em saúde. A falta de valorização do trabalho e o déficit salarial, por exemplo, têm sido apontados como algumas das causas de insatisfação (SORATTO et al., 2017).

Estudos realizados no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF) e Atenção Primária à Saúde (APS) apontam que condições salariais insuficientes (MACIEL; SANTOS; RODRIGUES, 2015; SORATTO et al., 2017) geram descontentamento e alta insatisfação (TAMBASCO et al., 2017), o que contribui para falta de motivação dos profissionais (VIEIRA et al., 2017).

Nessa perspectiva, os entrevistados que tiveram a ESF como vínculo anterior apontaram as unidades penitenciárias federais como mais atrativas em termos salariais. A remuneração adequada, além da satisfação no emprego, reduz a possibilidade do acúmulo de jornadas de trabalho visando melhor ganho salarial.

Positivo é o salário, é um salário acima do que minha profissão recebe por aí. Eu tenho vários amigos que trabalham em dois, três trabalhos, e não recebem o que eu recebo. (E₆)

O aumento da carga de trabalho, realidade de vários trabalhadores da saúde, resultante da desvalorização salarial que permeia as relações de trabalho, pode ocasionar desgaste e adoecimento físico e psíquico (SORATTO et al., 2017), deixando os trabalhadores suscetíveis a dupla ou tripla jornada de trabalho, com vários vínculos trabalhistas a fim de receber uma remuneração que atenda melhor suas necessidades. Portanto, o reconhecimento salarial também se apresenta como fator protetor da saúde desses profissionais.

Somada à questão da remuneração, a estabilidade no serviço público é um fator positivo para os trabalhadores ante a incerteza econômica do país, bem como a dificuldade de se manter empregado no cenário brasileiro de trabalho atual, marcado pelo crescente desemprego e precarização.

A estabilidade e o salário. (E₄)

O salário e estabilidade, por ser concurso público. (E₁₀)

Os aspectos positivos são os de ser servidora pública e ter estabilidade financeira, independência. O país está em crise, então ter uma estabilidade é bom. (E₃)

Nas últimas décadas, as transformações ocorridas no contexto trabalhista, tais como precarização, instabilidade e incertezas no campo do trabalho privado, têm evidenciado outro objeto de crescente busca por parte dos trabalhadores: a garantia de estabilidade no emprego por meio de concursos públicos (ANJOS; MENDES, 2015).

O trabalho é uma ocupação socialmente situada, dotada de status e reconhecimento. A precarização ocorre quando uma atividade ou função exercida com fins econômicos submete aqueles que a realizam a situações de risco, vulnerabilidade ou degradação, não contribuindo com o campo material, social e simbólico do indivíduo. Serviços e ocupações decorrentes de ações repetitivas, alienantes, caracterizadas pela pobreza de conteúdos significativos para quem as executa, não conferem sentido ao trabalho e tampouco ao trabalhador (VARGAS, 2016).

Assim, a precarização do trabalho se materializa, por exemplo, pela instabilidade, pela falta de regulamentação, pela perda ou ausência de direitos trabalhistas, pelas longas jornadas em condições laborais ruins, pela insuficiência de capital humano, pela sobrecarga de funções e pelos baixos salários que levam ao acúmulo de vários vínculos empregatícios e trabalhos extras para complementação da renda (SOUSA et al., 2016). Nesse sentido, pode-se dizer que a sensação de estabilidade no emprego, os benefícios trabalhistas percebidos e a compatibilidade entre o salário e as atividades realizadas são aspectos muito relevantes para a realização do trabalhador, mesmo em um ambiente de custódia.

7.3.2 Relacionamento interpessoal com os colegas no ambiente de trabalho

O relacionamento interpessoal no contexto do trabalho foi um aspecto construtivo revelado pelos participantes.

O que me causava prazer era o convívio com os colegas, os amigos, e a possibilidade de trocar experiências. Pelo fato de sermos uma equipe multiprofissional de várias profissões, eu aprendi muito nesse tempo todo, com diversos amigos e diversas carreiras e profissões. (E₆)

Os meus colegas no setor de saúde. Todos são muito bons. Formamos uma equipe muito boa. (E₁₃)

O relacionamento dentro da saúde é muito bom. Somos uma equipe. (E₁₂)

Assim, dentro da equipe multiprofissional existe uma boa relação entre os trabalhadores, o que contribui para o prazer no trabalho e a minimização de conflitos que o tornam exaustivo e padecedor, promovendo um ambiente de troca de experiências e aprendizagem. Deste modo, o companheirismo gerado pelo trabalho em equipe ameniza o trabalho e, conseqüentemente, a sobrecarga física e psíquica dos trabalhadores (DUARTE; GLANZNER; PEREIRA, 2018).

Relações interpessoais conflituosas podem afetar a saúde, causando tensão e elevando a carga de trabalho e o desgaste físico e mental (GONÇALVES; PIRES, 2015). Assim, além das condições salariais, questões relativas a carga horária e instabilidade e problemas na cooperação entre os colegas de trabalho geram insatisfação no trabalhador (SORATTO et al., 2017), podendo influenciar no cuidado e na qualidade da assistência (DUARTE;

GLANZNER; PEREIRA, 2018). Em nosso estudo, percebemos que as relações, a estabilidade e os salários contribuem de forma positiva, sendo considerados fatores estimulantes para o profissional.

Outro aspecto importante exposto pelo entrevistado, dentro do relacionamento interpessoal, é o prazer proporcionado pelo exercício da profissão escolhida e o trabalho com os pares:

Eu gosto da minha profissão, auxiliar de consultório dentário, eu gosto de trabalhar com os dentistas. Tive muita sorte nesses oito anos porque todos os dentistas que eu trabalhei foram maravilhosos, nunca tive problema com nenhum deles dentro do ambiente carcerário. (E₃)

A satisfação profissional representada pelo “gostar do que faz” é um aspecto fortalecedor e empoderador que, por vezes, se apresenta como válvula de superação frente ao trabalho penoso e suas condições adversas (GONÇALVES; PIRES, 2015). Somados a isso, o bom convívio e a boa relação com colegas e pares permitem que esse elo se configure como amparo social no controle de possíveis sofrimentos, tornando a realidade do trabalho mais amena e mais facilmente suportável (DUARTE; GLANZNER; PEREIRA, 2018).

7.3.3 Demanda das atividades nas unidades penitenciárias e jornada de trabalho flexível

A demanda de atividades a serem realizadas durante a jornada de trabalho parece não sobrecarregar os trabalhadores, sendo este fato considerado positivo.

A noite no plantão quase não tem demanda de trabalho, é bem tranquilo. (E₂₂)

Nós não temos uma sobrecarga de tarefas. (E₁₇)

Nós trabalhamos em um plantão de 24 horas, mas não estamos de fato trabalhando todas as horas, temos uma certa folga. O que é positivo, porque me proporciona fazer outras coisas, dá para estudar, por exemplo. (E₁₉)

A demanda de trabalho é bem menor do que no serviço público em geral. Isso é um fator positivo pois nos PSFs da vida, nos postos de saúde, eu

atendia muito mais pacientes [...] Não tem tantos pacientes e você consegue fazer com mais calma os procedimentos. (E₁₄)

O trabalho em si não é um trabalho técnico tão desgastante. Comparado a um hospital ou unidade básica de saúde, nós atendemos bem menos pacientes. (E₁₅)

Nas unidades penitenciárias federais, as atividades de trabalho parecem estar mais bem distribuídas na jornada de trabalho dos profissionais em comparação com outras instituições de saúde. O excesso de demanda de atividades é um obstáculo bastante relatado nas instituições de saúde, principalmente as públicas. Essa condição prejudica a qualidade do atendimento prestado, sendo razão de estresse para o profissional, para os gestores e para os pacientes, que não encontram circunstâncias adequadas de atendimento, favorecendo assim conflitos entre os envolvidos, resultantes de estresse e atitudes impensadas tanto por parte de profissionais quanto por parte de usuários (MACIEL; SANTOS; RODRIGUES, 2015). Logo, a grande demanda de tarefas e pacientes a serem atendidos gera incapacidade resolutiva e dificuldade de acesso a ações e serviços de saúde (SCOLARI et al., 2018), porém, no âmbito prisional federal, os entrevistados não relataram excesso de tarefas e atividades laborais.

O espaço organizacional prisional é regido por regras e processos rigorosos que refletem o sistema hierárquico e punitivo, impondo limites e espaços a cada sujeito. Em vista disso, há lugares acessíveis e proibidos; assim, cada indivíduo é instalado em uma dada espacialidade sem que a tenha escolhido. O posicionamento espacial dos presos é restrito e controlado pela vigilância (SILVA; SARAIVA, 2013). Nessa direção, cabe ressaltar que essa demanda diminuída de atendimentos pode ocorrer devido ao acesso restrito às penitenciárias, já que os presos não se locomovem livremente, e devido às penitenciárias federais possuírem uma população relativamente pequena e controlável, como relatado nos discursos:

O tempo para o trabalho, eu tenho todo tempo, minha população é pequena, no máximo 150 presos, no PSF é 3 mil pessoas. (E₁₆)

Por ser um local de segurança máxima você depende muito do agente de segurança para atender. Tem que esperar que ele traga o preso até você, você não pode ir até lá na sala atender, e ele não vem até você. (E₁₀)

Em relação à jornada de trabalho, a Lei nº 11.907, de 2 de fevereiro de 2009, declara que todos os cargos dentro das unidades federais, seja de nível médio ou superior, devem possuir jornada de trabalho de 40 horas semanais, que pode ser cumprida em regime de expediente (8 horas diárias) ou em regime de plantão (plantões de 24 horas por 72 horas de descanso). No entanto, entre os diversos profissionais de saúde entrevistados, somente os trabalhadores da enfermagem relataram gozar dessa possibilidade de horário de trabalho flexível, isto é, regime de plantão. Assim, mesmo que amparados legalmente, os demais trabalhadores de saúde são impedidos de cumprir sua jornada de trabalho nesse esquema. Para os trabalhadores, essa facilidade é vista positivamente, pois permite melhor adequação entre trabalho e atividades de lazer.

Como enfermeira eu tenho a possibilidade de trabalhar no plantão ou no expediente. Então nesse ponto é flexível. (E₁₇)

Escala de trabalho de plantão são 24 horas de trabalho por 72 horas de descanso, então a escala permite um bom tempo de folga. (E₁₅)

A jornada flexível de trabalho é uma tendência nas economias contemporâneas, já que o foco no cumprimento do horário de trabalho e o trabalho em tempo integral já não atendem efetivamente as demandas e rearranjos laborais modernos. Muitas instituições têm adotado flexibilidade na jornada de trabalho com o intuito de ajudar os trabalhadores a equilibrar o trabalho e a vida pessoal e buscar mais eficiência, satisfação e produtividade (XIMENES; PINTO; MESQUITA, 2015).

Essa possibilidade de horário é prevista para todos os cargos dentro das unidades prisionais federais, mas, na prática, somente servidores da segurança (agentes penitenciários federais) e a equipe de enfermagem podem escolher trabalhar em regime de plantão de 24 por 72 horas ou expediente. Os demais especialistas e técnicos atuam em regime de expediente e em contato direto com o preso diariamente (BRITO; MUROFUSE; LEAL; CAMELO, 2017).

Mesmo com todas as restrições de um trabalho em unidades prisionais, os profissionais de nossa investigação, de uma maneira geral, percebem a sua jornada de trabalho como equilibrada, compatível com a função que exercem, considerando-a, portanto, um fator positivo do processo de trabalho. Além disso, os profissionais percebem que a administração se torna mais flexível quanto a mudanças de horários e de setor quando há necessidade de afastamento por problemas de saúde, gestação, férias etc.

As atividades desenvolvidas no cotidiano de trabalho são diretamente dependentes dos recursos humanos disponíveis e, neste contexto, as trabalhadoras destacaram os benefícios da flexibilidade do emprego em período gestacional.

Na gravidez não ficamos na assistência. As grávidas são remanejadas para o administrativo, não têm contato com o preso para não ficar sendo expostas aos vários pórticos de detector de metais. Então isso é muito bom, ficar longe, sem estresse de preso. (E₁₇)

Assim, a administração parece entender a necessidade de realocar os trabalhadores, proporcionando benefícios aos servidores e maior satisfação no trabalho, o que deve ter consequência no cuidado prestado.

7.3.4 Aporte de recursos físicos e materiais adequados

A infraestrutura das unidades penitenciárias foi considerada adequada:

A infraestrutura da unidade [é adequada]. (E₂₀)

A unidade está sempre limpa, os espaços são grandes, tem ar-condicionado, copa. (E₄)

Insuficiências físicas prejudicam a biossegurança dos trabalhadores e pacientes, assim como afetam a assistência (BARBOSA et al., 2014). A disposição física dos serviços, quando adequada, favorece o bom desenvolvimento das atividades profissionais, reduz as possibilidades estressoras e conseqüentemente permite uma assistência de qualidade ao paciente (MIRANDA, 2017). Além disso, recursos materiais disponíveis em quantidade e qualidade têm relevância para o trabalho desenvolvido pelos profissionais nessas unidades.

Os equipamentos e insumos eram muito precários na atenção básica que eu trabalhava, mas no ambiente prisional federal não, a gente dispõe de bons materiais, tem suporte bom em termo de material e instrumental. (E₁₀)

Uma das dificuldades enfrentadas nos serviços de saúde é a falta de espaço físico adequado e de recursos materiais. Em algumas organizações, a falta de comprometimento dos

gestores, o ineficiente investimento na melhoria e na manutenção das estruturas físicas e o subfinanciamento impossibilitam a oferta de espaços saudáveis, não só para a clientela assistida, mas também para quem atua profissionalmente. Trabalhadores que operam demasiadamente em ambientes com falta de espaço e de recursos materiais estão mais suscetíveis a sofrer de estresse; esses fatores, ademais, prejudicam a assistência, já que a falta de recursos materiais, de tempo e de espaço físico inviabiliza muitas ações de educação em saúde (BARDAQUIM; DIAS; ROBAZZI, 2017).

Pesquisa realizada com equipes de serviços primários de saúde mostram que, apesar desses profissionais serem regularmente cobrados para o cumprimento das metas assistenciais estabelecidas, eles não recebem aporte financeiro e técnico para o desenvolvimento efetivo dessas ações pactuadas. Faltam equipamentos, materiais e até mesmo manutenção da aparelhagem existente, o que inviabiliza a execução das atividades planejadas, dispendendo esforço elevado para a execução do trabalho (LUA et al., 2018).

Analisando os discursos percebe-se que o espaço de trabalho das equipes de saúde que atuam nas penitenciárias federais é considerado adequado, e os recursos materiais foram referidos como de boa qualidade e em quantidade suficiente. Isso difere da realidade dos ambientes carcerários estaduais, que sabidamente não contam com o mesmo investimento, aporte físico e material das penitenciárias tuteladas pela União.

7.4 ASPECTOS LIMITANTES DO TRABALHO NAS UNIDADES PRISIONAIS

A análise dos discursos permitiu elencar diversos aspectos limitantes na atuação das equipes de saúde nas penitenciárias federais no Brasil, tais como: falta de reconhecimento e valorização profissional; divergência entre o trabalho realizado e a atividade profissional; violência, medo e adoecimento no trabalho.

7.4.1 Falta de reconhecimento e valorização profissional pela sociedade, por outros trabalhadores da unidade e pela população assistida

Embora o trabalho seja valorizado pela organização, há de se destacar que os profissionais que não são da área da saúde, a sociedade e até mesmo a população carcerária assistida não valorizam o trabalhador da saúde. Isto pode ser percebido nos discursos:

Reconhecido por aquilo que você faz, na penitenciária, eu nunca vi. (E₆)

Não me sinto reconhecido pelo trabalho que exerço. (E₄)

O nosso trabalho é intramuros, então não repercute diretamente fora. A sociedade não tem a mínima noção do que fazemos. (E₁₅)

Pela sociedade em geral não somos reconhecidos não. (E₁₃)

Com significação histórica, dinâmica, subjetiva e multifacetada, o trabalho é marcado por peculiaridades individuais, já que reflete a história pessoal de cada um, além das especificidades sociais, e exprime os aspectos compartilhados por um conjunto de indivíduos, evidenciando as condições históricas da sociedade em que estes estão inseridos. Por causa de todos esses aspectos envolvidos, o trabalho ganha destaque e centralidade na vida do trabalhador (BARROS; ARAUJO, 2018).

O processo de valorização do trabalhador em parte se concretiza com o reconhecimento daquilo que é realizado no labor. Esse reconhecimento não se restringe a uma reivindicação ou anseio trabalhista, mas se materializa como aspecto decisório na mobilização subjetiva, criativa e inteligente no trabalho (MORAIS et al., 2016).

A valorização e o reconhecimento provocam sentimentos de aceitação, admiração, utilidade e produtividade no trabalho, resultando em engajamento por parte do trabalhador. Nessa lógica, o profissional sente que suas atividades são de importante significado para a organização e para sociedade, o que reforça positivamente a sua autoimagem e lhe confere realização profissional (RODRIGUES JUNIOR; RIBEIRO, 2017).

No entanto, o não reconhecimento pode levar o trabalhador à insatisfação e a sentimentos negativos que repercutirão na assistência e provavelmente alçarão limites para além dos muros institucionais laborais (MACIEL; SANTOS; RODRIGUES, 2015). Quando o esforço e a contribuição do indivíduo à organização do trabalho passam despercebidos, o trabalho perde o sentido e não gera prazer, conduzindo o profissional a um sofrimento muito perigoso para sua saúde mental (RODRIGUES JUNIOR; RIBEIRO, 2017).

A questão do reconhecimento pela sociedade é retratada na fala de um dos entrevistados:

Na sociedade você é mais reconhecido pelas pessoas por conta daquilo que você faz. [...] O reconhecimento é porque você é servidor federal. Então esse reconhecimento quando vem é porque atravessamos crises econômicas

no país e você é um servidor federal ganhando determinado salário. (E₆)

Assim, percebe-se que a sociedade reconhece o profissional de saúde prisional somente pelo fato dele ser um servidor público, um indivíduo que prestou concurso, foi aprovado em um certame de elevada concorrência e, por fim, conseguiu um emprego estável diante do quadro econômico instável em que a população brasileira está inserida. É um reconhecimento pelo status. Porém, no que se refere ao reconhecimento pelo ofício ou pela função social do trabalho, os profissionais relatam:

Quem gosta de tratar bandido? Quem gosta que bandido se dê bem? Então também não somos bem-vistos pela sociedade. (E₄)

Não tem nenhum reconhecimento, até porque as pessoas pensam assim: para que terapeuta ocupacional para preso se tem um monte de gente aqui fora precisando? (E₂)

Eu percebo que as pessoas olham com certo desprezo, não acho que nós somos bem-vistos por trabalhar em uma penitenciária, por estar com preso. O preso é, entre aspas, “o lixo da sociedade”, é o que ninguém quer ver. Então ninguém se importa nem com quem está preso nem com quem trabalha em um presídio, é essa a sensação que eu tenho. (E₃)

O trabalho, além de ser uma forma de obter o sustento, o reconhecimento e a consolidação do ego e da identidade dos indivíduos, gera resultados. Quando esses resultados são classificados e valorados como úteis à sociedade, isto é, possuem significância social, as atividades do trabalhador representam motivo de satisfação profissional, já que o produto do trabalho se torna mensurável por meio de bons resultados (GONÇALVES; PIRES, 2015).

Os entrevistados relataram que notam atitudes de desprezo e sofrem julgamentos por parte da sociedade ao trabalhar assistindo presos. Isso em boa parte se deve ao modo como as prisões e os prisioneiros costumam ser apresentados à população civil. Boa parte da população tem a ideia, concebida e formada pelo senso comum e pelas imagens de cadeias e penitenciárias lotadas, que esses locais são realmente destinados à punição, e que o tratamento degradante ao preso é natural. Esse modo de ver a custódia como punitiva e segregante conta com grande apoio e apelo popular (MIGUEL, 2013).

Infelizmente, a percepção de muitas pessoas ainda é a de que as penitenciárias se destinam somente a manter seus internos longe do alcance social. Não há o que fazer a não ser trancafiá-los ou exterminá-los, afastando-lhes de vez da sociedade, dado que eles representam a escória. Nesse sentido, pouco interessa para o corpo social como e em que condições esse confinamento ocorrerá (TAVARES; MENANDRO, 2008). Essa postura, além de hostil para os presos egressos, repercute indiretamente e desqualifica os que lidam com a assistência e a custódia dos presos.

Esse desprezo e falta de valorização baseados no senso comum não são sentidos pelos profissionais só no âmbito extramuro, mas também entre colegas de trabalho de áreas distintas da saúde:

O nosso trabalho é bem discriminado porque eles [agentes de segurança] não entendem, pensam que estamos lá para ser amigos dos presos, e a gente só trabalha lá para cumprir uma lei e exercer nossa profissão. (E₁₃)

Eu tive uma discussão com um colega da segurança porque ele tinha a ideia de que o nosso serviço ali não servia de nada, não era para ter serviço de saúde. Mas eu penso que é porque ele se sente indignado porque estão dando assistência para esses caras, porque [na visão dele] os presos têm muita coisa, principalmente por terem 24 horas de serviço de enfermagem disponível. Mas aí no dia que ele começou a querer depreciar as condutas de saúde, as condutas que eu tomava sempre, menosprezando o meu trabalho e questionando, nós discutimos. (E₁₂)

Eu acredito que só o fato dos colegas de trabalho, os agentes, não saberem nada de terapia ocupacional já é bem limitante. (E₂)

Eu acho que serviço de saúde ainda é visto como um benefício por parte da segurança, dos agentes. Então eles não querem levar [os presos] ao atendimento ainda que tenha efetivo e disponibilidade. Muitos julgam assim: “ah, o cara é preso, não merece esse serviço”. Ainda é visto como um mimo, e não é, é só mais um serviço. Para mim é só mais um serviço que eu estou prestando. (E₃)

Qualquer atitude que eu tomava que não era um padrão de todos os outros colegas, como atender de forma mais humanizada o preso, eu era olhada com maus olhos, como se eu estivesse agradando demais o preso, sendo a mãe do preso. Você era uma pessoa estranha no grupo. [...] Eles esquecem que o preso, mesmo sendo preso, tem o direito da saúde, que só a liberdade está restrita, e que ali é nossa responsabilidade oferecer saúde para ele independente do que eles fizeram. A equipe de saúde fica oprimida, pois somos os estranhos, os bonzinhos. (E₁₀)

Apesar dos nossos instrumentos legais penais atuais terem se modernizado e mudado a visão do papel do encarceramento, tendo a compreensão de que a prisão não deve só confinar corpos, mas recuperar e ressocializar os indivíduos que infringiram as leis, já que estes retornarão ao convívio social (RANGEL; BICALHO, 2016) as organizações prisionais, na prática, não tem sido espaços pedagógicos de ressignificação de condutas, mas sim, um instrumento de legitimação da política pública de controle de sujeitos tidos como inúteis socialmente e de repressão desses desviantes (SILVA; SARAIVA, 2013).

Percebe-se que o modo de pensar compartilhado pela maioria das pessoas, de que os presos não “merecem” assistência ou de que a prisão deve ser um local destinado somente ao confinamento, também é comum entre os trabalhadores da penitenciária, principalmente entre os responsáveis pela custódia e vigilância. Esses profissionais desconhecem a importância do trabalho em saúde como forma de consolidar a cidadania da população encarcerada e não conseguem dimensionar a extensão dos benefícios desse trabalho para todos os trabalhadores e para a sociedade.

Além disso, o cenário prisional é marcado por diversas condições que levam ao adoecimento: ambientes fechados e insalubres, condições higiênicas péssimas, superlotação, doenças transmissíveis, pessoas confinadas com diversos distúrbios mentais e dependência química, indivíduos com condições sociais que facilitam distúrbios e moléstias etc., o que ressalta a importância do papel dos profissionais de saúde nesse local em que as pessoas – não só os internos, mas todos que interagem neste espaço – estão mais vulneráveis à transmissão de doenças (CARVALHO et al., 2016).

Outro ponto importante é que os próprios internos não têm consciência do cuidado prestado pelos profissionais de saúde, não reconhecendo o trabalho da equipe que lhes assiste e causando sensação de desvalorização no trabalhador.

Pelos internos não tem nenhum reconhecimento. Você é uma boa

profissional só quando faz a vontade deles, quando você dá um remédio que ele pede, mas a partir do momento que você fala não e discorda do diagnóstico você é vista com maus olhos pelos presos. (E₁₀)

As orientações que eu passo para o interno muitas vezes ele não vê como verdadeiras, porque ele me vê como “sistema”. Eles pedem algo e eu digo com meu saber técnico que não é necessário, mas eles não acreditam. É como se meu papel não fosse crítico, apenas concordar com o que eles pedem. (E₁₆)

O corpo assistido também desconhece o trabalho em saúde. Isso se deve em parte à dificuldade de se promover ações de saúde em sua integralidade nos ambientes prisionais e em parte ao limitado nível de escolaridade dos próprios presos.

Em pesquisa realizada com presos no município de Teresina (PI), a percepção que os apenados revelaram ter da assistência à saúde na unidade limitava-se a atribuições pontuais, como solicitação de exames, realização de vacinas, administração de medicamentos em caso de doenças ou atendimento quando passavam mal (CARVALHO et al., 2016), um universo de ações bem restrito se comparado a todas as especificidades e procedimentos técnicos de saúde. Outro estudo realizado em um complexo penitenciário de segurança máxima da Região Metropolitana de Belo Horizonte (MG) revelou que o modo de enxergar o cuidado em saúde por parte dos presos segue a lógica do modelo biomédico, ainda muito vigente, isto é, ações de saúde restritas a práticas curativas. Além disso, para os entrevistados desse trabalho, as condições de reclusão e a precariedade de recursos inviabilizavam as práticas preventivas e promocionais em presídios (REIS; KIND, 2014).

Segundo alguns profissionais de saúde entrevistados, os presos pouco levavam em consideração o saber técnico-científico da equipe; com isso, possivelmente os trabalhadores se sentiam objetificados. É como se os profissionais só fossem valorizados ou se tornassem úteis aos olhos do público assistido quando as ações de saúde eram consoantes ao que os presos entendiam como sendo em favor próprio dentro de um sistema “opressor”.

Vale destacar ainda que os profissionais que atuam em penitenciárias lidam cotidianamente com a desconfiança como forma de sobrevivência laboral. É preciso desconfiar de tudo e de todos, ficar atento a todo o ambiente a fim de detectar qualquer estímulo que enfraqueça a segurança e a ordem na prisão. Em pesquisa realizada com equipes de segurança, os próprios agentes prisionais referiram que são pagos para desconfiar e que essa falta de confiança visa antever qualquer situação de rebelião, ameaça ou ataque aos

trabalhadores carcerários. No entanto, essa desconfiança não se restringe ao preso, mas se estende também aos colegas (MARQUES; GIONGO; RUCKERT, 2018).

A maioria dos trabalhadores e chefes das unidades prisionais federais é formada por profissionais da segurança. O comportamento de desconfiança e desprezo por parte da equipe de segurança é relatado no discurso de um trabalhador da saúde:

Uma vez eu ouvi uma frase de uma agente que era o seguinte: “quando você trabalha com lixo todo dia, você passa a não sentir mais o cheiro do lixo e não sentir que você está exalando cheiro de lixo”. Então os servidores acabam se despersonalizando, entrando nessa lógica do preso, com os próprios colegas e família, de uma forma como se isso fosse banal, cotidiano, uma desconfiança boba. (E₆)

Assim, a falta de reconhecimento pela sociedade, por outros trabalhadores da unidade e pela população assistida pode ser considerada determinante no esgotamento do trabalhador. Por meio dela, instala-se o sofrimento, já que o profissional não percebe a valorização dos seus esforços e dedicação (MAISSIAT; LAUTERT; DAL PAI; TAVARES, 2015).

7.4.2 Divergência entre trabalho realizado e atividade profissional: característica da população assistida, ambiente prisional, recursos humanos

Os profissionais relataram que o trabalho em saúde executado no interior das unidades prisionais difere muito do executado em outros estabelecimentos, bem como do que foi aprendido na graduação ou do que é preconizado na legislação da cada uma das categorias profissionais, o que pode ser considerado um aspecto limitante do trabalho.

Você é tolhido pelo ambiente, pela segurança, pelo sistema, que determina muito do que você tem que fazer, que é diferente do que está na lei, do que você deveria fazer. Destoa do que eu aprendi na faculdade. E essa dualidade adocece. (E₄)

Existe uma incoerência que te deixa até maluca, porque você sabe que se você empoderar de alguma forma o preso e a visitante é como se você tivesse dando um tiro no próprio pé, é como se você estivesse traindo teus

próprios colegas. [...] Pelo menos na assistência social isso é muito contraditório, porque a gente trabalha com essa questão de empoderamento, de movimento social, de acesso a direitos, então quanto mais a gente dá acesso, mais dá direitos a essa população, pior é para o sistema... Acho que isso tem adoecido bastante os especialistas, porque a gente fica entre a cruz e a espada, fica aquele conflito ético. (E₁₃)

O que é dito dentro da portaria das assistências e a realidade é muito diferente. (E₂₀)

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (Pnaisp) trata dos direitos de atendimento à saúde da população encarcerada e como executá-la no âmbito prisional. A assistência à saúde desses indivíduos deve seguir os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo responsabilidade do Estado e forma de garantir cidadania e promover uma sociedade sem excluídos (BRASIL, 2014).

No entanto, essa assistência enfrenta dificuldades na prática, devido às especificidades locais, às condições socioeconômicas das unidades e da comunidade na qual está inserida e a problemas como superlotação, tensão e falta de recursos humanos (SOUZA; CABRAL; LEITE-SALGUEIRO, 2018). Nesse contexto de necessidades diferentes, o profissional encontra entraves para executar suas atividades, que muito diferem da prática rotineira (APOLINÁRIO, 2013).

Em sua prática, os profissionais da saúde se deparam com o descompasso entre o trabalho formal prescrito em leis e manuais e a realidade experimentada concretamente nas prisões. Somente parte do trabalho real é visível aos olhos das instituições laborais com suas prescrições. Isto indica que há uma parte invisível nas atividades, constituída por uma infinidade de comportamentos, sentimentos, pensamentos e atitudes não traduzidos em palavras. Essa parte não palpável exige uma observação muito atenta da realidade para captá-la (DUARTE; GLANZNER; PEREIRA, 2018).

Nesse distanciamento entre o real e o prescrito, os profissionais sentem receio de ir contra os preceitos éticos profissionais e cometer erros assistenciais, na medida em que sabem da disparidade entre ações que idealmente devem fazer e ações que realmente podem fazer (LUA et al., 2018), o que gera sentimento de frustração e subutilização de sua capacidade técnica assistencial:

Todos os profissionais que lá trabalham têm uma competência enorme, mas

todo mundo é muito mal aproveitado. Todos são bem qualificados, no entanto não conseguem exercer suas potencialidades na prática. (E₂)

Outra característica que limita a atuação do profissional de saúde e gera sentimentos de incompletude profissional é a não utilização de todos os aspectos humanísticos da profissão, que facilitam o cuidado integral ao indivíduo.

A questão da proximidade com o paciente, que em um primeiro momento me frustrou muito, porque a enfermagem é uma profissão que sempre está muito próxima, preocupada com o paciente, e eu não poder saber mais do meu paciente por conta de segurança me causa muito incômodo. Como, se eu não sei de fato o que acontece com meu paciente, eu posso cuidar melhor dele? (E₁₉)

Enfermagem tem contato, tem toque, é uma profissão que tem muito sentimento, e lá já tem que abolir isso, não pode ter nenhum sentimento, nenhum toque em relação ao paciente. É tudo muito distante. Isso que eu mais senti, tive que adaptar, tive que ser menos humana. Lá eu tive que me robotizar. (E₁₀)

O cuidar envolve uma relação entre o ser que cuida “para” e “com” o ser que é cuidado que evoca sentimentos de compaixão e de solidariedade. No caso do trabalho em saúde, são utilizados recursos terapêuticos nessa relação: o toque, a clareza da comunicação, a empatia, a escuta sensível e o acolhimento. Promover conforto e bem-estar é uma ação incondicional de quem assiste. No entanto, torna-se um desafio aplicar esses recursos na realidade do sistema penitenciário, já que devido a especificidades de segurança do sistema, o cuidador, muitas vezes, não pode olhar nos olhos nem tocar no paciente (CARDOSO, 2013).

Pelos discursos pode-se notar que a não realização de todas as atividades preconizadas por cada categoria profissional pode estar atrelada a outros fatores, como as características locais, que dão prioridade à segurança.

Tudo que você se propõe a fazer está limitado pela segurança. (E₂)

O principal limitante lá é a segurança, tanto na parte de implementação de políticas públicas como na aplicação assistencialista. (E₁₈)

Nós não poderemos planejar e executar nenhuma ação, nem que seja inerente a nossa profissão, sem depender de autorização de outras pessoas que não estão relacionadas nem têm conhecimento de saúde (que no caso seria a segurança), deixar de fazer alguma coisa porque esbarra em questões que não estão ligadas a saúde... (E₁₇)

Lá dentro, por questão de segurança, o que a gente faz é praticamente viabilizar os direitos básicos, que é visita, documentação, não dá para fazer muito além disso não. (E₁₃)

Se você quiser atuar mais a fundo na sua profissão, ligado mais aos aspectos humanísticos, aí incomoda a segurança. (E₆)

Jamais você fará um atendimento na penitenciária igual o que você faria fora ou em um hospital, principalmente quando é o tratamento do paciente com o profissional da saúde, pois a gente não pode ser muito sensível ou muito delicada, se a gente for muito atenciosa os colegas nos chamam atenção. (E₁)

Levar o preso até o setor de saúde dá trabalho, porque demanda muitos procedimentos de segurança até o interno chegar até você. E na maioria das vezes o agente não quer ter esse trabalho, então você acaba não assistindo o preso como deveria por causa de depender do outro. (E₁₀)

Cada procedimento, ao atender o preso, tem que ter dois servidores, sempre acompanhados por agentes de segurança. Aí tem a questão do baixo efetivo dos agentes de segurança, o que faz com que os agendamentos dos atendimentos sejam prejudicados. (E₁₅)

O fator da condução do preso para o atendimento, eu sempre preciso, no caso, dos agentes de segurança, para que conduzam o preso até o atendimento. Então embora eu me programe para atender determinado número de internos, eu dependo de outros profissionais para poder trabalhar, e sempre os agentes têm outros procedimentos para serem realizados e isso prejudica os atendimentos. (E₁₀)

Para eu me aproximar dele [paciente preso], eu sempre preciso de uma segunda pessoa, e muitas vezes essa pessoa [agente de segurança] não está disponível para ir comigo no momento que é necessário. Isso também é limitante. (E₁₉)

Eu fazia um cronograma de atendimento diário, mas quase sempre não podia, porque não tem efetivo, então eu não conseguia me organizar; tinha que ser em função dos agentes, em função da segurança. (E₁₀)

Várias ações privativas da enfermagem, da medicina, da terapia ocupacional são extremamente limitadas por conta da segurança. Se a gente não tentar adaptar ao contexto prisional, nós não conseguimos exercer nem o mínimo das nossas funções. (E₁₈)

A segurança é fator preponderante nesses ambientes. Toda a estrutura reforça o instituto fechado e vigil. O aspecto ambiental e físico de segurança limita as ações de saúde:

Um lugar que não é bonito, que apesar de ser limpo e organizado é esteticamente bem opressor... Ele propositalmente é daquele jeito, né, além de prejudicar, além de passar essa imagem de opressão aos presos, ele passa para o servidor; principalmente nós que éramos acostumados a trabalhar em outros locais, de ter outros ambientes mais alegres. Isso afeta muito a gente, nós da área da assistência social, da psicologia. O ambiente também não permite, até o ambiente físico mesmo não permite, a gente não tem como trabalhar em grupo, as algemas e a presença de agentes nos atendimentos não permitem o paciente falar abertamente. (E₁₃)

Quando se trata de um serviço voltado para a segurança, custódia e condicionamento de corpos – no caso, a realidade prisional –, podem surgir conflitos e tensões entre os diversos sujeitos envolvidos (agentes penitenciários, presos, trabalhadores saúde etc.) nas situações mais corriqueiras. Por isso há uma propensão a dar prioridade às questões ligadas à sobrevivência imediata dos indivíduos implicados em detrimento de outras questões tidas como secundárias, como as de saúde; o sistema carcerário visa primordialmente à segurança (APOLINÁRIO, 2013).

Cabe à equipe de segurança, responsável pela custódia e manutenção do ambiente,

antever e julgar, sob a ótica disciplinar, quais atos, inclusive de outros setores, podem prejudicar ou fragilizar a segurança das pessoas e do ambiente. Nessa perspectiva de não colocar em risco a segurança, todas as atitudes dos presos são vigiadas e contidas, logo, é exigido que os internos andem com as mãos nas costas e que todos mantenham certo distanciamento em relação a eles (CARDOSO, 2013).

Para todo e qualquer atendimento ao custodiado é necessário escolta dos agentes penitenciários, isto é, os presos só são conduzidos ou têm acesso a qualquer local dentro ou fora do presídio se forem controlados pela segurança. Portanto, para qualquer movimentação do interno, inclusive ao setor de saúde, caso não houver agentes penitenciários da segurança disponíveis para realizar a escolta, o atendimento não é feito. Portanto, os serviços de saúde dentro dos presídios são totalmente dependentes da equipe de agentes penitenciários de segurança (APOLINÁRIO, 2013).

Os agentes penitenciários acabam por exercer papel de regulador do acesso à saúde. Por vezes, cabe a eles julgar se um pedido de atendimento ao preso é necessário ou não, ou em que momento é mais seguro realizá-lo (CARVALHO et al., 2016). Conforme os relatos, pode-se perceber que os atendimentos em saúde são mediados pela segurança, resultando em falta de liberdade e autonomia para a realização da assistência em saúde.

A falta de autonomia influencia na qualidade de vida do trabalhador, pois não lhe permite exercer suas competências pessoais, afetando o comprometimento com o trabalho, a satisfação e, conseqüentemente, a produtividade (BARBOSA et al., 2018). Em um estudo realizado na Irlanda com enfermeiros, a autonomia no trabalho foi considerada como o mais importante indicador de satisfação no trabalho (MORAIS et al., 2016).

Nesse sentido, por mais que esteja garantida legalmente, na prática, a assistência ainda é preterida, visto que a segurança vem em primeiro plano, depois o cuidado à saúde.

Primeiro a segurança, depois a assistência. (E₁₃)

O sonho deles é que nós nem existíssemos ali, porque é um incômodo para eles [segurança] nós estarmos ali. (E₁₀)

A segurança lá é em primeiro lugar, a saúde é se der. (E₁₂)

Meu ponto de vista é que a prioridade é segurança. Então, questão de saúde e reabilitação não é um fator tão importante dentro da execução penal. No

meu ponto de vista é mais voltado para segurança mesmo. (E₁₈)

Há uma evidente diferenciação, no dia da tua posse você já percebe isso. E isso é desde o uniforme que eles dão para você, que é inferior, até o tratamento que eles dão para você, até no “bom dia”, “boa tarde” e “boa noite”, como se você fosse submisso a eles. (E₄)

A priorização aos atos de segurança em detrimento da saúde e o julgamento da segurança em todos os setores, faz, por vezes, que a atuação dos profissionais de saúde só se limite a casos solicitados pela segurança, não considerando os critérios de avaliação dos trabalhadores qualificados para atendimento em saúde. Isso gera uma assistência fragmentada e uma demanda preterida (APOLINÁRIO, 2013).

A prioridade aos aspectos relativos à segurança pressupõe superioridade desse setor em relação aos demais setores, o que é simbolicamente materializado e percebido pelos trabalhadores das unidades por meio do comportamento, da comunicação mais austera e das vestimentas. Pelo fato de o ambiente focar a segurança, e devido a todos os entraves e barreiras de acesso das condutas de segurança, os profissionais têm que realizar várias adaptações em sua práxis.

Nós temos que adaptar todo procedimento de enfermagem [em relação] à segurança: a administração de uma medicação injetável em um paciente algemado, um eletrocardiograma em um paciente algemado... Então, temos que adaptar todos os procedimentos e estar sempre preocupados para os perfurocortantes não virar arma, se preocupar sempre com a segurança. E isso fora da unidade, em outros serviços você não se preocupa com isso. (E₁₅)

Muitas vezes a gente tem que dar jeitinho, o agente de segurança não pode levar o interno [para a saúde], aí fazemos o atendimento ali [pela porta da cela]. (E₁)

Um curativo, administração medicamentosa endovenosa, uma coleta de material laboratorial, um preparo para uma cirurgia ou exame, o paciente não tem aquela privacidade. Em um procedimento entram na sala vários agentes de segurança para ele não querer fugir do hospital; o paciente soropositivo, em uma penitenciária, todos os agentes e presos acabam

sabendo que ele é soropositivo; a informação que em outros lugares fica entre a equipe de saúde e quem atende, um paciente com tuberculose, nós temos que divulgar para todos os funcionários da segurança e presos que entram em contato com ele, por ser ambiente fechado. Aí vira um transtorno, isolar o paciente com tuberculose é complicado em um lugar em que ele depende sempre dos outros nas atividades mais básicas. (E₁₈)

E outro fator limitante: às vezes, eu tento precisar o menos possível de exames que tenham que ser feitos extramuros, eu tento resolver com os exames que a gente dispõe lá, para ser feito dentro da penitenciária, para que por questão de segurança tenha que levá-lo o mínimo possível para fora da penitenciária. (E₁₀).

Se o ambiente fosse fora, eu poderia ensinar alguns recursos que ele poderia fazer em casa que não cabem no caso da penitenciária, pois não pode ficar nenhum material junto com ele, então isso já era um limitante. Então, quando há uma queixa de saúde mental não tem como fazer terapia em grupo, em outros lugares dava para ter uma parceria grande com a psicologia. (E₂)

Outro fator que também difere do conteúdo teórico-prático ensinado na faculdade, e que é um fenômeno conhecido nos estabelecimentos de saúde, não sendo diferente nos presídios, é a falta de recursos humanos, que também limita o trabalho desses profissionais:

A ausência do médico limita muito a atuação do farmacêutico e do enfermeiro, porque tem determinadas situações que exigem um médico, para tratar patologias que exigem saber médico. [...] A carreira não é atrativa para o médico, hoje em dia nenhum médico fará o que a gente faz, com a carga horária que a gente faz, pelo salário que a gente ganha. (E₄)

Insuficiente quantitativo de enfermeiros do setor em comparação ao de técnicos na unidade. Por isso ocorre um erro de ter plantões só com técnicos, sem supervisão de enfermeiro, e plantões de enfermeiro sem o auxílio do técnico. Às vezes roda a noite sem enfermeiro, só com técnico, isso é uma falha dentro do sistema. (E₂₀)

Eu sou técnica de enfermagem, mas lá dentro eu exerço uma assistência que não é da minha atribuição de técnico, e sim de enfermeiro, pois eu trabalho em regime de plantão, e só é eu, sozinha no plantão. Uma técnica de enfermagem, sem supervisão de enfermeiro, aquilo me traz muita insegurança, me traz muito medo. (E₁₉)

Nós estamos até passando por um probleminha, porque no sistema a gente tem duas penitenciárias federais que estão praticamente sem pessoal da saúde, principalmente na parte de enfermagem. E a nossa é a que está com o melhor quadro quantitativo de servidor da saúde, então estão querendo remover a gente até ex officio, porque não estamos querendo fazer missão [trabalhar temporariamente em outra unidade recebendo diárias], e está este dilema. Aí é aquela pressão, aquela angústia: será que amanhã vou para o plantão e aí receber a notícia que eu estou transferida? E quase toda equipe é daqui, da região, então está esse dilema. (E₁₂)

Os profissionais de saúde, pelas circunstâncias relatadas, são praticamente obrigados a realizar atividades que extrapolam as atribuições legais. Os discursos revelaram falta de trabalhadores de algumas categorias profissionais, o que acaba impedindo a realização de algumas atividades de saúde preconizadas na legislação e ensinadas pelos centros formadores.

A falta do médico, por exemplo, sobrecarrega o enfermeiro, que é incumbido de toda a responsabilidade pelo atendimento inicial e pela assistência nas urgências e emergências em que, muitas vezes, o suporte médico seria essencial (APOLINÁRIO, 2013), assim como a insuficiência de enfermeiros resulta em plantões sem a supervisão e suporte desse profissional para os atos dos técnicos de enfermagem, o que é incorreto conforme o código de ética da profissão.

Em pesquisa realizada com enfermeiros de um presídio estadual, alguns entrevistados relataram que essas condições de insuficiência de recursos humanos e primazia dos atos de segurança sobre os atos de saúde fazem com que alguns diretores tentem manipular, subestimar e banalizar os procedimentos desses trabalhadores, exigindo dos profissionais condutas antiéticas, como a entrega de medicação para presos considerando apenas questões que favoreçam a segurança, não tendo em vista as necessidades de saúde (APOLINÁRIO, 2013).

Ainda é preciso destacar que as características do ambiente e da população assistida

podem limitar a práxis trabalhadora, diferindo do que foi aprendido na formação acadêmica e ao longo da experiência profissional.

A questão do público assistido. Lá eu não consigo ser a profissional que eu sou fora em termos de contato com paciente, [não consigo] ficar à vontade atendendo o paciente. Em relação a ser espontânea, a todo momento eu estou em vigília, observando ao redor, estou sempre tendo cuidado com a minha postura. Isso para mim é um fator limitante na minha atuação profissional. (E₁₀)

A enfermagem tem esse negócio de empatia, você se vê no lugar do outro e empatia é algo que você não pode sentir lá, você nunca sabe o que tem na cabeça do preso nem se o que ele fala é a verdade. (E₁₀)

Mas eu também vejo que por minha parte mesmo eu já não consigo mais ultrapassar uma barreira, que é entender ali um verdadeiro sofrimento de um preso. (E₆)

Na questão de criar vínculos, é uma questão difícil de ser trabalhada ali dentro, por conta do público com que trabalhamos, porque você nunca sabe se eles estão interessados em algo puramente por questão de saúde e cordialidade ou algo de tratamento de saúde, ou se estão tentando investigar algo para fazer contra você fora, como eles já fizeram com alguns profissionais fora. (E₂₀)

Socialmente, os presos não recebem crédito, isto é, ninguém acredita muito em sua ressocialização, e o Estado dificilmente oferece meios para que isso aconteça. Além disso, o indivíduo que ingressa no sistema penal geralmente é um ser resultante da exclusão social e, portanto, adentra esses locais com vícios, como vítimas de situações de vulnerabilidade social que sofrem com uma violência estrutural expressa pela falta de direitos básicos como moradia, saúde, educação e emprego (FERREIRA et al., 2017).

O sistema prisional que reconhecemos pelo senso comum e a mídia é uma estrutura falida que não consegue ofertar condições socioestruturais para o retorno do preso ao convívio com a sociedade, e o caráter primordial da segurança faz com que muitas ações voltadas para a ressocialização encontrem entraves na sua efetivação (LERMEN et al.,

2015), o que pode favorecer atitudes hostis dentro e fora das cadeias, tornando os internos mais propensos a voltar a cometer crimes.

Devido a essas características, o profissional sente receio e insegurança de ter uma relação mais aberta e espontânea ou de criar vínculos com o interno, pois na experiência cotidiana é preciso cuidar do indivíduo e ao mesmo tempo manter certo distanciamento exigido pelo contexto. Uma limitação profissional que decorre dessas circunstâncias é a não utilização dos mesmos recursos, como empatia e vínculo, que são utilizados com outras populações assistidas. É possível que os profissionais passem a desconfiar das atitudes e das verdadeiras intenções dos presos (CARDOSO, 2013).

Então, o cuidar do preso é marcado por dilemas morais, éticos e sociais que exige que o trabalhador ressignifique o local de atuação e o modo de enxergar quem habita nele. Novas respostas a essas demandas de trabalho são impostas, o que resulta em abismos entre a formação acadêmica e a experiência laboral (JESUS; SCARPARO; LERMEN, 2013).

7.4.3 Violência, medo e adoecimento no trabalho

Outro aspecto limitante reportado pelos entrevistados diz respeito à violência e ao medo. O medo é sentido dentro do ambiente prisional, durante os atendimentos com os internos, e também fora da penitenciária, quando o servidor da saúde está em horário de descanso e lazer. O medo também se estende à família dos trabalhadores. Existe o medo dos parentes e amigos sofrerem algum tipo de violência decorrente da função dentro do presídio.

A violência sentida não provém só da população encarcerada, mas dos próprios colegas de trabalho. Na tentativa de sobreviver a esse ambiente hostil, as relações intramuros são marcadas pelo medo e pela violência. Os trabalhadores de saúde adotam estratégias individuais e sugerem estratégias coletivas ou institucionais no intuito de se preservar física e psicologicamente.

As estratégias individuais mais adotadas foram o isolamento social e o estado de alerta; já as estratégias coletivas ou institucionais seriam o fornecimento de porte de arma e flexibilidade do horário de trabalho a todos os profissionais de saúde, não somente aos enfermeiros, como ocorre atualmente. No entanto, quando essas estratégias não resolvem o problema, e o medo e a violência se sobressaem aos aspectos positivos relatados anteriormente, surge o adoecimento, também relatado nessa categoria.

Ideologicamente, espera-se do ambiente prisional “recuperar” pessoas em um contexto não propício para tanto, já que nele há vários aspectos que desfavorecem a dignidade e a convivência humana. Portanto, é comum, nesses locais, a ocorrência de assassinatos, rebeliões, consumo de drogas, estupros etc. O sistema, por conta de todas essas características, é muitas vezes reconhecido como “escola do crime”, pois alguns indivíduos entram por pequenos delitos e, dentro das cadeias, juntam-se, rearranjam-se e fortalecem a criminalidade e as facções criminosas (MARQUES; GIONGO; RUCKERT, 2018).

Eu não acredito mais [em terapia e recuperação] [...] tanto pela questão de estarem presos, porque eles ficam 22 horas do dia trancados, o que dificulta uma mudança, como também pelo fato de todas as ligações com facções criminosas. [...] Quando eu entrei as facções não eram tão presentes e determinantes no cotidiano de um preso, hoje, são muito presentes. Eles não falam e não fazem algo que possa desagradar à facção, eles não se mexem ou tentam mudar de vida porque sabem que a facção pode entender aquilo como uma forma de traição. Então tem algo maior, acima daqueles seres humanos ali. [...] E tudo envolve dinheiro, envolve prestígio, acordos, envolve dívidas que estão acima deles, então eu tenho certeza que presos que eu atendo regularmente, que depois que saem do atendimento me agradecem, se por uma dívida eles tiverem que me matar, eles irão me matar, sem problema nenhum. Se eles não fazem, pode ser eles ou a família deles [a morrer]. Então eu entendo que não há nenhum tipo de consideração ao ser humano, há o dinheiro, há algo que transforma o ser humano em alguma coisa descartável, e nesse sentido eu me sinto também descartável exatamente por aquelas pessoas que eu estou tentando ajudar. Essa é a falta de sentido. (E₆)

O contexto exige um olhar mais atento à saúde mental do profissional (MARQUES; GIONGO; RUCKERT, 2018), pois o medo advindo das possíveis ou reais situações de violência ocasiona o adoecimento desses trabalhadores. O medo e o receio já estão presentes durante o atendimento de saúde:

Ali na penitenciária federal nunca teve rebelião, mas nas estaduais estamos cansados de ver em reportagens que eles pegam a alavanca de dentista para poder estocar, enfim, matar. Então eu me preocupo com a segurança dos perfurocortantes, eu acho que deveria ter tipo uma sala-cofre, mais

reservada, para guardar esses objetos, para ser de difícil acesso para em um momento assim não ter uso inadequado. (E₃)

A gente tem que cuidar com a aproximação física com o paciente, porque a gente nunca sabe quando pode sofrer uma violência, e a questão de a gente ficar todo tempo se autovigiando para não deixar nenhum instrumento ao redor ou ao alcance do interno, o tempo todo de alerta. E sempre vem o pensamento: ah, ele disse que está passando mal no atendimento, mas ele pode virar para mim e querer agarrar no meu pescoço ou puxar meu cabelo, me usar como refém de alguma coisa, então jamais vai ser igual a um atendimento hospitalar. (E₁)

Os profissionais necessitam estar atentos com a disposição espacial dos equipamentos técnicos e dos recursos materiais disponíveis para que não sejam utilizados contra o próprio profissional. Dentro desse sistema complexo, os pacientes assistidos são considerados socialmente como pessoas de alta periculosidade, devido aos crimes muitas vezes bárbaros que cometeram. Diante disso, o panorama exige do trabalhador de saúde cautela em cada procedimento e atenção aos materiais, insumos e pormenores, o que confere alto grau de estresse à equipe (APOLINÁRIO, 2013). Há ainda entre os trabalhadores de saúde a consciência de que, diante de uma situação de crise, rebelião ou violência, os presos poderão cometer atos cruéis contra eles.

Existe aquela falsa ideia para as pessoas que dão assistência, que não são da segurança: eles [bandidos] não vão fazer nada, mas isso é uma falsa ilusão que colocam na cabeça da gente. Mas a gente viu que não é verdade, após todos os assassinatos que aconteceram. (E₁₀)

Pensávamos que estávamos mais blindados de qualquer possível atentado por parte dos presos, que seria mais difícil de algo acontecer contra a nossa vida, mas tudo isso mostrou que não. (E₆)

Eu, particularmente, não me imaginava como alvo. Apesar de já ter acontecido com os agentes de segurança, eu tinha medo, mas não achava que aconteceria com a gente da saúde. (E₂)

Há notícias de que profissionais de saúde também não são poupados nas rebeliões, sendo atacados também como forma de vingança, o que tem gerado medo entre esses trabalhadores. A violência, nitidamente, é um tema recorrente nas unidades prisionais (CARDOSO, 2013).

Um estudo em um presídio estadual localizado no Rio Grande do Sul (RS) revelou que as ameaças de morte sofridas dentro desse presídio, proferidas pela população carcerária, eram o aspecto mais reportado por agentes penitenciárias de segurança. Segundo as entrevistadas, os presos são perigosos e a interação com eles é permeada de incertezas quanto à segurança das pessoas que ali trabalham; assim, o contato com a violência é rotineira, gerando tensão e insegurança (JASKOWIAK; FONTANA, 2015).

Outra pesquisa, realizada em penitenciárias estaduais de Avaré (SP), demonstrou que 56,8% dos trabalhadores dessas prisões, incluindo os de saúde, já sofreram algum tipo de agressão verbal ou física, além dos relatos de profissionais que foram feitos de reféns (BARBOSA et al., 2018). Logo, o medo e o receio têm razões plausíveis para serem sentidos.

O trabalho executado na prisão pode repercutir na segurança dos trabalhadores de saúde fora dos limites prisionais, também causando medo. Os trabalhadores temem pela sua vida e de seus familiares, e esse sentimento é muito presente nas falas dos entrevistados:

Medo fora, você não tem paz, você tem medo de ser perseguida, de ser assassinada, vivendo em um mundo de medo. Você é perseguida pelo medo. Eu entrei naquele lugar, a minha paz acabou. (E₁₀)

A gente fica com medo de tudo, tem medo de ser morto, medo de ser envolvido em algo que não pode ser bem-visto pelos colegas da segurança, medo de tudo. (E₅)

Medo de ser morta pelos bandidos. Medo de ser executada na frente dos meus filhos, e esse é o motivo por que eu estou afastada por motivo de saúde. A Melissa foi morta na frente do marido e filho. (E₅)

A chefia da saúde antes era um profissional da saúde. Ele não tinha a intenção de se afastar da chefia, mas ele sofreu ameaças, para ocorrer fora do presídio ligado a preso daqui [penitenciária]. Aí por segurança ele foi afastado e quem assumiu agora foi um agente de segurança. (E₁₂)

Eu acho que os presidiários somos nós. Porque nós é que não saímos de casa, não deixamos nossos filhos sair, temos medo de pegarem nossa família para fazerem o mal e vivemos em constante medo. (E₂₁)

Ao mesmo tempo em que se apresenta como forma de sustento e segurança financeira para si e para a família, o trabalho nas unidades prisionais também gera medo e insegurança devido ao possível reconhecimento do profissional pelos familiares dos presos e pelos bandidos que estão fora dos limites dos presídios. Os trabalhadores tentam, na medida do possível, conciliar a segurança financeira decorrente do emprego estável em um presídio com a possibilidade de oferecer segurança à própria vida e aos familiares.

Os profissionais tendem então a se isolar socialmente a fim de minimizar os riscos de serem reconhecidos pelo trabalho nas penitenciárias e sofrer violência fora desses locais. Esse isolamento afeta também os familiares, que também se utilizam desse recurso como forma de se sentirem mais resguardados. Assim, o isolamento social se faz muito presente nos relatos a seguir.

Você não pode criar outro nicho social perto do presídio porque você não sabe se não é família de preso, você não pode se pôr em risco. (E₃)

Eu, por exemplo, quando saio da penitenciária, após ficar lá o dia inteiro, eu venho para casa, esse condomínio que moramos, que escolhemos porque dentro do condomínio já tem academia, porque eu não tenho coragem de sair para uma academia fora, na cidade, eu não tenho coragem. Então faço um lazer, uma academia dentro do próprio condomínio, aí quando é final de semana a gente vai para outra cidade para poder fazer alguma coisa, porque eu não tenho coragem de sair muito aqui. (E₁₃)

Você tem que se esconder da sociedade [onde trabalha] porque você não sabe quem é seu vizinho. Na verdade, você fica tipo isolada da sociedade, porque você tem que mentir sobre o que faz. (E₁₀)

Então não há nenhum tipo de orgulho de falar onde eu trabalho, não gera boas sensações de quem ouve e recentemente ainda há a necessidade de evitar falar devido ao medo, pois estou em uma cidade em que não conheço as pessoas, não sei quem é quem, como podem usar aquela informação [...]

Eu não saio uniformizado para que meus vizinhos não tenham nem noção de onde eu trabalho. Tento evitar ao máximo falar. (E₆)

Como essa cidade é muito pequena, a sensação de insegurança é muito grande, tem muita visitante, família de preso que mora aqui, você não tem a chance de morar em muitos bairros aqui porque muitos bairros têm restrição para quem é da segurança pública, você não pode morar em qualquer bairro aqui. Mossoró também é uma cidade muito violenta, então a gente acaba se aglomerando em alguns bairros. As possibilidades de lazer ficam muito reduzidas, então tua rotina é previsível, a mesma toda semana. Isso deixa a gente muito exposto e tenso. (E₁₃)

Os discursos revelaram que o medo da violência aprisiona o trabalhador mesmo longe dos limites das penitenciárias. Como dito anteriormente, os profissionais prisionais se isolam socialmente, com medo de serem reconhecidos como trabalhadores de um presídio nas ruas, preferindo não dar detalhes da sua vida ou dizer onde trabalham, o que gera muito estresse e ansiedade.

Além disso, ainda há o preconceito sofrido pela representação social negativa do trabalho com presos, de modo que os profissionais acreditam que preservando a sua identidade estarão protegendo melhor a si e seus familiares de violências ou sofrimentos decorrentes do trabalho nesses locais (MARQUES; GIONGO; RUCKERT, 2018). Logo, o trabalho em um presídio restringe e condiciona os comportamentos do profissional dentro e fora do ofício. A privação de atitudes sociais simples, como fazer amizade com um vizinho ou falar sobre o trabalho com um desconhecido, e a delimitação dos locais de morada e dos horários e dos locais a se frequentar fazem com que o trabalho no presídio não se restrinja somente ao ambiente carcerário, permeando negativamente todas as possíveis interações do trabalhador ao favorecer o isolamento social.

Além do isolamento, algumas estratégias adotadas pelos trabalhadores para tentar garantir a sobrevivência e minimizar as chances de eventos violentos ocorrerem estão: as estratégias individuais de tentar se manter sempre em estado de alerta e de tentar constantemente mudar a sua rotina no cotidiano.

Eu estou paranoica. Quando saio de casa no carro fico olhando diversas vezes pelo retrovisor para ver se eu estou sendo seguida e me dá até vontade de chorar. (E₅)

Quando aconteceram as mortes, eu comecei a ficar muito afetada, por ter um marido também agente penitenciário federal, eu me preocupava em dobro, então eu comecei a ficar muito paranoica com horário, de andar de carro, de tudo. (E₁₃)

A questão da insegurança ocasionada pelo trabalho. Nós temos que tentar mudar sempre o nosso cotidiano, por questão de segurança. (E₁₅)

O estado de alerta constante e as mudanças de rotina fazem com que o trabalhador desses locais nunca se desligue do trabalho, nem mesmo nas suas folgas. É como se a jornada de trabalho fosse ininterrupta, demandando estratégias adaptativas em todas as interações do trabalhador. Todas as vezes que conscientemente opta por não falar do trabalho, por não conhecer um vizinho, por mudar sua rotina e seus horários por conta do labor, o profissional não se desliga de seu trabalho, sendo automaticamente remetido a ele.

O tempo livre ou de folga deveria ser destinado ao descanso e à reposição das energias, visando equilibrar a parte física e mental do trabalhador. Porém, ambientes laborais inseguros, que demandam muitas estratégias adaptativas de seus funcionários, levam a uma ineficiente recuperação após o trabalho, deteriorando a saúde e a produtividade do indivíduo (FERNANDES; PEREIRA, 2016).

Outra estratégia, não pessoal, mas de cunho institucional, referida pelos entrevistados como forma de conferir mais sensação de segurança seria permitir a flexibilidade de horário de trabalho a todos os trabalhadores da saúde, não somente para enfermagem, já que a flexibilização permite a mudança de rotina:

Nós estamos pedindo há muito tempo essa flexibilização e eles não autorizam, e isso nos entristece bastante, sabe, porque aconteceu uma morte de uma colega, mas mesmo assim eles não flexibilizam. Nós vamos todos os dias, isso para mim é péssimo e me expõe bastante, porque eu moro em uma cidade minúscula, nós ficamos supertensos indo e voltando sempre nos mesmos horários. A gente tem que ir todos os dias, sendo presa fácil para bandidos de fora do presídio seguir e monitorar nossa rotina. (E₁₃)

Estão vendo sobre a flexibilidade da carga horária, do trabalho, mas de fato não percebo muitas mudanças efetivas. Os profissionais continuam muito

vulneráveis, principalmente os especialistas, que não têm formação de segurança e não sabem se proteger. (E₂)

Tem colegas que ficam passando por essa rotina de expediente, sem flexibilidade de horário, tendo que ficar indo e vindo nesse risco que a gente está correndo agora, de ficar exposto, mais visível. [...] No expediente fica mais fácil de saber nossa rotina, nos seguir. (E₅)

Eu acho que a rotina de trabalho é um ponto totalmente negativo, principalmente quem está no expediente. Na saúde só os enfermeiros conseguiram o plantão, mas os demais especialistas e técnicos têm que ir todos os dias, e esse contato diário com preso, em um local hostil e prisional, traz danos terríveis e mais chance de sermos monitorados por bandidos. (E₁₀)

A flexibilização de horário que é permitida a muitos agentes penitenciários permitiria à gente morar em outra cidade, para quem quer, pois tem cidades relativamente próximas que dá para você ir e voltar, por exemplo, aqui tem plantões que praticamente todos os agentes do plantão são de outra cidade. (E₁₃)

Deveria ter flexibilização da escala de trabalho. Deveria ser prioridade para a administração. Se você ver há penitenciárias distantes da cidade, que tem uma hora de deslocamento tanto para ir quanto para voltar, se o servidor já trabalha oito horas na penitenciária, mais duas horas de deslocamento, rotina totalmente previsível. (E₁₅)

A flexibilização da jornada de trabalho atualmente só é permitida para a equipe de enfermagem e agentes penitenciários, mesmo que tenha respaldo legal para se estender a todos os trabalhadores. Essa flexibilidade reportada pelos trabalhadores se refere à possibilidade de cumprir a jornada de trabalho em caráter de plantão, no caso, 24 horas de trabalho com 72 horas de descanso para todos os funcionários. Vale lembrar que anteriormente a flexibilidade do horário foi descrita por enfermeiros como um dos aspectos positivos do trabalho nas penitenciárias.

Quanto à segurança, os entrevistados acreditam que o trabalho de plantão se apresenta como alternativa estratégica de mudança de rotina. Nesses moldes, os horários se tornam

menos previsíveis do que no trabalho diário, de expediente, a que a maioria dos profissionais de saúde estão submetidos. O horário do expediente inicia e termina todos os dias nos mesmos horários, e não permite que o trabalhador more longe dos limites das penitenciárias. Os familiares e as redes das facções também convivem próximos às penitenciárias; por isso os trabalhadores se sentem mais vulneráveis.

Outra medida institucional reportada pelos profissionais para minorar o estado de medo seria a disposição ou fornecimento por parte do órgão de instrumentos de segurança (como armas) para os trabalhadores de saúde.

Além de não termos porte de arma, não que eu ache que ter porte de arma vá mudar tudo, mas querendo ou não dá uma chance. (E₁₃)

A questão do porte de arma, que não temos. (E₁₅)

É importante considerar que, no trabalho de saúde prisional, a segurança pessoal da equipe que presta cuidados aos apenados deve ser considerada quando falamos de condições de trabalho. Portanto, é necessário investir na segurança desses trabalhadores, pois a constante vivência em um ambiente laboral instável e inseguro, que sobrecarrega o indivíduo, provoca diversos adoecimentos (BARBOSA et al., 2018).

Sabe-se ainda que a violência pode advir não somente da população assistida, mas também dos colegas de trabalho e do ambiente da penitenciária em si.

Também já passei por assédio moral de chefia. Na antiga lotação eu achava melhor ter que atender os presos do que lá dentro do ambiente de saúde. Era tão ruim, mas tão ruim, tão adoecedor, que eu passava o dia na vivência tentando atender do que ficar na saúde. Quando tinha reuniões, eu sempre acabava chorando. (E₅)

Quando eu entrei passei por outro presídio e sofri tanto assédio moral que um dia cheguei em casa e pedi para um vizinho o martelo dele e juro que eu queria dar uma martelada no braço para não precisar ir lá trabalhar naquele lugar. (E₃)

O chefe não está nem aí, o diretor também não, se você está frequentando o trabalho, bem, se não tudo bem, desde que o serviço continue andando, desde que eu esteja lá. Se eu tento melhorar o serviço é inútil. (E₄)

Uma das formas de violência relatada pelos entrevistados é o assédio moral no trabalho. A violência pode ser entendida quanto a sua natureza, como de ordem física, psicológica e sexual, assim como a negligência, o abandono ou a privação de cuidados (MOREIRA; CONSTANTINO, 2018).

O assédio moral é uma condição de violência psicológica extrema, caracterizada por atitudes hostis que visam diminuir, desqualificar e humilhar a vítima, e a frequência desses atos tende a ser constante e prolongada. O assédio moral pode ser vertical (descendente e ascendente), horizontal ou misto (NASCIMENTO, 2018). Os relatos revelam que o assédio mais comum no ambiente carcerário federal é do tipo vertical descendente, isto é, os ataques partem de um chefe ou trabalhador de nível hierárquico mais alto contra seus subordinados.

O assédio moral é mais comum em ambientes de trabalho com relações hierárquicas autoritárias, e no que diz respeito à organização do trabalho, principalmente quando há disparidade entre o trabalho prescrito e o trabalho real (LIMOEIRO et al., 2018). Alguns entrevistados relatam que o assédio era mais comum com mulheres e em determinadas situações vistas como de fragilidade, como o fato de possuir filhos.

Eram sempre determinadas mulheres que sofriam mais assédios. Mas não acontecia com as outras, então tinha um foco. Não sei se a chefia as viam como mais frágeis ou porque tinham uma moeda de troca para dar, por terem filhos, ter que aguentar mais abusos por uma flexibilização para buscar o filho mais cedo na escola. (E₄)

Como lá tem muito homem, eles sempre estão de piadinha, peguei fulana ou sicrana. E sim, as mulheres sofrem lá assédio sexual. Já aconteceu duas vezes comigo. [...] E você não pode denunciar porque você é minoria, está ali sozinha com ele, fica a sua palavra contra a dele e você sempre está errada, querendo criar caso. Fora as cantadinhas, principalmente na minha outra lotação, eram demais. (E₅)

Eu tenho essa sensação que mulher tem que mostrar um pouco mais [...] a gente tem que mostrar mais, que somos capazes também. [...] Já vi algumas

situações, como é um ambiente que quer mostrar competência e força, operacionalidade, masculinidade, você vê algumas situações com mulheres que se fosse um homem no lugar seria diferente. (E₁₃)

O sexo feminino ainda está mais sujeito a sofrer assédio por conta das desigualdades de gênero, da desvalorização da mulher e do machismo ainda presentes na sociedade e no mundo do trabalho (NASCIMENTO, 2018), ainda mais se a trabalhadora estiver inserida em um ambiente predominantemente masculino.

Para entender como é ser mulher em um ambiente carcerário, masculinizado e machista, podemos retratar, por exemplo, como ocorreu a inserção da mulher em ambientes policiais. Essa aconteceu como forma de melhorar a imagem da polícia após todos os terrores da ditadura militar, mas não com o intuito de modificar o estereótipo e a imagem hierarquizada, disciplinar e machista. No início, as atividades desenvolvidas pelas mulheres policiais eram basicamente internas e burocráticas, o que reforçava o estereótipo de sexo frágil na corporação (MOREIRA; CONSTANTINO, 2018). Esse olhar de cima para baixo, de superioridade masculina em detrimento do sexo feminino, e a visualização da mulher como frágil, devendo provar estar à “altura” do homem, é gerada pela desigualdade de gênero que afirma o pensamento do outro, no caso a mulher, como objeto disponível, portanto passível de humilhação, assédio moral e sexual (NASCIMENTO, 2018).

O assédio sexual que visa a obtenção de vantagens ou favorecimento sexual sendo caracterizados pelas cantadas, constrangimentos e insinuações de cunho machista e sexual vitimiza mais as mulheres do que homens (MOREIRA; CONSTANTINO, 2018). E segundo relato da entrevistada, no ambiente penitenciário federal é comum e, por ser um ambiente predominantemente masculino, ainda por medo de represálias, as mulheres receiam denunciar os colegas que as assediam.

Diante do exposto, o medo, a violência e as inseguranças de origem multicausal nesses ambientes de trabalho podem provocar reações adversas nos trabalhadores, gerando adoecimento decorrente do próprio trabalho.

Nós tivemos três suicídios em um órgão novo [cerca de 12 anos], com um grupo pequeno de servidores. Três suicídios em um espaço de cinco anos, isso é grave, tá gritando que tem um problema grande ali e se você pega os atestados e os CIDs [Classificação Internacional de Doenças] dos servidores afastados são parecidos, e geralmente por ordem psicológica. Se você ver em outros órgãos, você vai analisar os atestados desses outros órgãos e os

CIDs são diferenciados, a pessoa padece de dor nas costas, outro uma questão psiquiátrica, outro adquiriu um câncer, são diferenciados. No Depen os CIDs são muito parecidos, e o pensamento do Depen é tipo “ah, o servidor encontrou um jeito de fugir do trabalho”. (E₆)

Deu-me síndrome do pânico, que eu ficava chorando no banheiro, trancada, todo dia, em insônia, pensando no trabalho. A gente sai do trabalho, mas ele não sai da gente. (E₅)

Quando comecei a trabalhar no Depen, você falava comigo eu parecia estar normal, mas eu estava sofrendo horrores. Aí desencadeou vários problemas de saúde, engordei bastante, mas permanecia, não me afastei do trabalho, lutava contra isso. (E₁₃)

Aí comecei a fazer tratamento com psiquiatra, psicólogo por minha conta. Aí, ocorreu assassinato de colega, aí foi a gota d'água para mim, aí eu me afastei, deixei tudo e fui para minha terra. [...] E para mim até hoje voltar é complicado. (E₁₃)

Nossa colega foi assassinada há um ano atrás, e demorou um ano para alguém pôr a mão na cabeça e pensar que esses caras da saúde estão ficando meio loucos. (E₄)

Essa equipe se desestruturou totalmente após essa morte. Não existe mais a equipe. Nós perdemos de uma vez a colega pelo resto da vida, mas também perdemos os demais que estão de atestado ou pediram exoneração após esse fato traumático para toda a equipe, que era muito unida. (E₆)

Os trabalhadores de saúde estão expostos, nos estabelecimentos de saúde, a diversas condições que podem ocasionar o adoecimento: radiação, contaminação com material biológico e riscos ergonômicos, além da violência no ambiente de trabalho ou decorrente dele (DAL PAI et al., 2018). No entanto, nem sempre as vivências de sofrimento levam o profissional a adoecer. As atividades laborais podem repercutir tanto positivamente quanto negativamente na vida do trabalhador. Assim, o lado salutar do sofrimento no trabalho acontece quando o trabalhador consegue atuar sob condições adversas, sob cobranças e

pressões que podem causar instabilidade psicológica e enfermidades, e ainda assim obter prazer no trabalho (DUARTE; GLANZNER; FERREIRA, 2018).

Após muito tempo exposto a atividades profissionais em ambientes precários, insalubres ou que oferecem perigo, o trabalhador vivencia a incongruência entre a sua capacidade laborativa e a alta demanda psicológica do trabalho, gerando uma sobrecarga mental que piora suas condições de saúde psíquica. Isso acontece no sistema penitenciário, que, por causa das suas especificidades organizacionais e estruturais, tende a gerar sofrimento e adoecimento dos profissionais (ALBUQUERQUE; ARAÚJO, 2018).

Em outras palavras, quando o trabalho exige muito dos recursos mentais dos indivíduos que ali trabalham, o controle e a autonomia sobre o próprio ofício perdem o seu poder moderador e protetivo diante do impacto negativo do labor (LUA et al., 2018). Nesse sentido, quanto mais controlador, rígido, encarcerador e extremamente hierarquizado – características que reduzem o controle do trabalhador sobre as suas atividades –, mais danos psicológicos o ambiente de trabalho pode ocasionar (DUARTE; GLANZNER; FERREIRA, 2018).

Os discursos dos trabalhadores de saúde das penitenciárias federais demonstram que a atividade desenvolvida nesses locais tem gerado adoecimento, principalmente de ordem psicológica. Os entrevistados também relatam prejuízo mental decorrente de traumas violentos, como o assassinato de uma colega da equipe de saúde, que ocorreu fora do ambiente de trabalho, mas com autoria atribuída a presos custodiados no sistema federal. Quando o sofrimento ou adoecimento se instala, alguns trabalhadores se afastam e se ausentam do trabalho, causando absenteísmo laboral, enquanto outros adoecem e continuam na função causadora do adoecimento, expostos aos mesmos estressores, no que denominamos “presenteísmo”.

O adoecimento e o sofrimento dos trabalhadores é um importante problema de ordem pública, com enormes consequências socioeconômicas. No Brasil, os transtornos mentais e comportamentais são a terceira causa de incapacidade laboral. Porém, imagina-se que o impacto só não é estatisticamente maior porque as doenças mentais relacionadas ao trabalho ainda são mal caracterizadas e subnotificadas. No universo de contextos de trabalho que compõem essa realidade, estão os profissionais que atuam no sistema prisional (MARQUES; GIONGO; RUCKERT, 2018).

Assim, o trabalhador que se percebe atuando em um ambiente laboral não satisfatório, psicossocialmente deteriorado, que exige muito das suas capacidades psíquicas e não lhe confere sentido, está mais propenso a desenvolver doenças de gravidade moderada a severa e

consequentemente a se ausentar do trabalho, causando maiores níveis de absenteísmo laboral, o que é constatado por meio de atestados e baixas médicas (FERNANDES; PEREIRA, 2016).

Por meio dos afastamentos do profissional por enfermidades laborais pode-se inferir que as elevadas demandas emocionais geradas pelo ofício causam sofrimento, e as estratégias defensivas dos indivíduos não estão sendo suficientes no combate aos estressores laborais (MAISSIAT; LAUTERT; PAI; TAVARES, 2015). No entanto, há outra parcela de profissionais que adoecem, mas não se ausentam fisicamente do trabalho, o que caracterizamos como “presenteísmo”. Esses trabalhadores comparecem ao serviço, mas, por conta de um adoecimento físico ou psicológico relacionado ao trabalho, desempenham suas funções de forma não produtiva, o que pode gerar sérios danos a eles próprios, à instituição e aos assistidos dos seus cuidados (SANTOS; MARZIALE; FELLI, 2018).

Os discursos revelaram preocupação do trabalhador caso adoença. O adoecimento leva o profissional a se ausentar do trabalho ou limitar a sua atuação e, diante disso, a instituição pode se sentir prejudicada e tomar condutas inadequadas para com os profissionais.

Quando adoecemos, eles não querem nem saber, querem que a gente faça nosso trabalho. [...] Lá para o sistema, quando você tem problemas psicológicos, de saúde, eles olham com aquela cara: “não aguenta pede para sair”. Foi isso que o chefe falou da última vez que eu fui lá. Ele falou que tem umas pessoas de atestado que não estão querendo voltar, tem que pedir para sair. (E₁₀)

Noventa por cento das pessoas que trabalham comigo estão doentes. [...] A instituição está até punindo por adoecer. Veladamente, mas punindo. (E₄)

Acham que o adoecimento é frescura. Pior que a equipe de saúde está muito mais fácil de adoecer, muito mais vulnerável, porque assim, o agente de segurança sabe que está entrando naquele lugar, na maioria das vezes são homens que gostam de armas e essas coisas de segurança. Uma enfermeira cai lá de paraquedas. (E₁₀)

É tratado como frescura, a verdade é essa. Após todo esse trauma, como a morte de uma amiga do trabalho, que poderia ser você, é como se não representasse nada. Va verdade, algumas posturas de gestores. [...] Eles têm a ideia de que aqueles que não voltam [porque estão afastados do

trabalho] são pessoas acomodadas, que são pessoas que não querem trabalhar, que estão inventando uma desculpazinha para não trabalhar. (E₆)

A proximidade com situações violentas, com a marginalidade, em um local com pessoas tão diferentes, em sua maioria advindas de contextos de vulnerabilidade e violência (excluídas do ponto de vista social, econômico e educacional), torna-se cotidiana na vivência laboral do trabalhador. As manifestações de ameaça, sofrimento e violência podem se originar, no âmbito carcerário, de conflitos ocasionados por um desacordo em uma conduta assistencial ou até de casos de abuso, ataque ou agressão física (DAL PAI et al., 2018).

O sistema carcerário leva cada vez mais ao adoecimento, já que as categorias que atuam na segurança pública, ou seja, que trabalham em presídios ou em estabelecimentos policiais, também incluem os servidores da saúde. Trata-se de grupos imersos em uma realidade conturbada, em que a integridade está sempre em risco, portanto, as chances de sofrer de transtornos psíquicos são maiores (ALBUQUERQUE; ARAÚJO, 2018).

As consequências da violência institucional, ou seja, as situações laborais que causam sofrimento e adoecimento no trabalhador são de difícil identificação, ainda mais se não forem passíveis de quantificação, isto é, se não forem palpáveis ou não causarem consequências físicas. No entanto, elas se manifestam negativamente na segurança, no desempenho laboral, no bem-estar e na saúde psíquica dos trabalhadores (DAL PAI et al., 2018), o que não pode deixar de ser considerado pela organização e a gestão do trabalho.

Nessa perspectiva, algumas medidas, como acompanhamento psicológico, foram sugeridas pelos trabalhadores. Eles relataram como o órgão deveria agir ante o adoecimento do trabalhador:

Eu acho que deveria ter um acompanhamento de saúde com os servidores pós-trauma, para cuidar disso e não deixar a carga somente das pessoas individualmente. (E₆)

Não tem acompanhamento psicológico, psiquiátrico. Inclusive, o psiquiatra terceirizado que atendia os presos lá, pediu que dessem atenção, pediu ao diretor que ele investigasse o que é que estava acontecendo com os servidores, porque muitos estão procurando ele no seu consultório particular e ao invés de melhorar cada vez que eles retornavam ao consultório eles estavam piores. Colegas depressivos, desenvolvendo esquizofrenia, um deles surtou há pouquíssimo tempo, e eu não vi da

unidade uma atenção, pois o colega surtou em um plantão, e quando foi o outro plantão ele estava indo trabalhar, com arma. Eu vejo que lá eles não levam muito a sério essa questão psiquiátrica, e a gente lida com arma, pessoas violentas, situações de estresse, então, para uma pessoa fazer besteira com o armamento que temos ali... Por tudo isso seria fundamental o órgão olhar para a parte psíquica. (E₁)

Não adianta ser um acompanhamento psicológico com os psicólogos colegas de trabalho. Tipo, a psicóloga do órgão que trabalha comigo entendeu por que vai ficar parcial, porque eles também passam por isso, por toda essa problemática. Eu senti que faltou muito desse acompanhamento quando perdemos a nossa colega. Eu não sei como as outras psicólogas suportaram atender os presos envolvidos no caso. Elas tiveram que escutar, atender os caras, né. Eu não consigo nem chegar perto. (E₁₂)

O trabalho não se esgota no limite físico em que acontece, mas povoa a subjetividade e a vida do indivíduo. Em ambientes críticos, o profissional necessitará fortalecer seus mecanismos mentais de proteção; por isso, muitos recorrem a terapias e tratamento psicológico (DUARTE; GLANZNER; PEREIRA, 2018). Porém, as enfermidades são de corresponsabilidade da gestão dessas penitenciárias, já que os adoecimentos que acometem o trabalhador de saúde nos presídios federais estão diretamente ligados a questões institucionais decorrentes das atividades executadas nesses locais.

8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Este estudo apresenta como limitação o fato de ter sido realizado somente com os trabalhadores de saúde das unidades prisionais. Acredita-se que, além desta população, seria relevante estender estudos como este para outros atores que compõem o sistema, tais como gestores e agentes penitenciários, o que ampliaria o número de participantes da pesquisa.

Assim, novos estudos podem ser realizados a fim de sensibilizar e gerar conhecimento acerca do trabalho executado em penitenciárias, contribuindo para a quebra de paradigmas e para a reflexão acerca das demandas educacionais e protetivas peculiares aos trabalhadores deste cenário.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo dissertou sobre os aspectos positivos e limitantes do trabalho dos profissionais da saúde nas penitenciárias federais brasileiras, identificando ainda como ocorre sua capacitação para atuar nesses ambientes. Identificou-se que a maioria desses trabalhadores é do sexo feminino e tem entre 31 e 40 anos, formação superior e experiência profissional acima de 10 anos.

Quando ingressaram no sistema, esses trabalhadores desconheciam o ofício a ser desempenhado. Poucos já haviam tido experiências ou adentrado alguma prisão. Como esse local se constitui em uma minissociedade adversa que não reproduz a sociedade em que vivemos, foi difícil para o trabalhador, recém-iniciado nesse ambiente, perceber similaridades entre esse contexto e suas experiências anteriores. Com isso, os profissionais se depararam com um sistema que exige condutas e práticas de saúde diferentes das habituais, aprendidas durante a formação acadêmica.

No intuito de melhor inserir o trabalhador nessa realidade, a gestão do sistema penitenciário federal ofertou um curso pontual, chamado de curso de formação profissional, para esclarecer sobre os presídios e o seu funcionamento. Na prática, os trabalhadores avaliaram esse curso como não proveitoso para o conhecimento da realidade dessas prisões, pois a capacitação em serviço não conseguiu demonstrar o que de fato era esperado das equipes de saúde nesses locais.

Os entrevistados relataram que não há padronização ou manuais de condutas de saúde nesses estabelecimentos e que a rotina é determinada por meio de tentativa e erro individual. Cada profissional ou unidade acaba tendo suas próprias condutas, aquelas que cada um acha mais viáveis ou que demonstram um trabalho mais facilmente executável, o que torna as ações de saúde nessas unidades não coesas e não padronizadas.

Quando cada profissional age ou procede de uma forma, sem uniformização dos atos, sem uma direção ou normativa superior do que pode ou não ser realizado, essa lacuna de normas deixa a cargo somente do profissional a decisão do que é viável ou não no tratamento de determinado preso. Quando um profissional odontólogo, por exemplo, prescreve uma pasta ou escova especial para um detento devido a uma patologia específica desse interno, e outro profissional odontólogo não escolhe essa linha de tratamento por não julgá-la necessária, alguns presos entendem essa negativa como algo direcionado ou pessoal, desconsiderando que para cada paciente um tratamento individualizado é exigido. Isso gera medo e

insegurança nesses profissionais, que temem ser ameaçados ou ficarem marcados pelos presos.

Ainda sobre a formação e a capacitação, os profissionais relataram que após o curso de formação, outros cursos pontuais têm sido oferecidos pela gestão, no entanto estes são pouco direcionados ou não possuem muita aplicabilidade na prática, o que revela falhas nas estratégias educacionais da organização. Na tentativa de diminuir deficiências de conhecimento, muitos profissionais buscam alternativas de capacitação individual, por exemplo, capacitar-se por meio da internet. Eles se queixam também da falta de capacitação voltada à segurança própria e revelam desconhecer como agir em um momento de rebelião ou de ataque externo.

No tocante aos aspectos positivos do trabalho, ao comparar a remuneração nos presídios com trabalhos anteriores, os entrevistados relataram estar mais satisfeitos com a atual condição. Outros pontos positivos mencionados foram: a estabilidade proporcionada no serviço público penitenciário diante das incertezas econômicas do país; o entrosamento com os demais profissionais da equipe de saúde; a demanda de atividades a serem realizadas durante a jornada de trabalho, que não chega a gerar sobrecarga; e a estrutura física e os recursos materiais e humanos disponíveis.

O espaço de trabalho das equipes de saúde nas penitenciárias federais foi considerado adequado, e os recursos materiais referidos como de boa qualidade e em quantidade suficiente, o que demonstra melhor estrutura em comparação com a realidade dos presídios estaduais do país, que sabidamente não contam com o mesmo investimento.

Outro ponto favorável do trabalho, relatado somente por parte da equipe – no caso, só pela enfermagem –, é a possibilidade de gozar de um horário de trabalho flexível. Para esses trabalhadores, essa facilidade é vista positivamente, pois permite melhor adequação entre o trabalho e atividades de lazer. Com a jornada de plantão, o profissional consegue ter tempo para outras atividades e minimiza a tensão gerada nesses ambientes, conseguindo tornar mais efetivo o desligamento do ambiente carcerário.

As trabalhadoras também apontaram como positivo o fato de serem realocadas para setores administrativos quando estão no período gestacional, ficando sem contato direto com presos, ou seja, não ficando diretamente expostas a doenças ou ambientes mais insalubres.

Sobre os aspectos negativos, os profissionais se sentem reconhecidos socialmente somente pelo fato de serem servidores públicos, o que configura um reconhecimento pelo status. No entanto, o reconhecimento pelo ofício ou pela função social do trabalho não acontece. O preconceito contra aqueles que assistem os presos, tipificados pelo senso comum

como a escória da sociedade, também é manifestado por colegas de trabalho de outras áreas, isto é, trabalhadores e chefias da segurança que desmerecem o trabalho da saúde.

Os próprios internos assistidos não têm consciência do cuidado prestado pelos profissionais de saúde e dos limites dessa assistência, o que gera no trabalhador sensação de desvalorização e objetificação, já que eles são corriqueiramente avaliados como “úteis” apenas quando a conduta adotada pelo profissional é consoante com o desejo do preso.

Os profissionais ainda relataram como aspecto negativo que o trabalho em saúde nas unidades prisionais difere muito do executado em outros estabelecimentos, bem como do que foi aprendido na graduação ou do que é preconizado na legislação das categorias profissionais.

Como o intuito primordial do estabelecimento é a segurança, as ações de saúde muitas vezes são preteridas e reguladas por trabalhadores não da saúde, mas da custódia, o que ocasiona falta de liberdade e de autonomia para a realização da assistência em saúde, exigindo várias adaptações na práxis dos profissionais. Além disso, a estrutura impessoal, fechada e austera impede que os profissionais da assistência utilizem todos os aspectos humanísticos tão valorizados em suas profissões, o que gera sentimento de incompletude profissional e falta de sentido nas atividades.

Nesses locais, como em outras instituições de saúde do país, há falta de recursos humanos, o que também acaba limitando o trabalho desses profissionais. Também temos que considerar as características da população assistida e as condições que trazem insegurança e medo e facilitam atos violentos dentro e fora das penitenciárias, pois tais características exigem uma práxis diferenciada.

Por mais que nas penitenciárias federais as chances de o profissional sofrer ameaça ou agressão sejam menores em comparação com presídios estaduais, elas existem. Os presídios estaduais brasileiros sabidamente sofrem com superlotação, falta de estrutura e condições mais precárias de segurança do que os presídios federais, projetados sob um molde mais estruturado e com mais investimentos governamentais.

No entanto, os profissionais federais relataram medo tanto dentro do ambiente prisional, durante o atendimento aos internos, como fora dele, em horário de descanso e lazer. Há o medo de ser reconhecido fora do local de trabalho e sofrer algum tipo de violência contra si e a família em razão das atividades executadas na prisão – sendo este considerado também um aspecto limitante do trabalho.

Os profissionais relataram que os presos os enxergam como parte de um sistema repressor (Estado ou governo), e não como pessoas que poderão cuidar deles ou salvar suas

vidas. Como integrantes do sistema governamental, os profissionais são comumente vistos como inimigos por boa parte dos indivíduos aprisionados.

No interior dos presídios federais, há diversas facções criminosas, e mesmo que os líderes desses grupos estejam em ambientes prisionais seu poder de mando é estendido para além dos muros, já que contam com um elevado número de criminosos fora dos presídios constituindo uma rede articulada e perigosa, que se caracteriza como uma constante ameaça à segurança dos trabalhadores de saúde.

A violência sofrida por esses profissionais também é institucional, já que os trabalhadores relataram já ter presenciado ou vivenciado assédio moral e sexual, principalmente pelas chefias. Em um ambiente predominantemente masculino, que valoriza aspectos socialmente descritos como do homem (força e virilidade), tudo o que é estereotipado como essencialmente feminino (assistência e cuidado) está mais sujeito a sofrer depreciação. Então, ser mulher e profissional da área assistencial aumenta as possibilidades de sofrimento por situações de violência como a do assédio devido às desigualdades de gênero.

Como forma de sobrevivência, os trabalhadores de saúde adotam estratégias individuais e sugerem estratégias coletivas ou institucionais a fim de se preservar física e psicologicamente. As estratégias individuais mais adotadas foram o isolamento social, o estado de alerta e a constante mudança de rotina. As medidas coletivas ou institucionais sugeridas foram: flexibilidade do horário de trabalho para todos os profissionais de saúde – e não somente aos enfermeiros, como ocorre atualmente – e fornecimento de porte de arma.

Diversos fatores podem levar o trabalhador ao adoecimento em decorrência do trabalho: o prejuízo mental decorrente das relações conflituosas com outras categorias profissionais no trabalho e com a população assistida; a falta de autonomia e sentido social do ofício; a exposição a traumas violentos; o medo, as inseguranças e o constante estado de alerta; a limitação social mesmo fora do ambiente carcerário; o convívio dentro de uma hierarquia que favorece a violência psicológica; a omissão da gestão quanto aos problemas de saúde decorrentes do trabalho executado nas penitenciárias; e as condutas gerenciais inadequadas, que provocam reações adversas nos trabalhadores. Foi identificado adoecimento principalmente de ordem psíquica, o que tem ocasionado elevado absenteísmo e presenteísmo.

O adoecimento desses trabalhadores não pode mais ser tratado como problema individual, ficando a cargo de cada um resolver estes problemas. É notório que o adoecimento decorre em boa parte da atividade laboral, portanto é de responsabilidade da gestão prover medidas de prevenção e reabilitação diante das enfermidades desses profissionais. Logo, os adoecimentos que acometem o trabalhador de saúde nos presídios federais são diretamente

ligados a questões institucionais decorrentes das atividades executadas nesses locais. A manutenção da saúde de seus trabalhadores e a investigação de situações que adoçam o capital humano devem ser priorizadas pela administração, até mesmo para que o intuito final seja alcançado. Deve haver sensibilização para questões ligadas à saúde mental desses indivíduos. Diante do exposto, torna-se urgente a melhoria das condições de trabalho desses profissionais. É preciso identificar tudo que possa ser nocivo para a saúde desses trabalhadores e desenvolver um olhar ampliado e constante para o espaço das penitenciárias, que gera tantas vulnerabilidades e inseguranças.

O sofrimento ocasionado pelo trabalho jamais será totalmente sanado, mas deve ser minimizado. É necessário discutir e levar em consideração como a organização de trabalho está estabelecida e como mudanças nas condições de trabalho podem gerar mais satisfação e menos sofrimento para o grupo.

A gestão também tem que considerar a segurança dos trabalhadores de saúde não somente dentro das penitenciárias, mas também fora delas. Como qualquer outro servidor, o trabalhador da saúde está sujeito a sofrer violência, portanto, medidas institucionais, como capacitação, educação permanente voltada à segurança pessoal, horário de trabalho mais flexível e porte de arma, devem ser consideradas.

Elucidar os aspectos que condicionam o trabalho em saúde dentro de locais tão inacessíveis é um grande desafio, e considera-se essa uma limitação deste estudo. Apesar de regidas pelo mesmo sistema, as unidades prisionais estudadas apresentam características muito peculiares. Assim, são necessários outros estudos que incluam também gestores e outros profissionais além dos trabalhadores da saúde, pois nesses ambientes de trabalho há interação entre diversos atores, com diversos olhares sobre a mesma realidade, marcada pelo preconceito e por mitos sociais.

Entretanto, ressaltamos que esta investigação provoca reflexões nos gestores, identificando algumas das condições que causam adoecimento ou subaproveitamento das potencialidades do profissional de saúde e sugerindo iniciativas e medidas gerenciais a serem tomadas pela administração penitenciária federal. O trabalho pode ainda contribuir para que centros formadores e educacionais repensem estratégias para a inserção do futuro profissional em instituições prisionais, utilizando-as como campos de imersão e treinamento, já que infelizmente o país conta com o quarto maior contingente de pessoas encarceradas no mundo; assim, as chances dos profissionais de saúde necessitarem assistir presos dentro ou fora do ambiente carcerário é muito grande, e sem a mínima formação não há como refletir sobre o cuidado voltado a essas pessoas.

REFERÊNCIAS

- ALBRECHT, P. A. T.; KRAWULSKI, E. Concurseiros e a busca por um emprego estável: reflexões sobre os motivos de ingresso no serviço público. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 14, n. 2, p. 211-226, 2011.
- ALBUQUERQUE, D. R.; ARAÚJO, M. R. M. Precarização do trabalho e prevalência de transtornos mentais em agentes penitenciários do estado de Sergipe. **Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 10, n. 1, p. 19-30, 2018.
- ALMEIDA, L. G. N.; TORRES, S. C.; SANTOS, C. M. F. Riscos ocupacionais na atividade dos profissionais de saúde da atenção básica. **Enfermagem Contemporânea**, Salvador, v. 1, n. 1, p. 142-154, 2012.
- ALVES, V.; BINDER, M. C. P. Trabalhar em penitenciárias: violência referida pelos trabalhadores e (in)satisfação no trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 39, n. 129, p. 50-62, 2014.
- AMÂNCIO FILHO, A. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. **Interface**, v. 8, n. 15, p. 375-80, 2004.
- ANCHIETA, V. C. C.; GALINKIN, A. L.; MENDES, A. M. B.; NEIVA, E. R. Trabalho e riscos de adoecimento: um estudo entre policiais civis. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, DF, v. 27, n. 2, p. 199-208, 2011.
- ANJOS, F. B.; MENDES, A. M. A psicodinâmica do não-trabalho: estudo de caso com concurseiros. **Laborativa**, Assis, v. 4, n. 1, p. 35-55, 2015.
- APOLINÁRIO, F. H. **Significados atribuídos por enfermeiros à assistência que prestam a indivíduos em situação prisional**. 2013. 140 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2013.
- ARAÚJO, J. N.; FONSECA, V. Crime organizado no Brasil: relatos de um policial militar. **Hegemonia**, Brasília, DF, n. 15, p. 93-116, 2015.
- ARRUDA, A. J. C. G. *et al.* Direito à saúde no sistema prisional: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, Recife, v. 7, n. esp., p. 6646-54, 2013.
- BACHA, A. M. *et al.* Satisfação no trabalho da equipe de enfermagem em um hospital universitário. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 68, n. 6, p. 1130-1138, 2015.
- BARBOSA, M. L. *et al.* Qualidade de vida no trabalho dos profissionais de saúde no sistema prisional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1293-1302, 2018.
- BARCINSKI, M.; CUNICO, S. D. The (un)visible effects of prison: the contradictions of the prison system. **Psicologia**, Lisboa, v. 28, n. 2, p. 63-70, 2014.
- BARDAQUIM, V. A.; DIAS, E. G.; ROBAZZI, M. L. C. C. O processo de trabalho do(a) enfermeiro(a) na constituição da equipe de uma estratégia de saúde da família. **Saúde em Redes**, v. 3, n. 2, p. 293-300, 2017.
- BARROS, M. M. S.; ARAUJO, M. R. M. Significado do trabalho para gerações de trabalhadores rurais no beneficiamento da castanha. **Psicologia Organizações e Trabalho**,

Brasília, DF, v. 18, n. 2, p. 364-372, 2018.

BEVAN, A.; HOUDMONT, J.; MENEAR, N. The Management Standards Indicator Tool and the estimation of risk. **Occupational Medicine**, London, v. 60, n. 7, p. 525-31, 2010.

BIASI, E. Y.; RUMIN, C. R. Aspectos da prática clínica em psicologia dirigida à reabilitação de trabalhadores. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, DF, v. 35, n. 4, p. 1350-1365, 2015.

BINSWANGER, I. A. *et al.* Tuberculosis testing in correctional officers: a national random survey of jails in the United States. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, Denver, v. 14, n. 4, p. 464-70, 2010.

BRASIL. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 10227, 13 jul. 1984.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. 292 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.777, de 9 de setembro de 2003. Aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 set. 2003.

BRASIL. Decreto nº 6.049 Aprova o Regulamento Penitenciário Federal. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 3, 28 fev. 2007.

BRASIL. Lei nº 11.907, de 2 de fevereiro de 2009. Dispõe sobre a reestruturação da composição remuneratória das Carreiras de Oficial de Chancelaria e de Assistente de Chancelaria [...]. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 1, 3 fev. 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009b. (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 9). Disponível em: <https://bit.ly/2uAwgSn>. Acesso em: 24 set. 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 59, 13 jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Saúde no Sistema Prisional. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://www.sgas.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/sites/105/2016/06/Cartilha-PNAISP.pdf>. Acesso em: 7 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (Infopen) – junho de 2016**. Brasília, DF: Ministério da Justiça, 2016. Disponível em: http://depen.gov.br/DEPEN/noticias-1/noticias/infopen-levantamento-nacional-de-informacoes-penitenciarias-2016/relatorio_2016_22111.pdf. Acesso em: 08 jul. 2019.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, London, v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006.

- BRAVO-YANEZ, C.; JIMENEZ-FIGUEROA, A. Bienestar psicológico, apoyo organizacional percibido y satisfacción laboral en funcionarios penitenciarios de Chile. **Revista Española de Sanidad Penitenciaria**, Barcelona, v. 13, n. 3, p. 91-99, 2011.
- BRITO, L. J. S.; MUROFUSE, N. T.; LEAL, L. A. ; CAMELO, S. H. H. Cotidiano e organização laboral de trabalhadores de saúde em presídio federal brasileiro. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 31, n. 3, p. 1-13, 2017.
- CARDOSO, D. R. **Equipe de enfermagem no sistema prisional**: a percepção sociopoetizadora da comunicação nos cuidados na unidade hospitalar. Rio de Janeiro, 2013. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.
- CARVALHO, L. E. S. *et al.* Percepção de detentos sobre a assistência à saúde em um presídio Estadual. **Interdisciplinar**, Teresina, v. 9, n. 4, p. 79-88, 2016.
- CASHMORE, A. W. *et al.* Workplace violence in a large correctional health service in New South Wales, Australia: a retrospective review of incident management records. **BMC Health Services Research**, New South Wales, v. 12, n. 245, p. 1-10, 2012.
- CENTRO DE ESTUDOS SINDICAIS E ECONOMIA DO TRABALHO (CESIT). **As mulheres e o mercado de trabalho**. São Paulo: Secretaria de Políticas do Trabalho e Autonomia Econômica das Mulheres; Campinas: Unicamp, 2017. (Cadernos de Formação – Mulheres: Mundo do Trabalho e Autonomia Econômica, Caderno 3). Disponível em: <https://www.eco.unicamp.br/images/arquivos/Caderno-3-web.pdf>. Acesso em: 4 dez. 2018.
- CHRISTENSEN, M. MRSA staph infections: coming to a workplace near you. **Occupational Health & Safety**, Oregon, v. 76, n. 4, p. 100-103, 2007.
- CICOLELLA, D. A.; KRUSE, M. H. L. Casa de loucos ou casa de presos? A enfermagem em manicômio judiciário. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 25, n. 4, p. 1-8, 2016.
- CRAVEIRO, A. V.; MACHADO, J. G. V. C. A predominância do sexo feminino na profissão do serviço social: uma discussão em torno desta questão. *In*: SIMPÓSIO GÊNERO E POLÍTICAS PÚBLICAS, 2., 2011, Londrina. **Anais [...]**. Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 2011. Disponível em: <http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/jessica.pdf>. Acesso em: 4 dez. 2018.
- DAMAS, F.; OLIVEIRA, W. A saúde mental nas prisões de Santa Catarina, Brasil. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 5, n. 12, p. 1-24, 2013.
- DEJOURS, C. **O fator humano**. Rio de Janeiro: Editora da FGV, 1997.
- DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. 7. ed. Rio de Janeiro: Editora da FGV, 2006.
- DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez, 2015.
- DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 2014.
- DUARTE M. L. C., GLANZNER, C. H., PEREIRA, L. P. O trabalho em emergência hospitalar: sofrimento e estratégias defensivas dos enfermeiros. **Revista Gaúcha de**

- Enfermagem**, Porto Alegre, v. 39, 2018. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/183980/001077467.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 2 Jan. 2019.
- DUPRÉ, K. E.; BARLING, J. Predicting and preventing supervisory workplace aggression. **Journal of Occupational Health Psychology**, Newfoundland, v. 11, n. 1, p. 13-26, 2006.
- FARABEE, D.; LEUKEFELD, C. G. Opportunities for AIDS prevention in a rural state in criminal justice and drug treatment settings. **Substance Use & Misuse**, Chicago, v. 34, n. 4-5, p. 617-31, 1999.
- FERNANDES, C.; PEREIRA, A. Exposição a fatores de risco psicossocial em contexto de trabalho: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, p. 1-15, 2016. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67247719051>. Acesso em: 5 dez. 2018.
- FERNANDES, L. H. *et al.* Necessidade de aprimoramento do atendimento à saúde no sistema carcerário. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 275-283, 2014.
- FERRARO, L. *et al.* Workplace-based participatory approach to weight loss for correctional employees. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, London, v. 55, n. 2, p. 147-55, 2013.
- FERREIRA, M. J. M. *et al.* Prevalência e fatores associados à violência no ambiente de trabalho em agentes de segurança penitenciária do sexo feminino no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2989-3002, 2017.
- FINNEY, C. *et al.* Organizational stressors associated with job stress and burnout in correctional officers: a systematic review. **BMC Public Health**, London, v. 13, n. 82, 2013.
- FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Vozes: Petrópolis, 2014.
- GHADDAR, A; RONDA, E; NOLASCO, A. Work ability, psychosocial hazards and work experience in prison environments. **Occupational Medicine**, London, v. 61, n.7, p. 503-508, 2011.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.
- GIONGO, C. R.; MONTEIRO, J. K.; SOBROSA, G. M. R. Psicodinâmica do trabalho no Brasil: revisão sistemática da literatura. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 4, p. 803-814, 2015.
- GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2001.
- GOMES, P.; FERREIRA, C.; PEREIRA, A.; BATISTA, P. A identidade profissional do professor: um estudo de revisão sistemática. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, v. 27, n. 2, p. 247-267, 2013.
- GONÇALVES, A. S. R.; PIRES, D. E. P. O trabalho de docentes universitários da saúde: situações geradoras de prazer e sofrimento. **Revista de Enfermagem da Uerj**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 266-71, 2015.
- GRECO, P. B. T. *et al.* Estresse no trabalho em agentes dos centros de atendimento socioeducativo do Rio Grande do Sul. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 94-103, 2013.

- JASKOWIAK, C. R.; FONTANA, R. T. O trabalho no cárcere: reflexões acerca da saúde do agente penitenciário. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 68, n. 2, p. 235-243, 2015.
- JESUS, L. O.; SCARPARO, H. B. K. O trabalho em saúde nas prisões: produção de sujeitos e territórios. **Gerais**, Juiz de Fora, v. 8, n. 1, p. 78-93, 2015.
- JESUS, L. O.; SCARPARO, H. B. K.; LERMEN, H. S. Desafios profissionais no campo da saúde no sistema prisional: dilemas na interface entre a saúde e a segurança. **Aletheia**, Canoas, n. 41, p. 39-52, 2013.
- JETTÉ, M.; SIDNEY, K. The benefits and challenges of a fitness and lifestyle enhancement program for correctional officers. **Canadian Journal of Public Health**, Ottawa, v. 82, n. 1, p. 46-51, 1991.
- KOHLI, N.; KOCHIE, M.; HARBER, P. Necrotizing community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* pneumonia: an emerging problem in correctional facilities. **AAOHN Journal**, Los Angeles, v. 59, n. 3, p. 135-140, 2011.
- LEAL, A. L. *et al.* A promoção da saúde da equipe de enfermagem no âmbito hospitalar. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 16, n. 5, p. 762-772, 2015.
- LEITE, L. S.; ROCHA, K. B. Educação permanente em saúde: como e em que espaços se realiza na perspectiva dos profissionais de saúde de Porto Alegre. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 22, n. 2, p. 203-213, 2017.
- LERMEN H. S. *et al.* Saúde no cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 905-924, 2015.
- LIMOEIRO, D. R. P. *et al.* Assédio moral como inimigo invisível no trabalho do enfermeiro. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 7, n. 1, p. 247-259, 2018.
- LUA, I. *et al.* Autoavaliação negativa da saúde em trabalhadoras de enfermagem da atenção básica. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1301-1319, 2018.
- MACIEL, R. H. M. O.; SANTOS, J. B. F.; RODRIGUES, R. L. Condições de trabalho dos trabalhadores da saúde: um enfoque sobre os técnicos e auxiliares de nível médio. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 40, n. 131, p. 75-87, 2015.
- MAISSIAT, G. S.; LAUTERT, L.; DAL PAI, D.; TAVARES J. P. Contexto de trabalho, prazer e sofrimento na atenção básica em saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. 2, p. 42-49, 2015.
- MANZINI, E. J. A entrevista na pesquisa social. **Didática**, São Paulo, v. 26/27, p. 149-158, 1991.
- MARQUES, G. S.; GIONGO, C. R.; RUCKERT, C. Saúde mental de agentes penitenciários no Brasil: uma revisão sistemática da literatura. **Diálogo**, Canoas, n. 38, p. 89-98, 2018.
- MARQUES JUNIOR, K. A renda, desigualdade e criminalidade no Brasil: uma análise empírica. **Revista Econômica do Nordeste**, Fortaleza, v. 45, n. 1, p. 34-46, 2014.
- MIGUEL, L. M. S. A norma jurídica e a realidade do sistema carcerário brasileiro. **Habitus**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 49-64, 2013.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014. (Série Saúde em Debate, 46).

- MIRANDA, S. M. M. **O nível de estresse do profissional de enfermagem que atua no centro cirúrgico em um hospital privado do Distrito Federal**. 2017. 25 f. Monografia (Graduação) – Faculdade de Ciências da Educação e Saúde, Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2017. Disponível em: <https://www.repositorio.uniceub.br/jspui/handle/235/11750>. Acesso em: 26 dez. 2018.
- MORAIS, M. P. *et al.* Satisfação no trabalho de enfermeiros em um hospital universitário. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 6, n. 1, p. 1-9, 2016.
- MOREIRA, M. S.; CONSTANTINO, P. Memórias de mulheres policiais da primeira turma de formação de soldado da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro. **Perspectivas**, v. 8, n. 22, p. 52-69, 2018.
- MORSE, T. *et al.* Talking about health: correction employees' assessments of obstacles to healthy living. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, London, v. 53, n. 9, p. 1037-45, 2011.
- MUNGER, T.; SAVAGE, T.; PANOSKY, D. M. When caring for perpetrators becomes a sentence: recognizing vicarious trauma. **Journal of Correctional Health Care**, Rockford, v. 21, n. 4, p. 365-74, 2015.
- NASCIMENTO, D. D. G., OLIVEIRA, M. A. C. Analysis of suffering at work in Family Health Support Centers. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 5, p. 846-852, 2016.
- NASCIMENTO, D. T. Saúde mental de trabalhadores vítimas de assédio moral. **Psicologia.pt**, Porto, p. 1-18, 2018.
- NURSE, J. O.; WOODCOCK, P.; ORMSBY, J. Influence of environmental factors on mental health within prisons: focus group study. **BMJ**, London, v. 327, n.7413, p. 480, 2003.
- OLIVEIRA, M. C.; ROCHA, R. G. M. Reflexão acerca da passagem de plantão: implicações na continuidade. **Enfermagem Revista**, v. 19, n. 2, p. 191-198, 2016.
- OLIVEIRA, M. C. L.; SILVEIRA, S. B. O(s) sentido(s) do trabalho na contemporaneidade. **Veredas**, v. 16, n. 1, p. 149-165, 2012.
- OLIVEIRA M. P. R. *et al.* Formação e qualificação de profissionais de saúde: fatores associados à qualidade da atenção primária. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, n. 4, p. 547-559, 2016.
- DAL PAI, D. D. *et al.* Violência física e psicológica perpetrada no trabalho em saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 27, n. 1, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000100312&lng=pt&nrm=isso. Acesso em: 12 abr. 2019.
- PARKER, G. F. Impact of a mental health training course for correctional officers on a special housing unit. **Psychiatric Services**, v. 60, n. 5, p. 640-645, 2009.
- PENN, C. L. Telemedicine expanding in Arkansas Examples – UAMS and Beyond. **Journal of the Arkansas Medical Society**, Arkansas, v. 112, n. 6, p. 78-80, 2015.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- RANGEL, F. M.; BICALHO, P. P. G. Superlotação das prisões brasileiras: operador político da racionalidade contemporânea. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 21, n. 4, p. 415-423, 2016.

- REIS, A. R.; KIND, L. A saúde de homens presos: promoção da saúde, relações de poder e produção de autonomia. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 20, n. 2, p. 212-231, 2014.
- REISHOFFER, J. C.; BICALHO, P. P. G. O regime disciplinar diferenciado e o sistema penitenciário federal: a “reinvenção da prisão” através de políticas penitenciárias de exceção. **Polis e Psique**, Porto Alegre, v. 3, n. 2, p. 162-184, 2013.
- RIBEIRO, R. M.; JESUS, R. S. A inserção da mulher no mercado de trabalho no Brasil. **Revista de Ciências Humanas**, Viçosa, v. 16, n. 1, p. 42-56, jan./jun. 2016.
- RITTER, C.; GAYET-AGERON, A.; BUTH, S.; STÖVER, H. Tobacco use among prison staff in Germany: a cross-sectional study. **European Journal of Public Health**, Oxford, v. 26, n. 2, p. 339-43, 2016.
- RODRIGUES, B. *et al.* Prevalência de doenças infecciosas na população masculina recolhida no Presídio Regional de Santa Cruz do Sul. **Salão de Ensino e de Extensão**, Santa Cruz do Sul, v. 37, n. 22, 2012.
- RODRIGUES JUNIOR, N. S.; RIBEIRO, C. V. S. Psicodinâmica do trabalho: a dialética do prazer e sofrimento em residentes multiprofissionais de um hospital de ensino. **Tempus**, Brasília, DF, v. 11, n. 3, p. 193-215, 2017.
- RUMIN, C. R. *et al.* O sofrimento psíquico no trabalho de vigilância em prisões. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, DF, v. 31, n. 1, p. 188-199, 2011.
- SANTOS, F. C. Y.; CAMELO, S. H. O enfermeiro que atua em Unidades de Terapia Intensiva: perfil e capacitação profissional. **Cultura de los Cuidados**, v. 19, n. 43, p. 127-140, 2015.
- SANTOS, H.; MARZIALE, M.; FELLI, V. Presenteísmo e sintomas musculoesqueléticos entre trabalhadores de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 26, 2018. Disponível em: <http://www.periodicos.usp.br/rlae/article/view/146178>. Acesso em: 20 jan. 2019.
- SCOLARI, G. A. S *et al.* Unidades de pronto atendimento e as dimensões de acesso à saúde do idoso. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 71, supl. 2, p. 811-817, 2018.
- SILVA, A. C. R.; REIS, S. A.; SANTOS, P. G. Gestão pública hospitalar: um estudo de caso do serviço de urgência e emergência de um hospital de grande porte do Distrito Federal. **Gestão Industrial**, Ponta Grossa, v. 13, n. 4, p. 70-97, 2017.
- SILVA, C. B. A. O papel do Sistema Penitenciário Federal. **Âmbito Jurídico**, ano 17, n. 124, 2014. Disponível em: <https://bit.ly/2FXsmY4>. Acesso em: 3 abr. 2019.
- SILVA, C. L. O.; SARAIVA, L. A. S. Lugares, discursos e subjetividades nas organizações: o caso de uma prisão. **Cadernos EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 383-401, 2013.
- SILVA, E. A.; ALMEIDA, S. S. C. Mulher e trabalho no mundo contemporâneo: a conquista do espaço e as implicações para o processo saúde-doença. **História e Cultura**, Franca, v. 6, n. 3, p. 306-324, 2017.
- SILVA, R. V. S.; DEUSDEDIT-JUNIOR, M.; BATISTA, M. A. A relação entre reconhecimento, trabalho e saúde sob o olhar da psicodinâmica do trabalho e da clínica da atividade: debates em psicologia do trabalho. **Gerais**, Juiz de Fora, v. 8, n. 2, p. 415-427, 2015.

- SILVA, V. A.; PAIERO, D. C. A construção da imagem do PCC no jornalismo. *In: CONGRESSO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO NA REGIÃO SUDESTE*, 16., 2011, São Paulo. **Anais [...]**. p. 1-14.
- SOARES, C. V.; PRADO, S. D. Gênero e formação profissional: considerações acerca do papel feminino na construção da carreira de nutricionista. **Demetra**, v. 11, n. 3, p. 773-788, 2016.
- SODER, R. *et al.* Desafios da gestão do cuidado na atenção básica: perspectiva da equipe de enfermagem. **Enfermagem em Foco**, Brasília, DF, v. 9, n. 3, p. 76-80, 2018.
- SORATTO, J. *et al.* Insatisfação no trabalho de profissionais da saúde na Estratégia Saúde da Família. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 3, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000300325. Acesso em: 12 abr. 2019.
- SOUSA, K. H. *et al.* Síndrome de burnout entre profissionais de enfermagem: revisão integrativa. **Investigación en Enfermería**, v. 18, n. 2, p. 137-152, 2016.
- SOUZA, G. C.; CABRAL, K. D. S.; LEITE-SALGUEIRO, C. D. B. Reflexões sobre a assistência em enfermagem à mulher encarcerada: um estudo de revisão integrativa. **Arquivos de Ciência da Saúde da Unipar**, Umuarama, v. 22, n. 1, p. 55-62, 2018.
- TAKADA, M.; SHIMA, S. Characteristics and effects of suicide prevention programs: comparison between workplace and other settings. **Industrial Health**, New Delhi, v. 48, n. 4, p. 416-26, 2010.
- TAMBASCO, L. P. *et al.* A satisfação no trabalho da equipe multiprofissional que atua na atenção primária à saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. spe2, p. 140-151, 2017.
- TAPIAS SALDAÑA, A. C.; SALAS-MENOTTI, I.; SOLÓRZANO, C. Descripción de las estadísticas de problemáticas psicosociales en guardianes penitenciarios de Colombia. **Suma Psicológica**, Bogotá, v. 14, n. 1, p. 7-22, 2007.
- TAVARES, G. M.; MENANDRO, P. R. M. Modos de vida de internos do sistema penitenciário capixaba. **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 340-349, 2008.
- TSCHIEDEL, R. M.; MONTEIRO, J. K. Prazer e sofrimento no trabalho das agentes de segurança penitenciária. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 18, n. 3, p. 527-535, 2013.
- VALENTE, G. S. C.; SANTOS, F. S. A complexidade do trabalho de enfermagem no hospital de custódia e tratamento psiquiátrico. **Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 109-117, 2014.
- VARGAS, F. B. Trabalho, emprego, precariedade: dimensões conceituais em debate. **Caderno CRH**, Salvador, v. 29, n. 77, p. 313-331, 2016.
- VIEIRA, S. P. *et al.* Planos de carreira, cargos e salários no âmbito do Sistema Único de Saúde: além dos limites e testando possibilidades. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 110-121, 2017.
- WALKER, E. J. *et al.* Workability and mental wellbeing among therapeutic prison officers. **Occupational Medicine**, London, v. 65, n. 7, p. 549-51, 2015.
- WOODALL, J. Identifying health promotion needs among prison staff in three English prisons: results from a qualitative study. **Health Promotion Practice**, Thousand Oaks, v. 14, n. 2, p. 256-62, 2013.

XIMENES, E. F. T; PINTO, L. A.; MESQUITA, M. S. O trabalho flexível como ferramenta para produtividade, um estudo junto a tutores de educação a distância. **Essentia**, Sobral, v. 16, n. 2, p. 151-172, 2015.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a) profissional,

Gostaria de convidá-lo(a) a participar voluntariamente de uma investigação científica intitulada “**ASPECTOS POSITIVOS E LIMITANTES DO TRABALHO DE SAÚDE EM UNIDADES PENITENCIÁRIAS FEDERAIS**”, que tem como objetivo analisar os aspectos positivos e aqueles limitantes no trabalho em saúde em unidades penitenciárias federais. Essa pesquisa está sob responsabilidade da pesquisadora Lana Jocasta de Souza Brito, mestranda do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto de São Paulo (EERP-USP), sob a orientação da Prof^a Dr^a Silvia Helena Henriques. A sua participação é muito importante e ela consiste em participar da entrevista que terá duração de aproximadamente 30 minutos e se realizará fora do local de trabalho, isto é, fora do ambiente penitenciário, e somente ocorrerá no dia e horário que lhe for conveniente.

A entrevista acontecerá de preferência pessoalmente ou via eletrônica para aqueles que não for possível o encontro presencial. As entrevistas serão gravadas com o aplicativo de gravação de áudio do celular, para posterior transcrição das falas pela pesquisadora, e esse material ficará sob a guarda rigorosa da pesquisadora responsável. Aos participantes há a garantia de sigilo da identidade e privacidade quanto aos dados pessoais e confidenciais, respeitando a liberdade de recusa em participar ou retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização ou prejuízo algum.

Ressaltamos que as informações coletadas terão exclusivamente fins de pesquisa e divulgação no meio acadêmico e científico, preservando o sigilo de identidade dos participantes em conformidade com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Este estudo pode implicar risco leve de desconforto ao responder as perguntas, podendo suscitar questões pessoais e/ou gerar reflexões de ordem pessoal/profissional. A pesquisadora se compromete a escutar e acolher as demandas trazidas pelo participante, bem como interromper a coleta de dados se houver necessidade, minimizando os possíveis riscos. Além disso, o participante poderá interromper a participação na pesquisa em qualquer momento, sem prejuízos. Os benefícios diretos e indiretos que podem ser obtidos por meio dessa pesquisa são mudanças e melhorias no ambiente de trabalho e na saúde do trabalhador desses locais.

Em caso de dúvidas, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável no telefone (041) 999714614, e-mail lanabrito@usp.br ou endereço Av. Bandeirantes, 3900; CEP 14040-902, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), Ribeirão Preto-SP. Esta Pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP). Em caso de dúvidas sobre questões éticas desta pesquisa, você pode procurar o CEP/EERP/USP, que tem como função defender os interesses dos participantes de pesquisas em sua integridade e dignidade e preservar seus direitos. Você poderá entrar em contato com o CEP pelo telefone: (16) 3315 9197, e-mail: cep@eerp.usp.br ou pelo endereço: Av. Bandeirantes, 3900; Vila Monte Alegre, CEP: 14040-902; Ribeirão Preto-SP, cujo horário de atendimento é de segunda a sexta-feira, em dias úteis, das 10 às 12 e das 14 às 16 horas.

Cabe ainda esclarecer que as garantias e os direitos a seguir relacionados serão assegurados:

- a garantia de oferecer resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados com a pesquisa;
- o compromisso de lhe proporcionar informação atualizada durante o estudo, ainda que esta possa afetar sua vontade de continuar participando;
- que se existirem custos, os mesmos serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa e não haverá qualquer tipo de gratificação pela sua participação;
- que terá direito a indenização conforme as leis vigentes no país, caso ocorra dano decorrente de sua participação na pesquisa.

Eu, _____, declaro que concordo em participar deste estudo e que recebi uma via assinada deste TCLE, impresso em frente e verso.

Data: ____ / ____ / _____

Assinatura do Participante da Pesquisa

Lana Jocasta de Souza Brito

Prof. Dra. Silvia Helena Henriques (Pesquisadora Orientadora)

APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista

Entrevista n°: _____ Data: ___/___/___

Início: ___: ___h Término: ___: ___h

Caracterização socioprofissional dos participantes

Identificação:	
Penitenciária de atuação	
Idade	
Sexo	() masculino () feminino
Profissão	
Ano de conclusão da graduação ou estudo técnico	
Há quanto tempo exerce atividade profissional na penitenciária	

Questões:

1) Quais são os aspectos positivos ou que causam prazer em trabalhar em uma unidade penitenciária federal?

(Caso for necessário perguntar: Você se sente reconhecido pelo trabalho que exerce? Pela sua chefia? Pela população que assiste? Pela sociedade em geral? Há benefícios proporcionados pela organização?)

2) Quais são os fatores limitantes do seu trabalho?

(Quais adaptações são necessárias na sua profissão para atuar em uma penitenciária? A rotina de trabalho é flexível? Existe burocracia?)

3) Como foi o seu preparo ou capacitação para atuar nestas unidades?

(Você recebe cursos oferecidos pela instituição que tenham aplicabilidade prática no seu trabalho?)

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da OPAS/OMS para o
Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315.3382 / 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315.0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Ofício CEP-EERP/USP nº 128/2018, de 14/06/2018

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa abaixo especificado foi analisado e considerado **aprovado** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP) em sua 244ª Reunião Ordinária, realizada em 13 de junho de 2018.

Protocolo CAAE: 89987718.5.0000.5393

Projeto: Aspectos positivos e limitantes do trabalho de saúde em Unidades Penitenciárias Federais

Pesquisadores: Lana Jocasta de Souza Brito

Silvia Helena Henriques (orientadora)

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,


Prof.ª Dra. Angelita Maria Stabile

Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof.ª Dra. Silvia Helena Henriques

Departamento de Enfermagem Geral e Especializada

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP