



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE PALMAS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO EM CIÊNCIA E SAÚDE

Rodrigo Monteiro de Oliveira

AS PERCEPÇÕES DOS AGENTES PENITENCIÁRIOS SOBRE A POLÍTICA DE SAÚDE
VOLTADA AO TRABALHADOR DO CÁRCERE

PALMAS-TO

2020

RODRIGO MONTEIRO DE OLIVEIRA

AS PERCEPÇÕES DOS AGENTES PENITENCIÁRIOS SOBRE A POLÍTICA DE SAÚDE
VOLTADA AO TRABALHADOR DO CÁRCERE

Dissertação apresentada à Universidade Federal do Tocantins – UFT, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Ensino de Ciência e Saúde.

Orientador: Prof. DSc. Carlos Mendes Rosa

PALMAS – TO

2020

FICHA CATALOGRÁFICA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins

- O48p Oliveira, Rodrigo Monteiro de.
As percepções dos agentes penitenciários sobre a política de saúde voltada ao trabalhador do cárcere. / Rodrigo Monteiro de Oliveira. – Palmas, TO, 2020.
127 f.
Dissertação (Mestrado Acadêmico) - Universidade Federal do Tocantins – Câmpus Universitário de Palmas - Curso de Pós-Graduação (Mestrado) em Ensino em Ciências e Saúde, 2020.
Orientador: Carlos Mendes Rosa
1. Saúde do Trabalhador. 2. Sistema Prisional. 3. Políticas de Saúde. 4. Saúde. I. Título

CDD 372.35

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

RODRIGO MONTEIRO DE OLIVEIRA

AS PERCEPÇÕES DOS AGENTES PENITENCIÁRIOS SOBRE A POLÍTICA DE SAÚDE
VOLTADA AO TRABALHADOR DO CÁRCERE

Essa dissertação foi julgada e aprovada para
obter o título de Mestre em Ensino em Ciências
e Saúde.

Aprovada em: 13/12/2019

Banca Examinadora:



Professor Doutor Carlos Mendes Rosa – UFT (Orientador)



Professora Doutora Valdirene Cássia da Silva – UFT (Examinador)



Professor Doutor Valcelir Borges da Silva – UFT (Examinador)

PALMAS – TO

2020

Dedico à minha família, aos meus amigos e aos meus professores de vida, pois sem eles eu jamais teria chegado até aqui.

Os poderosos não costumam fazer o trabalho sujo eles mesmos, do mesmo modo que os chefões da máfia deixam os assassinatos para os subalternos. Os sistemas criam hierarquias de dominação em que a influência e a comunicação correm de cima para baixo – e raramente de baixo para cima. Quando uma elite do poder quer destruir uma nação inimiga, ela se volta para os especialistas em propaganda para que confeccionem um programa de ódio. O que faz com que os cidadãos de uma sociedade odeiem os cidadãos de outra sociedade a ponto de quererem segregá-los, atormentá-los e até matá-los? É preciso um “imaginário hostil”, uma construção psicológica profundamente implantada em suas mentes pela propaganda que transforme os outros no “inimigo”. Esta imagem é a maior motivação de um soldado, a que carrega seu rifle com a munição do ódio e do medo.

(ZIMBARDO, 2018, p. 31)

[...] E, por isso, eles emitem estes ruídos altos, para que não possam ouvir o que suas mentes estão tentando lhes dizer. Eles riem para assegurar a si e aos outros em volta que não estão com medo, como o indivíduo supersticioso que assobia ou canta algo alegre enquanto passa ao lado do cemitério.

(JACKSON ,1970, p. 119-120 *apud* ZIMBARDO, p. 225)

AGRADECIMENTOS

Tenho muito a agradecer
Por pessoas e experiências
Em que pude aprender
Que o mais importante é a essência!

Como já dizia Raul Seixas
Um sonho que se sonha só
É só o prelúdio de queixas
Pois é junto que se ata um nó

Diante de tudo e de todos
O agradecimento não cabe em parágrafos
quadradados
E mesmo que se ajustem os modos
Tão pouco caberá em versos postados

É o sonho que se torna realidade
Uma alforria da ignorância
Ao reconhecer que na verdade
Sabemos tão pouco, tanto quanto em
nossa infância

Uma caminhada com muitos obstáculos
Porém foi facilitada
Diante de tantos amigos
Que deixam minha alma extasiada

Este é um trabalho longitudinal por
natureza

É a soma de todas as pessoas ao meu
redor
E com a certeza
De que com eles pude fazer o meu melhor

Um trabalho feito em muitas mãos
Algumas não seguravam a caneta
Mas forneciam a razão
Para continuar como um cometa

Agradeço a paciência
De todos ao meu redor
Principalmente aos nobres da docência
Que puderam fazer do meu mundo um
lugar melhor

De tudo que vivi
Posso dizer com certeza
Que com todos aprendi
Mesmo que em uma rodada com cerveja

Ainda que na incerteza constante
Cumprir o meu papel
E com alegria seguirei adiante

Mas como todo ciclo, há um final
E aqui encerrarei um deles
Com a certeza que deixei sementes no seu
quintal

(Rodrigo Monteiro de Oliveira)

RESUMO

O presente estudo realizou uma pesquisa acerca da percepção dos Agentes de Execução Penal (agentes penitenciários) da Casa de Prisão Provisória de Palmas sobre a política de saúde voltada ao trabalhador do cárcere. Realizou-se uma pesquisa exploratória em campo, baseada em referências bibliográficas e de natureza qualitativa. Durante as atividades em campo foram utilizadas entrevistas semiestruturadas, onde os resultados foram analisados baseado no enfoque analítico institucional, buscando a compreensão do fenômeno a partir da percepção do sujeito e considerando seu protagonismo diante de determinado contexto social. A amostra contou com 20 servidores da Casa de Prisão Provisória de Palmas que exercem o cargo de Agente de Execução Penal e a coleta de dados ocorreu entre abril e julho de 2019, após aprovação no Comitê de Ética e demais órgãos responsáveis pelo projeto. A partir dos resultados obtidos foi possível concluir que a maioria dos servidores entrevistados apontam para a ausência de políticas voltadas à saúde do trabalhadores do cárcere no âmbito da unidade prisional pesquisada, ressaltando que quando ocorrem são descontextualizadas, esporádicas e não possuem uma continuidade. A presente pesquisa, a partir da escuta dos trabalhadores do cárcere, pôde trazer elementos que subsidiem ações voltadas ao trabalhador do cárcere, fomentando o ensino em saúde com caráter preventivo e possibilitando a redução dos agravos provocados pelo trabalho, além de estimular a produção de conhecimento científico relacionado ao trabalho dentro do sistema prisional brasileiro.

PALAVRAS-CHAVE: saúde do trabalhador; sistema prisional; políticas de saúde.

ABSTRACT

The present study carried out a research about the perception of the Criminal Execution Agents (penitentiary agents) of the Casa de Prisão Provisória de Palmas (Palmas's Prision) about the health policy directed to the prison worker. An exploratory field research was conducted, based on bibliographical references and qualitative nature. During the field activities, semi-structured interviews were used, where such results were analyzed based on the institutional analytical approach, seeking to understand the phenomenon from the subject's perception and considering its protagonism in the face of a given social context. The sample consisted of 20 employees of the Casa de Prisão Provisória de Palmas who serve as Criminal Enforcement Agent and data collection took place between April and July 2019, after approval by the Ethics Committee and other bodies responsible for the project. From the obtained results it was possible to conclude that the majority of the interviewed servants point to the absence of policies directed to the health of the prison workers within the researched prison unit, emphasizing that when they occur they are decontextualized, sporadic and do not have a continuity. This research, based on listening to prison workers, could bring elements that support actions aimed at prison workers, promoting health education with a preventive character and enabling the reduction of work-related injuries, as well as stimulating the production of knowledge. related to work within the Brazilian prison system.

Key-Words: worker's health; prison system; health policies.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

APÊNDICES

Apêndice I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	118
Apêndice II – Modelo de Entrevista Semiestruturada.....	120

FIGURAS

Figura 1- Fluxograma de amostragem de revisão sistemática.....	26
--	----

QUADROS

Quadro 1- Descrição dos artigos segundo o título, autores, periódico de publicação/ano, método, abordagem, ideia central e categoria temática.....	26
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AGEPEN – Agente de Execução Penal

APAC – Associação de Proteção e Assistência aos Condenados

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CAPs – Caixas de Aposentadorias e Pensões

CAPS – Centros de Atenção Psicossocial

CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

CNPCP – Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária

CNS – Conferência Nacional de Saúde

COSEMS – Conselho de Secretários Municipais de Saúde

CPPP – Casa de Prisão Provisória de Palmas

DEPEN – Departamento Penitenciário Nacional

EABP – Equipe de Atenção Básica Prisional

ESGEPEN – Escola Superior de Gestão Penitenciária e Prisional do Tocantins

ESP – Equipes de Saúde no Sistema Prisional

HCTP – Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões

IAPAS – Instituto de Administração da Previdência Social

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INFOPEN – Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

LEP – Lei de Execução Penal

NOB – Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial de Saúde

PIASS – Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento

PNASH – Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares

PNAISP – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional

PNSSP – Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário

RAS – Rede de Atenção à Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TDS – Técnico em Defesa Social

SUMÁRIO

CAPÍTULO I.....	17
1 INTRODUÇÃO.....	17
1.1 Justificativa.....	18
1.2 Questão Problema	19
1.3 Objetivo Geral	20
1.4 Objetivos Específicos	20
1.5 Estrutura do Trabalho.....	20
CAPÍTULO II.....	23
2 DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO.....	23
2.1 O Ensino em Saúde do Trabalhador	23
2.2 O percurso Histórico da Saúde Prisional no Brasil	42
2.3 Entre o Algoz, o Carrasco, o Carcereiro e o Agente Penitenciário: uma construção histórica.....	63
CAPÍTULO III	76
3 DISPOSITIVOS DE ANÁLISE.....	76
3.1 Caracterização da Pesquisa	76
3.2 Grande Área	76
3.3 Cenário de Estudo	76
3.4 Participantes da Pesquisa	76
3.5 Período de Coleta de Dados	77
3.6 Técnicas e Instrumentos de Coleta.....	77
3.7 Tratamento dos Dados	78
3.8 Aspectos Éticos Legais	79
3.9 Resultados do Estudo	80
CAPÍTULO IV	82

4	ANÁLISE DA DEMANDA	82
4.1	Perfil da Amostra.....	83
4.2	Indicadores Educacionais	85
4.3	Indicadores de Saúde	89
4.4	Indicadores da Política de Saúde Prisional.....	93
4.5	Demandas Secundárias	95
	CAPÍTULO V	100
5	DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	100
	REFERÊNCIAS	105
	APÊNDICES	117
	Apêndice I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	118
	Apêndice II – Modelo de Entrevista Semiestruturada.....	120
	Apêndice III – Cartilha de Saúde do Trabalhador do Sistema Prisional	122

CAPÍTULO I

1 INTRODUÇÃO

O sistema prisional brasileiro é repleto de violações de direitos humanos e precarização das políticas públicas, fazendo com que seus internos, trabalhadores e familiares sejam expostos a diversas condições desumanas e degradantes. De acordo com Moraes (2013) a execução penal, por meio do cumprimento da pena, possui duas razões básicas, seja ela a retribuição, com ênfase no castigo, ou a prevenção, que seria uma forma de defender a sociedade de possíveis ameaças à harmonia entre os cidadãos, porém grande parte da população considera que a retribuição deve ser caracterizada pela ausência quase total de direitos, marcada por diversos tipos de violências institucionais e omissão do seu objetivo fundamental: a reintegração social.

As consequências do cárcere não são limitadas à população privada de liberdade, possuindo efeitos também sobre seus servidores, familiares e até pessoas que residem no entorno de um estabelecimento penal, que se caracteriza por ser um ambiente rodeado de fatores estressantes e que podem levar ao adoecimento. O nível de estresse do servidor influencia diretamente em sua forma de lidar com a população privada de liberdade, podendo acarretar em uma série de violações de direitos e piorar ainda mais as condições durante o cumprimento da pena.

Paralelo aos inúmeros problemas existentes no âmbito do sistema prisional, podemos citar o que talvez seja o principal deles: a superlotação. De acordo com o Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias a população prisional do Brasil apresentou “um aumento da ordem de 707% em relação ao total registrado no início da década de 90” (BRASIL, 2016a, p. 9), totalizando 723.712 pessoas privadas de liberdade no ano de 2016 para apenas 368.049 vagas.

Quanto ao efetivo de Agentes Penitenciários (ou nomenclatura congênera) o Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN) elencou o quantitativo total de 78.163 servidores em todo o Brasil no ano de 2016, porém não apresentou a evolução histórica deste dado (BRASIL, 2016a). Apesar da recomendação do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, por meio da Resolução Nº 9, de 13 de novembro de 2009, que limita a proporção mínima de cinco presos por agente penitenciário (BRASIL, 2009a), ao realizarmos uma conta

simples é possível detectar que atualmente a proporção é de pouco mais de nove pessoas privadas de liberdade por agente penitenciário

Acredita-se que, em razão do elevado número de fatores estressantes, este grupo de trabalhadores encontra-se em possível situação de vulnerabilidade em seu ambiente de trabalho, expostos a condições que podem potencializar o adoecimento e conseqüentemente diminuindo sua perspectiva e qualidade de vida. É importante salientar que o processo de adoecimento do servidor do cárcere pode influenciar significativamente no tratamento dado às pessoas privadas de liberdade, havendo uma maior tendência de ações que violam os preceitos estabelecidos normativamente para garantir a dignidade da pessoa humana privada de liberdade.

No Estado do Tocantins, o grupo de Agentes Penitenciários recebeu a nomenclatura inicial de “Técnicos em Defesa Social” (TDS), e após a realização das entrevistas desta pesquisa passou a ser chamado de “Agentes de Execução Penal” (AGEPEN), tendo como característica principal como um grupo de servidores com aproximadamente dois anos de exercício em suas atividades funcionais, em que o requisito para a investidura no cargo foi a aprovação em concurso público e o diploma de nível médio. A presente pesquisa realizou o estudo focal de um grupo de servidores da Casa de Prisão Provisória de Palmas (CPPP), utilizando técnicas de entrevista semiestruturada, buscando identificar a percepção dos servidores em relação à política de saúde voltada ao trabalhador do cárcere.

Os resultados deste estudo apontaram que a maioria dos servidores entrevistados considera que seria de suma importância a realização de cursos operacionais, ou seja, aqueles voltados às rotinas de segurança da unidade prisional, embora quando induzidos, reafirmavam a importância das ações em saúde do trabalhador no contexto do sistema prisional. A partir dos dados coletados foi possível concluir que pode existir uma falta de interesse por parte dos servidores em assuntos relacionados com a própria saúde e/ou uma falha na gestão ao não oferecer um processo de formação continuada adequado aos servidores, limitando-se às ações pontuais, descontextualizadas e que pouco ou nada influenciam nas rotinas carcerárias.

1.1 Justificativa

O cargo de agente penitenciário, ou congêneres, enfrenta diversas dificuldades na execução de suas funções no contexto prisional, sendo as principais caracterizadas pela invisibilidade social, desvalorização profissional, ausência de recursos para a execução dos trabalhos de rotina e altos níveis de estresse (BEZERRA; ASSIS; CONSTANTINO, 2016).

Diante deste cenário é necessário refletir sobre políticas que reduzam os riscos de adoecimento destes servidores e possibilitem a real efetivação de suas atividades, considerando que a qualificação dos serviços prestados também pode refletir sobre a realidade do sistema prisional para as pessoas privadas de liberdade.

Diante do exposto, antes de pensarmos em políticas públicas direcionadas ao público supracitado, é necessário que exista o estudo acerca da percepção destes servidores sobre a política de saúde voltada ao trabalhador do cárcere, possibilitando a reflexão crítica do fenômeno estudado. O estudo de estratégias para o cuidado relacionado ao trabalhador do cárcere é de suma importância para a garantia da qualidade de vida do sujeito, mesmo em um ambiente que, na maioria dos casos, é rodeado de violações de direitos, diversos outros tipos de violência e inúmeros fatores de risco que podem levar ao adoecimento e agravamento de um possível estado de fragilidade.

O tema é de evidente relevância social, uma vez que o sistema prisional ainda é visto com muita discriminação por grande parte da sociedade e o cenário tende a piorar quando pensamos no imaginário social em relação ao agente prisional, com possibilidade de acarretar na estigmatização do sujeito e exclusão social (RUDNICKI; SCHÄFER; SILVA, 2017). Quanto à relevância acadêmica, pode-se dizer que o tema é pouco abordado e a produção de conteúdo científico poderá estimular novas pesquisas e auxiliar no desenvolvimento de políticas públicas relacionadas.

A relevância pessoal acerca do tema proposto surgiu a partir das vivências diárias com os trabalhadores do cárcere, principalmente com os Agentes de Execução Penal, onde observou-se que apesar de ser um cargo novo, onde os servidores possuíam pouco mais de dois anos de efetivo serviço, já apresentavam indicadores sérios de adoecimento, sendo necessário um estudo que possibilite a percepção destes servidores quanto ao ensino em saúde sob a perspectiva de prevenção ao adoecimento.

1.2 Questão Problema

Qual é a percepção dos Agentes de Execução Penal (agentes penitenciários) da Casa de Prisão Provisória de Palmas sobre a política de saúde voltada ao trabalhador do cárcere?

1.3 Objetivo Geral

Identificar a percepção dos Agentes de Execução Penal (agentes penitenciários) da Casa de Prisão Provisória de Palmas sobre a política de saúde voltada ao trabalhador do cárcere.

1.4 Objetivos Específicos

- I. Realizar uma análise institucional a partir da perspectiva dos trabalhadores do sistema prisional tocantinense;
- II. Elencar as principais demandas do servidor do cárcere em relação à formação profissional;
- III. Indicar os principais agravos em saúde provocados pelo cárcere em servidores do sistema prisional tocantinense;
- IV. Elaborar um produto educacional voltado à prevenção de agravos ocasionados pelo trabalho no cárcere;
- V. Sistematizar o referencial bibliográfico relacionado com a saúde prisional e o trabalho em prisões.

1.5 Estrutura do Trabalho

A pesquisa compõe-se de quatro capítulos distribuídos da seguinte forma:

No Capítulo I foram abordados a introdução, contendo a justificativa, a problematização, a delimitação, os objetivos e a estruturação do trabalho. Por meio deste capítulo é possível compreender a estrutura básica do projeto de pesquisa, contendo o estágio inicial da dissertação.

O Capítulo II é caracterizado pelo diagnóstico provisório, conceito da análise institucional que “é o que os médicos costumam chamar de ‘presuntivo’, que é uma hipótese ainda especulativa sobre o quadro” (BAREMBLITT, 2002, p. 102). O diagnóstico provisório foi subdividido em três subcapítulos, sendo que o primeiro deles é voltado para o ensino em saúde do trabalhador, o segundo caracteriza o percurso histórico da saúde prisional no Brasil e o terceiro é voltado para a construção histórica da figura do agente penitenciário.

A metodologia utilizada para a construção do primeiro subcapítulo, intitulado “O Ensino em Saúde do Trabalhador”, foi com um levantamento bibliográfico utilizando o método de revisão sistemática sobre o ensino em saúde do trabalhador no Brasil, caracterizada

principalmente por uma pesquisa que busca realizar a integração entre resultados de diversos estudos voltados ao tema estudado, produzindo desta forma uma síntese (BICUDO, 2014). Para a identificação de artigos científicos produzidos utilizou-se do banco de dados disponível no Portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, seguindo o protocolo de revisões sistemáticas do The PRISMA Group (MOHER *et al.*, 2015).

O Subcapítulo intitulado “O Percurso Histórico da Saúde Prisional no Brasil” foi realizado a partir de uma revisão narrativa com pesquisa documental, utilizando a análise qualitativa e descritiva do fenômeno, tendo como base os documentos públicos oficiais disponíveis em domínio virtual, caracterizados como textos de leis, portarias e demais normativas publicadas entre os anos de 1984 e 2017 pelos órgãos do Governo Federal. A janela temporal da pesquisa documental justifica-se uma vez que a atual Lei de Execução Penal foi promulgada no ano de 1984 (BRASIL, 1984), e a última normativa vigente que realizou alterações no contexto da saúde voltada ao sistema prisional foi a Resolução Nº 06, de 07 de dezembro de 2017, que dispõe sobre a flexibilização na arquitetura penal dos estabelecimentos prisionais no Brasil (BRASIL, 2017).

Já o subcapítulo intitulado “Entre o algoz, o carrasco, o carcereiro e o agente penitenciário: uma construção histórica” traz uma revisão integrativa sobre a construção da figura do agente responsável pela execução penal, neste trabalho representado pelo Agente Penitenciário ou, no Estado do Tocantins, pelo Agente de Execução Penal. Este subcapítulo perpassa pelos diferentes períodos criminológicos da execução penal, adentrando também em aspectos da própria mitologia grega, trazendo elementos de reflexão sobre a construção identitária do público estudado.

O capítulo III apresenta o traçado metodológico desta pesquisa, caracterizado pelo dispositivo de análise, ou seja, um conceito também da análise institucional voltado para o desenvolvimento de estratégias que possibilitem a coleta das informações necessárias à construção do prognóstico (BAREMBLITT, 2002). Dentro dos dispositivos de análise encontraremos a caracterização da pesquisa, a grande área, o cenário de estudo, os participantes de pesquisa, o período de coleta de dados, as técnicas e instrumentos de coleta, formas de tratamento dos dados, aspectos ético legais e os resultados esperados.

O Capítulo IV é composto pela análise da demanda, ou seja, os resultados obtidos a partir da execução dos dispositivos de análise, que possibilitam compreender a realidade estudada a partir da percepção do sujeito, oriunda de processos complexos de autoanálise e autogestão e que trazem dados importantes quanto ao processo de trabalho e a compreensão da

realidade do sujeito. Enquanto o Capítulo V procura sintetizar a pesquisa por meio do diagnóstico definitivo, que nos remete às conclusões da pesquisa, em que elenca os principais achados e direciona para as intervenções que podem ser realizadas.

Na parte de apêndices foram disponibilizados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o Modelo de Entrevista utilizado e o produto educacional desenvolvido a partir das demandas encontradas durante as entrevistas, sendo uma forma de intervenção breve e inicial no contexto da saúde voltada ao trabalhador do cárcere.

CAPÍTULO II

2 DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO

2.1 O Ensino em Saúde do Trabalhador

A relação entre trabalho, saúde e doença acompanha a humanidade desde os seus primórdios, podendo ser observada na construção de parapeitos para evitar quedas de trabalhadores da Idade Antiga (SANTANA, 2006) e na Revolução Industrial, caracterizada principalmente pela utilização da mão de obra livre de forma exacerbada e com o ritmo frenético que o capitalismo exigia (e ainda exige) da época para a acumulação de capital, onde ocorreram diversos movimentos no sentido de evitar o adoecimento da classe trabalhadora e manter os ritmos de produção (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

Existe uma estreita relação entre a saúde do trabalhador como aliada ao capital, garantindo o máximo de produção no menor tempo e ao mesmo tempo procurando manter certo nível de qualidade de vida do trabalhador em seu ambiente ocupacional. De certa forma os componentes desta relação são complementares, considerando que “a saúde do trabalhador se coloca dentro da área do conhecimento técnico-científico como um instrumento que possibilita o controle social do processo produtivo, tendo por base os critérios de saúde” (AGOSTINI, 2002, p. 375).

Essa lógica neoliberal em que tende à mortificação dos sujeitos através da aniquilação das singularidades, proporcionando uma tendência à obsolescência programada de pessoas, tornando-as um mero produto descartável e que pode ser trocado em caso de adoecimento, forçando que continuem produzindo ainda que adoecidas para que não sejam alvos de descarte (DEJOURS, 2004). O termo obsolescência programada é comumente encontrado nas matérias relativas ao mercado de consumo, ligado à estratégias “da indústria para ‘encurtar’ o ciclo de vida dos produtos, visando a sua substituição por novos e, assim, fazendo girar a sociedade de consumo” (SILVA, 2012, p. 182), que atreladas à noção de liquidez e dinamização das relações, acaba por tornar a mão de obra algo descartável, que pode ser utilizado até o seu limite e posteriormente trocado por alguém que produza mais e em menor tempo (BAUMAN, 2007).

Notoriamente, a relação entre o homem e o trabalho é histórica, podendo-se “afirmar que o homem trabalhou sempre e que não existirá momento, na terra, em que não será necessário trabalhar” (MIGLIACCIO FILHO, 1994, p. 22). Neste sentido as funções do

trabalho podem ser conceituadas de diversas formas, seja para a satisfação das necessidades de sobrevivência (MASLOW, 1970), para “construir a identidade, interagir e ter suporte social, encontrar um propósito ao qual valha a pena se dedicar [...]” (SILVA; TOLFO, 2012, p. 342) ou até mesmo sendo “relacionada a alguma forma de tortura, sofrimento ou esforço doloroso” (ZANELLI; SILVA; SOARES, 2010, p. 21).

O significado do trabalho para o indivíduo depende de diversos fatores sócio-histórico-culturais que permeiam sua conjuntura pessoal, de forma que pode ser visto como extremamente satisfatório ou penoso, em ambos o adoecimento ocupacional é uma ameaça constante, devendo ser alvo de recorrentes esforços multiprofissionais no sentido preventivo e de cuidado, possibilitando a diminuição dos riscos de adoecimento e o controle de agravos à saúde por meio de diagnósticos e tratamentos precoces (BASTOS; GALVÃO-MARTINS, 1990).

Dentre os principais fatores de risco à saúde do trabalhador, podemos destacar os agentes químicos, biológicos, físicos, organizacionais, mecânicos e ergonômicos (AGOSTINI, 2002), de forma que o adoecimento ocupacional é um processo biopsicossocial de origem multifatorial, possuindo reflexos no ambiente laboral, social e familiar do indivíduo. Profissões que possuem constante contato com situações estressoras possuem uma propensão maior ao adoecimento, porém é válido considerar que cada indivíduo lida com essas situações de forma singular, enquanto alguns possuem maior capacidade de lidar positivamente diante de adversidades, outros já possuem baixa tolerância a situações adversas, com uma menor capacidade adaptativa (SIMON; YAMAMOTO, 2008).

Embora existam diversas ações voltadas à promoção da saúde do trabalhador e prevenção do adoecimento, constantemente encontramos aparatos tecnicistas pautados em uma lógica puramente biomédica, considerando o conceito de saúde como a simples ausência de doença, buscando soluções que muitas vezes se apresentam como simples para problemas extremamente complexos. Essas intervenções tecnicistas desconsideram a singularidade do sujeito, bem como eventuais aspectos pulsionais da relação homem-trabalho, onde recorrentemente associa a doença à ausência de prazer e a normalidade à ausência de sofrimento, fato este que é refutado pela própria psicodinâmica do trabalho (MENDES, 1995).

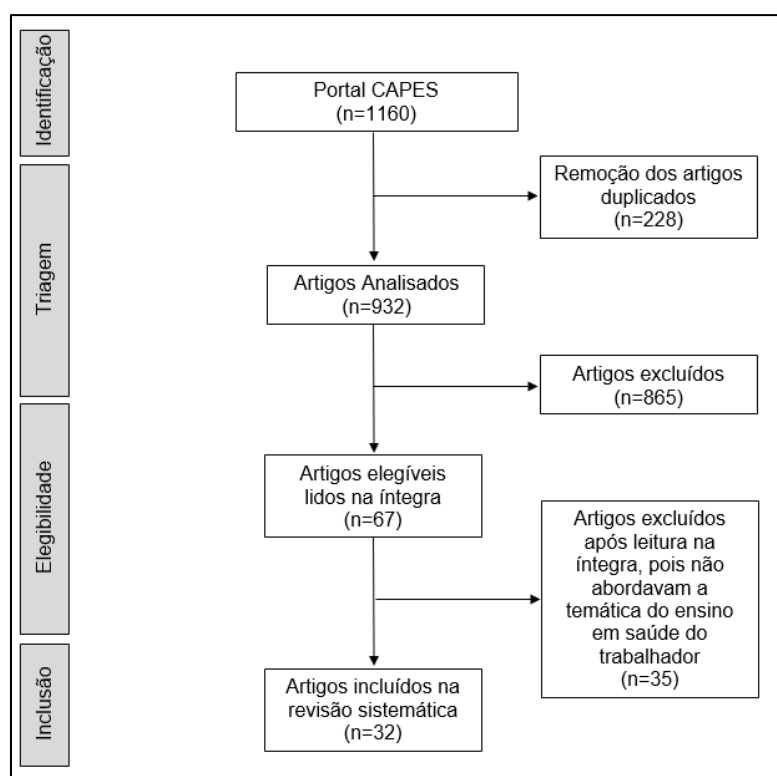
É necessário o desenvolvimento de políticas institucionais que garantam a promoção da qualidade de vida do trabalhador dentro e fora do ambiente organizacional/institucional, objetivando a redução dos agravos ocasionados por profissões em que o estresse é recorrente e pode levar ao desequilíbrio psíquico do indivíduo. Uma das alternativas está ligada ao ensino

em saúde do trabalhador, voltado principalmente para a promoção da saúde e da qualidade de vida, possibilitando desta forma o desenvolvimento de ações que considerem o sujeito enquanto ser protagonista de sua própria história.

A partir desta breve contextualização, este capítulo buscou realizar uma revisão sistemática acerca das principais práticas interventivas no ensino em saúde do trabalhador, destacando as principais produções científicas na área. Foram identificadas 32 produções voltadas ao ensino em saúde do trabalhador, que foram categorizadas de acordo com o seu público alvo (trabalhadores da saúde, educação, discentes e outros profissionais), tendo como propósito principal o de facilitar o entendimento das estratégias utilizadas para cada tipo de categoria profissional a partir da amostra coletada.

Nas buscas realizadas no Portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES os termos “ensino” e “saúde do trabalhador” resultaram em 1160 produções científicas, onde foram removidos os trabalhos duplicados na base de dados, resultando em um universo de 932 produções que tiveram seus resumos lidos para a aplicação da metodologia proposta. Após a aplicação dos critérios de inclusão foram selecionadas 67 produções científicas que abordavam a temática voltada ao ensino em saúde, porém após a leitura na íntegra dos artigos e aplicação dos critérios de exclusão restaram 32 produções científicas, sendo 30 artigos e 2 dissertações de mestrado, produzidos entre os anos de 2004 e 2018.

Figura 1 – Fluxograma de amostragem de revisão sistemática segundo Moher *et al.* (2015).



Para facilitar a compreensão da temática os artigos foram classificados e agrupados de acordo com seu público alvo, sendo classificados em: (I) formação de profissionais da saúde; (II) formação de profissionais da educação; (III) formação de acadêmicos; e (IV) formação de outros profissionais, conforme o Quadro 1. Destaca-se que alguns artigos apresentaram categorias mistas, visto que abordavam mais de uma área de formação, não sendo possível enquadrá-los em apenas um dos grupos.

Quadro 1 – Descrição dos artigos segundo o título, autores, periódico de publicação/ano, método, abordagem, ideia central e categoria temática

Título	Autores	Periódico de Publicação (ano)	Método	Abordagem	Categoria Temática
A formação de profissionais de saúde para a prevenção de lesões musculoesqueléticas ligadas ao trabalho a nível da coluna lombar: uma revisão sistemática	Neves e Serranheira	Revista Portuguesa de Saúde Pública (2014)	Qualitativo	Teórica	I

A importância da abordagem contextual no ensino de biossegurança	Pereira, Silva, Costa, Jurberg e Borba	Ciência & Saúde Coletiva (2012)	Qualitativo	Teórica	IV
A Promoção da Saúde a partir das situações de trabalho: considerações referenciadas em uma experiência com trabalhadores de escolas públicas	Silva, Brito, Neves e Athayde	Interface - Comunicação, Saúde e Educação (2009)	Qualitativo	Prática	II
A supervisão enquanto dispositivo: narrativa docente do estágio profissional em psicologia do trabalho	Duarte	Interface - Comunicação, Saúde e Educação (2015)	Qualitativo	Prática	I e III
Ações de promoção e prevenção à saúde vocal de professores: uma questão de saúde coletiva	Luchesi, Mourão e Kitamura	Revista CEFAC (2010)	Quali-quantitativo	Prática	II
Avaliação de efeito de uma intervenção para a Síndrome de Burnout em professores	Dalcin e Carlotto	Psicologia Escolar e Educacional (2018)	Qualitativo	Prática	II
Avaliação do ensino em saúde do trabalhador por acadêmicos de enfermagem	Borges, Silva, Almeida, Rocha, Bonow e Cezar-Vaz	Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online (2014)	Qualitativo	Prática	III
Barreiras às intervenções relacionadas à saúde do trabalhador do setor saúde no Brasil	Reinhardt e Fischer	Revista Panamericana de Salud Pública (2009)	Qualitativo	Teórica	I
Educação continuada: Uma ferramenta para a segurança do cuidado	Krummenauer, Machado, Kautzmann, Ritta, Haas e Carneiro	Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção (2014)	Qualitativo	Prática	I
O papel das instituições de ensino superior na prevenção das doenças imunopreveníveis	Santos, Souza, Tipple e Souza	Revista Eletrônica de Enfermagem (2008)	Quali-quantitativo	Prática	III

Efeitos de um programa de exercícios físicos no local de trabalho sobre a flexibilidade e percepção de dor musculoesquelética entre trabalhadores de escritório	Lima e Ferreira Júnior	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (2009)	Quali-quantitativo	Prática	IV
Enfermagem e atenção à saúde do trabalhador: a experiência da ação de imunização na Fiocruz/Manguinhos	Santos, Noronha, Mattos e Silva	Ciência & Saúde Coletiva (2011)	Qualitativo	Prática	I
Estratégia Saúde da Família e Saúde do Trabalhador: um diálogo possível?	Lacaz, Trapé, Soares e Santos	Interface - Comunicação, Saúde e Educação (2013)	Qualitativo	Prática	III e IV
Grupo PET-Saúde/Vigilância em Saúde do Trabalhador Portuário: vivência compartilhada	Queiróz, Valeiras, Lerin, Lino, Fornazier, Dias Júnior, Yano e Nogueira	Interface - Comunicação, Saúde e Educação (2015)	Qualitativo	Prática	IV
Intervenção em uma Escola Estadual de Ensino Fundamental: Ênfase na Saúde Mental do Professor	Ribeiro, Martins, Mossini, Pace Júnior e Lemos	Revista Mal-Estar e Subjetividade (2012)	Qualitativo	Prática	II
O conteúdo da saúde do trabalhador e as metodologias de ensino na formação do enfermeiro	Fernandes, Souza, Mafra, D'oliveira, Pires e Costa	Escola Anna Nery (2016)	Qualitativo	Prática	III
O cuidado com a saúde dos professores por meio do Sociodrama e com o uso de objetos intermediários	Souza e Cassane	Revista Brasileira de Psicodrama (2016)	Qualitativo	Prática	II
O cuidado e suas dimensões: subsídios para o cuidar de si de docentes de enfermagem	Soares e Zeitoune	Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online (2012)	Qualitativo	Prática	I e II
O ensino da Medicina do	Lucca e Kitamura	Revista Brasileira de	Qualitativo	Prática	III

Trabalho e a importância das visitas aos locais de trabalho		Medicina do Trabalho (2012)			
O Ensino das Relações Trabalho-Saúde-Doença na Escola médica: Percepção dos Alunos e Proposta de Aperfeiçoamento na UFMG	Dias, Silveira, Chiavegatto e Resende	Revista Brasileira de Educação Médica (2006)	Qualitativo	Prática	III
O ensino de graduação e os conteúdos teórico-práticos da saúde do trabalhador	Marques, Santos, Gonçalves, Fernandes e Souza	Revista Eletrônica de Enfermagem (2012)	Qualitativo	Prática	III
O ensino de vigilância à saúde do trabalhador no Curso de Enfermagem	Monteiro, Santos, Kawakami e Wada	Revista da Escola de Enfermagem (2007)	Qualitativo	Prática	III
O psicodrama como uma estratégia pedagógica no ensino da saúde do trabalhador	Martins, Opitz e Robazzi	Revista Gaúcha de Enfermagem (2004)	Qualitativo	Prática	III
A organização do ambiente de trabalho com o método 5S – cuidando da saúde do trabalhador	Greco, Moura, Cinsa, Pilate, Faria e Nascimento	Revista Ciência em Extensão (2012)	Qualitativo	Prática	II
Política integrada de atenção à saúde do servidor público do Distrito Federal: o programa de preparação para o período pós-carreira	Marangoni e Mangabeira	Revista Brasileira de Medicina do Trabalho (2014)	Qualitativo	Prática	IV
Programa de saúde vocal para educadores: ações e resultados	Dragone	Revista CEFAC (2011)	Quali-quantitativo	Prática	II
Programas de atenção à saúde mental dos trabalhadores das instituições federais de ensino superior	Barreto e Bezerra	UNB (2007)	Qualitativo	Prática	II

Repensando a avaliação: perspectivas criativas para a educação profissional na área da saúde do trabalhador	Moreira	Trabalho, Educação e Saúde (2006)	Qualitativo	Prática	III
Saúde do Trabalhador e Saúde Ambiental: potencialidades e desafios da articulação entre universidade, SUS e movimentos sociais	Pontes e Rigotto	Revista Brasileira de Saúde Ocupacional (2014)	Qualitativo	Prática	IV
Sobre a Residência Integrada em Saúde com ênfase em Vigilância em Saúde	Rocha, Breier, Souza, Almeida, Santos, Rohloff, Scariot, Azambuja, Cartana, Canal, Santos e Reinher	Ciência & Saúde Coletiva (2017)	Qualitativo	Prática	III
Terapia comunitária sistêmica e integrativa como instrumento de avaliação e diagnóstico da saúde de servidores da secretaria de educação de Uberaba-MG	Castro, Freitas, Rodrigues e Silva	Temas em Educação e Saúde (2016)	Qualitativo	Prática	II
Vigilância em saúde do trabalhador: passos para uma pedagogia	Vasconcellos, Almeida e Guedes	Trabalho, Educação e Saúde (2010)	Qualitativo	Prática	III e IV

Constatou-se que o ano em que houve maior produção bibliográfica na amostra coletada ocorreu em 2012, com seis produções, seguido pelo ano de 2014 com cinco produções, porém tal dado não nos remete à algum motivo que possa explicar este fenômeno senão o acaso, visto que estas publicações ocorreram em periódicos distintos e não em edições temáticas. Ressalta-se que as evidências relacionadas com a ausência de edições temáticas já nos remetem a um dado importante sobre a escassez de pesquisas relacionadas com o ensino em saúde do

trabalhador, muitas vezes limitando-se apenas aos estudos relacionados com dados sobre os principais agravos em saúde ocasionados pela atividade laboral.

Notou-se também que, dentre a amostra coletada, os periódicos que apresentaram o maior número de produções foram o *Interface – Comunicação, Saúde e Educação* – 4 produções (12%) e o *Ciência & Saúde Coletiva* – 3 produções (9%), sendo que os demais periódicos apresentaram duas ou menos publicações. Com relação às categorias temáticas, foram detectados 6 trabalhos voltados para a formação de profissionais da saúde (18%), 10 relacionadas com a formação de profissionais da educação (30%), 13 ligados à formação acadêmica (39%) e 7 direcionados para a formação de outros profissionais (24%), destacando que em razão de quatro produções pertencerem a mais de uma categoria temática o quantitativo total supera a faixa de 100%.

Categoria Temática I: formação de profissionais da saúde

Podemos identificar que a preocupação relacionada ao cuidado com o trabalhador da saúde no Brasil ocorreu de forma tardia se comparado com a de outras categorias profissionais, com seu marco inicial posto principalmente após a epidemia de AIDS que reforçou o debate da classe e levou à exigência de legislações específicas para o setor (REINHARDT; FISCHER, 2009). Diante disso surgiram diversas estratégias de prevenção e cuidado relacionadas com a saúde ocupacional, em que a maioria delas está relacionada com a própria vigilância em saúde do trabalhador, “cuja característica singular de intervenção é sua ação na transformação do trabalho no sentido da promoção da saúde” (QUEIRÓZ *et al.*, 2015, p. 942).

Dentre os modelos de intervenção, Krummenauer *et al.* (2014) defende a educação continuada como forma de mudança de comportamento, visando o trabalho mais seguro, possibilitando a transformação estrutural e organizacional porém sem deixar de considerar os aspectos do processo de trabalho, sociais, emocionais e sócio-econômico-culturais. Mesmo com as estratégias colocadas pelos autores, identificou-se “a não adesão completa às medidas de proteção. Isso se deu através do uso inadequado ou resistência à utilização do equipamento de proteção individual, aliado a sobrecarga de trabalho e autoconfiança dos PS [Profissionais de Saúde]” (KRUMMENAUER *et al.*, 2014, p. 2).

SANTOS *et al.* (2011) também defendem a educação continuada como estratégia de promoção à saúde do trabalhador, porém o enfoque inicial da intervenção era direcionada aos trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS) que exercem a vigilância em saúde do

trabalhador na unidade da FIOCRUZ em Manguinhos, destacando a construção coletiva de mapas de riscos dos ambientes e sua relação com os processos de trabalho. Posteriormente esta equipe realizou ações no território, utilizando tanto pequenos grupos de discussão, dinâmicas de grupo, palestras e estratégias de imunização por meio de vacinas, e apesar da participação significativa nas campanhas, o estudo não trouxe uma avaliação aprofundada dos efeitos desta intervenção (SANTOS *et al.*, 2011).

O estudo de Neves e Serranheira (2014) demonstrou que não existem evidências científicas que comprovem que programas de formação/informação profissional, por si só, sejam capazes de prevenir possíveis lesões musculoesqueléticas em profissionais da equipe de enfermagem, resultado que pode ser semelhante aos outros casos de ensino em saúde do trabalhador. Além disso, a maioria dos cursos de formação remete à situações controladas e que muitas vezes fogem da realidade enfrentada pelos profissionais, porém é possível que uma formação ministrada por algum membro influente da própria equipe, que saiba da realidade local, tenha uma aceitação maior por parte dos outros profissionais, seja mais eficaz para a manutenção dos comportamentos aprendidos, porém faz-se necessário mais estudos sobre a temática visto que não há comprovação de impacto real na literatura pesquisada (NEVES; SERRANHEIRA, 2014).

O grande problema dos programas de formação ocorre em razão do foco apenas na mudança comportamental do trabalhador (REINHARDT; FISCHER, 2009), como se esse fosse o único responsável pelo seu próprio adoecimento, desconsiderando os inúmeros outros fatores organizacionais, ergonômicos, ambientais, sociais e etc que podem influenciar significativamente neste processo:

Nos estudos identificados a formação (geralmente ministrada através dos pares) é aliada a várias estratégias tais como a (i) avaliação da situação de trabalho com a consequente intervenção ergonômica, (ii) a implementação de algoritmos de decisão de apoio à mobilização de doentes, (iii) a aprendizagem com o erro/incidentes (*after action reviews*), (iv) a introdução de equipamentos mecânicos de assistência à mobilização e (v) a adequação das políticas organizacionais, em particular a nível de recursos humanos. (NEVES; SERRANHEIRA, 2014, p. 101).

Tanto Neves e Serranheira (2014) quanto Reinhardt e Fischer (2009) evidenciam a falta de acompanhamento das políticas de intervenção, o que pode nos remeter à falta de planejamento, execução e continuidade das ações, seja pela fragmentação das equipes, impossibilitando a análise do real impacto destas intervenções no contexto laboral, ou mesmo pela ausência de profissionais qualificados para o planejamento, desenvolvimento e avaliação das ações executadas.

É possível identificar dois modelos majoritários de intervenção no ambiente laboral, o primeiro é focado na prevenção de acidentes e doenças, geralmente priorizando os fatores de risco, enquanto o segundo modelo é pautado na promoção de saúde, buscando associar as situações vivenciadas no trabalho com “situações presentes fora do ambiente laboral, com a ocorrência de desvios no estado de saúde, com possíveis impactos sobre a qualidade de vida e a satisfação desses trabalhadores com o seu trabalho ou sua capacidade para desempenhá-lo” (REINHARDT; FISCHER, 2009, p. 412). O modelo focado nos fatores de risco geralmente é unidirecional, pautado principalmente na opinião de especialistas, com “uma abordagem biologicista, medicalizante e centrada em procedimentos que sobrevalorizam a técnica, a tecnologia dura, o hospital, o foco na doença, cuja atuação ocorre em especialidades e com ênfase na assistência” (PONTES; RIGOTTO, 2014, p. 168), enquanto o modelo de promoção da saúde ocorre com a participação do trabalhador, atuando de forma mais abrangente e com resultados geralmente mais demorados e duradouros (REINHARDT; FISCHER, 2009).

Outra atividade elencada por Soares e Zeitouné (2012) estava relacionada com a dimensão do cuidado a partir da percepção de docentes do curso de enfermagem, onde constatou-se que apesar da ampla percepção sobre o cuidado do outro, poucos relatos trouxeram a noção do cuidado de si, que sob uma ótica foucaultiana remete ao controle de si (gozo de si) para então exercer o controle sobre o outro (FOUCAULT, 1985). Já Duarte (2015) aponta para a importância da supervisão de discentes enquanto dispositivo, fortalecendo as intervenções relacionadas com a área da saúde do trabalhador por meio do olhar e da escuta, do compartilhamento de informações, fazendo com que o processo saia do campo individual e parta para o coletivo.

Categoria Temática II: formação de profissionais da educação

Nas produções relacionadas com a formação em saúde voltada aos profissionais da educação, destaca-se que duas foram voltadas para o cuidado com a saúde vocal de professores, enquanto cinco estavam relacionados com a saúde mental, os demais abordavam temas diversos como o cuidado, a supervisão, a organização ambiental e a promoção da saúde a partir de situações de trabalho. O público alvo também demonstra um dado importante, enquanto sete produções abordavam o público de trabalhadores de escolas públicas (níveis fundamental e médio), outros quatro trabalhos estavam relacionados com trabalhadores de Instituições de Ensino Superior, incluindo docentes, discentes e demais profissionais.

Com relação aos cuidados à saúde vocal dos professores, as intervenções demonstraram que apesar de haver recorrente associação entre os problemas vocais e o exercício profissional docente, não foi possível demonstrar estatisticamente este fenômeno (LUCHESE; MOURÃO; KITAMURA, 2010). As intervenções identificadas permearam as metodologias de “aulas expositivas, com utilização de recursos audiovisuais, apresentação oral e diálogo entre os participantes, dinâmicas de grupo e aplicação de técnicas vocais” (LUCHESE; MOURÃO; KITAMURA, 2010, p. 947), ou de grupos que difundiam “informações sobre produção e cuidados vocais; e, o conteúdo prático abordava treinamento de tarefas fonatórias básicas para aumento de resistência vocal e diminuição de tensão, conforme sugerido pela literatura” (DRAGONE, 2011, p. 1136).

Em ambos os estudos foi possível identificar dificuldades relacionadas com a participação dos professores nas atividades propostas, seja por conta da justificativa da falta de tempo, por outras relacionadas com a dificuldade de transporte ou até mesmo a desmotivação por parte dos participantes da pesquisa (DRAGONE, 2011; LUCHESE; MOURÃO; KITAMURA, 2010). Apesar de Dragone (2011) ter identificado a existência de benefícios relacionados ao grupo de trabalho com relação à preservação das vozes dos educadores, o meio científico ainda carece de mais informações sobre o real impacto destas intervenções em médio e longo prazo.

Os estudos relacionados com a saúde mental apresentaram metodologias diversas que vão desde a utilização de grupos com técnicas de sociodrama e terapia comunitária sistêmica, até atendimentos individuais. Nos trabalhos voltados aos grupos, identificou-se a aplicação de estratégias de *coping* na prevenção à síndrome de burnout em professores, caracterizado por “um esforço cognitivo e comportamental utilizado para diminuir ou tolerar as demandas advindas dos meios interno e externo” (DALCIN; CARLOTTO, 2018, p. 142), onde a partir das avaliações pré e pós intervenção foi possível confirmar parcialmente a efetividade desta estratégia.

Os trabalhos com grupos também envolveram a apresentação de textos e reflexão com os participantes, criando um espaço de diálogo e troca de experiências (RIBEIRO *et al.*, 2012), além da utilização do sociodrama por meio de objetos simbólicos para intermediar e facilitar as relações interpessoais, de modo a fomentar um cenário de promoção e prevenção em saúde (SOUZA; CASSANE, 2016), e a terapia comunitária sistêmica e integrativa, visando principalmente romper com práticas verticalizadas e descontextualizadas, criando um espaço de trocas de experiências entre os participantes, com o objetivo principal de criar estratégias de

enfrentamento mediante os problemas pautados pelos próprios indivíduos, considerando o participante como sujeito protagonista neste processo (CASTRO *et al.*, 2016).

A importância do protagonismo dos sujeitos envolvidos também é destacada por Silva *et al.* (2009), porém estes propõem uma estratégia de intervenção baseada no estudo das práticas e na forma como eles transformarão a sua realidade de trabalho a partir de uma perspectiva consciente, crítica e de auto confrontação. O programa de Promoção da Saúde a partir das Situações de Trabalho foi pautado principalmente na metodologia de ciclos com os trabalhadores, iniciando com a formação de multiplicadores e posteriormente estes personagens são os responsáveis por assumir gradualmente a gestão do ensino, fazendo com que a formação ocorra de maneira singular e fuja do viés mecanicista (SILVA *et al.*, 2009).

Permeando no rol de atividades com grupos e atendimentos individuais, o programa Saudavelmente, desenvolvido na Universidade Federal de Goiás conta tanto com atendimentos individualizados quanto com grupos, sendo destacado a estratégia de Grupo de Ajuda Mútua, caracterizado pela atuação de “servidores voluntários, para apoio aos colegas com dificuldades emocionais, e interpessoais, com problemas de alcoolismo e dependência química, estresse, inadaptação ao trabalho e outras situações que afetam a vida funcional” (BARRETO; BEZERRA, 2007, p. 59).

Outros autores dão destaque às intervenções relacionadas com a organização e limpeza do ambiente de trabalho utilizando o método 5S, caracterizado por cinco princípios (seiri, seiton, seiso, seiketsu e shitsuke) que foram criados e aplicados em empresas do Japão, porém após a aplicação da metodologia proposta observou-se uma tímida mudança de comportamento por parte dos participantes (GRECO *et al.*, 2012). Luchesi, Mourão e Kitamura (2010) também apontam para a necessidade de adaptação ambiental para a promoção da saúde dos trabalhadores, porém evidencia que estas ações devem estar atreladas com práticas multidisciplinares e pautadas em um Programa de Intervenção, necessitando para isso um certo planejamento e acompanhamento permanente dos resultados.

Identificou-se também a necessidade do desenvolvimento de atividades voltadas ao fomento do autocuidado, visto que na grande maioria dos casos os profissionais só buscam algum tipo de ajuda de forma tardia, quando o agravo em saúde já possui algum impacto negativo no desenvolvimento de sua atuação profissional (LUCHESE; MOURÃO; KITAMURA, 2010; SOARES; ZEITOUNE, 2012).

Dentre as dificuldades encontradas pelos autores, destaca-se o silêncio de alguns participantes quando foi aberto o espaço de fala para o relato de problemas, podendo sinalizar para um possível sentimento de descrença relacionado ao sistema como um todo, onde existe “a crença de que nada será mudado e que todos os problemas dependem de vontade política e de figuras superiores hierarquicamente” (CASTRO *et al.*, 2016, p. 90).

Embora os atendimentos individuais, enquanto estratégia de ensino em saúde do trabalhador, sejam necessários e importantes em diversas etapas do processo de trabalho, é possível identificar que “atender individualmente o sujeito que adocece socialmente, além de não produzir resultados duradouros e causar prejuízos ao servidor e aos cofres públicos, contribui para desmotivar todos os envolvidos no sistema” (CASTRO *et al.*, 2016, p. 92). As abordagens coletivas demonstram uma maior preferência dentre os autores pesquisados, visto que, na maioria dos casos, envolvem custos baixos e podem ser aplicadas no próprio ambiente organizacional disponível, necessitando de uma equipe técnica mínima para o desenvolvimento das atividades (CASTRO *et al.*, 2016).

Categoria Temática III: formação de acadêmicos

No rol de produções voltadas ao ensino em saúde do trabalhador direcionado à formação de acadêmicos encontramos onze trabalhos relacionados com alguma disciplina voltada à saúde do trabalhador, vigilância em saúde do trabalhador ou à medicina do trabalho, enquanto o outro estava ligado ao papel das Instituições de Ensino Superior na imunoprevenção. É possível afirmar aqui que a maioria das produções deste tópico (10 trabalhos) é ligada ao ensino na graduação, enquanto duas produções estavam relacionadas com programas de pós-graduação (residência e mestrado), sendo que em um dos trabalhos não foi possível identificar seu público alvo de intervenção, apesar de ter citado brevemente o público de alunos.

Um dos estudos voltados para a graduação indica a necessidade de práticas relacionadas com a criação de espaços de escuta, como os de supervisão profissional e acadêmica, visto que é uma alternativa viável para a promoção da troca de experiência entre os sujeitos e a criação de estratégias coletivas (DUARTE, 2015).

Outros estudos visavam ampliar o olhar dos acadêmicos de modo a favorecer o diagnóstico precoce relacionado com os agravos em saúde ocasionados pelo processo de trabalho, bem como possibilitar o cuidado adequado para promover a qualidade de vida e reduzir os índices de afastamento laboral, utilizando uma abordagem teórico-prática de ensino

em saúde do trabalhador com vivências experimentais, estudos de casos clínicos e visitas de campo (BORGES *et al.*, 2014; LACAZ *et al.*, 2013; LUCCA; KITAMURA, 2012). Neste caso, tanto Lucca e Kitamura (2012), quanto Dias *et al.* (2003) apontam para a importância do ensino da anamnese ocupacional nos cursos da área da saúde, em especial aos cursos de medicina, visto que é um instrumento de suma importância para a identificação precoce de fatores que podem levar ao adoecimento ocupacional, bem como detectar causas que estejam interferindo negativamente no tratamento realizado.

Marques *et al.* (2012) e Fernandes *et al.* (2016) sinalizam para uma fragilidade no ensino em saúde do trabalhador com acadêmicos de enfermagem, visto que existe um tímido desenvolvimento prático destas disciplinas em campo, bem como raras são as oportunidades em que existam reflexões que contemplem as relações entre o mundo do trabalho e sua associação com a saúde-trabalho-adoecimento. Já para Dias *et al.* (2003) essa pouca importância dada às disciplinas voltadas ao contexto do trabalho, especificamente na área médica, ocorre em razão da recorrente disputa por espaço curricular de outras disciplinas, bem como falta de preparo adequado por parte do docente sobre a relação saúde-trabalho, e até mesmo a visão errônea de tratar-se de uma disciplina que pode ser aprendida em qualquer outro momento além da graduação.

Outra produção aborda a utilização do psicodrama enquanto estratégia pedagógica, de forma a possibilitar a compreensão da temática a partir da representação simbólica e posterior socialização entre os discentes, utilizando técnicas relacionadas com os processos de “discutir, refletir, fazer colagem, pinturas, desenhos, dentre outras atividades acerca do conhecimento que cada um tinha sobre o assunto” (MARTINS; OPITZ; ROBAZZI, 2004, p. 115), o que também é defendido por Fernandes *et al.* (2016), principalmente com a utilização de metodologias ativas de ensino em que o discente é colocado como sujeito ativo neste processo. Por outro lado, Moreira (2006) aponta para a importância da transformação dos métodos avaliativos, saindo dos modelos hegemônicos e verticais, pautados principalmente na educação bancária descrita por Freire (1987), e passando para métodos alternativos, baseados nas artes plásticas, dramatizações e discussões, possibilitando formas mais democráticas de avaliação e que possam estimular o pensamento crítico do discente em relação aos processos de saúde ligados ao trabalho.

Os temas voltados ao ensino de vigilância em saúde do trabalhador também destacam para a necessidade do exercício prático desta disciplina, principalmente por meio de estudos de caso, dinâmicas de grupo, dramatizações e visitas técnicas e fiscalizações realizadas pelos

próprios discentes e orientadas pelo docente, sempre em permanente articulação com os equipamentos públicos do território para a promoção de ações voltadas à promoção de saúde (MONTEIRO *et al.*, 2007; ROCHA *et al.*, 2017; VASCONCELLOS; ALMEIDA; GUEDES, 2010). Os principais desafios relacionados com o ensino da vigilância em saúde do trabalhador estão relacionados com a aplicação de “pedagogias emancipatórias que colocam o sujeito-aprendiz como sujeito produtor de saber e agente político de transformação de realidade” (VASCONCELLOS; ALMEIDA; GUEDES, 2010, p. 452).

Concomitante ao ensino de vigilância em saúde do trabalhador, Santos *et al.* (2014) já indica para a importância das Instituições de Ensino Superior na conscientização do público discente, principalmente dos cursos de saúde, quanto à prevenção de doenças imunopreveníveis por meio da vacinação, principalmente em decorrência dos diversos riscos ao qual estão sendo expostos, evidenciando destaque aos de caráter biológico.

Talvez o grande desafio proposto por Vasconcellos, Almeida e Guedes (2010) seja a transformação do discente em um sujeito ativo e transformador de sua própria realidade, que possa conduzir o seu próprio processo de aprendizado, deixando aos especialistas (ou docentes) a função de auxílio e apoio. Este fenômeno é descrito por Baremlitt (2002) como auto-análise e auto-gestão, onde os indivíduos são colocados como protagonistas e responsáveis tanto por elencar suas demandas e desejos quanto pela construção de dispositivos ou recursos que possibilitem a melhora em algum aspecto de vida, iniciando pela valorização do saber espontâneo e posteriormente, em conjunto com os especialistas (docentes), estabelecer uma visão crítica sobre determinado fato.

Categoria Temática IV: formação de outros profissionais

Este tópico foi o que apresentou maior diversidade temática, sendo caracterizado principalmente por ações de ensino em saúde do trabalhador que não foram encaixadas em alguma categoria anterior ou que envolviam outros participantes além dos já citados. Os temas abordados permeiam o ensino de biossegurança, o trabalho interdisciplinar, políticas do Sistema Único de Saúde (SUS) e a preparação de servidores públicos para a aposentadoria.

Inicialmente Lacaz *et al.* (2013) faz uma reflexão crítica relacionada à omissão das Estratégias de Saúde da Família em relação aos trabalhadores de seu território, destacando que em muitos casos as equipes de saúde impõem limites estruturais relacionados à saúde do trabalhador, limitando-se ao público residente, ainda que o território seja tomado por postos de

trabalho, o que fragmenta e dificulta o desenvolvimento de políticas voltadas à vigilância em saúde do trabalhador. Uma das sugestões destacadas pelo autor seria o fortalecimento dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), de forma a fornecer suporte técnico ao SUS na “criação de grupos educativos de apoio ou projetos de intervenção, de acordo com a realidade do território” (LACAZ *et al.*, 2013, p. 82).

Além disso, o ensino de biossegurança, ou seja, de normas relacionadas aos comportamentos que visem a diminuição do risco de agravos em saúde no trabalho, deve colocar o aluno/trabalhador como um alguém participativo-transformador e dotado de saberes prévios que podem contribuir para a atividade proposta, bem como superar a lógica puramente biologicista, compreendendo o processo de trabalho a partir das concepções “históricas, humanas, sociais, éticas, econômicas, políticas, ambientais e técnicas, tendo como pano de fundo, exatamente suas ideias centrais, ou seja, seus conceitos estruturantes” (PEREIRA *et al.*, 2012, p. 1646). Ao considerarmos o aluno/trabalhador como um sujeito ativo no processo, fortalecemos o saber espontâneo destes indivíduos, que em conjunto com o saber técnico (experts) permite a construção crítica de estratégias que proporcionem a solução das demandas elencadas (BAREMBLITT, 2002).

Houve também o destaque para a importância da articulação entre as instituições do SUS, ensino e movimentos sociais, fortalecendo desta forma as ações voltadas à vigilância em saúde do trabalhador de forma a desconstruir paradigmas e fortalecer os serviços dos envolvidos, porém também destacam as dificuldades dessa articulação intersetorial, seja por conta de questões relacionadas à burocracia dos serviços de saúde, pela própria dificuldade das universidades em deixar os modelos hegemônicos de educação e partir para o campo prático ou até mesmo pelo enfraquecimento dos movimentos sociais ligados ao trabalho (PONTES; RIGOTTO, 2014; QUEIRÓZ *et al.*, 2015). Em uma das produções supracitadas foram identificadas metodologias que envolviam rodas de conversa, mapeamento territorial e visitas aos serviços de saúde, bem como a criação de um fórum voltado à vigilância em saúde do trabalhador portuário, objetivando principalmente a promoção da saúde do trabalhador a partir de uma perspectiva interdisciplinar e intersetorial (QUEIRÓZ *et al.*, 2015).

Outros autores trabalharam com a identificação dos efeitos da prática de exercício físico laboral em relação à flexibilidade e a dor, evidenciando “que o programa de exercícios no local de trabalho contribuiu para o aumento da flexibilidade e a diminuição da percepção de dor musculoesquelética auto-relatada pelos participantes” (LIMA; FERREIRA JUNIOR, 2009, p. 74), porém os autores ressaltam que é necessária uma avaliação mais ampla de outros fatores

relacionados para confirmar tal dado. Embora Lima e Ferreira Júnior (2009) tenham apontado para a diminuição da percepção da dor, existem outros estudos, que foram abordados nesta revisão, que indicam a falta de evidências científicas relacionadas com a formação/informação na prevenção dos agravos em saúde ou até mesmo em sua diminuição (LUCHESI; MOURÃO; KITAMURA, 2010; NEVES; SERRANHEIRA, 2014).

Ao planejar e realizar intervenções voltadas à prevenção de acidentes ou doenças ou à promoção da saúde dos trabalhadores no setor saúde, é recomendável observar se há participação dos trabalhadores e dos sindicatos, um modelo teórico válido para guiar as ações, métodos e instrumentos apropriados para medir os resultados em curto, médio e longo prazos, integração da intervenção com o contexto do desenvolvimento organizacional e com os projetos de reorganização, canais para comunicação facilitada entre os participantes, comunicação dos resultados obtidos e transferência do conhecimento obtido a partir da intervenção (REINHARDT; FISCHER, 2009, p. 415).

Já Marangoni e Mangabeira (2014) descreveram um programa que oferta serviços aos servidores do Distrito Federal, possibilitando ações educativas sobre aspectos relacionados com o envelhecimento humano e sua respectiva relação com o trabalho, possibilitando desta forma a promoção da saúde durante a passagem do servidor para a aposentadoria.

Os principais desafios do ensino em saúde do trabalhador

Este subcapítulo buscou realizar um compilado crítico de estudos relacionados com o ensino em saúde do trabalhador, possibilitando desta forma o fomento de pesquisas posteriores, bem como reiterando a necessidade de mais estudos voltados à temática proposta, principalmente relacionados aos estudos de impacto das intervenções de ensino em saúde do trabalhador.

Certamente as práticas voltadas ao ensino em saúde do trabalhador são diversas, onde notou-se o maior destaque às abordagens ligadas ao trabalho com grupos, seja por conta do seu maior alcance, custo-benefício ou até mesmo por conta da importância do compartilhamento de experiência entre os participantes das pesquisas. É necessário que as intervenções que visem a promoção de estratégias de ensino em saúde do trabalhador sejam horizontalizadas, de forma a promover a ampla compreensão do processo de trabalho bem como possibilitar a identificação do impacto em questões relacionadas com a saúde e a qualidade de vida do trabalhador, sendo indispensável para isso a escuta qualificada dos sujeitos, seja de forma individual ou coletiva (SILVA *et al.*, 2009).

Ao pensarmos em qualquer tipo de intervenção ligada à saúde do trabalhador, devemos considerar os aspectos psicodinâmicos do trabalho, ou seja, aqueles ligados ao processo de

significação do sujeito em relação à atividade realizada, bem como sua relação com os aspectos socioeconômicos de uma tendência neoliberal, que utiliza o sofrimento como um mecanismo para o aumento da produtividade e produção de valor econômico, sacrificando a subjetividade humana para a manutenção de um status rentável e competitivo (DEJOURS, 2004; MERLO, 2002).

Notou-se que embora tenha sido identificado um amplo rol de resultados das pesquisas supracitadas, ainda existe uma nítida carência de estudos sobre os impactos destas intervenções em curto, médio e longo prazo, bem como informações mais detalhadas acerca dos métodos e sobre a continuidade ou não das intervenções, o que nos remete à uma realidade composta majoritariamente por saberes tecnicistas, com pouca ou nenhuma compreensão da relação homem-trabalho, desconsiderando as mais diversas formas de sofrimento e dificultando a implantação de políticas profiláticas e duradouras. É comum identificarmos ações de formação profissional como única forma de prevenção do adoecimento ocupacional, caracterizadas por ações verticalizadas, descontextualizadas e esporádicas, sendo necessário, antes de qualquer tipo de intervenção, a escuta dos sujeitos e a identificação de possíveis demandas, bem como o acompanhamento em médio e longo prazo das atividades desenvolvidas (NEVES; SERRANHEIRA, 2014).

Para a efetividade das ações de ensino em saúde do trabalhador, talvez um dos caminhos mais efetivos e respaldado por diversos estudos neste subcapítulo, é o posicionamento do sujeito como protagonista de sua própria história e transformador de sua realidade social, sendo capaz tanto de ressignificar seus comportamentos quanto de difundir essas práticas entre seus pares. Logicamente não podemos simplesmente jogar toda a responsabilidade sobre os trabalhadores, sendo necessário também um conjunto de ações intersetoriais envolvendo os movimentos sociais, gestores, instituições de ensino e os equipamentos de saúde, fomentando um trabalho intersetorial e multidisciplinar que possibilite a criação de estratégias de ensino em saúde do trabalhador e conseqüentemente a promoção da saúde.

As ações de ensino voltadas à saúde do trabalhador são de fundamental importância, principalmente quando voltados à promoção de saúde e não apenas em evitar acidentes de trabalho ou outros agravos, possibilitando desta forma um cenário com resultados mais abrangentes e geralmente mais duradouros. Porém, para além do “simples” desenvolvimento de ações, é necessário também criar dispositivos que possam mensurar seus resultados e impactos mediante os objetivos propostos, possibilitando desta forma o aperfeiçoamento

permanente destas estratégias e um real impacto sobre a promoção da qualidade de vida destes indivíduos.

Para compreendermos o fenômeno estudado também é necessário perpassarmos pelo percurso histórico da saúde prisional no Brasil e pelo processo de construção da figura do agente penitenciário, tópicos estes que serão abordados nos próximos subcapítulos. Entende-se que por ser um fenômeno extremamente complexo, o ensino em saúde do trabalhador deve ser compreendido de forma longitudinal, abarcando tanto aspectos da política pública quanto características históricas da execução penal, adentrando posteriormente na realidade brasileira a partir de um panorama mais atual, conforme veremos a seguir.

2.2 O percurso Histórico da Saúde Prisional no Brasil

Breve Histórico da Saúde no Brasil até o SUS

Os problemas de saúde acompanham a humanidade desde os seus primórdios, começando a ganhar destaque a partir do momento em que a vida em comunidade mostrou a necessidade de melhorias no ambiente físico para o controle de doenças transmissíveis (ROSEN, 1994). No Brasil, desde a chegada dos portugueses até a vinda da família real não houve grandes interesses do governo em criar alguma política voltada à saúde da população, limitavam-se ao controle sanitário dos portos, que eram a principal fonte comercial da época, enquanto a população utilizava-se de conhecimentos populares, ou de boticários (farmacêuticos), com plantas e ervas para lidar com as enfermidades (POLIGNANO, 2001).

Com o crescimento da população e a eclosão de doenças, as ações em saúde tornaram-se objeto de ampla discussão, principalmente a partir da segunda metade do século XIX, onde foram criadas instâncias nacionais e internacionais visando debater sobre métodos de controle sanitário para o fluxo de pessoas e mercadorias (MERCADANTE *et al.*, 2002). O cuidado em saúde seguia a lógica filantrópica com cunho religioso, onde o Estado limitava-se a ações mediante epidemias, como foi entre o fim do século XIX, onde ocorreram ações voltadas ao saneamento e vacinação da população do Rio de Janeiro (CARVALHO, 2013).

Por volta do ano de 1923 surgiu a Lei Eloi Chaves, que foi a base da previdência social do Brasil, ela regulava o serviço das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), responsável principalmente pela concessão de aposentadorias e pensões, porém também prestava serviços médicos e medicamentosos, organizada por empresas e aplicada apenas ao trabalhador da zona urbana (POLIGNANO, 2001). Embora as CAPs tenham sido reguladas pelo Estado, esse não

participava de forma direta, tendo em vista que os custos eram cofinanciados por trabalhadores e empresas, que também realizavam a gestão dos serviços (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985).

Posteriormente as CAPs foram substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), ampliando seu alcance para as categorias de trabalhadores urbanos, de forma que cada categoria profissional era responsável por sua gestão e organização. Nota-se que a oferta de saúde era voltada aos trabalhadores da zona urbana, visando garantir as condições mínimas para favorecer o processo de industrialização, fomentando a economia da época após o declínio da agricultura e do êxodo rural (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

O serviço de previdência social foi sendo ampliado gradativamente, até que no ano de 1966 ocorreu a unificação de todos os IAPs, criando o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que além da cobertura de pessoas assalariadas que residiam no território urbano, também foi responsável pela ampliação da assistência médica por meio da compra de serviços diretamente da rede privada por parte do governo (MENICUCCI, 2014). O INPS chegou a ter o terceiro maior orçamento da união, desenvolvendo ações ligadas principalmente à assistência médica, porém também foi marcado por um déficit orçamentário significativo oriundo dos inúmeros esquemas de fraude na compra de serviços de saúde do setor privado, principalmente após a ampliação do sistema, que garantiu o acesso “[...] da assistência médica aos trabalhadores rurais, empregados domésticos, autônomos e para os casos de acidentes de trabalho” (BERTOLOZZI; GRECO, 1996, p. 388).

No ano de 1975 houve a V Conferência Nacional de Saúde, culminando na criação do Sistema Nacional de Saúde, que previa como atribuição da previdência social a disponibilização de serviços voltados à assistência em saúde de forma curativa, enquanto cabia ao Ministério da Saúde, bem como às secretarias estaduais e municipais de saúde, gerir questões relacionadas com a prevenção do adoecimento (BERTOLOZZI; GRECO, 1996). Em 1977 o INPS foi desmembrado em três outros institutos, criando o Instituto de Administração da Previdência Social (IAPAS), o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), onde o último era o órgão delegado à assistência em saúde aos seus beneficiários, ou seja, destinado apenas aos trabalhadores, e seus dependentes, que participavam da economia formal (SOUZA, 2002).

Desta forma existia uma tendência à centralização das ações em saúde em locais onde concentravam-se os trabalhadores formais, porém após a recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) para a necessidade de simplificar o acesso à saúde diante da ausência de médicos, o governo lançou o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento

(PIASS), que possuía como princípios a organização dos serviços de forma hierarquizada e descentralizada, embora ainda existia o conceito de que a centralização deveria ocorrer de forma estratégica, com serviços especializados onde havia o maior fluxo de demanda e serviços mais simples nas regiões mais periféricas (MERCADANTE *et al.*, 2002).

No fim do regime militar o modelo de saúde começa a demonstrar suas fragilidades, principalmente por conta do aumento do desemprego e crescimento da desigualdade, sendo evidenciadas pela incapacidade gerencial de lidar com problemas de endemias e epidemias, centralização na medicina curativa e dificuldades de atender a demanda com o crescimento exponencial da população marginalizada e diminuição de contribuintes (POLIGNANO, 2001). Diante deste cenário caótico, houve a tentativa de aprovação do Prev-Saúde, visando principalmente reestruturar e ampliar os serviços relacionados com a saúde, assim com as políticas de saneamento e habitação, que possuíam relação direta com os problemas da época, porém o projeto foi considerado como muito progressista e logo em seguida foi rejeitado e arquivado (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

O grande marco histórico ocorreu com a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), no ano de 1986, marcada pela participação dos usuários dos serviços de saúde e não somente de uma seleção de especialistas, como havia ocorrido nas conferências anteriores (MERCADANTE *et al.*, 2002). A partir de então, com o retorno gradual para a gestão democrática e com a Constituição Federal de 1988, o direito à saúde foi elencado no rol de direitos sociais, iniciando seu processo de universalização de acesso aos serviços ao garantir a saúde como direito de todos e responsabilidade do Estado (BRASIL, 1988).

A consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS ocorreu com sua regulamentação por meio da Lei 8.080/1990, que definiu sua estrutura básica e posteriormente foi operacionalizado por Normas Operacionais Básicas – NOB SUS (POLIGNANO, 2001). O SUS foi sustentado em princípios ligados à universalidade e equidade de acesso, à integralidade de assistência, hierarquização dos serviços, participação popular e na descentralização político-administrativa, visando garantir um sistema de saúde organizado em atribuições bem definidas, inclusive com a previsão da participação complementar por parte dos serviços privados quando a assistência na rede pública tornar-se insuficiente (BRASIL, 1990).

O principal desafio do SUS na contemporaneidade está relacionado com a ampliação dos serviços no sentido de garantir a real equidade de acesso por parte dos usuários, efetivando o preceito de resolutividade em todos os níveis de assistência (BRASIL, 1990; LUCCHESI, 2003). A falta de equidade, ou seja, a desigualdade de acesso aos serviços do SUS é evidenciada

diante de diversas dificuldades operacionais da rede de atendimento em saúde, podendo influenciar significativamente na efetividade das demais políticas públicas existentes no território e conseqüentemente elevando o risco de vulnerabilidade social de determinados segmentos populacionais.

O conceito de iniquidade de acesso aos serviços públicos está relacionado com as dificuldades por parte do usuário em acessar os equipamentos disponíveis no território, ou ainda que tenham acesso, por diversas causalidades possuem dificuldades para permanecer ou efetivar os objetivos da política pública. É válido ressaltar que apesar da condição de protagonismo por parte do usuário, os responsáveis pelo equipamento de saúde, assim como seus trabalhadores, estão diretamente ligados à essa problemática, principalmente ao executar ações em saúde deixando de considerar as especificidades regionais e a singularidade de cada indivíduo.

A iniquidade de acesso aos serviços não é uma adversidade exclusiva do SUS, possuindo efeitos que transpassam entre diversas políticas públicas e que podem agravar a condição de vulnerabilidade do sujeito, principalmente ao considerarmos que existe uma relação direta entre suas conseqüências e a inefetividade do Estado em assegurar os direitos e garantias fundamentais para a dignidade do ser humano. De acordo com Woodward e Kawachi (2000) a iniquidade em saúde está relacionada com a disparidade de acesso aos serviços por determinados grupos de pessoas, e esta distinção de tratamento ocorre por fatores que fogem do controle do indivíduo, caracterizando a iniquidade como algo injusto, que pode afetar qualquer pessoa e que é um fenômeno evitável, onde intervenções para a correção dessas disparidades são financeiramente viáveis, principalmente ao analisarmos o custo-benefício de ações de atenção primária em detrimento das atenções secundária e terciária.

De acordo com Sanchez e Ciconelli (2012, p. 267), “essas iniquidades resultam de uma estratificação social e de desigualdades políticas que rodeiam o sistema de saúde [...], fruto da forma como os sistemas de saúde criam barreiras aos usuários”. É válido salientar que a equidade difere do conceito de igualdade, enquanto na igualdade todos são iguais diante do ordenamento jurídico, na equidade há um reconhecimento das diferenças entre os indivíduos, que dessa forma precisam de tratamentos distintos visando reduzir as desigualdades existentes, ou seja, é necessário tratar os desiguais na mesma proporção de sua desigualdade por meio de políticas públicas específicas que possibilitem a promoção da saúde dentro das especificidades de cada grupo de usuários (NUNES *et al.*, 2001).

Existem inúmeras políticas de saúde voltadas aos públicos específicos, tal como crianças, idosos, mulheres, homens, pessoas com deficiência, indígenas, trabalhadores, população em situação de rua, adolescentes em conflito com a lei e pessoas privadas de liberdade, porém as políticas destinadas à equidade em saúde são direcionadas especificamente à população negra, populações do campo, da floresta e das águas, e lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (BRASIL, 2015). Embora neste artigo o enfoque seja voltado ao campo da saúde, é importante destacar que a efetivação da política de saúde depende diretamente do acesso à outras políticas sociais intersetoriais que possibilitem a redução das desigualdades existentes, adentrando na seara econômica e principalmente na educacional (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

O Surgimento da Saúde Prisional

Existem diversos documentos internacionais que normatizaram os direitos e garantias fundamentais relacionados com a saúde das pessoas presas, tal como as Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de Presos, mais conhecidas como Regras de Mandela, que foram criadas no ano de 1955 e alteradas em 2015, visando estabelecer diretrizes para o tratamento destinado às pessoas privadas de liberdade e para a gestão prisional (CAPPELLARI, 2016). Neste documento existe a previsão para que os serviços relacionados com a saúde sejam de responsabilidade do Estado, devendo seguir os mesmos parâmetros da oferta extramuros, de forma gratuita e livre de discriminação em razão da condição de pessoa presa (BRASIL, 2016b).

É válido destacar que, ainda nas Regras de Mandela, existe a recomendação para que os serviços em saúde sejam organizados de forma conjunta com os órgãos que administram a saúde pública, evitando a fragmentação das ações e promovendo a continuidade da assistência (BRASIL, 2016b). Essa recomendação é de suma importância para o contexto do sistema prisional, evitando ações isoladas e garantindo principalmente a entrada das equipes de saúde nas instituições carcerárias.

O Protocolo de Istambul, apesar de ser um manual com princípios e normas mínimas direcionadas à prevenção da tortura e de outros tratamentos cruéis, ratifica as Regras de Mandela e prevê taxativamente “[...] que todos os detidos sem discriminação tenham acesso a serviços médicos, incluindo serviços de medicina psiquiátrica, e que todos os detidos doentes ou que solicitem tratamento sejam examinados diariamente” (ONU, 2001, p. 14), caracterizando também a privação de cuidados em saúde como um dos métodos de tortura. Quanto ao serviço de saúde o protocolo cita que além das obrigações regimentares, os profissionais da saúde também devem zelar pelo sigilo e possuem o dever moral de proteger os

detidos contra toda forma de tratamento cruel, principalmente através de denúncia de comportamentos que provoquem risco à saúde (ONU, 2001).

Com relação ao tratamento de mulheres presas, existem as “Regras de Bangkok”, que elencam uma série de necessidades específicas do público feminino dentro do cárcere, estabelecendo parâmetros a serem seguidos nos atendimentos voltados à saúde, ressaltando, dentre outros, a obrigatoriedade de todo(a) funcionário(a) que trabalhe em estabelecimentos com mulheres presas deve receber treinamentos específicos para as demandas femininas, principalmente em questões de saúde da mulher, primeiros-socorros e detecção da necessidades de cuidados relacionados com a saúde mental (BRASIL, 2016c). Neste documento, os serviços de saúde permanentes devem alcançar as crianças que convivem com as mães em prisões, agindo paralelamente com os equipamentos de saúde comunitária (extramuros) e demais profissionais incumbidos pela supervisão do desenvolvimento da criança (BRASIL, 2016c), noções estas que foram ratificadas por meio da Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional (BRASIL, 2014b).

Já a “Declaração de Kiev” norteou uma série de regras específicas para a saúde de mulheres em prisões europeias, buscando estabelecer uma crítica ao sistema prisional, que é majoritariamente projetado ao público masculino, e consolidar uma forma de organização para os cuidados específicos às demandas em saúde de mulheres encarceradas. O documento traz uma série de dados relacionados com a saúde da mulher encarcerada, destacando que as mulheres em prisões são vítimas recorrentes de abusos físicos e sexuais, a prevalência de transtornos mentais, o uso e abuso de substâncias químicas, a grande proporção de vitimização por conta do histórico de vida, muitas vezes com abusos infantis e violências domésticas, e o elevado índice de doenças sexualmente transmissíveis, que atingem patamares maiores do que na população masculina (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Apesar da Declaração de Kiev possuir alcance e estudos específicos para mulheres privadas de liberdade das prisões europeias, suas diretrizes e recomendações são de significativa utilidade para a promoção e aperfeiçoamento das políticas de saúde prisional no Brasil, sendo necessário um estudo posterior visando a tradução e adequação deste documento para a realidade das prisões brasileiras. Enquanto as Regras de Bangkok mostram-se mais generalistas, voltadas para a maioria dos procedimentos de uma unidade prisional, a Declaração de Kiev trouxe o foco para os cuidados em saúde, buscando corrigir as iniquidades de gênero na saúde prisional por meio de ações direcionadas para as especificidades do público feminino (BRASIL, 2016c; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Pode-se dizer que, no Brasil, a primeira previsão expressa de assistência à saúde para as pessoas privadas de liberdade foi definida pela Lei de Execução Penal – LEP, onde elencou em a assistência em saúde tanto na prevenção quanto no cuidado, aplicando-se ao preso e ao internado (BRASIL, 1984). Posteriormente, no ano de 1988 com a atual Constituição Federal houve a garantia para que as mulheres privadas de liberdade possam permanecer com seus filhos mesmo após o nascimento e durante todo o período de amamentação, porém o texto da LEP só foi alterado após a Lei 11.942/2009, onde foi garantido à mulher o acompanhamento médico, incluindo o pré-natal, pós-parto e se estendendo ao recém-nascido, incluindo também nos estabelecimentos penais a previsão de berçários e creches para crianças de até sete anos de idade (BRASIL, 1988, 2009b).

No ano de 1990, por meio da Lei Nº 8.080/1990, foi criado o Sistema Único de Saúde – SUS, sendo pautado pelos princípios, dentre outros, da universalidade de acesso, integralidade de assistência e descentralização, visando principalmente os serviços em saúde organizados de acordo com sua regionalização e hierarquização, de modo a permitir a resolutividade em todos os seus níveis de assistência e evitando a duplicidade de serviços para fins idênticos (BRASIL, 1990). A população privada de liberdade não foi citada de modo expreso no texto da Lei Nº 8.080/1990, tornando necessária a publicação da Portaria Interministerial Nº 1.777, de 09 de Setembro de 2003, que criou o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), onde “[...] prevê a inclusão da população penitenciária no SUS, garantindo que o direito à cidadania se efetive na perspectiva dos direitos humanos” (BRASIL, 2004a, p. 10).

Nota-se que ao prever a inclusão das pessoas privadas de liberdade no SUS, entende-se que anteriormente a universalidade de acesso não alcançava o sistema penitenciário brasileiro, sendo necessária uma Portaria Interministerial para possibilitar a regulação dos serviços neste contexto. O PNSSP trouxe um avanço significativo para a saúde prisional, caracterizado por uma gestão de recursos compartilhada, utilizando um incentivo do Piso de Atenção Básica, onde o Ministério da Saúde financiava 70% do valor e os outros 30% eram de responsabilidade do Ministério da Justiça (BRASIL, 2004a).

Outro ponto válido é a caracterização da equipe técnica mínima proposta pelo PNSSP, sendo composta por médico, enfermeiro, odontólogo, psicólogo, assistente social, auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório dentário, com carga horária de 20 horas semanais e abrangendo uma população carcerária que poderia variar entre 100 e 500 pessoas privadas de liberdade, já para estabelecimentos com menos de 100 pessoas, a carga horária mínima era de 4 horas semanais (BRASIL, 2004a). O PNSSP funcionou com o sistema de adesão facultativa

aos Estados e Municípios, possibilitando que os mesmos utilizassem os profissionais de saúde já existentes nas respectivas secretarias, desde que cumprissem a carga horária proposta nos estabelecimentos penais, porém ficou evidente que diante das peculiaridades da saúde no sistema prisional as equipes possuíam desfalque em razão da desproporcionalidade entre o quantitativo de demanda para os profissionais estabelecidos na equipe mínima.

Mais de dez anos após o PNSSP, houve a revisão da política de saúde prisional por meio da Portaria Interministerial Nº 1, de 2 de Janeiro de 2014, que instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), trazendo diversos avanços, principalmente na adequação das Equipes de Saúde no Sistema Prisional (ESP) e a ampliação do público alvo, voltando-se também aos servidores das instituições carcerárias, familiares das pessoas privadas de liberdade e demais pessoas que são afetadas pelo contexto da execução penal (BRASIL, 2014a).

A PNAISP foi desenvolvida com o objetivo principal de universalizar as ações que já eram desenvolvidas no âmbito do SUS, tornando os equipamentos de saúde dos presídios em Unidades Básicas de Saúde Prisional e desta forma passassem a ser visualizadas como equipamentos da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2014c). Suas normas de operacionalização foram instituídas pela Portaria Nº 482, de 1 de abril de 2014, que definiu os tipos e quantitativo de profissionais por Equipe de Atenção Básica Prisional (EABP), variando de acordo com o quantitativo de pessoas privadas de liberdade por estabelecimento prisional (BRASIL, 2014d).

Ao compararmos com o PNSSP, a PNAISP trouxe uma tímida alteração no quantitativo de profissionais por equipe com a inclusão do médico psiquiatra e de outras profissões (nutricionista, farmacêutico e fisioterapeuta), bem como houve a revisão na carga horária, onde a EABP de tipo I possui carga horária obrigatória de 6 horas semanais para estabelecimentos com até 100 presos, a de tipo II deve cumprir 20 horas semanais para populações entre 101 e 500 presos, e a de tipo III deve cumprir 30 horas semanais para uma unidade prisional entre 501 e 1200 pessoas presas. Para quantitativos superiores de pessoas privadas de liberdade, podem ser incluídas mais Equipes de Atenção Básica Prisional, seguindo os parâmetros do Anexo V da Portaria Nº 482, de 1 de abril de 2014 (BRASIL, 2014d).

A adesão ainda é facultada aos Estados e Municípios, sendo que o montante de recursos variam de acordo com o tipo e quantidade de equipes, partindo do valor de R\$ 3.957,50 e podendo chegar até R\$ 42.949,96 por equipe, com um acréscimo de até 70% deste valor de acordo com a proporção da população prisional em relação à população geral do município e

com o índice de desempenho do SUS municipal (BRASIL, 2014d). Todo o custeio da PNAISP não é mais compartilhado, como era no PNSSP, agora os recursos saem diretamente do Fundo Nacional de Saúde, por meio do Ministério da Saúde, e são destinados aos fundos municipais, distritais e estaduais de saúde (BRASIL, 2014d).

Todos os registros de atendimentos em saúde das equipes devem ser lançados no sistema e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), podendo o recurso ser suspenso no caso de descumprimento da carga horária, ausência por noventa dias consecutivos de qualquer um dos profissionais das equipes ou da alimentação de dados no sistema. Destaca-se que todos os serviços ofertados pela EABP em saúde devem estar articulados e integrados a uma Unidade Básica de Saúde de referência do município, ou seja, aquela que contempla o território da Unidade Prisional, garantindo a integralidade da assistência e a continuidade dos serviços em saúde (BRASIL, 2014c).

Um dos avanços mais significativos da PNAISP ocorreu com a criação do Grupo Condutor, que é formado pelos dirigentes estaduais da saúde, justiça, administração prisional e do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), contando com o apoio institucional do Ministério da Saúde e de outros órgãos integrantes da execução penal. Este Grupo Condutor tem como atribuições principais mobilizar, apoiar, monitorar e avaliar as ações da PNAISP, identificando e apoiando na solução de possíveis pontos críticos da política em sua implantação e implementação (BRASIL, 2014c).

Notoriamente a política de saúde prisional foi alavancada nos últimos anos em razão do crescimento exponencial da população privada de liberdade, porém ainda enfrenta dificuldades estruturais, principalmente com a não obrigatoriedade de adesão por parte dos municípios. É válido salientar que a população prisional é contada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) como residente dos municípios, de forma que as instituições prisionais são categorizadas como domicílios coletivos, ou seja, os municípios já recebem recursos das outras esferas de governo contabilizando a população prisional, tornando o valor recebido com a PNAISP como um “incentivo” para a manutenção dos serviços em saúde dentro dos estabelecimentos penais (BRASIL, 2010a).

Com a ausência de interesse dos municípios, que observam as instituições prisionais como obrigação única do Estado, as Secretarias de Saúde ao assumir a gestão, se deparam com diversos outros percalços, tal como o desafio de executar a atenção básica sendo que o nível de gestão estadual é voltado principalmente para ações de média e alta complexidade (BRASIL, 1996). E quando até mesmo as secretarias estaduais de saúde se eximem de assumir a gestão da

saúde prisional, os órgãos responsáveis pela administração penitenciária são obrigados a realizar a gestão da saúde prisional, ocasionando, muitas vezes, a fragmentação e a duplicidade de serviços para fins idênticos, rompendo com os princípios do próprio SUS (BRASIL, 1990).

As secretarias de administração penitenciária (ou congêneres) enfrentam diversas dificuldades técnicas ao assumir questões voltadas à saúde prisional enquanto ator principal, principalmente na compra de insumos e ao tentar realizar o referenciamento na própria rede de atenção à saúde, uma vez que o estabelecimento prisional por si só, não é considerado como um equipamento da Rede de Atenção à Saúde. Ocorre que com a omissão dos gestores estaduais e municipais de saúde, as secretarias de administração prisional são forçadas a executar uma atividade fim para a qual não estão habilitadas, acarretando em um prejuízo considerável ao usuário e ao serviço.

Os prejuízos decorrentes da omissão pela maioria dos gestores de saúde não são limitados às questões de pessoal, passando por dificuldades de articulação do próprio serviço no sentido de garantir a resolutividade da assistência em saúde, independente do seu nível de atenção. Grande parcela das ações em saúde são fragmentadas e não contam com dados sólidos que possibilitem o direcionamento para estratégias mais adequadas, limitando-se às ações pontuais, semelhantes aos mutirões de saúde, e que visam basicamente cumprir o calendário de vacinação e de demais campanhas instituídas pelos órgãos de saúde, ou até mesmo por intervenções tardias em casos de surtos de doenças infectocontagiosas.

Uma das saídas encontradas pela administração prisional é a terceirização dos serviços voltados à assistência da pessoa privada de liberdade, incluindo a assistência em saúde, acarretando no aumento das despesas com a manutenção da saúde por parte das secretarias de administração prisional, o que não significa necessariamente um serviço de maior qualidade. Quando são geridos pelas secretarias de administração prisional, os serviços de saúde funcionam de forma paralela ao próprio SUS, acobertando diversos problemas de saúde pública que acontecem dentro da unidade prisional, de forma que até os dias atuais dificilmente encontraremos dados sólidos relacionados com a saúde da população prisional, tal como a incidência de tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis, óbitos e etc.

Sem dúvidas faz-se necessária a reformulação da política de saúde prisional, principalmente no sentido da garantia da municipalização dos atendimentos em saúde dentro das unidades prisionais, possibilitando desta forma que os atores sejam protagonistas em suas esferas de atuação, de forma que os órgãos de saúde façam sua parte e a administração prisional seja encarregada de garantir a infraestrutura e a segurança das equipes. Para além disso,

considerando que saúde não é apenas a ausência de doença, é necessário que os atores de outras políticas públicas também adentrem no sistema prisional, como a política de educação, assistência social, cultura e etc, possibilitando desta forma a ampliação da rede de serviços e a garantia do atendimento integral ao indivíduo privado de liberdade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1946).

É válido salientar que a política de saúde, enquanto assistência à saúde da LEP, perpassa por todos os outros níveis de assistência (material, jurídica, educacional, social, religiosa e ao egresso), de forma que qualquer tipo de desarticulação intersetorial reverbera de forma significativa no cuidado à saúde da pessoa privada de liberdade (BRASIL, 1984). Desta forma houve significativo retrocesso com a publicação da Resolução Nº 6/2017 do CNPCP, que retirou das Diretrizes para a Arquitetura Prisional a obrigatoriedade dos módulos de ensino e trabalho dentro de unidades prisionais, contrariando os princípios da própria LEP onde estes módulos trariam direitos garantidos à pessoa privada de liberdade (BRASIL, 2017a).

A ausência ou a fragmentação das políticas públicas refletem o descaso em relação ao sistema prisional em que, seguindo uma lógica higienista e de segregação de determinados segmentos sociais, os gestores limitam-se à desenvolver ações estritamente necessárias para assegurar que as pessoas continuem vivas, mesmo que em sofrimento, para que desta forma, sob um discurso socialmente aceitável, possa haver uma retribuição em forma do castigo ao suposto inimigo da sociedade de bem (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2012; MELLIM FILHO; PASSETTI, 2009; MORAES, 2013). Ao mesmo tempo devemos salientar que o sistema prisional possui suas especificidades e a política desenvolvida não pode ser idêntica ao que é realizado nas atividades extramuros, principalmente ao considerarmos que o próprio cenário do sistema prisional fomenta o adoecimento quase que propositalmente, criando diversos obstáculos para a atuação das equipes de saúde.

As Medidas de Segurança e a Saúde Mental no Sistema Prisional

Os casos relacionados com transtornos mentais dentro do contexto prisional são recorrentes, seja por parte das pessoas privadas de liberdade ou até mesmo por demais pessoas relacionadas com o contexto da execução penal. Diante deste cenário torna-se necessária a abordagem do contexto relacionado com as medidas de segurança, que influenciam diretamente na execução das políticas de saúde voltadas ao sistema prisional, principalmente ao considerarmos que grande parte das demandas em saúde estão relacionadas com o sofrimento psíquico.

Uma das principais demandas atreladas ao sistema prisional é a recorrente necessidade por parte de determinada parcela da sociedade em retomar ao conceito positivista, associando transtornos mentais com o crime, de forma que determinados indivíduos que possuem certas características teriam maior propensão a violar as normas sociais, caracterizados como “criminosos natos” e que necessitam de isolamento eterno pelo simples fato de serem incorrigíveis (LOMBROSO, 2007). De certa forma o próprio ordenamento jurídico brasileiro favorece este entendimento, principalmente ao indicar na própria Lei de Execução Penal que a medida de segurança se encerra apenas após seja averiguado, por meio de exames, a cessação da periculosidade (BRASIL, 1984).

Como se não bastasse todo este cenário pautado na lógica manicomial, o Art. 59 do Código Penal Brasileiro ainda atribui ao juiz de direito, dentre outras competências, a de analisar fatores como antecedentes, conduta social, personalidade do agente e etc para computar o tempo da pena (BRASIL, 1940). O que é mais preocupante é que dificilmente um profissional da saúde mental conseguiria realizar essa complexa análise, ainda que municiado com um vasto aparato de instrumentos, em um curto período de tempo e atendendo toda a demanda oriunda da esfera penal, quiçá um juiz de direito, com pouco ou nenhum embasamento teórico e que na maioria dos casos não dispõe de uma equipe técnica de apoio, restando nada mais que a simples arbitrariedade na aplicação da pena, pautado quase sempre em critérios higienistas e estigmatizantes.

Historicamente o sistema prisional tornou-se um local de segregação da população mais vulnerável, apoiado no discurso em que determinados estratos sociais poderiam ser um risco ao convívio harmônico da sociedade, incluindo as pessoas com transtornos mentais e os dependentes químicos (MELLIM FILHO; PASSETTI, 2009). De acordo com o Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (INFOPEN), no Brasil existem cerca de 28 estabelecimentos destinados aos cumpridores de medidas de segurança para um público de 2.497 pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei (BRASIL, 2014e, 2016a).

Certamente o número de pessoas portadoras de transtornos mentais que estão em estabelecimentos penais é muito maior que o citado pelo INFOPEN, seja pelo aprisionamento de pessoas com transtornos mentais ou pelo desenvolvimento de psicopatologias durante o período de encarceramento. A fragmentação das políticas de saúde prisional dificulta o levantamento de dados reais, caracterizando um cenário repleto de subnotificações e dados que são acobertados ou simplesmente ignorados pelos gestores.

A medida de segurança tem sido amplamente debatida no campo das políticas públicas, principalmente no campo da saúde mental, no sentido de garantir a articulação da rede intersetorial para o cumprimento da pena, o tratamento adequado e a reinserção social destes indivíduos com transtorno mental que estão privados de liberdade. Porém a Lei de Execução Penal (BRASIL, 1984) cita em seu Art. 172 que a execução da medida de segurança aconteceria em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), contrariando os princípios norteados posteriormente fixados pela Lei Nº 10.216/2001, que norteou a Reforma Psiquiátrica no Brasil (BRASIL, 2001):

A Reforma Psiquiátrica vem tentando substituir o hospital psiquiátrico por uma rede de serviços diversificados, regionalizados e hierarquizados, orientada não exclusivamente para uma mera supressão de sintomas, e sim para a efetiva recontextualização e reabilitação psicossocial da pessoa com um transtorno mental. Assim, apresenta como princípios: a centralidade da proteção dos direitos humanos e de cidadania das pessoas com transtornos mentais; a necessidade de construir redes de serviços que substituam os hospitais psiquiátricos; e a pactuação de ações por parte dos diferentes atores sociais, a fim de melhorar o estado de saúde mental da população (CORREIA, 2006, p. 89).

Neste sentido, o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCC) publicou a Resolução Nº 05/2004, que norteou as diretrizes para o cumprimento de medidas de segurança, adequando-as à previsão da Lei nº 10.216/2001. Tal normativa previa o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, porém determinou a integração deste equipamento à rede de cuidados do SUS, passando a ser regulada pelos “padrões de atendimento previstos no Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH/Psiquiatria e aos princípios de integralidade, gratuidade, equidade e controle social” (BRASIL, 2004b, p. 2).

É importante ressaltar que apesar da previsão da existência do HCTP no âmbito prisional, a referida normativa já previa que nos “[...] estados onde não houver Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico os pacientes deverão ser tratados na rede SUS” (BRASIL, 2004b, p. 2). Logo, entende-se que a política foi direcionada para a interrupção progressiva dos serviços prestados pelos HCTP e início do encaminhamento na própria rede do SUS, garantindo ao cumpridor da medida de segurança o “[...] seu retorno à comunidade de referência e acesso a serviços territoriais de saúde” (BRASIL, 2004b, p. 2).

Posteriormente, o CNPCC publicou a Resolução Nº 04/2010, que alterou as diretrizes para a execução das medidas de segurança, trazendo a previsão em seu Art. 4º que a internação aconteceria apenas mediante laudo médico e “na rede de saúde municipal com acompanhamento do programa especializado de atenção ao paciente judiciário” (BRASIL, 2010b, p. 2), consolidando a recomendação para que as autoridades responsáveis pela execução penal evitassem a internação em manicômios judiciários (ou HCTP).

Concomitantemente às diversas discussões relacionadas com a luta pelo fim do modelo manicomial no tratamento dos portadores de transtornos mentais que estão no sistema de justiça, o próprio CNPCP excluiu da Resolução nº 9/2011, que dispõe sobre a arquitetura penal, a alínea que previa os HCTP (ou Serviço de Atenção ao Paciente Judiciário), uma vez que buscou promover a desinstitucionalização das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, de forma que a internação passou a ser a exceção da regra e aplicada apenas quando as outras medidas forem insuficientes (BRASIL, 2014f). Além da exclusão do HCTP, a Resolução Nº 2, de 10 de fevereiro de 2014, trouxe em seu preâmbulo a consolidação da Lei Nº 10.216/2001, ratificando que a construção de novos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico não era mais justificável em razão a perda de sua finalidade e gradual extinção, baseando-se nas prerrogativas do cuidado, prevenção e inclusão social das pessoas portadoras de transtornos mentais em conflito com a lei no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2014f).

Neste mesmo ano, o CNPCP publicou a Resolução Nº 1/2014 que define a operacionalização das Equipes de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei – EAP, possuindo o objetivo de articulação entre a Rede de Atenção à Saúde (RAS), o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e o Sistema de Justiça Criminal (BRASIL, 2014g). A EAP deve ser implantada e implementado pelo Grupo Condutor da PNAISP em nível estadual, que deve buscar o aperfeiçoamento das estratégias de cuidado à saúde de pessoas portadoras de transtornos mentais em conflito com a lei (BRASIL, 2014g).

De acordo com a Portaria MS/GM Nº 94 de 2014, que instituiu o serviço da EAP, a equipe é composta por um enfermeiro, um médico psiquiatra ou com experiência em saúde mental, um psicólogo, um assistente social e um profissional com formação na área de ciências humanas, sociais ou saúde, atuando com a carga horária mínima de 30 horas semanais e sob a coordenação do gestor estadual da saúde (BRASIL, 2014h). A portaria estabelece ainda uma série de atribuições dotadas aos gestores da saúde em nível federal, estadual e municipal, indicando que a competência de gerir e monitorar o serviço da EAP é da Secretaria de Saúde Estadual, enquanto cabe ao município, por meio da respectiva Secretaria de Saúde Municipal, a articulação dos dispositivos de atenção em saúde e assistência social para a efetivação do Projeto Terapêutico Singular (BRASIL, 2014h).

Existe também a Recomendação Nº 35/2011 do Conselho Nacional de Saúde, que sugeriu aos Tribunais a adoção de políticas antimanicomiais por meio da mobilização dos mais diversos segmentos sociais, do diálogo, das parcerias com a sociedade civil e articulação das

políticas públicas que existem no território. Estas políticas públicas extrapolam o âmbito da justiça, adentrando no campo da saúde e da assistência social, necessitando de uma conjuntura intersetorial para a efetivação destas práticas (BRASIL, 2011).

Infelizmente a realidade prisional é divergente, onde dificilmente encontraremos Unidades da Federação em que essa recomendação é de fato efetivada, ainda que para uma pequena parcela da população carcerária, esbarrando em diversos obstáculos, como a subnotificação de pessoas privadas de liberdade com transtornos mentais, visto que muitas vezes estes casos ficam restritos às equipes de saúde das unidades prisionais e que nem sempre estão em constante comunicação com a Rede de Atenção Psicossocial, como é o caso da gestão terceirizada dos presídios. Os hospitais de custódia, que preferimos chamar de manicômios judiciários, são um nítido retrocesso para a política de saúde mental no ambiente carcerário, retomando a lógica ainda mais explícita de criminalização e exclusão da pessoa em sofrimento psíquico, abrindo um precedente histórico para a criação de depósitos humanos em condições ainda piores do que a atual realidade prisional.

Verifica-se que, de acordo com as resoluções supracitadas, existe uma indicação por parte do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária pela gradativa extinção dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, logo, as pessoas com transtornos mentais e dependentes químicos privados de liberdade devem ser referenciados na rede de atenção, contemplando as políticas públicas de saúde, assistência social e de justiça. Ressalta-se que o encarceramento das pessoas com transtornos mentais e dependentes químicos reflete um conjunto de políticas públicas compartimentalizadas e desarticuladas, que, somadas aos constantes discursos de lei e ordem, fomentam a estigmatização da pobreza e aumento das desigualdades sociais.

Diante do exposto, é de fundamental importância o acionamento de todas as pastas ligadas à execução penal, uma vez que cada órgão público deve executar suas competências de forma articulada e intersetorial, principalmente no sentido de fortalecer o Grupo Condutor Estadual da PNAISP e implantar a EAP nos Estados. Tal articulação deve contar com a efetiva participação dos órgãos do poder executivo, do legislativo e do judiciário, uma vez que essas ações, caso sejam executadas de forma fragmentada, dificilmente cumprirão o que é disposto na legislação vigente.

A Política de Saúde Voltada ao Trabalhador do Cárcere

No ordenamento jurídico brasileiro a atenção à saúde ocupacional foi prevista inicialmente na Constituição Federal de 1988, onde destacou em seu Art. 200 que é de competência do Sistema Único de Saúde – SUS a execução de ações voltadas à saúde do trabalhador (BRASIL, 1988). Posteriormente, por meio da Lei Nº 8.080/1990, houve a ratificação deste eixo de atuação no SUS, definindo a saúde do trabalhador como um conjunto de ações de vigilância epidemiológica e sanitária com o objetivo de promover, proteger, recuperar e reabilitar a saúde dos trabalhadores que forem expostos aos agravos em saúde oriundos da atividade laboral (BRASIL, 1990).

Apesar da previsibilidade legal, a saúde de fato foi contemplar o Sistema Prisional a partir da Portaria Interministerial Nº 1.777, de 09 de setembro de 2003, que criou o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário – PNSSP, onde fez a previsão expressa da inclusão das pessoas privadas de liberdade no SUS (BRASIL, 2003). Em contraponto com a entrada do SUS no sistema prisional brasileiro, surgiu a lacuna em razão da falta de previsibilidade legal expressa da assistência em saúde aos servidores do cárcere, baseado no entendimento ainda recorrente de que os mesmos poderiam ser referenciados em seus respectivos territórios.

Dez anos após a PNSSP houve a revisão da política por meio da Portaria Interministerial Nº 1, de 2 de Janeiro de 2014, que instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional – PNAISP, que trouxe diversos avanços, principalmente ao nortear a inclusão de trabalhadores da execução penal, familiares e demais pessoas que possuem relação com as pessoas privadas de liberdade nas ações de prevenção de agravos e promoção da saúde (BRASIL, 2014a). É possível notar que existe uma lacuna temporal considerável entre a Lei 8.080/90, que regula o Sistema Único de Saúde, e a PNAISP, que instituiu o serviço de saúde dentro do sistema prisional, ampliando seu atendimento para as demais pessoas afetadas pela execução penal, porém é válido considerar que as ações de PNAISP, em detrimento do atual cenário dos presídios brasileiros e da situação de vulnerabilidade deste público, são prioritariamente direcionadas às demandas das pessoas privadas de liberdade.

As dificuldades elencadas na assistência à saúde de pessoas privadas de liberdade não são diferentes das direcionadas aos servidores do cárcere, que em um ambiente organizacional propenso ao adoecimento encontra pouco ou nenhum apoio institucional no sentido de garantir a prevenção do adoecimento e a promoção da saúde. Ao procurar apoio em instituições extramuros, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), o agente penitenciário pode se

deparar com situações conflitantes em que encontram egressos do sistema prisional, impondo ainda mais resistências no cuidado.

O próprio fenômeno do adoecimento é visto com certo preconceito por parte dos servidores, visto que pode culminar no desvio de função e perdas salariais, além de questões ligadas à honra junto aos colegas de trabalho (MINAYO; ASSIS; OLIVEIRA, 2011). A perspectiva de não reconhecer suas limitações e os sinais do adoecimento podem acarretar em diversos agravos em saúde, principalmente ligados a desequilíbrios psíquicos e diversas outras patologias ligadas diretamente ao estresse excessivo (SILVEIRA; SOUZA, 2014).

O cuidado direcionado à saúde do trabalhador no sistema prisional brasileiro é de suma importância, principalmente ao considerarmos que estes servidores são os principais responsáveis pela execução da legislação vigente do sistema prisional, e são aqueles que possuem mais contato com a população privada de liberdade. Ao considerarmos que o servidor adoecido pode ter seu senso crítico prejudicado, assumimos a possibilidade de que a falta de cuidado direcionado aos trabalhadores do cárcere também pode ocasionar em uma série de violações aos direitos das pessoas privadas de liberdade, gerando um ciclo de violência que dificilmente pode ser contido apenas no âmbito administrativo.

De certa forma a atenção voltada à saúde do trabalhador, de acordo com a PNAISP, deveria alcançar todos os níveis de assistência, com ações por parte das equipes de saúde paralelas às ações desenvolvidas ao público privado de liberdade e demais pessoas afetadas pelo contexto da execução penal (BRASIL, 2014a). Porém em razão da alta demanda oriunda das pessoas custodiadas atrelada ao número insuficiente de profissionais, torna-se inviável o fomento contínuo de ações voltadas à saúde do trabalhador, resultando em ações pontuais e desarticuladas com a Rede de Atenção à Saúde.

Os Principais Desafios e Potencialidades da Saúde Prisional no Brasil

Um dos principais desafios relacionados à execução de políticas voltadas a pessoas privadas de liberdade está na falta de condições estruturais dentro dos estabelecimentos penais, principalmente após a Resolução Nº 6/2017 do CNPCP que retirou a obrigatoriedade de determinados módulos dentro da arquitetura penal, incluindo os módulos de ensino e trabalho. Concomitante à falta de estrutura, é possível elencar que a maioria das unidades prisionais possui estruturas antigas e insalubres, caracterizadas por locais com ventilação e iluminação precárias, ocasionando principalmente doenças respiratórias e infectocontagiosas (BRASIL, 2017b; ORNELL *et al.*, 2016; TRINDADE, 2011).

Apesar das pessoas privadas de liberdade estarem em maior vulnerabilidade em razão de sua condição jurídica, a insalubridade dos equipamentos penais não afeta apenas este público, de forma que as demais pessoas envolvidas no contexto da execução penal também são atingidas pela precariedade das prisões brasileiras, acarretando em possíveis agravos em saúde aos servidores do sistema prisional, familiares (de servidores e de pessoas presas) e até moradores do entorno do estabelecimento penal. As consequências deste ambiente não refletem apenas em questões biológicas, interferindo também em questões psicossociais, ligadas principalmente à vivência de recorrentes experiências que elevam as tensões e da iminência do perigo.

Na Constituição Federal existe a previsibilidade legal de que não existirá a transcendência da pena, ou seja, a pena deve ser executada com direcionamento único ao condenado, inexistindo a possibilidade teórica de que outra pessoa possa ser penalizada simplesmente por relações consanguíneas ou afetivas com a pessoa condenada (BRASIL, 1988). De acordo com Roig (2018), ao analisarmos o contexto da execução penal com mais atenção podemos perceber que os efeitos causados pela execução penal afetam as demais pessoas envolvidas neste cenário, sendo possível substituir o termo “intranscendência penal” pela “transcendência penal mínima”, de forma que o Estado busque minimizar as consequências da pena por meio de ações paliativas.

Infelizmente essa ideia de “transcendência penal mínima” é utópica, visto que qualquer ação estatal no contexto carcerário possui efeitos significativos na vida das pessoas privadas de liberdade, familiares, servidores e demais pessoas envolvidas neste contexto, onde até a própria omissão estatal provoca uma série de violações de direitos, e conforme veremos no capítulo posterior, os familiares e os servidores encontram-se tão presos quanto à população privada de liberdade, no final todos cumprem uma parte da pena de forma direta ou “indireta”. Neste contexto o objetivo do Estado deve ser o de proporcionar a efetivação dos direitos de todos aqueles envolvidos pelo contexto da execução penal, para que desta forma o real objetivo da pena seja efetivado, que é o de reinserção social.

Ao pensarmos sobre o perfil sociodemográfico da população privada de liberdade, encontramos um novo desafio, relacionado principalmente com a precariedade de acesso aos serviços de saúde em um período que antecede ao cárcere, uma vez que esta população geralmente é oriunda das regiões onde as políticas públicas são escassas. A partir do momento em que o indivíduo passa a estar sob a custódia direta do Estado, este é obrigado a garantir o amplo acesso aos serviços de saúde, o que muitas vezes nunca foi disponibilizado ou acessado

anteriormente pelo indivíduo, ocasionando diversos entraves gerenciais diante da alta demanda para a limitada disponibilidade do serviço no contexto prisional.

Concomitante à alta demanda, a própria arquitetura penal aliada aos procedimentos de segurança dificultam o manejo de pessoas privadas de liberdade por parte dos agentes penitenciários, uma vez que em muitos casos as unidades prisionais encontram-se com lotação acima do recomendado e com o efetivo de servidores insuficiente. O processo de manejo de pessoas presas até o serviço de saúde é longo e constitui um dos fatores limitadores ao serviço, uma vez que o percurso entre a cela e a sala de atendimento é desenvolvido com diversos procedimentos necessários à segurança da unidade prisional.

O estigma existente sobre as pessoas presas também é um elemento limitador para a política de saúde dentro do contexto prisional, tendo em vista que para grande parcela da população existe grande preconceito relacionado com a condição jurídica destas pessoas, pautados em discursos da lei e da ordem em que o crime deveria justificar a ausência de direitos (ARGÜELLO, 2005). O discurso de lei e ordem, além de interferir na aplicabilidade das políticas públicas, também reflete na falta de interesse por parte dos profissionais de saúde (e de outras políticas) em atuar no sistema prisional, principalmente ao considerarmos que o estigma também pode recair sobre o trabalhador do cárcere e culminar em sua exclusão social (RUDNICKI; SCHÄFER; SILVA, 2017).

Por outro lado, a efetivação das políticas públicas, em especial as relacionadas com a saúde e educação, pode interferir significativamente nos efeitos do cárcere sobre o indivíduo, principalmente no tocante aos índices de reincidência criminal, que revelam a capacidade do estabelecimento penal em cumprir o seu objetivo principal: a reintegração social das pessoas privadas de liberdade (BRASIL, 1984). Porém, para isso é necessário que exista a efetiva articulação intersetorial e transversal entre os atores responsáveis pela execução e planejamento das políticas voltadas ao sistema prisional, e isso inclui membros do poder executivo, legislativo e judiciário da União, Estados e Municípios (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

Ao garantirmos os direitos previstos no ordenamento jurídico, além da contribuição para a reintegração social, deve-se priorizar o desenvolvimento da autonomia e do protagonismo social do sujeito privado de liberdade, bem como restaurar os laços afetivos que possivelmente foram rompidos ou fragilizados em decorrência da execução penal. Embora a garantia de direitos contribua significativamente, ela por si só pode possuir dificuldades em cumprir todos os objetivos da pena, sendo necessária uma real remodelação do sistema de segurança pública, partindo da transformação do atual modelo policial, focado prioritariamente na repressão,

perpassando pela seletividade penal e culminando em novos moldes de execução penal, que diferem da lógica puramente higienista.

A partir do estudo direcionado ao percurso histórico da saúde prisional no Brasil é possível observar que esta política avançou de maneira significativa, principalmente nos últimos vinte anos com o lançamento do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário – PNSSP, que posteriormente foi substituído pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional – PNAISP. Apesar dos avanços existem desafios estratégicos relacionados com a capacidade estrutural das unidades prisionais, escassez de materiais de trabalho e de equipes de saúde, perpassando também pela fragilidade da política de saúde prisional, uma vez que foi instituída por uma Portaria Interministerial e pode ser alterada ou suprimida conforme o entendimento dos governantes, independente de consulta pública ou qualquer outro tipo de participação popular dos principais interessados: seus usuários.

Porém com a tendência para a privatização do sistema prisional, visto que existe um lobby de empresas especializadas na área, pendemos para o sucateamento das políticas penitenciárias para justificar a terceirização das atividades que seriam do governo, onde o discurso predominante sustenta a opinião de que onde acontece a terceirização, as atividades de ressocialização são “efetivadas”. O que pouca gente comenta é que o custo de uma unidade terceirizada supera significativamente o de uma unidade operada pelo Estado, que pode ser três vezes maior (ESTADÃO, 2017), além disso o que falta é gestão e planejamento por parte do poder público, sendo que o que é pago para uma empresa inclui os lucros e o custo real da administração prisional, caso todo este recurso fosse investido na reestruturação e aparelhamento de unidades prisionais com certeza teríamos um cenário menos bizarro que o atual.

O atual processo de encarceramento que possui cor e classe social, cujo ápice se dará com o pacote anticrime, e a tendência a tornar as prisões cada vez mais insalubres e sucateadas (verdadeiras máquinas de moer gente) são pressupostos de uma necropolítica cirúrgica e cuidadosa para a abertura dos caminhos que levarão a privatização dos presídios brasileiros, seguindo o modelo americano (como se tornou moda no governo atual e quase todos os campos). Toda essa lógica é pautada em uma suposta cientificidade de “experts” que rotineiramente continuam criando dispositivos estigmatizantes e que procuram reduzir a singularidade humana, fortalecidos pela ânsia de retribuição pelo castigo corporal (BAREMBLITT, 2002; RAUTER, 2007)

Os resultados da política de saúde prisional dependem de uma articulação intersetorial entre as políticas voltadas ao sistema prisional, além de terem relação direta com a oferta das demais políticas no contexto extramuros, seja ele no período que antecede ou posterior ao encarceramento. A garantia de direitos sociais possui relação direta com o fenômeno do encarceramento, principalmente em decorrência da condição de acesso a serviços públicos de qualidade, garantindo a equidade de acesso como forma de possibilitar a redução das desigualdades sociais.

O cárcere assumiu o papel implícito de afastar da sociedade aquelas populações tidas como problemáticas e acaba tornando-se depósito de pessoas vistas como uma ameaça, sendo composto prioritariamente por usuários de drogas, portadores de transtornos mentais e pessoas socioeconomicamente menos favorecidas (BAREMBLITT, 2002; CARVALHO, 2010). É fato que o atual modelo prisional remonta aos sistemas punitivos da antiguidade, sendo destinado à falência enquanto método de reintegração social e alvo de diversas tentativas de métodos alternativos para o cumprimento da pena privativa de liberdade, exemplo disso é a Associação de Proteção e Assistência aos Condenados – APAC, que remonta um modelo de gestão baseado na corresponsabilidade com seus usuários (MALUF; SANCHEZ, 2014).

Independentemente dos processos que envolvem as discussões sobre possíveis modelos alternativos à prisão, é necessário que a política de saúde seja efetivada no atual modelo de sistema prisional, garantindo o cumprimento de todos os princípios norteadores do SUS e complementados com a PNAISP. Um avanço importante seria no sentido de garantir a municipalização dos atendimentos de atenção básica dentro das unidades prisionais, zelando pela gestão compartilhada e a continuidade dos serviços.

Ainda que existam recursos que consideram a população privada de liberdade como residentes de determinado município, o incentivo financeiro por meio da PNAISP é de suma importância para a continuidade e ampliação dos serviços, uma vez que por meio dele é possível desenvolver ações articuladas e voltadas para a assistência em saúde. Para além da disponibilização dos recursos, é necessário repensar o modelo de custódia, uma vez que a figura do agente penitenciário é um ator fundamental no planejamento, execução e manutenção das políticas públicas voltadas à população privada de liberdade, exercendo suas atribuições em consonância com a legislação vigente e de forma articulada com as equipes de saúde.

2.3 Entre o Algoz, o Carrasco, o Carcereiro e o Agente Penitenciário: uma construção histórica

O nascer mitológico

A construção da figura do agente penitenciário acompanha os períodos da própria criminologia, perpassando pelos diversos modelos de execução penal, porém sua função principal foi praticamente inalterada: a de executar a sentença mantendo a justiça (ou as pessoas por ela representadas) à uma distância segura do condenado (FOUCAULT, 1987).

Existem diversas características da construção histórica deste agente na criminologia, porém iniciaremos aqui a análise oriunda da própria Mitologia Grega, tempo em que elementos nos remetem fortemente à figura do executor da pena. Após vencer a batalha contra Cronos, Zeus, Posêidon e Hades dividiram o reino da terra, o primeiro ficou responsável pela parte luminosa e terrestre, enquanto o segundo com os elementos líquidos, mares e rios, já o terceiro ficou com o subterrâneo, aonde iam os mortos (POUZADOUX, 2001).

Dentro do reino subterrâneo encontramos uma estrutura que permeia a figura de três personagens básicos, sendo Hades o governante e autoridade máxima, o barqueiro Caronte que levava os mortos sepultados em troca de uma moeda, e o Cérbero, um cachorro de três cabeças que permanecia na entrada do reino, embora fosse amável ao receber os mortos, impedia ferozmente qualquer um que tentasse retornar ao mundo dos vivos (POUZADOUX, 2001). Em uma breve analogia é possível comparar essas três figuras com o atual sistema de justiça criminal, sendo a figura do Hades caracterizada pelo Estado, aquele que comanda todas as outras figuras existentes neste território, o Caronte como a figura policial, responsável por recolher os mortos em troca do pecúlio remuneratório, mortos estes representados por sombras que ameaçam o mundo dos vivos, ficando ao Cérbero a figura do agente penitenciário, caracterizado por um elemento que era incumbido de fazer com que a pena fosse executada e que utilizava a força quando achasse necessário para manter as normas locais e impedir fugas (POUZADOUX, 2001).

A figura dos magistrados aparece nos julgamentos realizados no mundo subterrâneo por outros três personagens (Minos, Éaco e Radamanto), que decidiam, a partir da vida pregressa, para qual local os mortos iriam, ficando o Campo Elísios aos heróis e pessoas virtuosas, a Planície de Asfódelos para aqueles que não possuíam crimes e virtudes, e o Soturno Tártaro aos culpados por algum erro (POUZADOUX, 2001). Qualquer semelhança com o atual sistema criminal não é mera coincidência, reflete a lógica puramente segregatória que simboliza as

prisões através do Soturno Tártaro, local onde os infelizes recebem uma punição eterna com penas proporcionais às faltas cometidas (POUZADOUX, 2001).

Outra semelhança com outras fases históricas é caracterizada pela carruagem utilizada pelo deus do mundo subterrâneo, retratada no episódio em que Hades sequestra Perséfone e surge “num carro puxado por quatro cavalos negros” (POUZADOUX, 2001, p. 28). Tal característica será retratada com mais afinco nos próximos tópicos, mas nos remete à constante associação entre a cor preta e os agentes da segurança pública, aqueles que exercem o poder estatal e institucional, aqueles que se utilizam do processo de desindividuação, do anonimato, para reduzir e se afastar dos sentimentos de responsabilidade pessoal (BAREMBLITT, 2002; ZIMBARDO, 2018).

A Transformação das Penas

A evolução do direito penal é subdividida em alguns períodos históricos caracterizados principalmente a partir do desenvolvimento social dos indivíduos e suas relações de poder, caracterizados por longos processos de transformação entre cada um dos momentos até chegarmos na atualidade, sendo que até hoje existem resquícios históricos de cada um destes períodos no atual modelo de execução penal.

Inicialmente houve o período denominado como reação social, caracterizado por pequenos grupos de indivíduos que procuravam manter a paz entre si, fazendo com que aquele que transgredisse as normas, ainda implícitas, seria punido por meio de sua expulsão, tal atitude se justificava sob a premissa de acalmar os deuses e evitar que todos sofressem com sua ira (CALDEIRA, 2009). Ressalta-se que neste período o executor da pena era o próprio grupo, ou, de acordo com as crenças mitológicas, eram executadas pela vontade dos deuses, manifestada pelos fenômenos da natureza (CALDEIRA, 2009).

Um segundo momento é caracterizado pela vingança privada, contextualizada diante do crescimento das aglomerações humanas, onde ocorreram subdivisões em grupos, fazendo com que nascesse a Lei de Talião e o princípio da proporcionalidade, de forma que a agressão seria revidada na mesma proporção, partindo do ofendido em direção ao agressor, o famoso “olho por olho, dente por dente” (CALDEIRA, 2009, p. 261). No âmbito da vingança privada a figura do executor sai do coletivo e passa para o ofendido, causando idêntica retribuição ao dano provocado pelo agressor.

Com a evolução das sociedades e o fortalecimento das instituições religiosas, deu-se início ao período denominado como vingança divina, marcado principalmente por normas

baseadas em dogmas religiosos, de forma que o indivíduo passa a ser punido com o objetivo de reconquistar a graça do(s) deus(es) (CALDEIRA, 2009). Neste momento inicia-se a formação de um poder soberano que colocava à prova a inocência dos julgados por meio das ordálias, provas físicas que poderiam demonstrar a inocência das pessoas, por exemplo, “se a pessoa andasse sobre o fogo e não tivesse queimaduras, seria inocente; do contrário, seria culpada” (CALDEIRA, 2009, p. 262)

A partir da perpetuação e desenvolvimento das ordálias, iniciou-se um novo processo denominado vingança pública, visando principalmente a prevenção das infrações por meio de demonstrações públicas (suplícios) do que aconteceria com quem ousasse transgredir as normas (CALDEIRA, 2009). Neste momento a figura do algoz, ou também denominado como carrasco, começa a aparecer, sendo que “não é simplesmente aquele que aplica a lei, mas o que exibe a força; é o agente de uma violência aplicada à violência do crime, para dominá-la. Desse crime ele é o adversário material e físico” (FOUCAULT, 1987, p. 69).

Os suplícios não passavam de cruéis demonstrações da perversidade humana, demonstrações públicas que chegavam aos carrascos por meio do poder estatal, “o poder soberano que o obrigava a matar, e que agia através dele, não estava presente nele: não se identificava com sua fúria.” (FOUCAULT, 1987, p. 70). Certamente o carrasco funciona como um intermediador, uma engrenagem, elemento fundamental para a manutenção do poder absoluto, longe de ser um sujeito totalmente passivo e inocente diante do contexto, requintando determinadas sentenças com resquícios torpes de crueldade (FOUCAULT, 1987).

Porém, de tão cruéis, os suplícios começaram a gerar cada vez mais comoção em prol do condenado, principalmente ao considerarmos o quadro caótico europeu com o aumento da pobreza e dos crimes em razão das inúmeras guerras religiosas, forçando a transferência da pena por meio de castigos corporais para um tipo de sofrimento mais discreto: o castigo da alma (CALDEIRA, 2009; FOUCAULT, 1987).

A punição pouco a pouco deixou de ser uma cena. E tudo o que pudesse implicar de espetáculo desde então terá um cunho negativo; e como as funções da cerimônia penal deixavam pouco a pouco de ser compreendidas, ficou a suspeita de que tal rito que dava um “fecho” ao crime mantinha com ele afinidades espúrias: igualando-o, ou mesmo ultrapassando-o em selvageria, acostumando os espectadores a uma ferocidade de que todos queriam vê-los afastados, mostrando-lhes a frequência dos crimes, fazendo o carrasco se parecer com criminoso, os juízes aos assassinos, invertendo no último momento os papéis, fazendo do supliciado um objeto de piedade e de admiração (FOUCAULT, 1987, p. 13).

Inicialmente os suplícios começaram a ser executados longe das vistas populares e por motivos que permeiam fortemente a esfera econômica, visto que a classe de criminosos poderia

ser submetida aos trabalhos forçados, produzindo desta forma riquezas sob a justificativa moral de correção (FOUCAULT, 1987). Acontece então a transformação da figura do carrasco, não necessariamente deixando sua crueldade de lado, porém passa a zelar pelo cumprimento da disciplina nestes estabelecimentos, “já não ocorrem as afrontas físicas; o carrasco só tem que se comportar como um relojoeiro metuculoso” (FOUCAULT, 1987, p. 17).

A função do agente que executa a pena passa a ser o de garantir o perfeito funcionamento dessas instituições, caracterizadas por regras rígidas de controle explícitas por uma equipe dirigente, incumbido principalmente por exercer o papel de vigilância e controle sobre todos aqueles que estão sob sua tutela, garantindo o cumprimento dos objetivos propostos (GOFFMAN, 1974).

O surgimento do atual modelo penal ocorreu com a inauguração de Mettray, em 22 de julho de 1840, considerado por Foucault (1987) como o marco inicial do sistema penitenciário moderno e a concretização da passagem dos suplícios para um meio inacessível ao público, onde a pena passou a ser um segredo conhecido apenas pelo condenado e justiça (FOUCAULT, 1998).

Concomitante ao processo de institucionalização dos condenados, houve o movimento denominado como a Grande Internação, caracterizado principalmente pelo aprisionamento de pessoas marginalizadas sob o discurso de promoção da “assistência pública, acolhimento, correção e reclusão” (SILVA *et al.*, 2008, p. 10), sendo que na verdade sua função era a exclusão do convívio social e busca pelo tratamento moral através da tutela (GODOY; BOSI, 2007). O discurso sobre a função do cárcere reverberou no tempo e nem sempre foi apresentado da forma como realmente é, tendo seus objetivos camuflados de naturalidade, desejo e lógica para cumprir sua função histórica de exploração, dominação e mistificação (BAREMBLITT, 2002).

Ao analisarmos o traçado histórico do executor das penas e do próprio sistema de justiça criminal é possível identificar um dado alarmante, o que nos mostra um significativo retrocesso na execução penal, onde a própria sociedade do espetáculo, fortalecida por discursos de lei e ordem, fomenta o retorno dos suplícios, agora por meio de espetáculos gravados em dispositivos audiovisuais que são morbidamente compartilhados vastamente em redes sociais. O corpo esquartejado e as histórias disseminadas nas mídias sociais ganham cada vez mais atenção, é a barbárie humana pulverizada em forma de espetáculo, algo que tenta (e muitas vezes consegue) convencer a sociedade de quão perversas são as pessoas presas.

Um exemplo dos suplícios pós-modernos está nas recorrentes veiculações, principalmente por dispositivos de mensagens instantâneas, de fotos e vídeos de atrocidades que ocorrem durante rebeliões em instituições carcerárias, como foi o caso de Altamira-PA, com pelo menos 62 mortes oficiais (BRUM, 2019). A barbárie deu lugar ao espetáculo midiático e o que mais chamou atenção não foram as condições degradantes em que estes indivíduos foram submetidos, tão pouco as dezenas de famílias desamparadas, mas sim o discurso presidencial ao ratificar a atual política de promoção da morte dizendo que “problemas acontecem” (AMARAL, 2019), fortalecendo ainda mais o espetáculo da dor alheia e a banalização do mal.

As maneiras de matar não variam muito. No caso particular dos massacres, corpos sem vida são rapidamente reduzidos à condição de simples esqueletos. Sua morfologia doravante os inscreve no registo de generalidade indiferenciada: simples relíquias de uma dor inexaurível, corporeidades vazias, sem sentido, formas estranhas mergulhadas em estupor cruel (MBEMBE, 2016, p. 142).

Os suplícios modernos não são os únicos problemas deste cenário, existe uma retomada da figura do carrasco por meio das forças de segurança pública, porém o carrasco pós-moderno é composto tanto pelo personagem do executor quanto do juiz, em verdadeiros tribunais de rua (ou de presídios) que sentenciam pessoas sob a justificativa torpe de que a justiça não funciona, logo é preciso corrigir esses erros e fazer a justiça por si próprio, com as próprias mãos. Este é um erro recorrente e que infelizmente não reconhece que, ao colocar-se como justiceiro/inquisidor, a pessoa acaba por cometer crimes tão ou mais bárbaros do que os de quem é “julgado”, “o terrível paradoxo da Inquisição é que o desejo fervoroso e comumente sincero de combater o mal produziu um mal em proporções jamais vistas” (ZIMBARDO, 2018, p. 29).

Questões como a transformação dos profissionais da segurança pública, aqui retratada pela figura do agente penitenciário, permeiam uma série de condições a qual este profissional é submetido no ambiente de trabalho, adentrando em aspectos que foram abordados na obra “Efeito Lúcifer” de Philip Zimbardo e que serão detalhados nos tópicos a seguir. Não cabe aqui nos colocarmos em um patamar de julgamento destes profissionais, visto que certamente se submetidos às mesmas condições, muitos de nós teríamos comportamentos semelhantes ou até piores, conforme aconteceu nos diversos experimentos da obra supracitada, porém é de suma importância repensar estratégias para que essas condições que despertam nossa perversidade latente sejam atenuadas ou suprimidas de vez, se é que isso é possível no atual modelo de sistema prisional (ZIMBARDO, 2018).

Um panorama da realidade brasileira

Atualmente o sistema prisional brasileiro é regulado pela Lei de Execução Penal – LEP (BRASIL, 1984), porém se compararmos o modelo vigente com o que existia no surgimento das prisões veremos que ocorreram tímidas mudanças em relação à forma de cumprir sua função principal, que seria a prevenção criminal e reintegração social da pessoa privada de liberdade. As principais mudanças ocorreram em decorrência da própria evolução dos direitos relacionados à pessoa humana em tratados internacionais, em especial as “Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de Presos”, mais conhecido como Regras de Mandela (BRASIL, 2016b).

Embora o ordenamento jurídico brasileiro tenha um entendimento consolidado quanto aos objetivos da pena e suas formas de execução, a prática diverge do seu discurso, tendo como finalidade principal a segregação de pessoas consideradas como risco ao convívio social. Além da segregação de pessoas, o próprio poder judiciário possui papel crucial na seletividade penal, que é a seleção e controle de determinados estratos sociais (MELLIM FILHO; PASSETTI, 2009), na maioria das vezes caracterizados por pessoas em estado de vulnerabilidade social e ou estigmatizados.

O panorama brasileiro nos revela um perfil da população carcerária majoritariamente composta por pessoas pretas ou pardas (63,6%), jovens entre 18 e 29 anos (54,06%), com ensino fundamental incompleto (51,35%), solteiros (55,42%) e que cumprem pena por roubo ou tráfico de drogas (BRASIL, 2017c). Esses dados nos remetem ao processo de seletividade penal, que embora não tenha sido catalogado pelo Departamento Penitenciário Nacional – DEPEN, possui origem principalmente no encarceramento de pessoal em possível situação de vulnerabilidade social, em sua maioria originadas das periferias.

Ressalta-se que de forma alguma as pessoas com este perfil são propensas a cometer mais crimes, porém tal dado nos revela que esta categoria de indivíduos está mais vulnerável ao encarceramento, enquanto pessoas com melhores condições socioeconômicas dificilmente permanecem no cárcere, seja pela maior facilidade no acesso aos mecanismos da justiça ou até mesmo pela avaliação subjetiva dos magistrados quanto ao perfil do acusado ao decidir se este representa ou não um risco à sociedade.

Com relação aos profissionais do sistema prisional é possível observar que Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (BRASIL, 2016a) totalizou 105.215 servidores, sendo que desses 78.163 ocupavam cargos de agente penitenciário (ou congêneres), 8.900 ocupavam cargos relacionados com as rotinas administrativas, 3.440 são servidores da carreira policial militar ou civil, 11.678 desenvolvem atividades técnicas de nível superior

(enfermeiros, psicólogos, médicos, professores e etc) e 3.034 desenvolviam outras funções. Estes dados salientam que além do déficit considerável na função de agente penitenciário, também existe uma defasagem por parte das equipes técnicas que promovem ou articulam as políticas de reintegração social dentro das unidades prisionais, dificultando ainda mais o cumprimento do objetivo principal da privação de liberdade, ressaltando que o enfoque da pena é em atividades de segurança e custódia, objetivando a manutenção das pessoas presas separadas da sociedade (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2012).

Na profissão de agente penitenciário existem diversas dificuldades, dentre elas podemos elencar o constante clima de tensão organizacional que permeia o ambiente prisional, repleto por riscos à integridade física, psicológica e social do trabalhador. No âmbito dos riscos à integridade física pode-se citar a constante possibilidade de rebeliões e o adoecimento por agentes patogênicos que são considerados comuns em grandes aglomerações humanas, principalmente em ambientes fechados, tal como tuberculose, conjuntivite, dermatites e etc.

No rol de riscos à integridade psicológica é possível considerar que atividades relacionadas com a segurança pública são elencadas como as que mais podem levar ao estresse laboral, uma vez que exige do indivíduo grande sobrecarga física e emocional, que “somado à pressão da sociedade que clama por eficiência a todo momento, afeta a saúde, gera desgastes, insatisfação e provoca estresse e sofrimento psíquico” (LIPP; COSTA; NUNES, 2017, p. 47). Um estudo realizado com 355 trabalhadores do sistema prisional de Washington apontou que os índices de estresse pós-traumático (19%) eram equivalentes aos de soldados que participaram da guerra no Afeganistão e superiores ao encontrado nas outras forças policiais, sendo que estes trabalhadores possuíam até seis vezes mais chances de adoecer se comparados com a população em geral (JAMES; TODAK, 2018).

Para Minayo, Assis e Oliveira (2011), existem três níveis de agravos à saúde de pessoas que trabalham em instituições policiais, o primeiro deles é relacionado com as causas externas, caracterizadas principalmente por lesões que causam incapacidade temporária ou permanente, o segundo nível é relacionado com o estilo de vida dessas pessoas, marcado por irregularidade no sono, deficiências nutricionais, sedentarismo e da ausência de laços sociais. O terceiro nível está relacionado com a combinação de riscos da própria atividade policial com o estilo de vida dessas pessoas, onde existe a predominância de doenças crônicas relacionadas com o sistema cardiovascular e digestivo.

O aspecto social talvez seja um dos mais impactados com a atividade de segurança, uma vez que “sua função não se resume apenas ao serviço diário, implica também constante estado

de alerta, mesmo nas horas de lazer” (LIPP; COSTA; NUNES, 2017, p. 47). Este estado de alerta pode restringir a participação do indivíduo em círculos sociais e até limitar sua presença e de seus familiares em determinados locais em prol da segurança, criando um cenário de risco virtual em que o indivíduo imagina possíveis consequências de situações de perigo que nem sempre são reais.

Como se não bastassem os riscos inerentes à profissão, é possível citar o cenário organizacional como um facilitador do adoecimento, composto por disputas de poder, conflitos interpessoais, remuneração inadequada, invisibilidade social ou até mesmo a marginalização do sujeito (BEZERRA; ASSIS; CONSTANTINO, 2016). De acordo com Rudnicki, Schäfer e Silva (2017), a figura do agente penitenciário é constantemente associada com características de pessoas truculentas e desonestas, uma vez que “as notícias veiculadas passam a imagem de um servidor corrupto no que atende às solicitações da demanda carcerária em detrimento a questões éticas” (NERY, 2012, p. 98).

Toda essa problemática, associada aos diversos tipos de pressão que o servidor no cargo de agente penitenciário pode sofrer, acaba fomentando um território fértil para o adoecimento ocupacional, aumentando significativamente os índices de afastamentos para tratamento de saúde e reduzindo a expectativa e a qualidade de vida do sujeito. O agravante dessa situação seria a ausência de políticas públicas específicas para este público, reduzindo as chances de prevenção e redução dos agravos à saúde do servidor, causando a dispensa de um significativo montante de recursos apenas para o custeio, manutenção e readaptação de servidores adoecidos em razão de suas funções.

Ressalta-se que as consequências do adoecimento do servidor público não influenciam apenas sua realidade biopsicossocial, atinge diretamente na função da execução penal, que é a de garantir a integração social da pessoa privada de liberdade de forma harmônica (BRASIL, 1984). O ciclo das violações de direito é retroalimentado, de forma que o servidor adoecido pode negligenciar direitos das pessoas privadas de liberdade, que por sua vez assumem o papel de disputa e reivindicação, nem sempre pacificamente, pelo que lhes foi negligenciado e acabam agravando ainda mais as tensões das relações no ambiente prisional.

É válido salientar que a figura do agente penitenciário não assume contexto de passividade dentro do contexto prisional, exerce a representação estatal diante das pessoas que estão sob sua tutela. De acordo com Baremlitt (2002) a instituição assume um dinamismo intermediado por seus agentes, que são os principais protagonistas das práticas que são executadas e que operam transformações em determinada realidade.

O agente penitenciário possui papel crucial no cumprimento da execução penal, uma vez que é o elo entre o juiz da execução e o apenado, devendo cumprir as determinações para o cumprimento da pena, por meio da custódia de pessoas privadas de liberdade, zelando pela segurança e pela efetivação das atividades de ressocialização/integração social do condenado e do internado. No Brasil, em razão do atual cenário de superlotação das unidades prisionais atreladas a um imaginário policiaisco, as atividades dos agentes penitenciários são, em sua maioria, limitadas à segurança dos estabelecimentos, buscando inibir tentativas de fugas e entrada de objetos ilícitos.

Por muito tempo a imagem policial esteve (e ainda está) presente no cenário das unidades prisionais brasileiras, principalmente a Polícia Civil, criando uma nítida sobreposição de atribuições entre as esferas policial, judicial e penitenciária, de forma que cada órgão possui funcionalidades específicas e que são definidas em lei própria (TAVARES, 2014). A sombra do policial reside na figura do agente penitenciário, criando uma nítida barreira entre o servidor público e a pessoa privada de liberdade, dificultando desta forma o cumprimento dos objetivos propostos pela Lei de Execução Penal.

O Projeto de Emenda Constitucional Nº 308/2004, que tramita nas casas legislativas do Brasil, possui o objetivo da criação da polícia penitenciária federal e das polícias penitenciárias estaduais, incumbindo principalmente atribuições relacionadas com a segurança interna e externa dos estabelecimentos penais, execução de atividades policiais preventivas, investigativas e ostensivas, recaptura de presos foragidos e etc (LIMA, 2004). Nota-se que existe uma tendência em priorizar as atividades voltadas à segurança em detrimento de outras relacionadas com o caráter ressocializador da pena, concretizando a principal função subliminar da prisão “que é segregar certos indivíduos considerados como parte indesejável da sociedade” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2012, p. 30).

As atividades mais comuns aos agentes penitenciários são relacionadas ao cuidado com o ergastulado (pessoa privada de liberdade), como a distribuição de alimentação e materiais de necessidades pessoais, escoltas para atendimentos técnicos, hospitais e audiências, manutenção da ordem e disciplina dentro dos complexos/celas, revistas pessoais, sentinela e comunicação com familiares/visitantes. Nota-se que a função exige constante relação entre o servidor e a pessoa privada de liberdade, podendo criar vínculos de confiança/desconfiança que influenciarão de forma significativa na efetivação da política pública supracitada.

A formação dos agentes penitenciários no Tocantins

O processo de formação dos agentes penitenciários no Estado do Tocantins é algo recente e que está em constante transformação, porém é possível delinear um traçado histórico de como esta profissão foi ganhando identidade neste território. Inicialmente os serviços de custódia eram executados basicamente pela própria Polícia Civil nos estabelecimentos conhecidos como cadeias públicas, porém com o crescimento da massa carcerária houve a necessidade da ampliação dos estabelecimentos penais bem como a criação de um cargo específico.

A primeira normativa que trata deste personagem foi a Lei Nº 581, de 24 de agosto de 1993, que elenca no rol da Polícia Civil a figura do Agente Carcerário, posteriormente alterado pela lei nº 932, de 16 de outubro de 1997 para a nomenclatura de Agente Penitenciário, sendo o requisito básico a escolaridade de nível médio completo (TOCANTINS, 1993, 1997).

O primeiro concurso realizado para o cargo foi no ano de 2002, oferecendo cem vagas de provimento efetivo, porém as etapas só foram concluídas em 2003, onde ocorreu a nomeação direta dos servidores (TOCANTINS, 2002). Não existem evidências históricas de que tenha ocorrido qualquer tipo de formação básica para estes servidores antes de sua entrada no sistema prisional tocantinense, inclusive muitos ainda relatavam que simplesmente haviam sido jogados nas unidades prisionais, sem ao menos saber o correto manuseio do armamento ou de rotinas de segurança.

Por questões políticas houve uma nova alteração na nomenclatura deste cargo e estes profissionais passaram a ser enquadrados como “Agentes de Polícia”, concomitantemente houve a criação de um novo cargo para suprir a figura do agente penitenciário, então denominado em 2013 como Técnico em Defesa Social (TOCANTINS, 2013). Esta cisão ocorreu principalmente a partir de uma discussão em nível nacional sobre a necessidade de distinção entre as entidades que fazem parte do processo penal, mostrando a incongruência que ocorre quando o mesmo órgão é incumbido tanto da investigação quanto da custódia do mesmo indivíduo, colocando em risco os princípios legais do ordenamento jurídico brasileiro (TAVARES, 2014).

Com essa distinção entre os cargos seria possível fazer com que os agentes de polícia retornassem para sua secretaria de origem (Secretaria de Segurança Pública) e os então Técnicos em Defesa Social assumissem gradualmente a gestão das unidades prisionais, já na então Secretaria de Defesa Social, hoje chamada de Secretaria da Cidadania e Justiça.

O concurso para o cargo de Técnico em Defesa Social foi realizado ainda no ano de 2014, porém após um moroso trâmite entre as fases do concurso o curso de formação ocorreu apenas no ano de 2016 e a posse respectivamente em 2017. O curso de formação foi realizado no período de um mês com carga horária de 360 horas de aula, subdividido em eixos de atuação: administração penitenciária (96 horas); saúde e qualidade de vida (40 horas); segurança e disciplina (108 horas); relações humanas e reinserção social (64 horas); além do estágio supervisionado (24 horas) e de outras atividades complementares (28 horas).

As disciplinas relacionadas com a parte teórica em sua maioria eram ministrados por docentes contratados pela empresa terceirizada que realizou o curso de formação, enquanto as disciplinas mais voltadas para a prática foram realizadas por agentes da Polícia Civil, trazendo grande influência sobre o modo operacional do trabalho prestado, principalmente com a recorrente sombra policial que ainda permeia o sistema prisional tocantinense.

Principalmente nas disciplinas práticas pôde-se notar que existia um desejo implícito de causar sofrimento no outro por meio dos rituais institucionais, ainda que em um ambiente teoricamente controlado e sob diversas justificativas de doutrinas operacionais que não estão escritas em qualquer estudo científico ou material didático. Esses rituais são replicados a partir de experiências vivenciadas e com uma certa dose de criatividade e perversidade, “as ferramentas de ofício da Inquisição ainda estão presentes em prisões ao redor do mundo, em centros civis e militares de interrogatório, onde a tortura é o procedimento operacional padrão” (ZIMBARDO, 2018, p. 29-30).

Estes rituais fazem parte do processo de desindividuação, em que a pessoa deixa sua singularidade e passa a comportar-se enquanto coletivo, isso é necessário para que a cadeia de comando hierárquico funcione, visto que “os poderosos não costumam fazer o trabalho sujo eles mesmos, do mesmo modo que os chefões da máfia deixam os assassinatos para os subalternos” (ZIMBARDO, 2018, p. 31). Esse processo de desindividuação permite com que o sujeito desligue seus padrões morais temporariamente, protegido por um suposto anonimato, ao mesmo tempo em que os rituais são componentes elementares para a manutenção do poder dos servidores mais antigos, torna-se necessário demonstrar fisicamente quem comanda este território (ZIMBARDO, 2018).

Quando as pessoas se sentem anônimas em uma situação, como se ninguém soubesse sua verdadeira identidade (e, portanto, ninguém provavelmente se importasse), elas podem ser mais facilmente induzidas a tomar posturas antissociais (ZIMBARDO, 2018, p. 310).

O processo de formação da maioria das forças policiais é composto por cerimônias que muito se assemelham aos suplícios, são demonstrações de virilidade onde um tenta provar ao outro o quão “macho” um ser humano pode ser, visto que para compor um “seleto” grupo de indivíduos é necessário abdicar de todo e qualquer conteúdo racional e abraçar os instintos mais primitivos de sobrevivência, afinal, formam-se máquinas de cumprir ordens e moer gente. Dificilmente um ser humano completará este processo melhor do que em seu estágio inicial, muito provavelmente o desejo primário será o de retribuir o mal sofrido por meio do sofrimento do outro, temos nitidamente um mecanismo de defesa em que há o deslocamento das pulsões e a terceirização da culpa, mas ao contrário do que muitos pensam, essa retribuição possui um custo e na maioria dos casos ocasionará danos imensuráveis à saúde mental destes indivíduos.

Para além dos rituais, existiu uma constante tentativa de desumanizar os indivíduos custodiados, de tratá-los como obstáculos para o bom desenvolvimento da sociedade, bem como de recriminar toda e qualquer ação que possa favorecê-los, “ao identificar certos indivíduos ou grupos como estando fora da esfera humana, os agentes desumanizadores suspendem a moralidade que pode normalmente governar ações razoáveis para com seus semelhantes” (ZIMBARDO, 2018, p. 430). A ideia de que a população carcerária seja a provável causa dos males existentes naquele local é tão antiga quanto as próprias concepções medievais, dificultando ainda mais os trabalhos voltados à promoção de singularidades e principalmente ao preparo do indivíduo para a vida extramuros.

Também é possível identificar que um estágio supervisionado de vinte e quatro horas não é suficiente para que os candidatos tenham a mínima noção do que é o real trabalho e rotina carcerária, muito menos se os rituais supracitados tomarem a maior parte do tempo de atividades. Logicamente o curso como um todo é extremamente frágil, onde procura-se dizer que houve um investimento em qualificação profissional e o Estado passa a se eximir da responsabilidade, visto que as informações necessárias para o bom desempenho das funções teoricamente foram repassadas, como se o indivíduo fosse culpado por tê-las absorvido ou não.

Como veremos posteriormente, é de suma importância que esta formação inicial, bem como as formações permanentes, possuam um caráter científico e inovador, e não simplesmente seja pautado na replicação de comportamentos comprovadamente ineficazes na solução dos problemas de segurança pública. Essa cultura institucional faz com que as práticas se perpetuem com o tempo e se comparado às instituições do período da grande internação, constataremos poucas ou nenhuma diferença com relação ao trato das pessoas privadas de liberdade.

Com a crescente absorção das funções que eram da Polícia Civil, o quadro próprio de Técnicos em Defesa Social iniciou um movimento reivindicando a alteração da nomenclatura, buscando principalmente uma possível equiparação salarial com os então agentes de polícia e a entrada em uma possível instituição policial que surgirá se ocorrer a aprovação da Polícia Penal no âmbito legislativo federal, conquistando no ano de 2019 a alteração para o nome de “Agentes de Execução Penal”. Outras questões também são pautas recorrentes, como o aumento salarial, atualmente em R\$ 2.949,74 (bruto) e sendo considerado como um dos mais baixos do país, o pagamento de periculosidade, adicional noturno, horas extras, aquisição de material bélico de uso pessoal, bem como coletes de proteção, dentre outras demandas.

A partir das principais demandas identificadas antes do início desta pesquisa é possível ter uma noção de que exige-se muito do Estado o cumprimento de pautas financeiras, porém nota-se que as pautas relacionadas à saúde, ainda que estejam intrinsecamente relacionadas, pouco ou nunca são mencionadas, talvez pelo fato de ser um cargo relativamente novo e composto por uma categoria de adultos jovens. O fato é que as questões relacionadas à saúde, ainda que inicialmente não reconhecidas, podem causar danos ainda maiores ao sistema prisional, seja por meio da diminuição do efetivo, sobrecarregando aqueles que ainda não adoeceram ou não reconheceram o processo de adoecimento, um possível aumento de falhas nos procedimentos de segurança e o próprio comprometimento dos trabalhos da equipe técnica, visto que esta depende quase que exclusivamente dos Agentes de Execução Penal para realizar suas atividades profissionais.

CAPÍTULO III

3 DISPOSITIVOS DE ANÁLISE

3.1 Caracterização da Pesquisa

Pesquisa de campo, com propósito exploratório e de natureza qualitativa (PIANA, 2009).

3.2 Grande Área

O procedimento desta pesquisa utilizou referenciais bibliográficos já produzidos no campo científico para subsidiar o embasamento teórico do estudo (GERHARDT; SILVEIRA, 2009). A presente pesquisa também utilizou o procedimento de pesquisa de campo, com entrevistas semiestruturadas (PIANA, 2009).

3.3 Cenário de Estudo

A pesquisa foi realizada no âmbito da Casa de Prisão Provisória de Palmas, Tocantins.

3.4 Participantes da Pesquisa

Foram entrevistados Agentes de Execução Penal (Agentes Penitenciários) em exercício na Casa de Prisão Provisória do município de Palmas - TO, totalizando uma amostra com 20 servidores que foram escolhidos por conveniência no quantitativo de 19 homens e 1 mulher. Esperava-se que fossem colhidos 18 homens e 2 mulheres, tal quantidade justificava-se em razão da proporção de 10% de servidoras do sexo feminino no Quadro da Defesa Social e Segurança Penitenciária do Estado do Tocantins, porém em razão do horário em que a pesquisa foi realizada, só foi possível entrevistar uma mulher.

Os servidores que trabalham na função de agentes penitenciários são chamados, no Estado do Tocantins, de Agentes de Execução Penal, em que o pré-requisito para a investidura no cargo é a aprovação em concurso público e a titulação de nível médio (TOCANTINS, 2013).

Em razão da falta de dados consolidados e em domínio público sobre citados agentes penitenciários, não foi possível determinar a amostra com base em perfis sociodemográficos, prevalecendo-se pelo convite de servidores que estiverem disponíveis no momento da pesquisa, ou seja, por conveniência do pesquisador.

Os critérios para inclusão na pesquisa foram: servidores no cargo de Agentes de Execução Penal atuantes na Casa de Prisão Provisória de Palmas, maiores de 18 anos e menores

de 60 anos de idade, que consentirem voluntariamente em participar da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

Os critérios de exclusão da pesquisa foram: servidores de outras categorias, que não aceitarem participar da pesquisa, fora da faixa etária entre 18 e 60 anos, que não possuam, por qualquer motivo, capacidade civil plena, servidores em desvio de função ou aqueles que estejam desenvolvendo atividades que inviabilizem o deslocamento dos mesmos até o local em que serão realizadas as entrevistas, evitando desta forma o comprometimento da segurança da Unidade Prisional.

3.5 Período de Coleta de Dados

A presente pesquisa foi realizada entre os meses de abril e julho de 2019, pelo pesquisador.

3.6 Técnicas e Instrumentos de Coleta

O procedimento de coleta de dados aconteceu apenas após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos (CEP) e da Secretaria da Cidadania e Justiça do Estado do Tocantins, aprovado pelo Parecer Consubstanciado do CEP Nº 3.198.988 e CAAE nº 04148818.4.0000.5519, bem como autorizado por meio do Ofício nº 2703/GabSec/SECIJU/2018 (SGD nº 2018/17019/22521).

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas (Apêndice B) com os participantes que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão. Os participantes da pesquisa foram convidados verbalmente durante o horário de serviço na Casa de Prisão Provisória de Palmas, e nos casos de aceite, dirigiam-se à um espaço reservado na própria instituição, onde era lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, buscando explicar os objetivos, métodos, riscos e benefícios da presente pesquisa, bem como eram esclarecidas eventuais dúvidas com relação à pesquisa.

Os participantes que consentiram em participar da pesquisa efetuaram a assinatura do TCLE, que foi entregue uma via ao participante e outra ao pesquisador, dando sequência com a entrevista semiestruturada. A entrevista aconteceu em um espaço reservado, garantindo a confidencialidade e anonimato das informações.

A entrevista podereria ser interrompida por solicitação do participante a qualquer momento, sendo o mesmo excluído da pesquisa. Durante a entrevista semiestruturada foi utilizado o diário de campo, buscando coletar as impressões do pesquisador sobre o fenômeno

estudado, onde também foi utilizado um equipamento de gravação de voz para o registro das informações coletadas e posterior transcrição.

3.7 Tratamento dos Dados

Os dados foram transcritos e mensurados para posterior análise qualitativa baseada no enfoque da análise institucional.

De acordo com Baremblytt (2002), a análise institucional considera que as comunidades ou coletividades possuem necessidades básicas que surgem por meio de demandas espontâneas oriundas de dois processos básicos denominados como autoanálise e autogestão. Esses processos consideram que as coletividades são protagonistas diante de determinados contextos, possibilitando que busquem soluções a partir de suas concepções e não de forma imposta por meio de um agente externo.

A análise institucional “[...] é um processo de produção de conhecimento com respeito a esse campo e não implica necessariamente uma intervenção técnica; envolve apenas o fato de que o institucionalista vai tentar entendê-lo” (BAREMBLYTT, 2002, p. 91). A pesquisa utilizará o discurso do sujeito como instrumento de identificação da cultura organizacional, sem deixar de considerar as diversas outras formas de “materialidade expressiva”, caracterizadas por “formas escritas ou faladas do discurso organizacional” (BAREMBLYTT, 2002, p. 63).

As práticas de determinadas instituições são materializadas por meio da prática de seus agentes, que são respectivamente protagonistas desse emaranhado de relações em um processo dinâmico (BAREMBLYTT, 2002). No sentido desta pesquisa a análise institucional buscará compreender a significação do fenômeno para os Agentes de Execução Penal do Estado do Tocantins, possibilitando o protagonismo dos sujeitos na formulação de estratégias voltadas à promoção de saúde para o trabalhador do cárcere.

Partindo do princípio de que “o Institucionalismo é um saber intersticial, é um saber nômade, é um saber errático; então, ele pega algum elemento de cada campo do saber e do fazer e tenta agregá-lo a novos contextos para criar uma ideia nova” (BAREMBLYTT, 2002, p. 49), foi necessário subdividir o conceito de “demanda” em dois subprocessos, sendo o primeiro caracterizado por demanda primária, ou seja, aquela que era o objetivo de pesquisa e substanciais para o auto entendimento do trabalho do pesquisador e cumprimento dos objetivos propostos, enquanto as demandas secundárias, embora não fossem o objeto principal da pesquisa, traziam as necessidades mais autênticas do público alvo pesquisado e que são de suma importância para a compreensão do fenômeno estudado.

O processo de análise institucional é composto inicialmente pela análise da oferta, ou seja, a caracterização da forma que a pesquisa foi oferecida à instituição, bem como suas implicações, e o diagnóstico provisório, caracterizado por um estudo bibliográfico com hipóteses sobre o tema abordado. Além disso existem também os dispositivos de análise, caracterizado pelo traçado metodológico utilizado nesta pesquisa para o cumprimento dos objetivos propostos e a construção do prognóstico (BAREMBLITT, 2002).

Após o delineamento metodológico e a execução do planejamento, foi possível realizar a análise da demanda, oriundo de processos de autoanálise e autogestão dos participantes da pesquisa, onde identificou-se a realidade do sujeito a partir de sua percepção. Já a última etapa desta pesquisa, caracterizada como “diagnóstico definitivo”, caracterizada como a junção entre as etapas anteriores de forma a concretizar os principais achados, bem como sugerir alternativas para as demandas elencadas pelo sujeitos a partir de suas necessidades (BAREMBLITT, 2002).

3.8 Aspectos Éticos Legais

Pode-se citar que durante as entrevistas semiestruturadas houve a possibilidade dos participantes sentirem-se desconfortáveis por tratar-se de informações pessoais e que envolvem valores afetivos relacionados ao ambiente organizacional. Diante do exposto foi assegurado ao participante o livre consentimento sobre sua participação na pesquisa, podendo inclusive interromper sua participação a qualquer momento e sem prejuízos.

Existiu também o risco de informações pessoais dos participantes ficarem acessíveis ao público ou dos mesmos serem reconhecidos por meio de seus relatos transcritos na versão final desta pesquisa, porém coube ao pesquisador resguardar o total anonimato dos participantes da pesquisa, buscando meios para que os mesmos não sejam identificados em qualquer parte da pesquisa ou de seus resultados, ainda que finalizada, tendo como preceito legal a Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde e demais legislações complementares (BRASIL, 2012), inclusive por meio da supressão de trechos das entrevistas que pudessem identificar os mesmos.

Por razões éticas os nomes dos participantes desta pesquisa não serão divulgados, utilizando nomes fictícios e limitando-se a dados estritamente necessários para a ampla compreensão da pesquisa, garantindo ao participante o ressarcimento por qualquer dano material ou imaterial causado pela pesquisa, conforme prevê a Resolução N° 510, de 07 de abril de 2016 e legislação complementar (BRASIL, 2016d). Também será garantido a devolutiva quanto ao estudo realizado, apresentando seus resultados e propostas, assim como também

serão encaminhados para a pasta gestora do sistema prisional do Tocantins, de forma a sugerir encaminhamentos para a garantia de direitos no contexto estudado.

Para garantir o anonimato dos participantes, os mesmos receberam nomes fictícios a partir do Alfabeto Fonético Internacional para Rádio (Alpha, Beta, Charlie e etc), visto que é um elemento que está presente na rotina dos agentes da segurança pública e possui estrita relação com o público alvo estudado.

A devolutiva acontecerá com o retorno à instituição pesquisada, onde os participantes serão convidados individualmente para uma sessão devolutiva em que serão apresentados os resultados da pesquisa. Dentre os benefícios, espera-se que seus resultados sirvam para o aprimoramento das políticas públicas voltadas ao trabalhador do cárcere do Tocantins, fomentando o ensino em saúde com caráter preventivo e possibilitando a redução dos agravos provocados pelo trabalho, além de estimular a produção de conhecimento científico relacionado ao trabalho dentro do sistema prisional brasileiro.

Espera-se também que a partir do produto educacional produzido, os Agentes de Execução Penal (agentes penitenciários) possuam um instrumento norteador de práticas de prevenção ao adoecimento ocupacional. Além disso espera-se também que sejam realizadas novas pesquisas buscando mensurar a efetividade do instrumento utilizado, verificando a possibilidade de ampliação do projeto para as demais Unidades Prisionais do Estado do Tocantins.

A presente dissertação, ainda enquanto projeto de pesquisa foi submetida à análise do Comitê de Ética em Pesquisa, obedecendo os preceitos da Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, bem como de demais legislações complementares (BRASIL, 2012), e análise da Secretaria de Cidadania e Justiça, órgão responsável pela administração do Sistema Penitenciário e Prisional do Estado do Tocantins, conforme documentos já citados anteriormente. Destaca-se que as atividades de pesquisa só foram iniciadas após o parecer favorável de ambas as instituições supracitadas.

3.9 Resultados do Estudo

Após a conclusão da pesquisa os resultados serão apresentados por via documental à instituição que administra o Sistema Prisional do Tocantins, bem como será realizada uma exposição oral com os gestores responsáveis pela pasta e uma entrevista devolutiva com os participantes da pesquisa, possibilitando desta forma divulgar os resultados da pesquisa e incentivar a implantação e implementação de políticas de saúde ao trabalhador do sistema

prisional do Tocantins. Com os participantes será realizada uma exposição oral, individual e em local reservado, apresentando os resultados encontrados nesta pesquisa, bem como será disponibilizado o relatório via arquivo eletrônico.

Espera-se também que o produto educacional produzido por esta pesquisa seja efetivo no sentido de garantir ao trabalhador do sistema prisional tocantinense um norte quanto às práticas preventivas em saúde ocupacional. As práticas preventivas de saúde ocupacional visam principalmente a redução do adoecimento ocupacional, bem como a orientação sobre os cuidados necessários no caso de desenvolvimento de agravos, indicando os equipamentos públicos ou particulares mais adequados em cada caso de cuidado em saúde.

CAPÍTULO IV

4 ANÁLISE DA DEMANDA

Este capítulo aborda os processos de auto-análise e autogestão dos Agentes de Execução Penal, onde a partir de suas significações quanto ao trabalho, elencaram uma série de demandas que foram contextualizadas e analisadas. Ressalta-se que a demanda inicial não partiu da instituição estudada, tão pouco do público alvo desta pesquisa, mas sim do próprio pesquisador enquanto parte integrante deste local, fazendo com que essa demanda criada contribua com o processo de auto-entendimento do papel deste profissional enquanto trabalhador do sistema prisional, partindo do entendimento de que “se eu não me oferecer, ninguém me procura. Se eu não me constituo num lugar científico, profissional, se não vendo o que faço, ninguém ‘compra’” (BAREMBLITT, 2002, p. 97).

Por se tratar de uma demanda criada fora do contexto dos participantes da pesquisa, pode ter havido certa resistência em sua participação, principalmente pelo fato de que o pesquisador é um integrante da própria gestão. Além disso, também é válido analisar que, conforme o próprio material do diagnóstico provisório, as pesquisas desenvolvidas no âmbito do ensino em saúde do trabalhador são escassas, mais ainda se considerarmos o contexto do sistema prisional, e quando desenvolvidas geralmente permeiam em aspectos rasos, visto que não lhes é permitido adentrar em locais onde a realidade foge do controle, é necessário manter um ambiente sistematicamente e hermeticamente previsível.

O fato de um dos pesquisadores ser integrante do quadro de servidores, ainda que em um cargo diferente, facilitou a entrada no ambiente prisional, visto que, além do livre acesso aos setores da unidade prisional aqui estudada, o pesquisador também possuía certa relação de proximidade com parte dos entrevistados, possibilitando desta forma a diminuição das resistências. Certamente se fosse um pesquisador externo, este esbarraria em uma série de obstáculos que dificultam ou até anulam as possibilidades de uma pesquisa neste contexto, que vão desde a demora na autorização da pesquisa até inúmeros procedimentos de segurança que limitam a atuação e mobilidade do pesquisador no contexto da unidade prisional.

Visto haver apenas duas classes de pessoas que povoam as prisões, os agentes e os internos, todos os pesquisadores são forasteiros, vistos com suspeita, ou pior, desconfiança, por todos os que fazem parte do sistema. Eles podem ver apenas o que são autorizados a ver, em visitas guiadas que raramente atravessam a superfície da vida na prisão (ZIMBARDO, 2018, p. 60).

Tal realidade nos remete à uma responsabilidade de continuar realizando pesquisas relacionadas com o sistema prisional, visto que enquanto sujeitos-participantes e componentes deste contexto devemos buscar a aproximação de práticas científicas que possam melhorar as condições do cárcere, além do máximo distanciamento da posição de experts, da função puramente tecnicista, e principalmente devemos deixar as torres de marfim, representada por nossa zona de conforto da simples repetição de tarefas, buscando estratégias de transformação destes ambientes a partir da compreensão de que “se pode entender sem intervir, mas não se pode intervir sem entender, embora durante a intervenção iremos entendendo cada vez mais” (BAREMBLITT, 2002, p. 91).

A partir desta tentativa de entender a realidade dos Agentes de Execução Penal, a presente pesquisa foi separada em cinco tópicos elementares que subdividem as demandas identificadas, embora seja válido salientar que todos os tópicos estejam intrinsecamente relacionados e interdependentes, sendo que a subdivisão foi realizada para facilitar a compreensão didática do tema abordado. O primeiro tópico compreende o perfil da amostra, as principais características relacionadas aos indivíduos estudados, o segundo aborda os indicadores educacionais, compreendidos pela autopercepção de formação para as atividades exercidas bem como cursos desejados, o terceiro tópico nos remete aos indicadores de saúde e a percepção de como o trabalho está relacionado com o adoecimento, e o quarto ponto aborda principalmente a dimensão que estes profissionais possuem sobre a política de saúde prisional, bem como elenca estratégias de intervenção que partiram dos próprios sujeitos-alvo.

O quinto e último tópico nos remete às demandas secundárias que surgiram durante a pesquisa, geralmente relacionadas com o contexto institucional em que os participantes estão inseridos. Estas demandas secundárias também são de suma importância para o contexto deste trabalho, visto que são as demandas autênticas do público alvo pesquisado, oriundas de processos complexos de autogestão e auto-análise, enquanto as demandas primárias serviriam para o processo de auto-entendimento do trabalho do pesquisador.

4.1 Perfil da Amostra

Como abordado anteriormente, o perfil exigido para o cargo de Agente de Execução Penal é basicamente ter idade acima de dezoito anos, aprovação em concurso público, composto por prova de múltipla escolha, avaliação física, avaliação psicológica, avaliação médica e curso de formação, além da escolaridade mínima de ensino médio completo. A partir da coleta de dados foi possível constatar o perfil majoritário da amostra, onde inicialmente identificou-se

que o trabalho é dividido em uma escala de 24 horas de serviço para 72 horas de descanso, totalizando quatro equipes de plantão dentro da Casa de Prisão Provisória de Palmas.

Cada equipe de plantão possui em média 22 plantonistas, totalizando 88 servidores, porém identificou-se que destes, apenas 66 eram Agentes de Execução Penal, o restante eram Agentes Administrativos, ou seja, servidores com vínculo precário (contrato temporário). Deste universo de 66 Agentes de Execução Penal, foi realizado o convite verbal a todos que se encontravam na unidade prisional no horário da pesquisa, totalizando uma amostra de 20 servidores entrevistados, 30,30% público total da Casa de Prisão Provisória de Palmas.

Ressalta-se que a pesquisa foi realizada após o período das 18 horas em razão de um pedido da própria direção, visto que neste horário encerram todas as atividades de movimentação de pessoas privadas de liberdade, fazendo com que os servidores ficassem mais disponíveis para realizar as entrevistas sem interferir significativamente na rotina da unidade prisional. Houve um lapso temporal considerável entre a primeira e a última entrevista (quatro meses), visto que dependeu de exaustivas negociações entre o pesquisador e a gestão quanto ao momento ideal para sua realização, uma vez que a impossibilidade era justificada pela falta de efetivo e/ou problemas de segurança que estavam ocorrendo na rotina da unidade prisional.

Após a conclusão das entrevistas foi possível identificar um perfil majoritariamente masculino, sendo que apenas uma entrevistada se autodeclarou do sexo feminino, tal dado pode ter ocorrido em razão do próprio horário em que a entrevista foi realizada, visto que as Agentes de Execução Penal geralmente trabalham em funções administrativas, que funcionam respectivamente apenas em horário de expediente (das 8 às 18 horas), e a entrevista com essa servidora só pôde ocorrer em razão da chegada antecipada (e não autorizada) do pesquisador no estabelecimento penal.

Os dados como idade e tempo de serviço, para fins de pesquisa, foram considerados a partir da data de realização da entrevista com cada indivíduo, de forma a produzir um dado que não oscile com o tempo.

Quanto à idade destes servidores foi possível identificar uma média etária de 30,3 anos de idade, sendo que o mais novo possuía 22 anos e o mais velho 39 anos. Quanto ao tempo de serviço, foi possível identificar que a amostra coletada possui um tempo médio 542 dias de serviço (18,06 meses), contados a partir de sua posse, sendo que o mais antigo possuía 810 dias (27 meses) e o mais recente possuía 56 dias (1,86 mês) de serviço no tempo das entrevistas.

Um dado que nos chamou atenção foi quanto ao nível de escolaridade da amostra, onde foi possível identificar que 60% dos participantes (12 indivíduos) possuíam nível superior completo, 25% (5 indivíduos) possuíam nível superior incompleto (cursando) e apenas 15% (3 indivíduos) relataram ter apenas o ensino médio completo. Os cursos mais citados dentre aqueles que possuem nível superior completo ou incompleto foram direito (4) e engenharia de minas (2), sendo que os demais possuíam apenas um indivíduo, caracterizados pelos cursos de administração, biologia, educação física, enfermagem, fundamentos e práticas judiciárias, gestão de recursos humanos, gestão em segurança pública e privada, história, matemática, segurança do trabalho e sistemas da informação.

4.2 Indicadores Educacionais

Os indicadores educacionais buscaram realizar o levantamento sobre a qualidade de formação dos servidores, bem como aferir o seu impacto nas atividades realizadas na rotina carcerária. Embora 55% da amostra (11 indivíduos) tenha relatado que consideram a formação que tiveram adequada para a atividade que realizam, destes, quatro indivíduos apontaram para alguma deficiência no curso de formação profissional realizado como etapa do concurso para a investidura no cargo.

Dentre as principais fragilidades elencadas quanto ao curso de formação estão a divergência entre a teoria e a prática, onde foi sinalizado que *“o ensino apresenta uma realidade perfeita que não existe na prática”* (Beta), *“foi muita teoria e pouca prática”* (Charlie), além da insuficiência de horas-aula nas disciplinas operacionais, principalmente voltadas ao armamento, tiro e adentramento, além de observações quanto ao estágio supervisionado dentro do presídio, em que *“nem todo mundo utilizava arma e teve uma noção só do que a gente ia encontrar aqui, a gente não fez, no tempo do estágio também, a gente não adentrou do jeito que a gente treinou lá no... na UFT”* (Lima). O tempo de formação também foi posto como uma fragilidade do curso de formação, sinalizado como muito curto, principalmente quando comparado com a formação de outras forças da segurança pública, *“tipo [polícia] militar, [polícia] civil, a gente vê que tem um prazo maior, tipo cinco meses, seis meses e nós fomos... foi muito rápido a formação, a gente... acabamos vendo tudo mas de maneira muito rápida...”* (Oscar).

É... durante o curso de formação eu acho que deixou um pouco a desejar, mas com a vivência do dia-a-dia, aqui dentro da... da unidade, hoje eu acho que eu tenho preparo, mas no momento que a gente entrou aqui eu senti que eu tava meio assim, meio cru ainda, pra... pro serviço, né?! [...] o que que acontece, quando a gente tava lá no curso de formação a gente teve pouco dessa vivência aqui de dentro da cadeia, o nosso estágio, como que foi, foi só vir aqui um dia de manhã, outro dia de noite,

né?! Eu acho que não teve assim... questão mesmo de armamento, de, é... dos próprios conflitos que a gente tem aqui dentro, ficou muito no campo... (Victor).

viemos saber o que era a verdade depois que tomou posse, com os servidores que tinham te ensinando como que era, porque praticamente nós fomos jogados dentro de unidades (Zulu).

a gente precisava de um pouco mais de vivência, a questão da rotina, a gente teve o nosso... foram dois dias só de estágio supervisionado e na realidade a gente não teve essa vivência dentro da unidade prisional, a gente veio pra cá, fazer algumas coisas aqui fora, não lá dentro, e a gente ficou mais na ralação mesmo, no campo, né?! Exercício, e... é... alguns treinamentos de adentramento no pátio, não no cenário real (Romeo).

O “tempo no campo” apontado pelos participantes da pesquisa refere-se aos momentos em que os instrutores faziam exercícios físicos exaustivos no local que fica no perímetro da unidade prisional, além de outras atividades como exposições à gases (lacrimogêneo e pimenta) e longos sermões de como seria a realidade dentro do contexto prisional. Esse rito de passagem é uma das culturas institucionais encontradas na maioria das forças de segurança pública, principalmente nos grupos especiais, são rituais onde o sujeito prova-se digno de pertencimento de um “seleto” grupo de pessoas, mostra o quão viril pode ser, ainda que isso custe sua saúde pelo resto da vida.

Um outro ponto relevante apontado por um dos participantes da pesquisa foi que “a maioria dos professores não era o pessoal que trabalhava na área, que é da área do penitenciário mesmo, então quando tivemos um... um ensinamento durante o curso de formação foi muito ligado à docência” (Zulu). Conforme já apontado no diagnóstico provisório, algumas pesquisas indicam que a participação de pares durante a formação, alguém que conheça a realidade local e tenha prestígio entre os demais profissionais, é um dos fatores que pode contribuir significativamente com a manutenção do(s) comportamento(s) aprendido(s) (NEVES; SERRANHEIRA, 2014).

Assim como os pontos negativos, também foram elencados pontos positivos com relação ao curso de formação:

Porque eu me sinto preparado, eu estudei pra isso, teve profissionais bons, já da área inclusive, então acho que eu tive uma formação adequada (Yankee).

Porque teve bem... os professores, os instrutores foram bem dedicados a nos ensinar tudo, sobretudo, na verdade, no que tange à saúde né?! Do agente aqui, teve uma preocupação muito grande aqui com relação a isso, a saúde do preso e da gente (Fox).

Basicamente o que me passaram no curso eu tô executando aqui, né?! Então acredito que pelo menos oitenta por cento do que eles me passaram no curso eu tô aplicando aqui, as outras coisas a gente vai pegando... o macete, que cada unidade tem suas particularidades, né?! (India).

Acho que o curso de formação na época foi bem em cima do que a gente vive hoje, né?! Acho que foi de acordo com o que a gente vive aqui também né?! (Kilo).

elencou... é... todas as matérias que proporcionaria que eu executasse as atividades aqui de forma correta, eu fui bem instruído do que eu iria fazer e do que eu iria encontrar aqui dentro (Lima).

Além da questão relacionada com o curso de formação inicial, também foi perguntado quanto aos cursos realizados após a posse, onde 70% (14 indivíduos) responderam que não realizaram qualquer curso voltado à sua atividade profissional neste período, dentre os possíveis motivos indicados pelos participantes para a não execução dos cursos estão o valor elevado dos cursos realizados por instituições particulares, falta de motivação pessoal, falta de critério na seleção de servidores para cursos institucionais, e o atraso no pagamento de diárias, fazendo com que o servidor tenha que tirar do próprio bolso para se qualificar:

Não achava que aquilo fosse me beneficiar materialmente, digamos que há uma política no Estado de... de... como diz popularmente, peixada, então assim muitas vezes você se qualificar e se qualificar pra ficar no mesmo local não faz muito sentido (Hotel).

Não foi promovido e alguns que apareceram não foi institucional, e os que foram... a forma com que foi selecionado não abrangeu a todos, teve uma forma de... de apontamento de superiores e a gente acabou ficando sem participar, e como o salário ainda é razoavelmente pouco a gente não tá tendo condição de se formar, e quando... quando os cursos não são ofertados pelo governo basicamente fica impossível com o salário que a gente tá recebendo... (Oscar)

Quanto aos servidores que apontaram a realização de algum tipo de capacitação após a posse, os principais cursos indicados estavam relacionados com os procedimentos operacionais da unidade prisional, sendo caracterizado principalmente pelo Curso de Alinhamento Operacional Penitenciário – CAOP (4), promovido pela Escola Superior de Gestão Penitenciária do Estado do Tocantins – ESGEPEN e objetivando suprir as deficiências da formação inicial destes servidores. Os demais estavam relacionados com Noções de Gerenciamento de Crises e Conflitos no Sistema Prisional (1), promovido pela Universidade Federal de Minas Gerais, com o curso voltado para a Força Tarefa de Intervenção Penitenciária – FTIP (1), promovido pelo Departamento Penitenciário Nacional – DEPEN, e o outro voltado ao Patrulhamento Motorizado e Segurança de Autoridades (1), promovido por uma instituição particular.

Ao serem questionados sobre os cursos que consideram mais importantes para a atividade que exercem, apenas dois entrevistados não responderam com cursos voltados às rotinas operacionais, sendo que os cursos citados estavam relacionados com técnicas de adentramento (5), intervenção prisional (4), manuseio de armamentos e munições (4), escolta (3), defesa pessoal ou técnicas de imobilização (3), gerenciamento de crises (3), cursos operacionais (3), primeiros socorros (3), alinhamento operacional (2), saúde do trabalhador (2), adestramento de cães (1), atuação em situações de emergência (1), muralha (1), negociação (1),

procedimento operacional padrão (1), segurança (1), cartório (1), confecção de relatórios (1) e legislação (1). Nota-se que por se tratar de uma questão aberta diversos participantes mencionaram mais de um curso.

Também foi perguntado se os servidores já realizaram algum curso voltado à saúde, de forma que 75% (15) afirmaram nunca ter realizado atividades nesta área, sendo que os demais realizaram antes do ingresso no cargo de Agente de Execução Penal, sendo mencionados cursos relacionados com práticas de primeiros socorros (3), tuberculose (1), diabetes (1), leishmaniose tegumentar e visceral (1) e outras palestras voltadas à saúde (1). A partir do dado supracitado percebeu-se que as capacitações realizadas antes do ingresso na atual função estavam mais relacionadas com atividades laborais anteriores, sendo que não foi relatada qualquer atividade de ensino em saúde após o ingresso destes trabalhadores.

A partir da percepção destes trabalhadores quanto aos cursos voltados à saúde do trabalhador, foi possível identificar que 85% (17) disseram acreditar que cursos voltados à saúde podem evitar o adoecimento laboral, 5% (1) afirmou que não concorda com a afirmação anterior e 10% (2) mostraram-se indecisos quanto à questão. Dentre os argumentos postos pelos que não concordam, ou ficaram indecisos, que cursos voltados à saúde podem evitar o adoecimento do trabalhador do cárcere, está o fato de que *“intervenções ajudariam mais do que cursos [...] às vezes uma aula pode entrar por um ouvido e sair pelo outro, uma intervenção, acho que é uma coisa mais voltada pro que realmente acontece no sistema”* (Beta), *“se a gente não toma a decisão de se ajudar dificilmente o profissional da saúde consegue ajudar né?!”* (Hotel), *“se a estrutura física for melhor, ajuda, em alguns lugares aqui o que prejudica a recuperação do paciente é a questão física mesmo, na estrutura, né?!”* (Romeo).

Os demais participantes da pesquisa, que apontaram para a crença nos cursos voltados à saúde do trabalhador como uma das formas de evitar o adoecimento laboral argumentaram que *“qualquer base de conhecimento teórico facilita para você trazer para a prática”* (Alfa), *“às vezes uma pessoa pensa que uma doença transmite de um jeito e ela não transmite, ou ela transmite daquele jeito e ela pensa que não transmite”* (Echo), *“a gente fica mais esclarecido das coisas, então acho que o conhecimento sempre é bem-vindo, né?!”* (Kilo), e que a *“prevenção é melhor do que remédio paliativo”* (Tango).

Mesmo sendo quase uma unanimidade a preferência por cursos operacionais, conforme visto anteriormente, grande maioria dos servidores aponta um efeito positivo na realização de cursos voltados à saúde do trabalhador, porém é válido salientar que essa atividade é apenas uma parte de todo um rol de ações de ensino em saúde do trabalhador que podem ser

desenvolvidas no contexto de uma unidade prisional, envolvendo intervenções, rodas de conversa, atendimentos clínicos, mudanças organizacionais/institucionais/ambientais e outros exemplos que foram sugeridos pelos participantes e que abordaremos nos tópicos posteriores.

O fato de apenas dois servidores terem indicado os cursos voltados à saúde do trabalhador como importantes para sua atuação profissional nos remete a duas hipóteses que podem ser concomitantes, a de que os servidores possuem a preferência por cursos voltados à segurança da unidade prisional e/ou não identificam como atividades voltadas à saúde podem gerar benefícios em curto, médio e longo prazo. Porém quando a demanda foi induzida pelo pesquisador ao perguntar se acreditavam que estes cursos poderiam evitar o adoecimento ocupacional, grande parte dos servidores pesquisados responderam de forma afirmativa, o que pode nos indicar que as questões de saúde, se colocadas em uma fila de prioridades, estariam logo atrás das rotinas operacionais.

4.3 Indicadores de Saúde

Os indicadores de saúde nos trazem um panorama de como é a percepção do processo saúde-trabalho-adoecimento no contexto destes trabalhadores, adentrando na percepção de si, do outro, do trabalho e das formas de auxílio no ambiente laboral.

Quando questionados sobre os agravos em saúde contraídos no ambiente laboral 70% (14) da amostra relatou que nunca contraiu alguma doença ou teve algum ferimento, e embora tenha negado em um primeiro momento 20% (4) da amostra relatou algum sintoma de agravo à saúde com relação ao ambiente laboral em outros momentos da entrevista, ou seja, apenas 50% (10) da amostra de fato não relatou qualquer sintoma associado ao cárcere. O cenário muda quando a questão é a percepção da doença no outro, onde 55% (11) relatou que já viu ou ouviu falar de colegas que adoeceram em razão do trabalho, inclusive foram citados três relatos graves de acidentes no trabalho:

Tomei até medicamento já... [gesto apontando para a mão]. [...] Cortei, né?! Com gilete, mexendo nas coisas... materiais dentro de cela, fazendo revista, esse tipo de coisa, corta e a gente acaba ficando com medo de... de repente... sei lá, ter... ter alguma contaminação ou alguma coisa do tipo (Hotel).

E o colega também que teve problemas de audição, né?! Que foi... que teve um procedimento aí na unidade e aí foi lançar... foi... os agentes foram lançar uma granada de efeito moral e aí a granada bateu na grade e voltou, eai detonou perto dele aí teve problema, teve a audição comprometida (Papa)

É, porque é um ambiente... É uma atividade de risco, a gente está sujeito a tudo, pode resvalar uma munição, ou sei lá, um colega nosso aqui já foi... é... inclusive voltando

à pergunta anterior, o colega nosso ali já foi acidentado aqui né?! Teve um disparo acidental aí e ele foi atingido, né?! (Kilo)

Enquanto os agravos percebidos em si foram o estresse (4), problemas de sono (2), gripe (2), diarreia (2), síndrome do pânico (1), rinite alérgica (1), problemas de audição (1), infecção de garganta (1), doenças de pele (1), depressão (1), cortes (1), ansiedade (1), alergias (1), alcoolismo(1) e agressividade (1), os principais agravos percebidos no outro foram o adoecimento psíquico (6), gripe (3), pano branco (2), alergias (1), conjuntivite (1), cortes (1), dependência medicamentosa (1), depressão (1), estresse (1), furúnculo (1), intoxicação alimentar (1), pancadas/traumas (1), problemas de audição (1), problemas de sono (1), síndrome do pânico (1) e pneumonia (1).

Apesar de muitos terem relatado que desconhecem casos de adoecimento na unidade prisional em que trabalham, os participantes da pesquisa foram unânimes em afirmar que consideram o trabalho que exercem como uma possível fonte de adoecimento. As carreiras voltadas à segurança pública geralmente possuem muita dificuldade em reconhecer o adoecimento, principalmente com a constante associação entre a doença e a fraqueza/virilidade, principalmente se relacionado ao sofrimento psíquico.

Talvez as dificuldades em reconhecer o processo de adoecimento estejam ligadas à duas situações presentes no contexto prisional, a primeira está relacionada ao processo de autopercepção enquanto ser humano e passível de adoecimento, fortalecido pelo estereótipo do homem que não adoce e que é blindado, como se o processo de adoecimento fosse sinônimo de fraqueza, comumente ligado pelo senso comum à “frescura” ou “corpo mole”. O segundo aspecto está ligado à dificuldade de reconhecer-se como igual perante o público atendido (pessoas privadas de liberdade), visto que em alguns casos este público foi colocado como fonte de todas as doenças do cárcere, como se fossem culpados por todas as mazelas de um local arruinado:

E... volto a... a... a frisar nessa questão do contato que a gente tem, porque eu acredito que a doença que possa vir pra gente como carcereiro ela é proveniente de um detento, do ambiente [...] (Fox).

[...] então essas doenças bacterianas que são altamente contagiosas, isso aí sempre vai ter aí dentro, principalmente também aquelas de pele, então a gente corre o risco constantemente de pegar uma dessas doenças, né?! (Lima).

É um ambiente bem hostil que, é... você tá em um lugar fechado que... não é, digamos, limpo, e concentrado com várias pessoas que têm várias doenças e você está circulando daquele ar, ambiente [...] mas devido principalmente ser um ambiente fechado que tem vários tipos de pessoas vindas de diversas realidades sociais, então dependendo de onde elas vieram já trouxeram e de onde elas estão saindo e podem levar (Alfa).

A população carcerária é... ela tem muitas doenças aí que a gente não consegue... a gente não consegue tratar todo mundo, mesmo que você trate alguém ou tente tratar ali, mas amanhã aquela doença prolifera e pega outros (Fox).

Lá [pavilhão], porque é um ambiente que é sujo, né?! Então pra gente fica meio ruim isso, né?! (Victor).

[...] depois que trocou, tirou os presos da cozinha, aí acabou mais as intoxicações alimentares, que antes tinha muito, aí agora é o pessoal de fora que faz a comida e aí nunca mais escutei que o pessoal tá passando mal por causa da comida (Zulu).

Existe uma recorrente linha de pensamento que associa diretamente o público de pessoas privadas de liberdade como fonte de doenças, porém o que pouco ou quase nunca se fala neste contexto é que para existir alguma proliferação de doenças no meio carcerário, estas doenças chegaram por algum hospedeiro externo, um vetor, e não simplesmente surgem ocasionalmente. Pode-se afirmar que as contaminações que ocorrem dentro do contexto carcerário são oriundas de falhas procedimentais, sejam falhas ligadas às triagens com a equipe de saúde que deveriam acontecer antes da entrada de qualquer pessoa privada de liberdade, falhas nos acompanhamentos regulares das famílias e visitantes que também estão envolvidos neste processo, como também a falha em procedimentos da própria equipe de gestão da unidade prisional, que por falta de acompanhamento da condição de saúde de seus servidores faz com que isso também seja uma das inúmeras possibilidades de contaminação.

Essa constante associação estético-moral entre o mau, o sujo e a pobreza gera um ciclo de estigmas que fortalece discursos punitivistas, fazendo com que cada vez mais sejam justificadas intervenções estatais por meio de políticas segregatórias, higienistas e truculentas (OLIVEIRA, 2017). Infelizmente, esses processos de associação também estão presentes no contexto carcerário, fortalecendo ainda mais os ciclos de reincidência criminal e fazendo com que as instituições prisionais tornem-se masmorras destinadas quase que exclusivamente aos pobres, pretos, usuários de drogas e/ou pessoas com sofrimento psíquico.

Paralelo a este cenário de estigmatização da população privada de liberdade está a recorrente sensação por parte dos servidores de não possuírem auxílios voltados ao trabalhador do cárcere, de forma que 90% (18) da amostra evidenciou este fato, enquanto apenas 5% (1) relatou que possui essa assistência e 5% (1) não soube responder com certeza. O participante que apontou a existência de assistência à saúde do trabalhador indicou a existência da enfermaria da unidade prisional, que prestaria uma eventual assistência emergencial aos trabalhadores em caso de algum agravo, bem como a disponibilização de luvas e máscaras por parte da gestão, porém indicou a inexistência de palestras ou orientações para lidar com situações relacionadas ao sistema prisional.

Já o participante que não soube responder com certeza evidenciou que já existiram algumas ações como palestras, porém indicou que tal metodologia poderia ser aprimorada, principalmente por meio da disponibilização de medicamentos por parte da equipe de saúde aos servidores da unidade prisional:

[...] por exemplo mesmo, aqui o pessoal da empresa [empresa terceirizada que presta serviços de saúde na unidade prisional], às vezes tem alguma coisa que precisa de um remédio e eles num... o pessoal não dá pra gente aqui na unidade, pra dar tem que ser escondido, então acho que... pros presos qualquer hora dá mas pro agente já é uma burocracia danada pra gente conseguir (Kilo).

Os demais participantes indicaram inúmeros outros fatores que ratificam a ausência de políticas voltadas ao trabalhador do cárcere, como falta de informações por parte da equipe técnica sobre como esta política seria executada, assistências direcionadas apenas à figura da pessoa privada de liberdade, deficiências no plano de saúde oferecido aos servidores pelo Estado, principalmente relacionadas ao alto custo e à dificuldade em conseguir atendimentos, ações isoladas e descontextualizadas:

[...] eu vejo pouca importância com relação a nós aqui, só jogaram nós aqui e o pessoal não se preocupa muito com essa nossa questão de saúde, não se preocupa nem com nossa questão de uniforme e vai se preocupar com a nossa saúde? (Charlie).

Já teve assim... casos aleatórios, teve uma palestra, alguma coisa assim, mas eu não considero isso como uma medida assim tão efetiva... tá, é uma medida mas acho que o Estado poderia e deveria conceder mais, se preocupar mais, que uma palestra no ano, vê se isso vai resolver minha vida, vai me ajudar... não vai me ajudar muito né?! (Hotel).

Desconheço totalmente, nunca teve nada, nada voltado... a única coisa de que tá falando de saúde do trabalhador é você hoje aqui, nesses dois anos, desde vinte e sete de abril de dois mil e dezessete... tá com dois anos e um mês... (Mike).

É só o preso, entendeu? E é o que muitas vezes a gente vê aqui, a gente vê muita política voltada pro preso, né? Que tem que ter, não tô dizendo que não tem que ter política voltada pro preso, e às vezes pro profissional que está trabalhando ele é um pouco esquecido nessa questão das políticas, entendeu? (Papa).

[...] até algum tempo atrás a gente não conseguia, por exemplo, pegar nenhum remédio na enfermaria, era só pra preso, hoje né?! Que com... a questão da nova direção aí que a gente tá conseguindo, às vezes pega uma consulta lá com o médico, consegue, mas é tudo voltado mesmo para o preso, né?! Aqui pra você conseguir alguma coisa é difícil (Victor).

Essa escassez de políticas voltadas ao trabalhador do cárcere, em paralelo com todo o arcabouço de políticas voltadas para as pessoas privadas de liberdade, aumenta e acirra o ódio entre os servidores e os internos, com reflexos significativos sobre a equipe técnica, que é vista, na maioria dos casos, como aqueles que “cuidam” dos presos. Diante deste cenário, os servidores podem sabotar sutilmente o trabalho da equipe técnica, visto que em uma unidade prisional a segurança é a prioridade e ao evidenciar qualquer “risco”, todas as atividades que

não são consideradas como “essenciais” são suspensas, principalmente atendimentos educacionais, de trabalho, sociais e voltados à saúde.

Existem diversos fatores que dificultam a realização de ações em saúde do trabalhador dentro do contexto prisional e estão ligadas principalmente à falta de profissionais específicos para tal finalidade, dificuldade em trabalhar com grupos de servidores durante o expediente carcerário, visto que a unidade prisional é tomada por postos fixos e que a ausência de qualquer um dos servidores pode comprometer criticamente a segurança de todo o estabelecimento, e até questões relacionadas com a falta de efetivo, que abordaremos com mais detalhes no tópico referente às demandas secundárias.

Se o trabalho durante o expediente já é um obstáculo, as ações durante as folgas também tornam-se desafiadoras, visto que dificilmente o servidor comparecerá em um local, durante o seu descanso, para falar sobre o trabalho, além de outras questões que permeiam a realidade destes profissionais, tal como o exercício de outras atividades funcionais durante a folga como forma de complementar a renda. Ressalta-se que mesmo em horários fora do expediente os servidores são obrigados a permanecer em alerta, visto que em caso de qualquer incidente dentro da unidade prisional todos são convocados de imediato para prestar o reforço necessário, gerando um constante nível de tensão acumulada com o tempo.

[...] você às vezes pega o seu descanso, que é três dias, você tem que vir pra unidade pra tirar plantão pra outra pessoa, que isso acontece muito, porque seu salário é pouco e não dá de suprir suas necessidades básicas, então você já começa a meio que trabalhar muito mais do que era pra trabalhar, né?! (Yankee).

4.4 Indicadores da Política de Saúde Prisional

Estes indicadores estão relacionados com a compreensão e a percepção dos trabalhadores acerca da política de saúde prisional como um todo, principalmente ligado à Política Nacional de Atenção Integral à Pessoa Privada de Liberdade – PNAISP. Em um panorama geral observou-se pouco ou nenhum conhecimento acerca da política de saúde prisional, onde ainda é possível observar diversos resquícios do senso comum nos discursos produzidos pelos participantes das pesquisas.

Ressalta-se que este tópico é de suma importância para a atuação dos trabalhadores do cárcere, visto que estes são a principal ligação entre as pessoas privadas de liberdade e as equipes que promovem as assistências básicas, incluindo a de saúde. Certamente este agente de ligação também necessita de uma atenção específica por parte do Estado e a partir disso também

foram colhidas sugestões de como estes servidores gostariam que fossem as políticas voltadas ao trabalhador do cárcere.

Em um primeiro momento questionou-se sobre a percepção destes trabalhadores sobre a política de saúde do trabalhador, onde grande maioria permeou entre conceitos baseados na prevenção de agravos em saúde, tanto em aspectos físicos quanto mentais, porém também foi possível identificar noções voltadas ao cuidado e atenção em saúde do trabalhador. Observou-se que quando os trabalhadores mencionavam as ações em saúde, direcionavam unicamente para a responsabilidade dos gestores, abstendo-se do processo de construção destas políticas ou até mesmo do papel de cobrá-las.

Notou-se que apenas um participante (5%) relatou conhecer a política de saúde prisional, enquanto 95% apontou para o desconhecimento. Infelizmente essa é uma realidade que não é uma exclusividade do sistema prisional e está presente em outros ambientes, caracterizados por profissionais que são responsáveis pela execução de determinadas políticas, ainda que parcialmente, porém possuem considerável desconhecimento sobre o contexto de trabalho, limitando-se aos padrões tecnicistas da atuação profissional, porém é válido ressaltar que esse fardo provém de uma responsabilidade compartilhada entre servidores e gestão, os primeiros por uma possível falta de interesse na temática e o segundo por não garantir condições para que os servidores sejam formados e aperfeiçoados com qualidade.

Posteriormente, ao serem questionados sobre como gostariam que a política de saúde do trabalhador fosse desenvolvida houve 26 sugestões indicando para atividades relacionadas com os cuidados em saúde, compreendidas por assistência psicológica (8), assistência médica (4), assistência psiquiátrica (4), atendimento multidisciplinar (3), bateria de exames periódicos/testes rápidos (2), acompanhamento para dependentes de nicotina (1), assistência à família (1), assistência odontológica (1), local externo para atendimento em saúde (1) e assistência medicamentosa (1). Também foi possível identificar 13 respostas relacionadas com ações educativas, entre elas foram citados banners, capacitações, cursos, oficinas, orientações, seminários, workshops, campanhas temáticas, ginástica laboral, e cursos voltados aos primeiros socorros.

Outras ações também foram elencadas como primordiais para o desenvolvimento de ações voltadas à saúde do trabalhador, entre elas foi citado a avaliação dos riscos do trabalho, por meio de uma análise detalhada de quais seriam os principais agravos em saúde presentes na instituição e o levantamento de como evitá-los. Além disso também foi mencionado a necessidade do desenvolvimento de atividades relacionadas com o lazer dos servidores e

aumento salarial, visto que atribuem ao salário baixo como causador da maioria dos problemas relacionados com a profissão.

Certamente parte dos problemas relatados neste trabalho podem sim ter certo cunho econômico, porém é válido salientar que não é apenas isso. Os problemas encontrados pelos servidores que participaram desta pesquisa permeiam as esferas econômicas, culturais, ambientais, sociais, pessoais e institucionais, acarretando em uma série de violações de direitos que podem levar ao adoecimento e à precarização do trabalho.

Sem dúvidas a origem primária da maioria dos problemas relatados até aqui encontram-se no atual modelo de custódia brasileiro, pautado na segregação de pessoas através dos depósitos humanos, contando com o apoio da omissão dos gestores de políticas públicas e o aval da sociedade. O que poucos lembram é que no Brasil não existe pena de caráter perpétuo, logo, todos aqueles que adentram no contexto prisional retornam para a sociedade, na maioria das vezes piores do que entraram, e isso vale tanto para o público de pessoas privadas de liberdade quanto para os trabalhadores do sistema penal.

4.5 Demandas Secundárias

As demandas secundárias foram identificadas no decorrer da pesquisa e são de suma importância para a compreensão do cenário estudado, visto que contemplam o saber espontâneo dos sujeitos analisados, cabendo ao pesquisador proceder com a análise deste objeto, buscando estabelecer com os participantes a reflexão crítica deste fenômeno com o fim de transformar o ambiente a partir de suas necessidades. É necessário compreender como a instituição, por meio das práticas realizadas pelos agentes, se manifesta e interfere no comportamento de determinado grupo de indivíduos, fazendo com que opere a transformação de determinada realidade (BAREMBLITT, 2002).

Inicialmente é essencial identificar a percepção destes sujeitos quanto ao cargo exercido, para alguns a função é constantemente associada ao perfil de agressividade, justificado por um conjunto de práticas institucionais em forma de procedimentos, muitas vezes, truculentos e que buscam compensar frustrações por meio da dominação alheia. Existe uma constante insegurança virtual que assombra a maioria dos trabalhadores do cárcere, fato que implicitamente fornece aval para uma série de atitudes exercidas de forma arbitrária, quase sempre justificadas para a manutenção da ordem:

Não é meu... tipo, eu não tenho esse ritmo de, tipo, confronto com pessoas, eu não sou de confrontar pessoas e às vezes no operacional você tem que bater de frente, é necessário (Alfa).

Você tá sujeito a tudo aqui, pode ser pego refém, os caras podem te machucar [...] (Kilo).

[...] você trabalha com pessoas, com elementos que vieram da sociedade e que pelo fato de ter causado vários transtornos lá fora e aqui não é diferente, então se nós estamos aqui, nós estamos lidando de... de frente a frente com isso todos os dias (Oscar).

[...] às vezes eu acho que o agente faz aquilo pra não incomodar o preso, mas acaba se incomodando, sabe?! Acaba meio que se forçando e tal, se expondo à alguma coisa lá dentro da cela, tem umas celas que são escuras e a visibilidade é um pouco menor, então assim, a segurança em primeiro lugar, né?! (Yankee).

Para que essas ações sejam executadas entram em cena diversos mecanismos de defesa, caracterizados por Zimbardo (2018) como desumanização, onde ocorre a suspensão temporária da moralidade e o outro deixa de ser um igual, passando a ser considerado como objeto ou um ser inferior, e o processo de desindividuação, caracterizado principalmente pela sensação de anonimato por um coletivo, passando pela caracterização típica dos agentes de segurança pública, ou seja, quem está ali não é mais o sujeito, mas sim o Estado em sua mais temida face: a da perversidade. Certamente não podemos generalizar tais atos, como se todos os agentes da segurança pública agissem desta forma, porém existem fatores ambientais, sociais, culturais e principalmente institucionais que favorecem o despertar de perversidades que em muitos encontram-se em estado de latência (ZIMBARDO, 2018).

Em seu livro, Zimbardo (2018) elenca seis elementos da dinâmica social que podem fomentar a prática de atos perversos, e são estes: o poder, a conformidade, a obediência, a desindividuação, a desumanização e o mal da inação. A relação de poder envolve a figura da autoridade, aquele que detém as regras e é capaz de alterá-las de acordo com sua vontade, o representante legítimo do poder instituído e que geralmente exerce o papel de liderança entre seus pares, ocasionando o que podemos chamar de “obediência mortífera à autoridade” (ZIMBARDO, 2018).

A partir das práticas institucionais por seus agentes, pode ocorrer a conformidade por parte do sujeito, geralmente justificada pela obediência cega às ordens da autoridade superior, aniquilando qualquer resistência e prosseguindo com os processos de desindividuação e desumanização, que já abordamos nos parágrafos anteriores. Porém o sexto e último elemento está relacionado principalmente com os atores coadjuvantes de uma instituição, ou seja, os “observadores das atividades em andamento, ou pessoas que sabem o que está acontecendo e não intervêm para ajudar ou contestar o mal, e, portanto, permitem, por sua inanição, que o mal persista” (ZIMBARDO, 2018, p. 444).

Existe uma constante necessidade de culpar alguém pelas condições imensuravelmente degradantes da vida e do trabalho no cárcere, e quando essa culpa deixa de recair nas próprias pessoas privadas de liberdade, passa a ser canalizada em direção ao próprio Estado. A maioria dos discursos que atribuíam a culpa do adoecimento ao Estado estavam relacionadas com a falta de apoio deste com os servidores, incluindo desde a falta de materiais e equipamentos necessários para lidar com a rotina carcerária, até a falta de servidores, fazendo com que os trabalhadores fiquem sobrecarregados e conseqüentemente ultrapassem o seu limiar de exaustão física e mental:

Às vezes é bom estar... demonstrar pelo menos uma preocupação do Estado, talvez é o pior problema daqui, saber que o Estado nos coloca aqui e não se importa com a gente, né?! Assim é... como se diz... eu... eu... eu costumo brincar que é a teoria da fossa né?! Ninguém mexe e cuida da sua fossa enquanto ela tá boa, quando a... quando a fossa explode e começa a feder a gente vai lá e chama e resolve o problema, o Estado lida com isso aqui mais ou menos do mesmo jeito. Enquanto tá tocando pode estar o ruim que for, ele não tá nem aí, mas quando explode aí o Estado se preocupa, acho que é mais ou menos assim que funciona. Com os presos eles até que se importam porque tem uma pressão né?! Das defensorias públicas, do judiciário, enfim, essas coisas, mas conosco mesmo... então assim, até o básico na política do trabalhador penitenciário, né?! Até o básico seria algo que já seria relevante, seria interessante. (Hotel)

Às vezes falta mesmo, a gente sabe que trabalha no limite de munição, de luva, de máscaras, de tudo [...] (Echo)

Infelizmente essa é uma realidade que não é apenas do Estado do Tocantins ou do Sistema Prisional como um todo, mas da maioria dos setores públicos em que exigem um maior preparo, principalmente no trato com outras pessoas. Identificou-se que falta um considerável investimento tanto na formação inicial destes servidores, fugindo das cerimônias que nada agregam à carreira profissional e que mais atrapalham do que favorecem, como também o investimento na capacitação permanente destes trabalhadores, fazendo com que estejam em constante atualização, saindo da lógica puramente quantitativa de formar grande quantidade de pessoas e passando para uma lógica qualitativa, de formar replicadores e multiplicadores.

Toda essa ausência Estatal, atrelada à inércia de grande parte dos servidores, fazem com que os trabalhadores tenham a mesma sensação relatada no experimento de Stanford, em que é possível confundir os personagens desta pesquisa com a de um experimento realizado ainda na década de 70:

Clay-416: ‘Os guardas estão tão presos quanto os presidiários. Ambos possuem apenas a extensão de um bloco de celas, mas eles têm uma porta trancada atrás deles que não podem abrir, e, na verdade, estão todos juntos, e o que você cria, você cria junto. Presos não possuem uma sociedade própria, e os guardas também não. É uma coisa e tanto, e é terrível’ (ZIMBARDO, 2018, p. 272).

[...] Não tá bem especificado que o agente tá incluso, apesar que a gente fica preso com ele, né?! (Índia)

Eu acho que aqui a gente puxa uma cadeia, né?! De lambuja assim... Não é bem esse termo mas a gente acaba que passa aí vinte e quatro horas no cárcere também [risos], preso! Não é lá com quarenta presos dentro de uma cela mas você fica num lugar fechado também, com pouca ventilação, bastante exposto, com setecentos e cinquenta presos, cadeia superlotada, com todo tipo de gente, acaba que você puxa uma cadeiazinha também, dia sim e três não você puxa... de forma indireta né?! (Echo)

Arelados a todos os problemas citados anteriormente também foi possível identificar diversas questões de relacionamento interpessoal entre os agentes, seja com superiores ou com próprios colegas de trabalho:

Devido a quantidade de estresse, de pressão, que a gente vive aqui... por um lado por parte dos presos e por outro lado por parte dos superiores, da chefia, então você tem... é uma pressão muito grande dos dois lados... é dos seus próprios colegas tanto como dos presos (Mike).

Eu acho que essa área que a gente trabalha está muito sujeito a um estresse muito elevado, né?! Tem a questão do preso, que tá sempre provocando a gente, é... e tem até próprios colegas que... nessa nossa área, acho que tem uns colegas que têm a cabeça um pouquinho mais quente, né?! E que acaba gerando alguns atritos, né?! (Victor).

Todos esses processos que podem levar ao adoecimento refletem não apenas no contexto de trabalho, mas também na vida social destes sujeitos, seja pelo aumento da agressividade, dificuldades relacionadas ao sono e até mesmo o aumento da sensação de perigo iminente:

Por ser um ambiente de risco, meio carregado aí de coisa ruim, às vezes a gente chega aqui e sai, vai pra casa com a cabeça cheia, chega em casa às vezes você quer descontar na família, na mulher, na esposa, no filho [...] (Kilo).

Nessa parte psicológica, porque às vezes a gente acaba levando os problemas da cadeia, às vezes acaba levando pra casa, entendeu? E isso acaba prejudicando não somente a vida do profissional em si que tá atuando, mas até da... da família, do esposo, dos filhos, entendeu? (Papa).

Muitas vezes o servidor vem com um problema de casa, aí chega aqui dentro, pega um dia que não tá um dia bom, amanhã na hora que ele voltar pra casa ele volta cinco, dez vezes pior do que ele saiu de casa, aí ele vai descontar em quem? Na esposa, no filho, na mãe, que não tem nada a ver com a história, aí muitas vezes ele chega zangado e um preso vai olhar pra ele e vai querer fazer uma besteira, aí já vai pra uma corregedoria, responder por algum ato que ele fez, então tudo influencia (Zulu).

A casa se torna uma extensão do trabalho e o próprio Estado é um dos que mais incentivam este fato, seja pela constante imagem de insegurança que passa aos servidores em detrimento de uma ameaça virtual ou pela recorrente necessidade de convocá-los em horários de folga para a contenção de situações de crise que talvez poderiam ser facilmente resolvidas com um efetivo suficiente dentro de cada unidade prisional. O trabalhador encontra-se em uma intersecção de cobranças oriundas do Estado enquanto poderes Executivo e Judiciário, das suas famílias, das pessoas privadas de liberdade e seus familiares, bem como de toda a sociedade ao

generalizar e condená-los por colaborarem de alguma forma para que a massa carcerária tenha, ainda que minimamente, acesso à alguns direitos.

Infelizmente este estudo também encontrou diversos obstáculos institucionais e pessoais para sua realização, dentre eles foi a recorrente desconfiança por parte dos próprios servidores em relação ao pesquisador, visto que realmente lhes é estranho e até desconfortável que exista uma pessoa interessada em suas queixas. Essa desconfiança foi refletida principalmente na ausência de respostas complexas, muitas vezes limitadas a “sim” ou “não”, bem como inúmeras falas defensivas como: “*eu não estou falando ou criticando o sistema [...]*” (Fox), “[...] *ouvi falar só, também não foi do meu plantão*” (Lima) ou “*pegou um bocado de gente, não sabe nem se pegou no meu plantão*” (Lima).

Se em um cenário clínico o silêncio é terapêutico, no sistema prisional o silêncio é incômodo, nos remete a um conjunto de fatores que amordaçam estes trabalhadores e amortizam as singularidades, fortalecendo a ideia de que precisam ser máquinas que cumprem o seu dever cívico e saem dali como se nada tivesse acontecido. O ser humano, de uma forma geral, não funciona desta forma, toda essa cadeia de acontecimentos gera inúmeras demandas que vão sendo recalcadas e vão diluindo a singularidade individual, fazendo com que as pessoas tenham um prazo de validade e pouco importa se vão adoecer ou não, o que importa para o Estado é que elas continuem reproduzindo determinados comportamentos mortíferos, e preferencialmente calados.

Neste modelo de gestão, cabe ao Estado decidir sobre a vida das pessoas, fazer escolhas entre quais indivíduos podem morrer e quais podem viver, pouco importando os resultados deste genocídio imensurável que mata mais que guerras globais (MBEMBE, 2016). Ao atribuir a competência de exercer o biopoder aos trabalhadores do sistema prisional, o Estado se abstém da responsabilidade de uma guerra onde todos os lados saem perdendo, sustenta então um discurso que faz com que os indivíduos travem uma batalha entre si enquanto a hegemonia permanece assistindo tudo como se fosse a mais anormal normalidade.

CAPÍTULO V

5 DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Falar sobre o sistema prisional é sempre um grande desafio, principalmente ao tentarmos identificar elementos sólidos que fogem de uma crítica superficial, considerando o complexo contexto que envolve este cenário e que permeia em âmbitos sociais, históricos, culturais e institucionais. Na prática as pesquisas neste ambiente são desgastantes e de difícil realização, visto que é um local onde o saber científico não é bem-vindo pois muitas vezes implica na mudança de atitudes e na real comprovação de que todo esse processo de gestão é falho com os servidores por realizarem procedimentos que em nada, ou muito pouco, contribuem para o processo de reeducação das pessoas privadas de liberdade, a equipe técnica por se esconder em torres de marfim e, principalmente, o Estado por não conseguir garantir o mínimo de condições para uma execução penal que respeite a dignidade do ser humano, seja ele trabalhador ou pessoa privada de liberdade.

Ao analisarmos o contexto estudado é possível identificar nitidamente uma lógica de repetição muito forte, principalmente no que remete à cultura institucional, em que a instituição, representada por seus agentes, faz com que essa cultura seja perpetuada tanto por meio das práticas cotidianas quanto por meio dos rituais de formação profissional (BAREMBLITT, 2002). Essa lógica de repetição nos remete ao ciclo vicioso da violação de direitos, em que o Estado é o responsável por violar os direitos dos trabalhadores, e estes os principais responsáveis por manter práticas que violam os direitos das pessoas privadas de liberdade.

Surgem então os burocratas, pessoas responsáveis pelo mero cumprimento de ordens, colocados como possíveis vítimas porém são tão responsáveis quanto os próprios comandantes/gestores, visto que assim como os carrascos da idade média, trazem requintes de perversidade para a execução de ordens com uma falsa sensação de legalidade, visto que em muitos casos até a própria legislação é distorcida em favor de tais atos (ARENDETT, 1999; FOUCAULT, 1987). Todos acabam contribuindo com os inúmeros genocídios que acontecem nos presídios brasileiros, lembrando sempre que “o grau de responsabilidade aumenta quanto mais longe nos colocamos do homem que maneja o instrumento fatal com suas próprias mãos” (ARENDETT, 1999, p. 268).

Certamente a culpa recai sobre todos aqueles que poderiam fazer algo e se abstém deste papel, visto que muitas vezes “o fio da faca que esquarteja, ou o tiro certo nos olhos, possui alguns aliados, agentes sem rostos que preparam o solo para esses sinistros atos” (BAPTISTA, 1999, p. 46). O sistema prisional faz com que os sujeitos se moldem à uma realidade que não permite o desenvolvimento de singularidades, local onde as pulsões de morte são nitidamente afloradas e que estimula o despertar da perversidade latente do ser humano.

A profissão de agente penitenciário possui um estigma histórico que a acompanha desde os remotos tempos de carrasco, fazendo com que exista uma constante associação entre este servidor e a figura do perverso, truculento, corrupto e etc (RUDNICKI; SCHÄFER; SILVA, 2017). O que poucos consideram é que o sistema prisional é como uma caixa podre onde as maçãs estão propensas ao adoecimento, o atual modelo penal brasileiro favorece o desenvolvimento de processos como o de desindividuação e o de desumanização dos sujeitos, aumentando consideravelmente a probabilidade de excessos e de violações de direitos humanos, fazendo com que a maioria dos indivíduos esteja suscetível ao processo de institucionalização/mortificação, seja por meio da reprodução de práticas violentas ou da própria omissão diante deste fato (ZIMBARDO, 2018).

No processo de realização desta pesquisa foi possível identificar um nítido processo de resistência inicial por parte da gestão da unidade prisional, principalmente na etapa de coleta de dados, visto que mesmo o pesquisador sendo um dos componentes do quadro de servidores da pasta, houve alguma dificuldade em proceder com a escuta dos servidores. Ao realizar as entrevistas com os servidores também foi possível notar um sutil processo de resistência com relação à pesquisa, seja por meio da negativa em participar, principalmente por conta da gravação em áudio da pesquisa, ou por meio de respostas genéricas e geralmente curtas, fazendo com que seja possível perceber o receio de exposição institucional, o que nos remete à reflexão sobre as condições organizacionais em que estes servidores estão expostos.

Com relação às demandas identificadas, estas foram classificadas de duas formas, sendo a demanda “espontânea”, caracterizada principalmente pela exposição verbal sobre a opinião destes servidores quanto aos processos de construção do conhecimento, destacando aquilo que consideram ser mais importante, e a demanda induzida, provocada por meio da indagação sobre uma abordagem específica. Foi possível identificar que a demanda “espontânea” estava diretamente relacionada à realização de formação profissional voltada às rotinas operacionais, geralmente relacionadas aos procedimentos com uso de armamentos, enquanto a demanda induzida, voltada para as questões de saúde, estava fortemente direcionada ao atendimento em

saúde voltado ao trabalhador do cárcere por meio de ações majoritariamente clínicas, sendo que as ações educacionais também tiveram indicação parcial entre os entrevistados.

Segundo a percepção dos próprios Agentes de Execução Penal, existe um desejo maior de cursos voltados às rotinas operacionais da unidade prisional, porém identificou-se que grande parcela destes servidores não realizou qualquer curso voltado para sua atividade funcional desde o início das suas atividades no cargo. Este dado nos remete à duas possibilidades, sendo que uma não anula a outra, a primeira é a que o Estado não está oferecendo um processo de formação continuada aos servidores, e se está oferecendo não é oportunizado para todos, a segunda possibilidade está relacionada à falta de interesse por parte dos servidores em realizar alguma capacitação na área, seja por falta de incentivo financeiro o por considerarem que os cursos não contribuem para algum tipo de ascensão funcional.

Para além da formação continuada outro dado importante está relacionado à formação inicial destes servidores como critério prévio para a posse em concurso público. Ficou evidenciado que grande parcela dos entrevistados consideraram que a formação inicial possuiu alguma falha, principalmente por conta da falta de experiências práticas na própria unidade prisional, o curto período de formação, a ausência de servidores da área para ministrar as disciplinas relacionadas à existência de certos rituais de passagem, compostos por exposições a gases, corridas, pressões psicológicas e outras atividades que dificilmente contribuem para a execução da função.

Por ser uma profissão relativamente nova no Estado do Tocantins, os Agentes de Execução Penal (agentes penitenciários) estão passando por um processo de construção identitária e que, infelizmente, está intrinsicamente associado à figura da Polícia Civil, fazendo com que as práticas executadas por servidores, que tiveram pouca ou nenhuma capacitação profissional, sejam perpetuadas e ainda aplicadas nos dias atuais.

Com relação à assistência em saúde ao trabalhador do cárcere foi possível identificar que grande parte dos servidores desconhecem ações nesta área, passando a recorrente noção de abandono por parte do Estado, e embora reconheçam o caráter adoecedor do trabalho no sistema prisional, este fenômeno é atribuído, em geral, à própria população privada de liberdade, como se estes fossem os culpados por todas as mazelas existentes. Foi possível identificar que parte dos servidores se eximem da responsabilidade conjunta de cuidar da própria saúde, seja por meio da falta de cuidado ao utilizar os equipamentos de proteção individual, quando disponíveis, ou até mesmo por falhas de procedimentos que podem causar agravos em saúde decorrentes de acidentes de trabalho.

Com a intenção de desenvolver uma ação em saúde voltada aos servidores, foi elaborado um material educacional (Apêndice III) com as principais demandas em saúde elencadas nas entrevistas desta pesquisa. Certamente muitas das informações ali presentes já são de conhecimento de boa parte dos servidores, porém o material surge a partir da vivência direta no cárcere, considerando suas peculiaridades e podendo servir como base para intervenções futuras.

Em um contexto complexo de omissão Estatal e até mesmo por parte dos próprios servidores públicos, afirmar que apenas cursos voltados à saúde do trabalhador podem resolver todos os problemas deste local é uma falácia, visto que os cursos são apenas uma das inúmeras atividades que podem ser desenvolvidas neste contexto. De fato, as ações educacionais devem ser prioridade com o objetivo principal de prevenir o adoecimento, fortalecendo a aproximação entre o Estado e o Servidor, agindo principalmente com ações continuadas, planejadas, avaliadas e em constante diálogo com o público alvo atendido, de modo a entender as principais demandas existentes em cada contexto.

Para além das ações educacionais, observou-se também a necessidade de ações de cuidado em saúde, visto que muitos servidores reconheceram o adoecimento em si ou no outro, necessitando de uma atenção específica, principalmente voltada para o aspecto da saúde mental. Porém é pertinente pontuar que é necessário intervir na causa direta do adoecimento, e não simplesmente trabalhar com cuidados paliativos, como se aquela realidade fosse imutável, em que não há uma perspectiva de melhora, onde aceita-se que o sistema prisional é adoecedor e cabe aos experts o papel de minimizar estes danos provocados, é preciso pensar em estratégias realmente complexas, contextualizadas e contínuas para que possa ocorrer de fato a transformação da realidade local.

Quando existem ações voltadas à saúde do trabalhador, em sua maioria são descontextualizadas e esporádicas, lidando com sintomas e não com a real causa do adoecimento, pautadas na clínica tradicional do jaleco branco, fugindo da real empatia e acolhimento que extrapola uma área delimitada (uma sala) e adentra na realidade do sujeito, circula no ambiente e percebe as inúmeras possibilidades de intervenção institucional.

É preciso pensar no sistema prisional como um local que mortifica não apenas as pessoas privadas de liberdade, mas também familiares, trabalhadores e todos aqueles afetados direta ou indiretamente pelo contexto da execução penal, é um sistema falido que utiliza de mão de obra barata para produzir capital, seja por meio do trabalho das pessoas presas ou por meio do exercício profissional dos servidores públicos. Infelizmente essa lógica do capital permite que

essa instituição utilize de meios subversivos para baratear o custeio de manutenção destes locais e ao mesmo tempo exercer o poder de controle sobre os custodiados, seja por meio da precarização das políticas públicas ou pela simples precarização estrutural/material, fazendo com que estes locais sejam verdadeiros depósitos humanos.

Ao formarmos os depósitos humanos, não resta outra alternativa senão a convivência entre os indivíduos, criam seu próprio mundo paralelo ao externo, composto por regras e uma cultura própria como uma forma de resistência à cultura institucional. Esse processo afeta tanto pessoas privadas de liberdade e familiares quanto servidores, que adquirem formas próprias de falar, andar e se comportar, tal processo de mortificação das singularidades também é chamado de “prisionização” (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

De nada adianta realizar ações voltadas ao ensino em saúde do trabalhador se nos deparamos com um cenário que fomenta o adoecimento, é necessário repensar essa lógica de aprisionamento, bem como a atual lógica de “cuidado” que envolve os atores da execução penal. Diante de tantas questões presentes no contexto da execução penal, sejam elas relacionadas com o desejo de fazer justiça com as próprias mãos, ou até mesmo de simplesmente de fazer apenas o esforço mínimo necessário para o desempenho de suas funções, torna-se necessário repensar a lógica do trabalho no sistema prisional, onde é inconcebível imaginar pessoas que, em sua maioria, desacreditam da própria lógica de reeducação sendo os principais responsáveis por promover este fim, é como colocar um ateu para promover cultos religiosos semanais.

Mais grave ainda é aceitar, ainda que implicitamente, a perpetuação dos suplícios por meio da execução penal, porém desta vez os suplícios acontecem de forma um pouco mais “sutil”, porém vez ou outra ainda proporcionam grandes espetáculos ao público externo quando divulgados em redes sociais (FOUCAULT, 1987). Diante de todo este cenário nos restam muitas perguntas que dificilmente serão respondidas por esta pesquisa, entre esses questionamentos poderíamos acrescentar uma última pergunta ao questionário realizado anteriormente: “sr. Agente penitenciário, o senhor acredita que, quando este trabalho terminar, você terá tempo suficiente de se tornar um ser humano novamente?” (ZIMBARDO, 2018, p. 166).

REFERÊNCIAS

AGOSTINI, M. Saúde do Trabalhador. In: ANDRADE, A.; PINTO, S. C.; OLIVEIRA, R. S. DE (Eds.). . **Animais de Laboratório: criação e experimentação**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. p. 375–379.

AMARAL, L. **Problemas acontecem, diz Bolsonaro sobre presos mortos em transferência**. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2019/07/31/problemas-acontecem-diz-bolsonaro-sobre-presos-mortos-em-transferencia.htm>>. Acesso em: 15 out. 2019.

ARENDT, H. **Eichmmam em Jerusalém: um relato sobre a banalidade do mal**. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

ARGÜELLO, K. **Do Estado social ao Estado penal: invertendo o discurso da ordem**. Anais do Congresso Paranaense de Criminologia. **Anais...**Londrina: Mimeo, 2005

BAPTISTA, L. A. A atriz, o padre e a psicanalista - os amoladores de faca. In: **A cidade dos sábios**. São Paulo: Summus, 1999. p. 131.

BAREMBLITT, G. **Compêndio de análise institucional e outros correntes: teoria e prática**. 5. ed. Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari, 2002.

BARRETO, I. S.; BEZERRA, A. L. Q. **Programa de atenção à saúde mental dos trabalhadores das insituições federais de ensino superior**. Goiânia: UNB, 2007.

BASTOS, A. V. B.; GALVÃO-MARTINS, A. H. C. O que pode fazer o psicólogo organizacional. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 10, n. 1, p. 10–18, 1990.

BAUMAN, Z. **Tempos líquidos**. Rio de Janeiro: Zahar, 2007.

BERTOLOZZI, M. R.; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 30, n. 3, p. 380–398, 1996.

BEZERRA, C. DE M.; ASSIS, S. G. DE; CONSTANTINO, P. Sofrimento psíquico e estresse no trabalho de agentes penitenciários: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 7, p. 2135–2146, 2016.

BICUDO, M. A. V. Meta-análise: seu significado para a pesquisa qualitativa. **Revemat** :

Revista Eletrônica de Educação Matemática, v. 9, n. 2011, p. 7–20, 2014.

BORGES, A. M. et al. Avaliação do ensino em saúde do trabalhador por acadêmicos de enfermagem. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 6, n. 4, p. 1349–1360, 2014.

BRASIL. **Decreto-Lei Nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm>. Acesso em: 13 out. 2019.

BRASIL. **Lei Nº 7.210, de 11 de julho de 1984**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7210.htm>. Acesso em: 11 fev. 2019.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 12 fev. 2019.

BRASIL. **Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 12 fev. 2019.

BRASIL. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - SUS**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm>>. Acesso em: 12 fev. 2019.

BRASIL. **Lei Nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 21 jun. 2019.

BRASIL. **Portaria Interministerial Nº 1.777, de 09 de setembro de 2003**. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_1777.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2019.

BRASIL. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. **Resolução Nº 05, de 04 de maio de 2004**. Disponível em: <<http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/resolucoes/resolucao-CNPCP-5-2004>>. Acesso em: 12 fev. 2019b.

BRASIL. **Resolução Nº 9, de 13 de novembro de 2009**. Disponível em: <<http://agepen-ac.blogspot.com/2011/05/resolucao-n-09-de-13-de-novembro-de.html>>. Acesso em: 11 fev. 2019a.

BRASIL. **Lei Nº 11.942, de 28 de maio de 2009**. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L11942.htm>. Acesso em: 12 fev. 2019b.

BRASIL. **Censo 2010**. Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/materiais/guia-do-censo/conceituacao.html>>. Acesso em: 28 jan. 2019a.

BRASIL. **Resolução Nº 4, de 30 de julho de 2010**. Disponível em: <<http://depen.gov.br/DEPEN/depen/cnpcp/resolucoes/2010/resolucao4de30dejulhode2010.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2019b.

BRASIL. **Recomendação Nº 35, de 12 de julho de 2011**. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br//images/atos_normativos/recomendacao/recomendacao_35_12072011_22102012170144.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2019.

BRASIL. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 12 fev. 2019.

BRASIL. **Portaria Interministerial Nº 1, de 2 de janeiro de 2014**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html>. Acesso em: 12 fev. 2019a.

BRASIL. **Portaria Interministerial Nº 210, de 16 de janeiro de 2014**. Disponível em: <http://www.lex.com.br/legis_25232895_PORTARIA_INTERMINISTERIAL_N_210_DE_16_DE_JANEIRO_DE_2014.aspx>. Acesso em: 14 jul. 2019b.

BRASIL. **PNAISP**. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnaisp.php>>. Acesso em: 12 fev. 2019c.

BRASIL. **Portaria Nº 482, de 1º de abril de 2014**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0482_01_04_2014.html>. Acesso em: 12 fev. 2019d.

BRASIL. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias INFOPEN - junho de 2014**. Brasília: Departamento Penitenciário Nacional, 2014e.

BRASIL. **Resolução Nº 2, de 10 de fevereiro de 2014**. Disponível em: <http://www.lex.com.br/legis_25303441_RESOLUCAO_N_2_DE_10_DE_FEVEREIRO_D_E_2014.aspx>. Acesso em: 12 fev. 2019f.

BRASIL. **Resolução Nº 1, de 10 de fevereiro de 2014**. Disponível em:

<http://www.lex.com.br/legis_25303440_RESOLUCAO_N_1_DE_10_DE_FEVEREIRO_D_E_2014.aspx>. Acesso em: 12 fev. 2019g.

BRASIL. **Portaria Nº 94, de 14 de janeiro de 2014.** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0094_14_01_2014.html>. Acesso em: 12 fev. 2019h.

BRASIL. **Políticas Nacionais.** Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/component/content/article?id=311:politic-nacionais>>. Acesso em: 12 fev. 2019.

BRASIL. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias.** Brasília: Departamento Penitenciário Nacional, 2016a.

BRASIL. **Regras de Mandela: regras mínimas das nações unidas para o tratamento de presos.** Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2016b.

BRASIL. **Regras de Bangkok.** 1. ed. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2016c.

BRASIL. **Resolução Nº 510, de 07 de abril de 2016.** Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2019d.

BRASIL. **Resolução Nº 6, de 7 de dezembro de 2017.** Disponível em: <http://www.lex.com.br/legis_27583399_RESOLUCAO_N_6_DE_7_DE_DEZEMBRO_DE_2017.aspx>. Acesso em: 12 fev. 2019a.

BRASIL. **Resolução Nº 06, de 7 de dezembro de 2017.** Disponível em: <http://www.lex.com.br/legis_27583399_RESOLUCAO_N_6_DE_7_DE_DEZEMBRO_DE_2017.aspx>. Acesso em: 12 fev. 2019b.

BRASIL. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias: atualização - junho de 2017.** Brasília: Departamento Penitenciário Nacional, 2017c.

BRUM, E. **As crianças de Altamira: o massacre dos inocentes nos denuncia na mais violenta cidade amazônica.** Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2019/08/14/opinion/1565799016_403909.html>. Acesso em: 15 out. 2019.

CALDEIRA, F. M. A Evolução Histórica, Filosófica e Teórica da Pena. **Revista da EMERJ**, v. 12, n. 45, p. 255–272, 2009.

CAPPELLARI, M. P. M. **Você sabe o que são as “Regras de Mandela”?** Disponível

em: <<https://canalcienciascriminais.com.br/voce-sabe-o-que-sao-as-regras-de-mandela/>>.

Acesso em: 12 fev. 2019.

CARVALHO, S. DE. Substitutivos penais na era do grande encarceramento. **Revista Científica dos Estudantes de Direito da UFRGS**, v. 2, n. 2, 2010.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, v. 27, n. 78, p. 7–26, 2013.

CASTRO, R. et al. Terapia comunitária sistêmica e integrativa como instrumento de avaliação e diagnóstico da saúde de servidores da Secretaria de Educação de Uberaba-MG. **Temas em Educação e Saúde**, v. 12, p. 85–96, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências Técnicas para a Atuação das (os) psicólogas (os) no Sistema Prisional**. 1. ed. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2012.

CORREIA, L. C. O movimento antimanicomial: movimento social de luta pela garantia e defesa dos direitos humanos. **Prim@ Facie - Direito, História e Política**, p. 83–97, 2006.

DALCIN, L.; CARLOTTO, M. S. Avaliação de efeito de uma intervenção para a Síndrome de Burnout em professores. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 22, n. 1, p. 141–150, 2018.

DEJOURS, C. Subjetividade, Trabalho e Ação. **Revista Produção**, v. 14, n. 3, p. 27–34, 2004.

DIAS, E. C. et al. O Ensino das Relações Trabalho-Saúde-Doença na Escola Médica: percepção dos alunos e proposta de aperfeiçoamento na UFMG. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 30, n. 1, p. 20–26, 2003.

DRAGONE, M. L. O. S. Programa de saúde vocal para educadores: ações e resultados. **Revista CEFAC**, v. 13, n. 6, p. 1133–1143, 2011.

DUARTE, D. A. A supervisão enquanto dispositivo: Narrativa docente do estágio profissional em psicologia do trabalho. **Interface: comunicação, saúde e educação**, v. 19, n. 52, p. 133–144, 2015.

ESTADÃO. **Preso no Amazonas custa 3 vezes mais que o de SP; gestão privada é alvo de MP e governo**. Disponível em: <<https://brasil.estadao.com.br/noticias/geral,preso-no-am-custa-o-triplo-de-sp-gestao-privada-e-alvo-de-mp-e-governo,10000098206>>. Acesso em:

15 out. 2019.

FERNANDES, M. C. et al. O conteúdo da saúde do trabalhador e as metodologias de ensino na formação do enfermeiro. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 1–8, 2016.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade III: o cuidado de si**. 8. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**. 27. ed. Petrópolis: Vozes, 1987.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 13. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1998.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de Pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GODOY, MARIA G. C.; BOSI, M. L. M. A alteridade no discurso da reforma psiquiátrica brasileira face à ética radical de Levinas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 2, p. 289–299, 2007.

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1974.

GRECO, R. M. et al. A organização do ambiente de trabalho com o método 5S - cuidando da saúde do trabalhador. **Revista Ciência em Extensão**, v. 8, n. 3, p. 303–307, 2012.

JAMES, L.; TODAK, N. Prison employment and post-traumatic stress disorder: risk and protective factors. **American Journal of Industrial Medicine**, v. 61, n. 9, p. 725–732, 2018.

KRUMMENAUER, E. C. et al. Educação Continuada: Uma ferramenta para a segurança do cuidado. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 4, n. 3, p. 3–4, 2014.

LACAZ, F. A. DE C. et al. Estratégia saúde da família e saúde do trabalhador: um diálogo possível? **Interface: comunicação, saúde e educação**, v. 17, n. 44, p. 75–87, 2013.

LIMA, V. A. DE; FERREIRA JUNIOR, M. **Efeitos de um programa de exercícios físicos no local de trabalho sobre a flexibilidade e percepção de dor musculoesquelética entre trabalhadores de escritório**. São Paulo: USP, 2009.

LIMA, N. **Proposta de Emenda à Constituição Nº 308, de 2004**. Disponível em:

<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=236004&filenome=Tramitacao-PEC+308/2004>. Acesso em: 12 fev. 2019.

LIPP, M. E. N.; COSTA, K. R. DA S. N.; NUNES, V. DE O. Estresse, qualidade de vida e estressores ocupacionais de policiais: Sintomas mais frequentes. **Revista Psicologia, Organizações e Trabalho**, v. 17, n. 1, p. 46–53, 2017.

LOMBROSO, C. **O Homem Delinquente**. São Paulo: Ícone, 2007.

LUCCA, S. R. DE; KITAMURA, S. O ensino da medicina do trabalho e a importância das visitas aos locais de trabalho. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 10, n. 2, p. 41–48, 2012.

LUCCHESI, P. T. R. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 439–448, 2003.

LUCHESE, K. F.; MOURÃO, L. F.; KITAMURA, S. Ações de promoção e prevenção à saúde vocal de professores: uma questão de saúde coletiva. **Revista CEFAC**, v. 12, n. 6, p. 945–953, 2010.

MALUF, T.; SANCHEZ, C. J. P. Sistema carcerário brasileiro: um exemplo de falta de dignidade e falência. **ETIC-Encontro de Iniciação Científica**, v. 10, n. 10, 2014.

MARANGONI, J. F. DA C.; MANGABEIRA, J. A. Política integrada de atenção à saúde do servidor público do Distrito Federal: O programa de preparação para o período pós-carreira. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 12, n. 1, p. 8–15, 2014.

MARQUES, C. F. et al. O ensino de graduação e os conteúdos teórico-práticos da saúde do trabalhador. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 494–503, 2012.

MARTINS, J. T.; OPITZ, S. P.; ROBAZZI, M. L. DO C. O psicodrama como uma estratégia pedagógica no ensino da saúde do trabalhador. **Revista Gaucha de Enfermagem**, v. 25, n. 1, p. 112–117, 2004.

MASLOW, A. H. **Motivation and Personality**. [s.l.] Harper & Brothers, 1970.

MBEMBE, A. Necropolítica. **Revista do PPGAV/EBA/UFRJ**, n. 32, p. 122–151, 2016.

MELLIM FILHO, O.; PASSETTI, E. **Criminalização e seleção no sistema judiciário penal**. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2009.

MENDES, A. M. B. Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as

contribuições de C. Dejours. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 15, n. 1, p. 34–38, 1995.

MENICUCCI, T. M. G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 21, n. 1, p. 77–92, 2014.

MERCADANTE, Q. A. et al. Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde no Brasil. In: FINKELMAN, J. (Ed.). . **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. p. 328.

MERLO, Á. R. C. Psicodinâmica do trabalho. In: JACQUES, M. DA G. (Ed.). . **Saúde Mental & Trabalho: leituras**. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 130–142.

MIGLIACCIO FILHO, R. Considerações filosóficas aliadas aos conhecimentos e experiências empresariais ampliam os horizontes da relação homem-trabalho. **Revista de Administração de Empresas**, v. 34, n. 2, p. 18–32, 1994.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. DA F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, n. 2, p. 21–32, 1997.

MINAYO, M. C. DE S.; ASSIS, S. G. DE; OLIVEIRA, R. V. C. DE. Impacto das atividades profissionais na saúde física e mental dos policiais civis e militares do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 4, p. 2199–2209, 2011.

MOHER, D. et al. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. **Systematic Reviews**, v. 4, n. 1, p. 1–9, 2015.

MONTEIRO, M. S. et al. O ensino de vigilância à saúde do trabalhador no Curso de Enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. 2, p. 306–310, 2007.

MORAES, H. V. B. **Das funções da pena**. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=12620>. Acesso em: 11 fev. 2019.

MOREIRA, M. Repensando a avaliação: perspectivas criativas para a educação profissional na área da saúde do trabalhador. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 4, n. 2, p. 441–456, 2006.

NERY, T. R. A. **Da ética à poética do ser servidor penitenciário**. Porto Alegre: Companhia Rio-Grandense de Artes Gráficas, 2012.

NEVES, M.; SERRANHEIRA, F. A formação de profissionais de saúde para a prevenção de lesões musculoesqueléticas ligadas ao trabalho a nível da coluna lombar: uma revisão sistemática. **Revista Portuguesa de Saude Publica**, v. 32, n. 1, p. 89–105, 2014.

NUNES, A. et al. **Medindo as Desigualdades em Saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento**. 1. ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2001.

OLIVEIRA, A. R. M. DE et al. A Prisionização de Agentes Penitenciários e seus Efeitos sobre a Função Reintegradora da Pena Privativa de Liberdade. In: FIDALGO, F.; FIDALGO, N. (Eds.). . **Sistema Prisional: teoria e pesquisa**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2017. p. 255–278.

OLIVEIRA, J. A. DE; TEIXEIRA, S. M. F. **(Im)Previdência Social: 60 anos de história da previdência no Brasil**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1985.

OLIVEIRA, R. M. DE. O critério estético da moral: reflexos de uma sociedade estigmatizadora. In: BITTENCOURT, J. A. N.; FORTES, F. B. (Eds.). . **Revista de Ciências Criminais**. 1. ed. São Paulo: Perse, 2017. p. 421.

ONU. **Protocolo de Istambul**. Nova Iorque e Genebra: Nações Unidas, 2001.

ORNELL, F. et al. Saúde e cárcere: estruturação da atenção básica à saúde no sistema prisional do Rio Grande do Sul. **Revista Eletrônica da Faculdade de Direito**, v. 8, n. 1, p. 107–121, 2016.

PEREIRA, M. E. DE C. et al. A importância da abordagem contextual no ensino de biossegurança. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 6, p. 1643–1648, 2012.

PIANA, M. C. A pesquisa de campo. In: **A construção do perfil do assistente social no cenário educacional**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. p. 233.

POLIGNANO, M. V. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. **Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina/UFMG**, v. 35, p. 1–35, 2001.

PONTES, A. G. V.; RIGOTTO, R. M. Saúde do Trabalhador e Saúde Ambiental: potencialidades e desafios da articulação entre universidade, SUS e movimentos sociais. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 39, n. 130, p. 161–174, 2014.

POUZADOUX, C. **Contos e Lendas da Mitologia Grega**. 3. ed. São Paulo: [s.n.].

QUEIRÓZ, M. DE F. F. et al. Grupo PET-Saúde/Vigilância em Saúde do Trabalhador Portuário: Vivência compartilhada. **Interface: comunicação, saúde e educação**, v. 19, n. Supl

I, p. 941–951, 2015.

RAUTER, C. Clínica e estratégias de resistência: perspectivas para o trabalho do psicólogo em prisões. **Psicologia & Sociedade**, v. 19, n. 2, p. 42–47, 2007.

REINHARDT, É. L.; FISCHER, F. M. Barreiras às intervenções relacionadas à saúde do trabalhador do setor saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 25, n. 5, p. 411–417, 2009.

RIBEIRO, S. F. R. et al. Intervenção em uma Escola Estadual de Ensino Fundamental : Ênfase na Saúde Mental do Professor. **Revista Mal-estar e Subjetividade**, v. 12, n. 3–4, p. 905–924, 2012.

ROCHA, A. F. DA et al. Sobre a Residência Integrada em Saúde com ênfase em Vigilância em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 10, p. 3467–3472, 2017.

ROIG, R. D. E. **Execução penal: teoria crítica**. 4. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2018.

ROSEN, G. **Uma História da Saúde Pública**. São Paulo: Editora Unesp, 1994.

RUDNICKI, D.; SCHÄFER, G.; SILVA, J. C. DA. As máculas da prisão: estigma e discriminação das agentes penitenciárias. **Revista Direito GV**, v. 13, n. 2, p. 608–627, 2017.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 31, n. 3, p. 260–268, 2012.

SANTANA, V. S. Saúde do trabalhador no Brasil: pesquisa na pós-graduação. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. N Esp, p. 101–111, 2006.

SANTOS, P. R. DOS et al. Enfermagem e atenção à saúde do trabalhador: a experiência da ação de imunização na Fiocruz/Manguinhos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 2, p. 553–565, 2011.

SANTOS, S. DE L. V. DOS et al. O papel das instituições de ensino superior na prevenção das doenças imunopreveníveis. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 8, n. 1, p. 91–98, 2014.

SILVA, A. L. A. E et al. **Desafios para a Desinstitucionalização: moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo**. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2008.

SILVA, E. F. DA et al. A Promoção da Saúde a partir das situações de trabalho:

considerações referenciadas em uma experiência com trabalhadores de escolas públicas. **Interface: comunicação, saúde e educação**, v. 13, n. 30, p. 107–119, 2009.

SILVA, M. B. O. DA. Obsolescência Programada e Teoria do Decrescimento Versus Direito Ao Desenvolvimento e ao Consumo (Sustentáveis). **Veredas do Direito**, v. 9, n. 17, p. 181–196, 2012.

SILVA, N.; TOLFO, S. DA R. Trabalho significativo e felicidade humana: explorando aproximações. **Revista Psicologia, Organizações e Trabalho**, v. 12, n. 3, p. 341–354, 2012.

SILVEIRA, C. DA; SOUZA, L. V. F. DE. **Saúde Mental e o Policial Militar: a concepção de Policiais Militares acerca do estresse relacionado ao seu trabalho dentro da perspectiva de saúde mental.** Disponível em: <<https://psicologado.com.br/psicopatologia/saude-mental/saude-mental-e-o-policial-militar-a-concepcao-de-policiais-militares-acerca-do-estresse-relacionado-ao-seu-trabalho-dentro-da-perspectiva-de-saude-mental>>. Acesso em: 12 fev. 2019.

SIMON, R.; YAMAMOTO, K. Psicoterapia Breve Operacionalizada em Situação de Crise Adaptativa. **Mudanças - Psicologia da Saúde**, v. 16, n. 2, p. 144–151, 2008.

SOARES, R. J. DE O.; ZEITOUNE, R. C. G. O cuidado e suas dimensões: subsídios para o cuidar de si de docentes de enfermagem. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. Ed. Supl., p. 41–44, 2012.

SOUZA, A. C. DE; CASSANE, I. T. O cuidado com a saúde dos professores por meio do Sociodrama e com o uso de objetos intermediários. **Revista Brasileira de Psicodrama**, v. 24, n. 1, p. 69–75, 2016.

SOUZA, R. R. DE. **O Sistema Público de Saúde Brasileiro**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

TAVARES, R. DOS R. **Impossibilidade jurídica da custódia de presos pela polícia civil, considerações a partir da realidade de Sergipe.** Disponível em: <https://www.jurisway.org.br/v2/dhall.asp?id_dh=12836>. Acesso em: 12 fev. 2019.

TOCANTINS. **Lei Nº 581, de 24 de agosto de 1993.** Disponível em: <<https://www.al.to.leg.br/arquivos/6838.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2019.

TOCANTINS. **Lei Nº 932, de 16 de outubro de 1997.** Disponível em: <<https://www.al.to.leg.br/arquivos/7185.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2019.

TOCANTINS. **Edital Nº 1/2002, de 1º de março de 2002.** Disponível em: <<https://central3.to.gov.br/arquivo/269705/>>. Acesso em: 16 ago. 2019.

TOCANTINS. **Lei Nº 2.808, de 12 de dezembro de 2013.** Disponível em: <<https://central3.to.gov.br/arquivo/269639/%3E>>. Acesso em: 12 fev. 2019.

TRINDADE, C. M. Doenças, alimentação e resistência na penitenciária da Bahia, 1861-1865. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 18, n. 4, p. 1073–1093, 2011.

VASCONCELLOS, L. C. F.; ALMEIDA, C. V. B. DE; GUEDES, D. T. Vigilância em saúde do trabalhador: passos para uma pedagogia. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 7, n. 3, p. 445–462, 2010.

WOODWARD, A.; KAWACHI, I. Why reduce health inequalities? **Journal of Epidemiology & Community Health**, v. 54, n. 12, p. 923–929, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Constitution of the World Health Organization.** Disponível em: <<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Women's Health in Prison: correcting gender inequity in prison health.** Copenhagen: WHO, 2009.

ZANELLI, J. C.; SILVA, N.; SOARES, D. H. **Orientação para aposentadoria nas organizações de trabalho: construção de projetos para o pós-carreira.** Porto Alegre: Artmed, 2010.

ZIMBARDO, P. **O Efeito Lúcifer: como pessoas boas se tornam más.** 5. ed. Rio de Janeiro: Record, 2018.

APÊNDICES

Apêndice I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Página 1 de 2

Termo N° _____

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da Pesquisa “**A Percepção dos Agentes Penitenciários sobre a Política de Saúde Voltada ao Trabalhador do Cárcere**”, sob a responsabilidade do pesquisador Rodrigo Monteiro de Oliveira do Curso de Pós-Graduação em Ensino em Ciência e Saúde (PPGECS) da Universidade Federal do Tocantins do Campus de Palmas, sob orientação do Prof. DSc. Carlos Mendes Rosa, a qual pretende identificamos a percepção dos agentes penitenciários (Técnicos em Defesa Social) da Casa de Prisão Provisória de Palmas sobre a política de saúde voltada ao trabalhador do cárcere, bem como realizar uma análise institucional com as principais demandas do servidor do cárcere em relação à formação profissional, indicar as principais doenças provocadas pelo trabalho em prisões em servidores, além de propor a produção de um produto educacional voltado à prevenção do adoecimento do trabalhador do cárcere.

O motivo que nos leva a estudar a percepção do trabalhador do cárcere sobre a política de saúde surgiu em razão dos elevados índices de adoecimento destes trabalhadores, sendo necessário avaliar a percepção sobre a política de saúde bem como as possíveis causas de adoecimento, possibilitando o planejamento de estratégias de prevenção ao adoecimento ocupacional.

Sua participação é voluntária e se dará por meio de entrevista com uso de gravador de voz e registro escrito pelo pesquisador em caderno próprio. O registro sonoro será por um gravador de voz, enquanto o diário de campo consiste em anotações feito pelo pesquisador em um caderno, caso esse procedimento possa gerar algum tipo de constrangimento você não precisará realizá-lo e pode interrompê-lo a qualquer momento.

Se você aceitar participar, estará contribuindo para o aprimoramento das políticas voltadas à saúde do trabalhador do sistema penitenciário, bem como no incentivo de estratégias que possam reduzir os riscos de adoecimento no contexto do sistema prisional tocantinense.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa estão na possibilidade de acontecer desconforto psicológico, receio em revelar determinadas informações, medo de perseguições, ansiedade, constrangimento e sentimento de exposição, que podem ocorrer durante os encontros e ao responder alguma das perguntas da entrevista, além da possibilidade de suas informações pessoais serem acessadas por outras pessoas. No entanto, será utilizada uma sala privativa de acesso restrito ao pesquisador para fazer esse tipo de procedimento. Além do mais, você pode, a qualquer momento, se recusar a participar da pesquisa, solicitar a retirada de suas informações do material produzido, bem como se abster de responder às perguntas. É responsabilidade do pesquisador manter sigilo absoluto de seus dados pessoais, garantir sua privacidade e anonimato. Em qualquer momento, se você sofrer algum dano decorrente desta pesquisa, você terá direito a indenização.

Os resultados obtidos pela pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada por meio de exposição oral e individual em local reservado, bem como serão entregues em via impressa, os resultados também serão enviados por via impressa e realizada exposição oral aos gestores do sistema prisional, por meio da Secretaria de Estado da Cidadania e Justiça ou órgão da administração penitenciária. Seu nome ou qualquer dado, material ou registro que indique sua participação no estudo não será liberado sem a sua permissão. O(A) Sr.(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar.

*Rubrica dos pesquisadores:**Rubrica do participante:*

O Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar e a qualquer tempo e sem quaisquer prejuízos. A sua participação é voluntária, e a recusa ou desistência em participar desta pesquisa não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr.(a) é atendido(a) pelo pesquisador.

A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. Se depois de consentir em sua participação o Sr (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para obtenção de qualquer tipo de informação sobre os seus dados, esclarecimentos, ou críticas, em qualquer fase do estudo, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o pesquisador responsável no endereço “Quadra 109 Norte, Avenida NS15, ALCNO-14, CEP 77.001-090”, ou pelo telefone (63) 981324976, e-mail “psimonteiroli@gmail.com”. Em caso de dúvidas quanto aos aspectos éticos da pesquisa o(a) Sr (a) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFT. O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) é composto por um grupo de pessoas que estão trabalhando para garantir que seus direitos como participante de pesquisa sejam respeitados. Ele tem a obrigação de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de forma ética. Se você achar que a pesquisa não está sendo realizada da forma como você imaginou ou que está sendo prejudicado de alguma forma, você pode entrar em contato com o CEP da Universidade Federal do Tocantins pelo telefone (63) 3229-4023, pelo email: cep_uft@uft.edu.br, ou Quadra 109 Norte, Av. Ns 15, ALCNO 14, Prédio do Almojarifado, CEP-UFT 77001-090 - Palmas/TO. O (A) Sr. (a) pode inclusive fazer a reclamação sem se identificar, se preferir. O horário de atendimento do CEP é de segunda e terça das 14 às 17 horas e quarta e quinta das 9 às 12 horas.

Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo sr. (a), ficando uma via com cada um de nós. A via do pesquisador responsável e os demais materiais desta pesquisa ficarão arquivados por um período de 5 (cinco) anos e, após esse tempo, serão destruídos.

Eu, _____, fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação onde fui informado(a) dos objetivos, métodos, riscos e benefícios da pesquisa “A Percepção dos Agentes Penitenciários sobre a Política de Saúde Voltada ao Trabalhador do Cárcere”, de maneira clara, detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não receberei nenhum tipo de compensação financeira pela minha participação neste estudo e que posso sair quando quiser.

Palmas-TO, _____ (dia) de _____ (mês) do ano de 2019

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador Responsável
Rodrigo Monteiro de Oliveira

Assinatura do Pesquisador Orientador
Prof. Dr. Carlos Mendes Rosa

Apêndice II – Modelo de Entrevista Semiestruturada



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS

CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE PALMAS

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO EM CIÊNCIA E SAÚDE

Roteiro de Entrevista Semiestruturada

I – IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: _____

Escolaridade: () Ensino Médio () Ensino Superior () Especialização

() Mestrado () Doutorado

Curso do Ensino Superior (Se for o caso): _____

II – INDICADORES EDUCACIONAIS

Você considera que teve uma formação adequada para a atividade que realiza? Por que?

Quais cursos que você realizou voltados à sua atividade profissional? Foram promovidos por quais instituições?

Quais são os cursos que você considera serem mais importantes para a sua atividade profissional?

Já realizou algum curso voltado à saúde? Qual?

Você considera que cursos voltados à saúde do trabalhador podem evitar o adoecimento? Por que?

III – INDICADORES DE SAÚDE

Você já teve alguma doença ocasionada pelo seu trabalho no cárcere? Se sim, qual ou quais?

Você conhece algum colega de trabalho que adoeceu em razão do trabalho no cárcere? Se sim, qual ou quais doenças?

Você considera que seu trabalho como agente penitenciário (técnico em defesa social) pode causar danos à sua saúde? Por que? Se sim, quais danos?

Você considera que possui algum auxílio para a promoção da saúde do trabalhador no seu local de trabalho? Se sim, qual?

IV – INDICADORES DA POLÍTICA DE SAÚDE PRISIONAL

O que você entende por política de saúde do trabalhador?

Você conhece a política de saúde prisional? Se sim, qual é a sua percepção sobre esta política?

Como você gostaria que fossem as ações em saúde voltadas ao trabalhador do sistema prisional?

Observações do Entrevistador:

Apêndice III – Cartilha de Saúde do Trabalhador do Sistema Prisional

SECRETARIA DA CIDADANIA E JUSTIÇA
TOCANTINS GOVERNO DO ESTADO

CARTILHA

SAÚDE DO TRABALHADOR

DOS SISTEMAS PENITENCIÁRIO E PRISIONAL DO TOCANTINS

PALMAS-TO
2020

Olá, seja bem-vindo(a)! Neste documento abordaremos alguns aspectos básicos voltados à saúde do trabalhador nos Sistemas Penitenciário e Prisional do Tocantins, esta cartilha foi feita especialmente para você a partir da pesquisa “A percepção dos agentes penitenciários sobre a política de saúde voltada ao trabalhador do cárcere”, realizada no Mestrado de Ensino em Ciência e Saúde da Universidade Federal do Tocantins, esperamos que aproveite o conteúdo!

Cuidados Básicos

Você já se perguntou sobre os impactos do trabalho na sua saúde? Boa parte destes impactos podem ser amenizados com alguns cuidados básicos que abordaremos a seguir.

O ambiente carcerário, assim como qualquer outro ambiente com grande aglomeração de pessoas, pode ser um local de fácil transmissão de doenças infectocontagiosas, para isso existem alguns cuidados básicos que podem evitar o adoecimento:

1) Utilize os Equipamentos de Proteção Individual (EPI):

- Luvas Descartáveis*;
- Máscara;
- Camisa de Manga Longa/Segunda Pele.

2

*A utilização de luvas de tecido, além de não proteger totalmente, pode proporcionar o acúmulo de contaminantes, além de ser de difícil higienização.

2) **Lembre-se de lavar as mãos com regularidade, principalmente antes das refeições e após procedimentos, além do uso de álcool em gel.**



3) **Evite exposição às condições extremas (sol, chuva, calor, frio) por um período muito prolongado:**

- Utilize protetor solar mesmo em ambientes fechados (a luz artificial também pode provocar danos);
- Sempre ande com um reservatório de água para hidratação, devemos tomar em média dois litros de água por dia;
- Em casos de posto fixo em guarita externa durante a chuva, procure abrigo seco ou utilize capa de chuva adequada.

4) **Sempre que possível, faça pequenas pausas durante o turno de trabalho para alongamento e eventuais necessidades fisiológicas.**

5) **Mantenha a higienização dos objetos de uso recorrente (alergias, tonfas, chaves, rádios etc.), preferencialmente utilize um pano umedecido com álcool para realizar a limpeza.**

6) **Evite coçar ou tocar em áreas que podem ser porta de entrada para alguma doença, como olhos, boca, ferimentos, ouvido, partes íntimas etc.**

Observação: caso seja necessário limpar o suor ou algo parecido, utilize o dorso da mão (parte de trás), isso pode diminuir as chances de contaminação.

7) **Cuidados ao chegar em casa:**

- Evite entrar em casa com o calçado que utilizou no expediente, eles podem conter algum contaminante;
- Lembre-se que suas roupas podem estar com alguma contaminação, portanto sempre lave de forma separada das demais.

Principais doenças e meios de transmissão:

3

Tuberculose: transmissão por via aérea com sintomas de tosse (mais de duas semanas), falta de apetite, sudorese, febre, cansaço, dor no peito e emagrecimento. Os pacientes em tratamento diminuem o risco de contágio com o tempo, por isso é importante que o tratamento seja realizado conforme prescrição médica.

Conjuntivite: transmissão por contato com a secreção da pessoa infectada, com sintomas de vermelhidão nos olhos, coceira e lacrimejamento.

Hanseníase: transmissão por via aérea e/ou contato prolongado, com sintomas de manchas na pele de cor parda ou esbranquiçada, que pode acompanhar de diminuição da sensibilidade.

HIV/Aids/Hepatites: transmissão por contato com secreção (sangue, sexo, instrumentos perfurocortantes e etc). Os sintomas podem variar muito, por isso é importante a realização de exames periódicos, principalmente após a exposição de risco.

Sarna (escabiose): transmissão via contato ou roupas, surgem lesões principalmente entre os dedos das mãos ou dobras da pele, provocando coceira intensa.

Pneumonia: a pneumonia geralmente não é contagiosa e se instala no nosso organismo quando a imunidade está baixa, os sintomas podem ser de tosse seca ou com catarro, febre e dificuldade para respirar.



Ao detectar algum desses sintomas procure um profissional da saúde, a nossa saúde merece um cuidado especial!

4

Primeiros Socorros

Os primeiros socorros são essenciais para preservar a vida da vítima até a chegada da equipe de resgate, passa isso é necessário seguir os seguintes passos:



- 1) Verifique a segurança do local e se você não corre risco de vida ao realizar o socorro;
- 2) Verifique se a vítima está consciente;
- 3) Acione a equipe de emergência: SAMU (192), Bombeiros (193) e/ou a equipe médica da unidade prisional;
- 4) Caso você tenha **treinamento** em primeiros socorros e **segurança** em realizar os procedimentos, realize os demais procedimentos, conforme cada caso;
- 5) Se você não se sente seguro para realizar os procedimentos, chame alguém que possua treinamento e acione as equipes de resgate.

Parada Cardiorrespiratória (em adultos)

Após as etapas anteriores:

- 1) Deitar a vítima em local firme, preferencialmente no chão;

5

2) Checar se a vítima está respirando e se possui pulso (caso esteja respirando e/ou com pulso, **não realize** o procedimento de parada cardiorrespiratória)

3) Caso a vítima esteja sem pulso e respiração, inicie a massagem cardíaca com **30 compressões torácicas e 2 ventilações**, você deve checar os sinais vitais a cada 2 minutos ou 5 séries de compressões;

4) Caso a vítima retome a respiração e o pulso, continue checando os sinais vitais a cada dois minutos, se necessário realize os procedimentos novamente.



Ferimentos em Geral:

Ferimentos penetrantes ou perfurantes:

cobrir o ferimento com curativo estéril. Caso o objeto ainda esteja cravado no organismo **você não pode retirá-lo**, deve fixá-lo com bandagens ou ataduras para evitar maiores danos como hemorragia ou lesão muscular.

Hemorragia: faça compressão direta sobre a lesão com bandagem ou gaze seca até parar o sangramento. Caso a gaze esteja saturada de sangue **nunca remova aquela que está diretamente sobre o ferimento**, aplique outra sobre a primeira e exerça maior pressão.

Observação: o torniquete só é recomendado em situações de desastre, quando os procedimentos anteriores falharam e não deve ser feito sobre as articulações

6

Queimaduras:

- 1) Resfriar área queimada com água fria ou corrente;
- 2) Cobrir o ferimento com curativo úmido e estéril, sem pressionar;
- 3) Retirar eventuais objetos que não estejam aderidos no local queimado, caso o objeto esteja na área queimada você não deve retirar;
- 4) Em queimaduras maiores, após o processo de resfriamento, deve-se aplicar um curativo seco e estéril, evitando a hipotermia;
- 5) NUNCA fure as bolhas ou utilize quaisquer substâncias na queimadura, também não utilize gelo, ele agrava a queimadura.

Lembre-se de sempre acionar imediatamente o socorro!



Procure sempre se atualizar sobre primeiros socorros, você pode salvar uma vida!

7

Saúde Mental



Cuidar da saúde mental é tão importante quanto da saúde física, para isso existem algumas dicas básicas:

- 1) Faça psicoterapia, é um local onde você terá o apoio de um profissional ético e que poderá contribuir com seu processo de desenvolvimento;
- 2) Procure ter uma rotina organizada, faça planejamentos e tente executá-los;
- 3) Se dê um descanso e faça atividades diferentes, isso também é necessário para a nossa saúde mental;
- 4) Tenha atividades não relacionadas com o trabalho (meditação, viagens, cursos, amizades e etc);
- 5) Faça exercício físico;
- 6) Procure dormir entre 6 e 8 horas por dia;
- 7) O hábito da leitura é essencial para o nosso desenvolvimento, comece por leituras mais leves e depois mergulhe em temáticas do seu interesse;



8

8) A vida é muito curta, aproveite cada minuto com as pessoas que você ama e demonstre afeto, isso faz bem!

Dentro das carreiras voltadas à segurança pública é recorrente o índice de adoecimento por parte dos servidores, mas existem alguns sinais de alerta, fique atento se isso estiver acontecendo com você:



- 1) Aumento do nível de tensão e estresse;
- 2) Dificuldades de descanso em horários de folga;
- 3) Mudanças comportamentais e de humor, como aumento da irritabilidade;
- 4) Problemas de concentração;
- 5) Medo constante e sensação que algo ruim pode acontecer;
- 6) Descontrole de pensamento e dificuldades em esquecer o ambiente de trabalho;
- 7) Pensamentos autodestrutivos e automutilação;
- 8) Aumento do consumo de drogas lícitas (álcool, cigarro, café, açúcar e etc) e/ou ilícitas (maconha, cocaína, crack e etc);
- 9) Esquiva e isolamento social;
- 10) Coração acelerado, suor excessivo, tonturas, dor de cabeça e permanência em estado de alerta constante;

9

11) Descontentamento geral, desesperança, perda de interesse, solidão e tristeza;

Todos nós temos dias bons e dias ruins, porém quando isso passa a nos causar sofrimento e começa a afetar as nossas relações sociais, devemos ficar atentos.

Lembre-se que adoecimento não é sinônimo de fraqueza, muito pelo contrário, os fortes reconhecem quando precisam de ajuda e não têm medo de procurá-la.



Mas não se esqueça que até pessoas sem nenhum dos sintomas acima devem ser acompanhadas por um profissional, todos nós temos problemas e a psicoterapia nos ajuda a lidar com essas questões.

A psicoterapia é um momento só teu, você estará respaldado por um profissional ético e que não poderá contar seus problemas para nenhuma outra pessoa sem a sua autorização. É uma relação de confiança e empatia, onde não devem existir julgamentos e que toda forma de “ser” é bem-vinda!

**Sua unidade prisional possui um(a) psicólogo(a)?
Pode procurar ajuda, estamos aqui para você
também!**

10

Você sabe onde procurar ajuda?**Seguem algumas dicas:****CAPS I e II:**

Público Alvo: adultos em sofrimento psíquico;
 Funcionamento: de segunda à sexta-feira em horário comercial;

CAPS III:

Público Alvo: adultos em sofrimento psíquico;
 Funcionamento: 24 horas;

CAPS AD:

Público Alvo: adultos em sofrimento decorrente do uso de substâncias químicas;
 Funcionamento: 24 horas;

Centro de Valorização da Vida:

fornece apoio emocional por meio do telefone Nº 188

Central de Atendimento Sobre Drogas:

apoio e orientações sobre uso de substâncias químicas por meio do telefone Nº 132

11

REALIZAÇÃO:**Governo do Estado do Tocantins**

Secretaria de Estado da Cidadania e Justiça
 Superintendência de Administração dos Sistemas Penitenciário e Prisional
 Gerência de Administração e Operações do Sistema Penitenciário e Prisional
 Gerência da Escola Superior de Gestão Penitenciária e Prisional
 Núcleo de Custódia e Casa de Prisão Provisória de Palmas

Universidade Federal do Tocantins

Programa de Pós-Graduação em Ensino de Ciência e Saúde

Apoio

Embrasil

Ilustração

Lúis Otávio de Castro Cortes

Autores

Rodrigo Monteiro de Oliveira
 Carlos Mendes Rosa

Contato

Rodrigo Monteiro de Oliveira
 Agente Analista de Execução Penal (SECIJU-TO)
 Psicólogo
 CRP-23/1059

E-mail: psimonteiroli@gmail.com
 Telefone: (63) 98132-4976

© Este é um material de distribuição gratuita em que a venda é proibida, permitida a reprodução parcial desde que citada a fonte