

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA - UNESP

FERNANDO HENRIQUE APOLINARIO

**SIGNIFICADOS ATRIBUIDOS POR ENFERMEIROS À ASSISTÊNCIA
QUE PRESTAM A INDIVDUOS EM SITUAÇÃO PRISIONAL**

BOTUCATU

2013

FERNANDO HENRIQUE APOLINARIO

**SIGNIFICADOS ATRIBUIDOS POR ENFERMEIROS À ASSISTÊNCIA
QUE PRESTAM A INDIVÍDUOS EM SITUAÇÃO PRISIONAL**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina,
Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”,
Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em
Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Heloisa Wey Berti

Co-orientadora: Prof^a Dr^a Magda Cristina Queiroz Dell'Acqua

BOTUCATU

2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO DE AQUISIÇÃO E TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: **ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE**

Apolinario, Fernando Henrique.

Significados atribuídos por enfermeiros à assistência que prestam a indivíduos em situação prisional / Fernando Henrique Apolinario. – Botucatu : [s.n.], 2012

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Heloisa Wey Berti

Co-orientador: Magda Cristina Queiroz Dell'Acqua

Capes: 40406008

1. Bioética. 2. Cuidados em enfermagem. 3. Prisioneiros – Cuidado e tratamento. 4. Enfermagem. 5. Enfermeiros – Ética profissional.

Palavras-chave: Assistência de enfermagem; Bioética; Vulnerabilidade.

“Aqueles que semeiam com lágrimas, com cantos de alegria colherão. Aquele que sai chorando enquanto lança a semente, voltará com cantos de alegria, trazendo os seus feixes.” Salmo 126:5-6.

Bíblia Sagrada - Nova Versão Internacional

Dedicatória



*Dedico este trabalho à minha esposa **Mariângela**, que tem sido minha companheira e me apoiado, ajudando-me e estimulando-me a prosseguir em rumo a essa construção de corpo, alma e mente.*

*Ao meu avô **Laurentino de Andrade** (em memória), que durante toda a elaboração deste trabalho esteve ao meu lado. Antes mesmo de tudo se tornar uma realidade, ele acreditou e orou por mim, mas, infelizmente, não pôde chegar ao fim deste trabalho para comigo colher os frutos.*

Aos meus pais, meu irmão e à minha família, tios e primos - todos de certa forma estiveram presentes na construção desse ideal.

Amo vocês.

Agradecimentos Especiais



A Deus, pela força e estímulo nas horas de cansaço, fazendo com que as horas de trabalho incansáveis se transformassem em inspiração e também por me conceder, através de sua infinita bondade e sabedoria, o potencial de concretizar mais uma conquista em minha vida.

*Em especial à orientadora, **Prof^a. Dr^a Heloísa Wey Bertí**, que dedicou seu tempo e compartilhou sua experiência para que minha formação fosse também um aprendizado de vida - o seu olhar crítico e construtivo me ajudou a superar os desafios deste trabalho.*

*Meus agradecimentos também à Co-orientadora, **Prof^a. Dr^a Magda Cristina Queiroz Dell'Acqua**, que com sua sensibilidade, e com a delicadeza de uma cuidadora, contribuiu de maneira significativa para a elaboração deste trabalho.*

O meu carinho e meu agradecimento a vocês, serei eternamente grato.

Agradecimientos



Ao Diretor Geral do Centro de Progressão Penitenciária de Valparaíso, Drº Marcelo Scatena, à Diretora Técnica de Saúde, Enfermeira Maria José Duarte de Almeida, e a todos os funcionários do Núcleo de Atendimento à Saúde, que compreenderam e me apoiaram, sem os quais seria impossível a realização e a conclusão deste trabalho.

Aos professores do Departamento de Enfermagem do Curso de Mestrado, por compartilharem seus conhecimentos e permitirem um convívio tão agradável e enriquecedor. Conviver com vocês foi um aprendizado.

À doutora Sílvia Cristina Mangini Bocchi e à doutora Wilza Carla Spiri pelo olhar sensível que resultou em valiosa contribuição.

A todos os colegas do Curso de Mestrado Profissional Unesp Botucatu, Turma 2011 - a companhia de vocês foi sempre muito inspiradora, inclusive em nossas animadas refeições, em que podemos compartilhar e trocar tantas experiências.

A todos os meus amigos, e a todos os que cruzaram os meus caminhos, sendo responsáveis pela minha formação humana e profissional.

Resumo



Trata-se de estudo sobre o significado das práticas assistenciais dos Enfermeiros que atuam no Sistema Penitenciário na Região Oeste do Estado de São Paulo, em atendimento aos indivíduos em situação prisional. O objetivo da pesquisa é caracterizar as unidades e identificar as percepções e os significados atribuídos por enfermeiros que atuam no sistema prestando assistência aos presidiários nas unidades de sistema fechado. A abordagem metodológica para a ordenação e análise dos dados obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas foi a do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Neste processo metodológico utilizou-se o programa eletrônico “QualiQuantSoft”. Os sujeitos da pesquisa foram enfermeiros com atuação no referido serviço. Com relação à prática da assistência de enfermagem pode-se traçar um panorama marcado por situações de conflito impostas nas relações hierárquicas, formais e informais, que regulam as rotinas nas unidades prisionais, especialmente os setores de segurança e saúde. Foram apontadas muitas dificuldades para a realização da assistência, tais como: falta do médico, superlotação, ambiente físico inadequado ao atendimento, insegurança, medo de trabalhar nas unidades prisionais e, por fim, a dificuldade de realizar a referência e a contra-referência segundo o preceito da integralidade. Mesmo diante dessa dificuldade o olhar do enfermeiro é de cuidador, com grande significado para sua prática, pois o sentimento de empatia e de solidariedade ao privado de liberdade enfermo é bastante evidenciado. Com isso, o enfermeiro abstrai a condição social do detento, identificando-o como ser humano necessitado de cuidados à saúde. Os principais dilemas éticos vivenciados diariamente pelos enfermeiros, segundo relatos, foram os relacionados à perda de autonomia em competências privativas dos enfermeiros; ao descaso no atendimento do indivíduo privado de liberdade em alguns municípios e unidades de saúde e à imposição para assumir atribuições que

são de competência médica. Essa realidade do dia a dia foi citada como estressante e, também, como grave problema que afeta a qualidade da assistência. Sugerem estratégias para melhorar suas condições de trabalho e a qualidade da assistência prestada.

Palavras-chave: Assistência de enfermagem; Vulnerabilidade; Bioética

Abstract



This study is about the significance of the assistance practices of the nurses who work in the penitentiary system of the Western region of the State of São Paulo, attending the incarcerated. The objective of this research is to characterize the units and identify the perceptions and the significances given to the nurses who work in the prison system by taking care of the prison inmates in closed system units. The methodological approach used to order and to analyse the obtained data by semi-structured interviews was the Collective Subject Discourse. The “*QualiQuantSoft*” software was used in this methodological process. The subjects of this research were the nurses that work at the above-mentioned service. With regard to the practice of nursing, it was possible to draw a picture marked by conflict imposed in hierarchical relationships, both formal and informal, that govern the routines at the prison units, especially the sectors of health and safety. Many difficulties for the accomplishing of the assistance were encountered: lack of a doctor, overcrowding, physical environments inappropriate for the attending of the subjects, insecurity, fear of working in the prison unit and, finally, the difficulty of making a reference and counter-reference according to the precept of integrality. Despite this difficulty, the nurse’s vision is one of a caregiver, with great meaning for his/her practices, because the feeling of empathy and the solidarity with those who are deprived of their liberty and are sick is quite evidenced. The nurse disregards the social condition of the detainee, identifying him as a human being in need of healthcare. The main ethical dilemmas experienced everyday by the nurses, according to reports, were related to the loss of autonomy in the nurses’ private competences, neglect in the care of the individual deprived of liberty in some municipalities and health units, and the impositions of assignments that require medical competence. This reality of everyday life was cited as stressful and also as a serious problem affecting the quality of care. They suggest strategies to improve their working conditions and quality of care.

Keywords: Nursing assistance; Vulnerability; Bioethics

Lista de Abreviaturas e Siglas



AIDS -	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ASP -	Agente de Segurança Penitenciário
BR -	Brasil
CNES -	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CIE -	Conselho Internacional de Enfermeiras
COFEN -	Conselho Federal de Enfermagem
COREN -	Conselho Regional de Saúde
CROESTE -	Coordenadoria da Região Oeste
DEPEN -	Departamento Penitenciário Nacional
DSC -	Discurso do Sujeito Coletivo
DST -	Doença Sexualmente Transmissível
GM -	Gabinete do Ministro
GM/MS -	Gabinete do Ministro/ Ministério da Saúde
GITE -	Grupos e Indicações Terapêuticas Especificadas
HIV -	Vírus da Imunodeficiência Humana
MS -	Ministério da Saúde
SAMU -	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAP -	Secretaria da Administração Penitenciária
SES -	Secretaria Estadual de Saúde
SUS -	Sistema Único de Saúde
UNESP -	Universidade Estadual Paulista
UBS -	Unidade Básica de Saúde

Sumário



1. Introdução.....	21
1.1 Introduzindo o tema da pesquisa.....	22
1.2 Revisão da literatura.....	.25
1.2.1 Autonomia e vulnerabilidade humana.....	25
1.2.2 A ética na assistência de enfermagem.....	29
1.2.3 O cuidado de indivíduos em situação prisional: dignidade humana	30
2. Objetivos.....	34
2.1 Objetivo geral.....	34
2.2 Objetivos específicos.....	35
3. Método.....	36
3.1 Tipo de estudo, local e sujeitos.....	37
3.2 Contexto da pesquisa e procedimentos de coleta de dados.....	38
3.3 Procedimentos éticos.....	38
3.4 Referencial metodológico para a análise dos dados qualitativos.....	39
3.5 Referencial teórico.....	40
4. Resultados e Discussão.....	41
4.1 Dados demográficos.....	42
4.2 Dados das unidades prisionais.....	43
4.2.1 Dados das unidades prisionais de sistema fechado da região oeste – 2010.....	43
4.3 Temas, ideais centrais, discurso do sujeito coletivo e discussão.....	44
5. Conclusão.....	119
6. Referências.....	122
Apêndice 1 - Roteiro de entrevista.....	134
Apêndice 2 – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	135
Anexo 1 – Aprovação comitê de ética.....	140
Anexo 2 - Despacho do sr.: secretário da pasta.....	141

1. Introdução



1.1 Introduzindo o Tema da Pesquisa

A preocupação voltada ao tema das práticas de enfermagem no âmbito do sistema penitenciário iniciou-se juntamente com uma nova fase em minha vida, quando ao transpor os muros que cercam as prisões, trouxe-me a descoberta de algo até então praticamente desconhecido no contexto das políticas de saúde por mim vivenciadas. Desafiadora e ao mesmo tempo chocante, deparei-me com a realidade fascinante dos homens que vivem nesse regime de confinamento, porém pouco abordada na graduação, e estranha ao cotidiano da minha experiência profissional.

Em poucos meses de trabalho, como enfermeiro no sistema penitenciário do interior de São Paulo, pude perceber a difícil tarefa de equilibrar dois valores importantes no convívio prisional: saúde versus segurança. Esse conflito diário e latente de valores permeia ainda um objetivo maior que justifica a existência do sistema: a ressocialização do infrator. Nesse contexto, a assistência à saúde como direito do indivíduo ganha relevância como fator contributivo à reeducação social.

Sem dúvida, ao longo dos anos, o Poder Público tem investido na implementação de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde, no sentido de formular e estruturar um modelo de atenção à saúde que adeque as ações públicas às necessidades individuais e coletivas de melhoria da qualidade de vida.

A criação do Sistema Único de Saúde foi idealizada como forma de revolucionar e garantir o direito à saúde, tornando-se gradativamente a mola mestra, isto é, o principal instrumento de concretização dessas políticas no cenário nacional. Por meio dele, pretendeu-se a inserção de grupos específicos, possibilitando o acesso irrestrito à saúde, inclusive dentro do próprio Sistema Penitenciário. Com esse objetivo, os Ministérios da Justiça e da Saúde instituíram o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, mediante a publicação da Portaria Interministerial

nº. 1.777, de 09 de setembro de 2003, que prevê a inclusão da população penitenciária no Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo que o direito à cidadania se efetive na perspectiva dos direitos humanos ⁽¹⁾. Em decorrência da referida portaria interministerial que alterou pontos relevantes no então vigente Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário, regulamentado pela Portaria Interministerial n.º 628, de 02 de abril 2.002, a Secretaria de Estado da Saúde - SES e a Secretaria da Administração Penitenciária - SAP de São Paulo, juntamente com as comissões técnicas elaboraram o Plano Estadual de Saúde no Sistema Penitenciário ⁽²⁾.

Os fatores de risco aos quais a população prisional está exposta, pela sua condição de confinamento, impressionam pelo número significativo de casos de DST/AIDS, tuberculose, pneumonias, dermatoses, transtornos mentais, hepatites B e C, traumas, diarreias infecciosas, além de outros problemas de relevância, como hipertensão arterial e diabetes mellitus. Somem-se a isso outros fatores de risco, como a marginalização social, a dependência de álcool e drogas, o baixo nível socioeconômico e as precárias condições do serviço de saúde, os quais também contribuem para a alta prevalência observada.

Se a população tem acesso ao direito à saúde constitucionalmente garantido, os reeducandos ou sentenciados, independentemente da natureza do crime por eles cometido, mantêm o mesmo direito de usufruir dos mais elevados padrões de acesso às práticas de saúde coletiva e à assistência de enfermagem, pois se de alguma forma encontram-se privados de liberdade em sistema de confinamento, por outro lado preservam os demais direitos humanos inerentes a sua cidadania.

Assim, ao me deparar com esta realidade, fui levado a refletir sobre como as práticas de enfermagem podem contribuir para a reintegração social e resgate da condição de vida digna dessas pessoas, tanto do ponto de vista biológico, quanto social e psicológico, proporcionando conforto e bem-estar, minimizando iniciativas

que estimulem a discriminação ou o preconceito; e ainda, respeitando os princípios éticos e legais, com vistas a resgatar o sentido da existência humana.

Deparamo-nos, na verdade, com uma situação ambígua, pois se de um lado há a obrigação enquanto profissional de saúde, embasado em conhecimentos de ética e ciência na assistência de enfermagem, de outro lado surge a pergunta: doente ou criminoso? Sem contar o medo e a insegurança que cercam o trabalho dos profissionais da saúde diante da instabilidade do sistema penitenciário e das frequentes rebeliões.

Uma busca em entender o Sistema Penitenciário, dentro do modelo que é visto nos dias de hoje, requer, em primeiro lugar, o resgate histórico do surgimento da instituição prisional em finais do século XVIII e princípio do século XIX na Europa, como uma peça fundamental no conjunto das punições.

Naquela época surgiu uma nova legislação que transformou a prisão na principal maneira de punir os homens, com mecanismos novos de dominação que definem um tipo particular de poder. Não mais os castigos infligidos sobre o corpo dos condenados, mas toda uma técnica disciplinar, uma “racionalidade” penitenciária que

“elabora por todo o corpo social, os processos para repartir os indivíduos, fixá-los e distribuí-los espacialmente, classificá-los, tirar deles o máximo de tempo, e o máximo de forças, treinar seus corpos, codificar seu comportamento contínuo, mantê-los numa visibilidade sem lacuna, formar em torno deles um aparelho completo de observação, registro e notações, constituir sobre eles um saber que se acumula e se centraliza”⁽³⁾.p.217.

Um autor que aborda muito bem essa mudança no contexto das punições é Michel Foucault, quando então marca o momento em que a prisão se “humaniza” e define o “poder de punir” como uma função geral da sociedade que é exercida da mesma maneira sobre todos os seus membros, e na qual cada um deles é igualmente representado. *“Uma justiça que se diz igual, um aparelho judiciário que se pretende ‘autônomo’, mas que é investido pelas assimetrias das sujeições*

disciplinares, tal é a conjunção do nascimento da prisão, ‘pena das sociedades civilizadas’ ⁽³⁾.p.218.

O Sistema Penitenciário Brasileiro, em decorrência da superpopulação carcerária, da escassez de recursos, das péssimas condições em que se encontram as cadeias, do descaso do Estado em implementar Políticas Públicas capazes de proporcionar melhores condições de vida para os detentos, além da falta de pessoal especializado, privilegia questões ligadas à segurança e disciplina, considerando que o importante é o preso não infringir as regras disciplinares e, principalmente, não fugir.

Enquanto Enfermeiro do Núcleo de Saúde do Sistema Penitenciário da Região Oeste do Estado de São Paulo, proponho neste projeto de pesquisa a análise da prática do enfermeiro dentro desse Sistema, enfocando tanto as dificuldades quanto os desafios que o cercam. A presente pesquisa justifica-se pela atual situação do sistema prisional, mergulhado na imensa crise da segurança pública no país. Embora qualquer levantamento histórico demonstre a inoperância da pena privativa de liberdade, no Brasil, e em diversos países, ela é a forma dominante de punição.

1.2 Revisão da literatura

1.2.1 Autonomia e vulnerabilidade humana

O Princípio do Respeito à Pessoa é o eixo central por onde gravitam outros princípios básicos do respeito ao ser humano, tais como a privacidade, a veracidade e a autonomia. A aplicação deste princípio assume diferentes perspectivas, desde as mais individualistas até as que inserem o indivíduo no grupo social, como ser coletivo ⁽⁴⁾.

Uma pessoa autônoma é caracterizada por um indivíduo capaz de deliberar sobre seus objetivos pessoais e de agir na direção desta deliberação. Respeitar esta autonomia é valorizar a capacidade deste ser de considerar opiniões e escolhas, evitando, da mesma forma, a obstrução de suas ações, a menos que elas sejam claramente prejudiciais para outras pessoas. Demonstrar falta de respeito para com um agente autônomo é desconsiderar seus julgamentos, negar ao indivíduo a liberdade de agir com base em seus julgamentos, ou omitir informações necessárias para que possa ser feito um julgamento, quando não há razões convincentes para isto ⁽⁴⁾.

Nem todas as pessoas têm a capacidade de se autodeterminar. Este atributo desenvolve-se durante a vida do indivíduo, e algumas pessoas perdem esta capacidade total ou parcialmente, devido a doenças, distúrbios mentais ou circunstâncias que severamente restrinjam a liberdade. O respeito para com o imaturo e para com o incapaz pode requerer sua proteção à medida que amadurecem ou enquanto estiverem no estado incapacitante ⁽⁴⁾.

O conceito de autonomia adquire especificidade no contexto de cada teoria. Virtualmente, todas as teorias concordam que duas condições são essenciais à autonomia:

- liberdade (independência do controle de influências);
- ação (capacidade de ação intencional).

Neste sentido, um indivíduo autônomo age livremente de acordo com um plano próprio, da mesma forma que um governo independente administra seu território e estabelece suas políticas. Uma pessoa com autonomia diminuída, por outro lado, é, pelo menos em algum aspecto, controlada por outros ou é incapaz de deliberar ou agir com base em seus desejos e planos. Por exemplo, pessoas institucionalizadas, tais como prisioneiros ou indivíduos mentalmente

comprometidos, têm autonomia reduzida. A incapacidade mental limita a autonomia, assim como a institucionalização coercitiva dos prisioneiros ⁽⁴⁾.

Em contrapartida, o Princípio da Autonomia não pode mais ser entendido apenas como sendo a autodeterminação de um indivíduo - esta é apenas uma de suas possíveis leituras. A inclusão do outro na questão da autonomia trouxe, desde o pensamento de Kant, uma nova perspectiva que alia a ação individual com o componente social. Desta perspectiva surge a responsabilidade pelo respeito à pessoa, que talvez seja a melhor denominação para este princípio ⁽⁵⁾.

Se a autonomia denota capacidade de autodeterminação de forma socialmente responsável, a vulnerabilidade do indivíduo, por outro lado, estampa a fragilidade em diferentes aspectos a que estamos expostos.

A vulnerabilidade tem sido bastante empregada nos últimos anos, expressando distintas perspectivas de interpretação, podendo estar relacionada à ideia de sofrimento de indivíduos ou grupos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção ou garantia de seus direitos de cidadania ⁽⁶⁾.

Entende-se que nós, seres humanos, somos vulneráveis e, portanto, precisamos de proteção – esta é uma concepção comum a todas as culturas. Ocorre que, na verdade, as culturas e as estruturas sociais e políticas foram desenvolvidas precisamente para combater a vulnerabilidade e a exploração ⁽⁷⁾.

A vulnerabilidade pode ser entendida como uma categoria existencial essencial para a compreensão do ser humano, na medida em que exprime a própria finitude da condição humana como mortal ⁽⁷⁾.

Reconhecer no humano a vulnerabilidade significa dizer que ele está sujeito e sensível a uma ação qualquer provinda de outro ser ou mundo ambiente, significa afirmar que o homem é um ser situado em um mundo, interagindo com outros e com o meio ambiente ⁽⁶⁾.

A vulnerabilidade social leva em conta diversos fatores, sejam eles econômicos ou não, tais como: as condições sociais da população, o acesso à informação e aos serviços de saúde, o percentual do produto nacional bruto destinado a investimento em saúde, os indicadores epidemiológicos como o coeficiente de mortalidade infantil, os aspectos sociopolíticos e culturais, o grau de liberdade de pensamento e de expressão dos diferentes sujeitos, a relação entre gastos militares e gastos com saúde, as condições de bem-estar social ou índice de desenvolvimento humano, como condições de moradia, nível de escolarização, oferta de trabalho e distribuição de renda ⁽⁸⁾.

Na prisão, ao sentenciado é subtraído o direito de optar por seu ambiente de privacidade, uma vez que a ele é imposta a vivência comunitária, como forma de coerção que o força a viver em massa, em companhia de outros sem-número de presos, onde não há individualização, ou melhor, não há o direito de escolher a vida solitária. Pode-se, sim, estar recluso a um cubículo, mas este cubículo quase sempre é superlotado e a intimidade é invadida ⁽⁹⁾.

A “alternativa” de submeter-se ao funcionamento do sistema social da prisão será sempre a única escolha a ser tomada. Dessa forma, não há como negar que todos os presos são vulneráveis a todo tipo de violência ou agressões oriundas da prisão, e por isso são facilmente perturbáveis, tornando-se propensos a agirem de acordo com as influências a que estão submetidos.

As implicações da vulnerabilidade, portanto, devem ser compreendidas dentro do plano de implementação das políticas públicas de saúde voltadas para a população prisional, e precisam ser consideradas tanto pelo viés quantitativo, através da identificação desse grupo vulnerável e seus déficits, quanto pelo viés qualitativo da interação com o universo simbólico e subjetividades envolvidas na geração de demandas.

1.2.2 A ética na assistência de enfermagem

A enfermagem possui significativo contingente de profissionais atuando em diversos lugares ou setores, desenvolvendo as mais variadas funções dentro da área da saúde, com diferentes significações sociais. Trata-se do eixo principal para suportar qualquer política de saúde, com o fim de se obter uma assistência com qualidade.

Considerando a vulnerabilidade na situação de aprisionamento, associada à preocupação com a manutenção da dignidade desse paciente durante a assistência, e tendo em vista a responsabilidade dos profissionais de enfermagem com o cuidar, é importante refletirmos constantemente sobre nosso comportamento ético ao cuidarmos do outro. Na verdade, a ética deve ser um dos pilares da assistência à saúde.

A ética propõe-se a compreender os critérios e os valores que orientam o julgamento da ação humana em suas múltiplas atividades, principalmente aquelas que dizem respeito ao trabalho e à vida humana associada ⁽¹⁰⁾.

Ser ético não é tão simples, trata-se de um aprendizado constante, especialmente dentro do sistema penitenciário, onde convivem fatores determinantes para a manutenção ou ruptura da dignidade humana. Sendo assim, para agirmos com ética não basta apenas conhecer teoricamente a realidade em que estamos inseridos. Antes, porém, é preciso sentir, vivenciar inteiramente a situação, para só então agir com clareza, observando os referenciais de beneficência e não-maleficência, autonomia, justiça, vulnerabilidade e solidariedade.

A ética não se preocupa tanto com as coisas como são, mas como as coisas podem ser e especialmente como devem ser. A dimensão ética da responsabilidade dos profissionais da enfermagem está presente em todas as ações no processo de cuidar. É de responsabilidade de todos os profissionais da enfermagem assegurar

ao paciente o direito a uma assistência livre de riscos e danos, físicos e psicológicos (11).

No contexto prisional, a responsabilidade ética do profissional de enfermagem ganha relevância pela dificuldade que o mesmo enfrenta ao encarar necessidades diferenciadas, que fogem à sua prática de rotina. Envolvido por um ambiente marcado pela tensão, que requer além dos cuidados usuais, outros relacionados a própria segurança e disciplina, o enfermeiro se depara com pacientes que compõem uma clientela específica, sendo necessário repensar as práticas e os processos de trabalho em saúde na sua totalidade e dinâmica, considerando especialmente os aspectos éticos e legais da profissão, e ainda levando em consideração as características próprias do sistema prisional.

1.2.3 O cuidado de indivíduos em situação prisional: dignidade humana

Nessa situação de confinamento e restrição da liberdade, conforme o processo de adaptação à realidade carcerária, os conflitos e tensões entre os diversos atores impõem aos sujeitos uma tendência a dar prioridade aos problemas ligados à segurança e à sobrevivência imediata de agentes de segurança penitenciária e preso, em detrimento das questões relacionadas à saúde (12).

A Lei de Execuções Penais (LEP) – Lei nº 7.210 de 1984 – que regulamenta o cumprimento das penas restritivas de liberdade e inclui orientações detalhadas sobre como os presos são classificados por sexo, antecedentes criminais e *status* legal (condenados ou aguardando julgamento), também assegura alimentação, vestuário, instalações higiênicas, atendimento médico, assistência jurídica, assistência educacional e preservação dos direitos não atingidos pela liberdade. (13).

Da mesma forma, o acesso dessa população carcerária às ações e serviços de saúde é legalmente garantido pela Constituição Federal de 1988; pela Lei nº

8.080 de 1990, que regulamenta o SUS e pela Lei nº 8.142 de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS ⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

Oferecer atendimento médico-sanitário aos confinados é uma forma de atender ao preceito constitucional que assegura a todos, indistintamente, uma vida digna. A dignidade humana pode ser compreendida como a expressão do reconhecimento de um valor, um princípio moral, tendo como finalidade o ser humano como pessoa, como ser individualizado ⁽⁶⁾.

O conceito de dignidade humana é evolutivo, dinâmico, abrangente à tomada de consciência da pertença de todo o gênero humano confrontado na comunidade de destino. Assim, introduz um elemento de ordem de harmonização no conflito das relações das comunidades humanas ⁽¹⁷⁾.

A sociabilidade do ser humano tem seu fundamento na dignidade, através da qual se torna possível introduzir o indivíduo na comunidade humana, sendo o isolamento um fator que o torna semelhante aos animais. A individualização é o processo de garantia da dignidade humana, em que gradualmente se passa por etapas de socialização até se atingir a maturidade. Uma vez inserido na comunidade humana é que se atribui a cada ser a capacidade de linguagem, de dar um nome a cada coisa e de estruturar, assim, sua agilidade e amplitude de representação simbólica. ⁽⁶⁾.

As unidades prisionais talvez sejam a parte obscura que nos recusamos a ver, como se estivéssemos falando de um mundo à parte. Muitas vezes, a sensação que temos é de estranheza a este mundo tão hostil e frio, marcado pela insegurança, pela falta de liberdade, pela perda da autonomia, pela agressividade, pelos conflitos. Entretanto, mesmo diante desta realidade tão adversa, não podemos perder a luz que a ética do cuidar reflete sobre a valorização da dignidade humana.

1.3 Formulando o problema da pesquisa

O grande desafio da enfermagem no ambiente prisional é conciliar a tensão imposta pela vida comunitária dentro do sistema, onde o indivíduo perde sua identidade social para ser apenas mais um detento, vivendo em massa em meio a outros presos, com o efetivo papel que os profissionais da saúde devem desempenhar em face da população carcerária, de forma a atender às necessidades peculiares desta parcela de usuários do sistema de saúde.

Nesse espaço, em que a circulação de detentos é limitada e os profissionais de saúde evitam circular, os agentes de segurança penitenciária acabam que exercendo um papel diferenciado no que refere à regulação do acesso à saúde, pois são eles que selecionam quem vai ou não ter a consulta com o enfermeiro ou acesso à enfermagem. Tal fato atinge diretamente o trabalho do enfermeiro, pois o agente de segurança passa a integrar uma equipe técnica de profissionais, mesmo que sua função pareça apenas burocrática.

Assim, na situação de confinamento e restrição de liberdade a que estão sujeitos, a tendência é conferir maior amplitude e prioridade a assuntos relacionados à segurança e à disciplina, do que ao cuidado da saúde, aspecto este de primordial importância para a manutenção da dignidade da pessoa humana em ambiente tão hostil.

Através do cuidado, pelo conforto, acolhimento e bem-estar dos pacientes, a enfermagem também se responsabiliza pela manutenção da ordem, higiene e segurança, ou seja, oferece o cuidado, coordenando outros setores para a prestação da assistência e promovendo a autonomia dos pacientes através da educação em saúde ⁽¹⁸⁾.

No ambiente prisional, o setor saúde tem que responder a uma pluralidade de necessidades, pois estas vão além do tratamento do doente, e pedem por uma atenção que leve em conta a integralidade do ser humano, objetivando sua

qualidade de vida e a promoção da saúde, salientando-se que a educação para a saúde também integra o projeto de ressocialização do sentenciado.

Sendo o cuidado elemento estrutural na prática de enfermagem, o problema que ora se coloca é: qual é o significado da assistência de enfermagem atribuído pelos enfermeiros que se encontram atuando no campo da atenção básica em saúde no sistema penitenciário paulista?

Com este estudo, pretende-se concorrer para uma maior visibilidade da atuação do enfermeiro, fortalecendo sua identidade profissional, e assim apresentar uma reflexão que possa contribuir para melhorar a qualidade dos serviços prestados pelo enfermeiro, de maneira a ampliar a compreensão a respeito do que foi produzido cientificamente e a relevância para a atualidade, com relação à potencialidade da sua prática profissional na atenção básica em saúde nas prisões.

Espera-se oferecer subsídios a serem discutidos na formação dos futuros profissionais de enfermagem na perspectiva de uma prática de cuidado integral aos indivíduos institucionalizados dentro do Sistema Penitenciário Paulista.

2. Objetivos



2.1 Objetivo geral

Caracterizar as unidades prisionais com sistema fechado e identificar as percepções e significados atribuídos por enfermeiros que atuam no Sistema Penitenciário da Região Oeste do Estado de São Paulo sobre a assistência de enfermagem que prestam aos indivíduos em situação prisional nas unidades de sistema fechado.

2.2 Objetivos Específicos

Verificar:

- . Número de enfermeiros nas unidades prisionais com sistema fechado da Região Oeste do Estado de São Paulo e correlacionar com o número de internos nessas unidades, no ano de 2010.
- . Número de atendimentos feitos pela equipe de enfermagem no ano de 2010.
- . Dados demográficos dos enfermeiros atuantes nessas unidades prisionais, no ano de 2010: idade, sexo, tempo de formado em enfermagem, tempo de atuação na unidade prisional.

Analisar:

- . Percepções dos enfermeiros sobre o trabalho que realizam.
 - . Significados atribuídos pelos enfermeiros à assistência de enfermagem que prestam aos indivíduos em situação prisional.
-

3. Método



3.1 Tipo de estudo, local e sujeitos

Na atualidade, o termo Pesquisa Mista tem sido utilizado em projetos de pesquisa cuja metodologia envolve coleta e análise de dados misturando-se abordagens qualitativas e quantitativas em muitas fases do processo de pesquisa, proporcionando melhor compreensão da investigação de problemas do que o uso isolado de uma única abordagem ⁽¹⁹⁾.

Entretanto, neste estudo, utiliza-se o termo pesquisa Quali-Quantitativa, em observância ao referencial metodológico adotado - Discurso do Sujeito Coletivo - que assim designa o campo deste tipo de pesquisa.

Foi realizada nas unidades prisionais com sistema fechado pertencentes à Coordenadoria da Região Oeste do estado de São Paulo.

Os critérios para inclusão dos sujeitos dessa pesquisa foram, todos os enfermeiros que se encontravam prestando assistência de enfermagem aos detentos nas unidades prisionais de sistema fechado e sob administração direta da Secretaria da Administração Penitenciária, pertencentes à Região Oeste do estado de São Paulo, ano de 2010.

Foram visitadas as penitenciárias: de Dracena; de Lavínia (Unidades I, II e III); de Presidente Venceslau (Unidades I e II); de Osvaldo Cruz; de Paraguaçu Paulista; de Pracinha; de Presidente Bernardes; de Mirandópolis (Unidade II); de Marabá Paulista; de Flórida Paulista; de Irapuru; de Assis; de Junqueirópolis; de Pacaembu; de Riolândia e de Presidente Prudente. Três unidades prisionais foram excluídas da pesquisa, pois os profissionais dessa unidade optaram em não participar deste estudo. Em uma das unidades prisionais selecionadas, o profissional encontrava-se de férias no período da coleta de dados. Uma unidade não se encaixou nos critérios para a inclusão nesta pesquisa. Em uma das unidades selecionadas, não obtivemos autorização para realizar a coleta de dados.

Foram feitos levantamentos sobre o número de enfermeiros em cada uma das unidades, atuantes no ano de 2010, com os seguintes dados: idade, sexo, tempo de formado e tempo de trabalho nessas unidades. Também foi apurado o número de internos existentes no ano de 2010, em cada uma das unidades prisionais visitadas.

Estabeleceram-se como critérios de exclusão: profissionais que optaram em não participar das entrevistas, profissionais que durante o período estavam de férias e ou licença, profissionais que não atuavam na unidade prisional no ano de 2010.

3.2 Contexto da Pesquisa e Procedimentos de coleta de dados

Para a coleta de dados, realizada com o objetivo de conhecer as percepções e significado da assistência prestada aos detentos, foi utilizada a técnica de entrevista com questões abertas (Apêndice 01), feita pelo próprio pesquisador, que percorreu 19 unidades prisionais de sistema fechado pertencentes à Coordenadoria das Unidades Prisionais da Região Oeste do Estado de São Paulo – CROESTE, no período de outubro de 2011 à Janeiro de 2012. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas.

3.3 Procedimentos Éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Administração Penitenciária – CEP/SAP, APROVADO sob o nº 004/2011 de 19/05/2011 (Anexo 01). Após aprovação, o CEP/SAP encaminhou à Coordenadoria da Região Oeste do Estado de São Paulo – CROESTE, com cópia para o pesquisador, o despacho do Secretário da Pasta contendo a autorização para entrada do pesquisador nas unidades e as orientações específicas a serem observadas pelo pesquisador referentes às normas de segurança (Anexo 02).

Em todas as unidades visitadas foi realizado contato prévio com o Supervisor Técnico III, fornecendo-se, via e-mail, uma cópia da aprovação do projeto pelo CEP/SAP, acompanhada do despacho do Sr. Secretário da Pasta, ressaltando-se que o Supervisor Técnico encaminhou as referidas cópias ao Diretor Geral III para obtenção da autorização de entrada do pesquisador na respectiva unidade. Uma vez liberada a realização da entrevista, o pesquisador procedeu ao contato, via telefone, com as Diretoras Técnicas de Saúde I dos Núcleos de Atendimento à Saúde das unidades, para o agendamento da visita com o fim de conversar e explicar a pesquisa aos enfermeiros. Após esclarecimentos sobre a pesquisa, os enfermeiros que aceitaram participar do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 02).

3.4 Referencial metodológico para a análise dos dados qualitativos.

Para a análise dos depoimentos foi adotado o método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), este método consiste na reunião das expressões-chave presentes nos depoimentos, que têm ideias-centrais de sentido semelhante ou complementar.⁽²⁰⁾

O método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) propõe articular uma série de operações sobre a matéria-prima de depoimentos coletados em pesquisas empíricas por meio de questões abertas, resultando, ao final do processo, em depoimentos coletivos confeccionados com extratos de diferentes depoimentos individuais - cada um desses depoimentos coletivos veiculando uma determinada percepção ou posicionamento ⁽²⁰⁾.

O pensamento coletivo é obtido convocando-se os indivíduos, um a um, para que estes possam expor seu pensamento social internalizado, livre da pressão psicossocial do grupo, e para que o conjunto dessas individualidades opinantes possa representar uma coletividade ⁽²⁰⁾.

Para produção dos DSC foram usadas três operações:

- Ideias-centrais: fórmulas sintéticas que descrevem o(s) sentido (s) presentes nos depoimentos de cada resposta e também nos conjuntos de respostas de diferentes indivíduos, que apresentam sentido semelhante ou complementar.
- Expressões-chave: trechos selecionados do material verbal de cada depoimento, que melhor descrevem seu conteúdo.
- Discurso do Sujeito Coletivo (DSC): reunião das expressões chaves presentes nos depoimentos, que têm idéias-centrais de sentido semelhante ou complementar ⁽²¹⁾.

Para esse procedimento metodológico foi usado o software *Qualiquantisoft*. O programa *Qualiquantisoft* é um *software* desenvolvido pela Sales e Paschoal Informática em parceria com a Universidade de São Paulo (USP), por intermédio da Faculdade de Saúde Pública, através dos professores Fernando Lefevre e Ana Maria Cavalcanti Lefevre, criadores da metodologia do DSC. Tanto o programa quanto o software do DSC, destinam-se a viabilizar pesquisas desenvolvidas com essa metodologia, tornando-as organização dos dados mais ágeis, mais práticas, aumentando, em muito, o alcance e a validade dos resultados.

3.5 Referencial teórico

A análise e discussão dos discursos foram apoiadas por um quadro teórico sobre Bioética e Assistência de Enfermagem em situações de vulnerabilidade.

4. Resultados e Discussão



A população estudada foi de sessenta e um enfermeiros lotados em 25 unidades prisionais de sistema fechado da CROESTE. Do total, nove não aceitaram participar; seis enfermeiros estavam de férias no período correspondente à coleta de dados; cinco enfermeiros estavam de folga; dois encontravam-se em licença saúde; três lotados em uma unidade não puderam ser entrevistados, em razão de proibição ao pesquisador de acesso à unidade e, finalmente, uma enfermeira não pôde ser entrevistada, porque a unidade onde estava lotada, não cumpria os critérios de inclusão para a pesquisa.

Portanto, desta pesquisa participaram 35 enfermeiros, correspondente a 57,4% do total lotados nas unidades prisionais de sistema fechado da CROESTE.

4.1 Dados demográficos

Do total de 35 enfermeiros entrevistados, 10 (28,6%) têm idades entre 26 a 35 anos, 24 (68,6%) entre 36 a 55 anos e 01 (2,9%) acima de 56 anos. Desses entrevistados, 08 (22,9%) são do sexo masculino e 27 (77,1%) feminino.

Em relação ao tempo de formado, obtiveram-se os seguintes resultados: dez (28,6%) estão formados entre dois a cinco anos; sete (20%) entre seis a dez anos; doze (28%) entre onze a vinte anos; seis (17,1%) há mais de vinte e um anos.

O tempo de atuação desses enfermeiros, em unidade prisional distribui-se: de dois a três anos, dezesseis (45,8%); de quatro a cinco anos, dois (5,8%); de seis a dez anos, nove (25,8%); de onze a vinte anos, oito (22,8%).

O perfil dos enfermeiros em relação ao tempo de atuação nas unidades prisionais da Região Oeste revelou que, 45% deles são profissionais relativamente novos no sistema, com tempo de atuação entre dois a três anos. Estes servidores foram aprovados no penúltimo concurso público na área técnica da saúde no ano de 2008, realizado pela SAP.

4.2 Dados das Unidades Prisionais

4.2.1 Dados das Unidades Prisionais de Sistema Fechado da Região

Oeste – 2010:

Quadro I – Caracterização das Unidades Prisionais de Sistema Fechado da Região Oeste do Estado de São Paulo, 2010.

Unidade Prisional:	Número de Enfermeiros:	Media de Atendimentos:	Capacidade:	Número de Presos:	% acima da capacidade
Penitenciária de Assis	4	8000	762	1150	33.75%
Penitenciária “Asp Adriano Aparecido de Pieri” Dracena	3	3500	768	1200	36%
Penitenciária de Florida Paulista	2	2800	768	1206	36.31%
Penitenciária de Irapuru	3	7000	768	1200	36%
Penitenciária de Junqueirópolis	1	2500	792	1500	47.20%
Penitenciária I “Vereador Frederico Geometti” de Lavínia	2	3200	768	1200	36%
Penitenciária II de Lavínia	1	3500	768	1345	42.89%
Penitenciária III “Asp Paulo Guimarães” de Lavínia	1	3500	768	1340	42.68%
Penitenciária de Marabá Paulista	3	4000	768	1273	39.70%
Penitenciária II de Mirandópolis	2	4500	1176	1600	26.5%
Penitenciária de Osvaldo Cruz	2	3000	768	1050	26.85%
Penitenciária Pacaembu	2	4800	792	1300	39.07%
Penitenciária Paraguaçu Paulista	3	3700	768	1200	36%
Penitenciária Pracinha	2	3500	768	1250	38,56%
Penitenciária “Sílvio Yoshihiko Hinohara” Presidente Bernardes	4	8000	1176	1370	14.16%
Penitenciária “Wellington Rodrigo Segura” de Presidente Prudente	3	2500	880	1200	26.66%
Penitenciária I “Zwinglio Ferreira” de Presidente Venceslau	3	3000	727	830	12.40%
* Penitenciária II “Mauricio Henrique Guimarães Pereira” de Presidente Venceslau	2	2500	1248	790	- 57.97%
Penitenciária “João Batista de Santana” de Riolândia	3	2600	792	1300	39.07%
Total:	46	76100	16025	23304	45.65%

* Penitenciária em reforma

\

4.3 Temas, Ideias Centrais, Discurso do Sujeito Coletivo e Discussão.

A seguir serão apresentados os Temas que emergiram da leitura das entrevistas, as Ideias Centrais identificadas em cada tema, e o Discurso do Sujeito Coletivo extraído de trechos das falas dos entrevistados que compartilharam das mesmas Ideias Centrais.

Tema 1 - Atividades do enfermeiro em Unidades Prisionais

Síntese das Ideias Centrais:

A - As atividades são relacionadas ao controle de doenças transmissíveis e doenças crônicas, semelhantes às desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde (E1, E2, E4, E5, E6, E10, E11, E12, E13, E14, E15, E16, E18, E19, E20, E21, E22, E23, E24, E25, E27, E28, E32, E33, E34, E35).

B - O Enfermeiro atende diariamente grande número de pacientes (E04, E33).

C - O sistema prisional visa principalmente à segurança (E07, E09, E16, E19, E23, E28, E29).

D - O Enfermeiro lida com a escória da sociedade (E08, E25).

E - Em caso de necessidade o sentenciado é encaminhado para atendimento hospitalar. (E9, E24).

DSC

A – As atividades são relacionadas ao controle de doenças transmissíveis e doenças crônicas, semelhantes às desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde (E1, E2, E4, E5, E6, E10, E11, E12, E13, E14, E15, E16, E18, E19, E20, E21, E22, E23, E24, E25, E27, E28, E32, E33, E34, E35).

“As atividades que exerço nesta unidade são relacionadas ao controle dos pacientes em tratamento de tuberculose, e acompanhamento dos casos de AIDS...I é justamente atuar na área de prevenção de doenças, DST, AIDS e estar fazendo levantamentos de paciente que têm doenças crônicas, os hipertensos os diabéticos, fazendo controle identificando os problemas de saúde com pessoas que são confinadas nessas unidades. A gente cuida da parte de imunização dos programas, busca ativa... trabalhamos mais com a busca ativa de tuberculose, o número nosso é muito grande hoje, chegamos no mês passado com trinta e cinco casos de tuberculose na unidade, considero um número muito grande, imunização e supervisão de enfermagem perante a equipe. A gente atende ao preso de uma mesma forma que atenderia em uma unidade de saúde lá fora, a gente acompanha o médico no seu atendimento, a gente administra medicações dos programas de rotina. A gente faz reposição de medicação, providencia encaminhamentos e outras coisas que eles precisam em consulta externa, basicamente é isso que é feito aqui dentro com o preso, além de aconselhamento na parte de enfermagem... As atividades que são realizadas aqui são muito parecidas com as atividades realizadas em um centro de saúde, além do atendimento de emergência que a gente faz, o serviço em si é ambulatorial, não é atividade de internação, fica sim em observação, mas é atividade ambulatorial, tanto é que os profissionais trabalham de segunda a sexta feira e no horário diurno, e não tem nenhuma atividade noturna para o enfermeiro. Então, de certa forma é um trabalho bem gratificante, porque a gente consegue desenvolver o trabalho do enfermeiro, trabalho em epidemiologia também, com exames, notificação...Eu sou feliz no que eu faço e faço com amor, aqui eu consigo desenvolver todos os atendimentos com os sentenciados, consigo encaminhar presos para hospitais, consigo dar um andamento que muitas unidades não conseguem, me sinto lisonjeado por conseguir fazer tudo isso quando muitas unidades reclamam que não conseguem fazer o que eu faço, isso para mim é gratificante. Quando o preso entra, é verificada toda sua situação de saúde, frequentemente nós ligamos para outras unidades prisionais, para confirmação e tratamento de saúde, para dar prosseguimento desse tratamento. Quando eu entrei no sistema prisional, eu tinha uma visão da atuação do enfermeiro, eu vejo hoje que o enfermeiro atua muito no sistema prisional e eu ignorava isso quando eu estava fora do sistema, era uma visão assim, de que o enfermeiro do sistema prisional não fizesse nada, quando eu entrei eu percebi quantas coisas a gente pode fazer dentro do sistema e a atuação da gente pode ser muito ativa. Nós temos os grupos e a gente faz esse trabalho direcionado aos grupos de hipertensos, diabéticos, HIV. Então, o nosso trabalho é zelar pela saúde do preso através da prevenção e também do tratamento dele... a gente tenta trabalhar com a parte de educação em saúde, chamando os faxinas dos raios, fazendo uma atividade de prevenção para que eles possam repassar a informação para os outros sentenciados, mais ou menos assim.”

B - O Enfermeiro atende diariamente grande número de pacientes (E04, E33).

DSC

“Então no dia a dia a gente atende muito sentenciado, no momento do atendimento a gente verifica qual é o problema, se for necessário a gente encaminha...esse eventual de todo o dia eu estou atendendo muito.”

C - O sistema prisional visa principalmente à segurança (E07, E09, E16, E19, E23, E28, E29).

DSC

“O sistema prisional, eu acho que ele visa principalmente a segurança, ele enfatiza em parte a saúde, mas principalmente a segurança, e as atividades aqui eu acho bem organizadas, a gente consegue ter bastante ações, o que fica falho mesmo são as ações em grupo, que aí a gente é impedido pela segurança, mas a atividade como enfermeiro mesmo a gente consegue fazer, a consulta de enfermagem, atua bastante nessa parte de prevenção... atendemos os presos conforme a necessidade, a princípio solicitado pela segurança. Chegando na enfermaria a gente faz o atendimento imediato...porque o nosso acesso ao sentenciado é mínimo, a gente não consegue trazer eles com mais frequência para a enfermaria para fazer um trabalho de orientação legal, então nosso trabalho aqui dentro fica resumido a isso. O sistema prisional deixa a gente restrita em muita coisa, porque a gente depende muito da segurança, o diretor de plantão que é da segurança e disciplina acha que tem o direito de se intrometer na área técnica da saúde, quando na verdade ele não tem conhecimento para tal, ele não tem formação específica, nem tampouco ele sabe o que isso significa, isso tem atrapalhado de maneira drástica nosso trabalho aqui na penitenciária e acredito que em todas as outras penitenciárias de uma maneira que sufoca o profissional, causando certo desânimo na equipe, porque a gente vê que não melhora e ainda acaba piorando...”

D - O Enfermeiro lida com a escória da sociedade (E08, E25).

DSC

“ Bem, para mim o trabalho no sistema prisional é um mal necessário, querendo ou não, os presos fazem parte de uma população excluída de uma sociedade que também precisa de cuidados. Minha atividade como enfermeiro em unidade prisional é praticamente tudo que tenho de experiência na minha área profissional....na verdade, a gente lida com a escória da sociedade, o que a sociedade recrimina cai aqui para gente, a gente cuida enquanto eles estão nesse ambiente...”

E - Em caso de necessidade o sentenciado é encaminhado para atendimento hospitalar (E9, E24).

DSC

“...em casos de necessidade o sentenciado é encaminhado para atendimento hospitalar da cidade, quando não, o tratamento eletivo é agendado para consulta médica com o médico da unidade, pois no momento temos um voluntário que vem algumas vezes por semana, que acaba atendendo essas necessidades... as emergências, que são muitas, a gente acaba tendo que encaminhar ao hospital mais próximo, tendo uma questão burocrática para ser seguida para chegar até o hospital mais próximo, e isso leva tempo, às vezes acarreta dificuldade para o atendimento rápido, por falta do aporte médico que está em falta no sistema.”

Discussão

No discurso, os profissionais revelam a rotina do serviço de saúde e a forma como o atendimento é realizado às pessoas privadas de liberdade. Os cuidados ocorrem nos ambulatórios de saúde dentro das unidades prisionais de sistema fechado e de segurança máxima, que se assemelham muito com as rotinas de uma UBS.

O atendimento apresentou-se em consonância com os princípios e as diretrizes do SUS e também conforme as normas estabelecidas pelo Plano Nacional de Saúde do Sistema Prisional de 2003 e Plano Estadual de Saúde do Estado de São Paulo de 2003. Tais planos têm suas perspectivas pautadas na assistência e na inclusão das pessoas presas, respaldando-se em princípios da atenção primária à saúde, que busca a eficácia das ações de promoção, prevenção e atenção integral à saúde. Priorizam as ações e serviços de saúde que têm por finalidade a promoção e as ações para maior qualidade de vida para toda a população privada de liberdade.

As Unidades Prisionais organizam o sistema de informação em saúde da população penitenciária, sendo que todas as unidades visitadas estão registradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), e tem como ações ⁽¹⁾: as medidas de proteção específica, como a vacinação contra hepatites, influenza e

tétano; medidas de prevenção e tratamento da tuberculose, hanseníase, diabetes, hipertensão, hepatites, DST/AIDS e dos agravos psicossociais decorrentes do confinamento, bem como a distribuição de preservativos e insumos para redução de danos associados ao uso de drogas. Por fim, garante o acesso da população penitenciária aos demais níveis de atenção à saúde, por meio das referências e contra referências, para níveis de maior complexidade de atendimento⁽¹⁾.

Os profissionais relatam que diariamente atendem a um grande número de pacientes. Em uma análise da tabela no item 4.2 - Dados das unidades prisionais, entendemos que o grande número de atendimento diário, deve-se à quantidade de presos que excede a capacidade de cada unidade. Vimos que as unidades em geral estão com 40% de população acima de sua capacidade, e conforme os dados do DEPEN, de Dezembro de 2011, o Estado de São Paulo tem um contingente de 180.059 pessoas entre homens e mulheres privados de liberdade, ou seja, muito acima da real disponibilidade de vagas existentes. Esses fatores favorecem a alta incidência de problemas de saúde entre os presos, dentre os quais, o estresse decorrente de seu encarceramento, condições insalubres, celas superlotadas com presos em contato físico contínuo e o abuso físico que alguns sofrem dentro do cárcere⁽²²⁻²⁴⁾, ocorrendo, por conseguinte, um grande número de atendimentos realizados pelos enfermeiros.

É sabido que o sistema penitenciário do Estado de São Paulo não possui capacidade suficiente para acomodar todos os presos que o constituem, e a superlotação certamente é um dos principais problemas crônicos que afligem vários profissionais, inclusive o enfermeiro. Quanto maior a concentração de presos em determinado estabelecimento carcerário, piores serão as condições pelas quais eles serão submetidos e, por consequência, as piores condições de saúde. Colabora para a afirmação dessa realidade, o relatório do Conselho Nacional de Justiça, resultante do “*Mutirão Carcerário do Estado de São Paulo*” realizado no período de 20 de Julho de 2011 a 16 de dezembro de 2011:

O problema de superlotação dos estabelecimentos penais é crônico não apenas no Estado de São Paulo, mas em todo o país. Contudo, em razão da dimensão de sua população, agrava-se neste Estado. Na grande maioria das unidades visitadas foi perceptível que existia um número de presos muito superior ao da capacidade de engenharia, fazendo com que muitos detentos tivessem que dormir no chão e em condições desumanas (“praia” e “valete”)⁽²⁵⁾.

Na rotina dos enfermeiros na unidade prisional, descrita pelos atores desse estudo, encontramos um aspecto atípico que a difere da atenção básica em UBS, e que se caracteriza pelo contraste existente entre a segurança e saúde, situação essa que acaba gerando alto nível de estresse aos enfermeiros, impedindo-lhes, muitas vezes, de exercer a assistência de enfermagem na busca da integralidade, o que expropria o profissional de sua função e responsabilidade. Na Lei Federal nº 7.498, de 25 de junho de 1.986, em seu art. 11, é atribuído ao enfermeiro privativamente a responsabilidade por todo o serviço de enfermagem e a direção do órgão de enfermagem:

Art. 11. O Enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe:

I - privativamente:

- a) direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública e privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem;*
- b) organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;*
- c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem*⁽²⁶⁾.

O DSC retrata-nos a relação de dependência existente entre os enfermeiros e o serviço de segurança, pois para o privado de liberdade obter atendimento, e ao mesmo tempo submeter-se à vigilância, é necessário o acompanhamento da escolta realizada pelo ASP. O funcionamento do presídio fundamenta-se em uma estrutura totalmente hierarquizada, com controle total sobre a vida dos sujeitos sob sua custódia, o que significa dizer que a segurança constitui-se no requisito prioritário a ser observado na rotina do cárcere. Em consequência, a ausência de escolta resulta em falta de atendimento.

Neste papel profissional, o enfermeiro conhece os pressupostos apresentados pelo Plano Nacional de Saúde do Sistema Prisional ⁽¹⁾ que propõe ações e medidas que são parcialmente atendidas. Também reconhece os atributos legais correspondentes à Lei do Exercício Profissional ⁽¹¹⁾ e poderá sentir-se limitado em sua autonomia e no cumprimento até mesmo dos aspectos ético-legais que regulamentam as ações para o cuidar.

Estão institucionalizados os indivíduos privados de liberdade e também os enfermeiros, que sofrem as consequências da sua inserção profissional em uma Instituição Total ⁽²⁷⁾.

Nesse sentido, outro aspecto que influencia o trabalho do enfermeiro dentro do presídio é a restrição imposta pela segurança, ao livre acesso do profissional ao paciente e vice-versa. Cabe observar que o acesso do próprio sentenciado às enfermarias em muitas ocasiões é controlado pela segurança, e nos casos em que o preso procura o setor de saúde frequentemente, logo se vê impedido pela segurança, pois os agentes limitam sua movimentação – uma demonstração clara do que o filósofo Michel Foucault denomina de “*mecanismos de difusão e dominação*”, para quem a prisão é o lugar de intensificação das relações de poder. Retratando as prisões, Foucault ainda trata do duplo aspecto do poder: a parte visível e a invisível. A visibilidade do poder seriam as instituições, e o “dispositivo” seria aquilo que se torna invisível no interior do qual circulam as intensidades de poder, a chamada disciplina ⁽³⁾. Para ele, a instituição controla a conduta humana, um controle que é inerente à institucionalização como tal, e estabelece mecanismos de controle social ⁽²⁷⁾.

Por outro lado, um exemplo desse controle exercido verticalmente, não apenas sobre o encarcerado, mas também sobre os profissionais envolvidos com sua reabilitação; relatado por alguns profissionais, refere-se à postura invasiva assumida por alguns diretores de segurança dentro de determinadas unidades. Isto

interfere no próprio atendimento efetuado pela área técnica do serviço de enfermagem, sufocando os profissionais, ao limitarem sua atuação somente aos casos solicitados pela segurança, tornando-os meros cumpridores de ordem, tal como descrito nessa fala “... *sufoca o profissional, causando certo desânimo na equipe...*”. Logo, o desconhecimento e a desconsideração do que são as competências e do papel que o enfermeiro desempenha na instituição prisão, contribui para o desânimo da equipe, sofrimento e o alto nível de estresse. Em consequência, o trabalho do enfermeiro fica comprometido, pois o acesso limitado do profissional ao preso gera uma assistência fragmentada, especialmente tendo em vista que os programas implementados na unidade prisional como mencionamos, são essencialmente os programas de atenção básica.

Assim não é possível que o enfermeiro exerça a Coordenação do Processo de Cuidar. Em função disso, os resultados deste processo de trabalho ficam comprometidos, pois afetam a autonomia para a realização da avaliação clínica, a interpretação dos dados coletados e a proposição de intervenções que cada situação exige. Por conseguinte, o segmento, acompanhamento e monitoramento e/ou tratamento supervisionado, com o objetivo de alcançar uma melhor adesão ao tratamento, visando à redução da morbidade e mortalidade, não alcançam os resultados satisfatórios esperados. Dessa forma, estabelecer uma adequada comunicação e interação com as pessoas cuidadas se faz necessário, tendo como premissa a ideia do cuidar que significa desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, bom trato ^(28,29), razão pela qual torna-se fundamental uma maior reflexão por parte dos gestores prisionais sobre esse modelo de atendimento constituído nas unidades.

Pesquisadores afirmam que a realidade carcerária e as tensões vividas diariamente pelos agentes de segurança penitenciária impõem a sobrevivência desses atores como uma questão fundamental em sua rotina de trabalho, cuja tendência é valorizar os aspectos relacionados à segurança em detrimento da saúde.

Nessa situação de confinamento e restrição de liberdade, segundo um processo de adaptação à realidade carcerária, os conflitos e tensões entre os diversos atores impõem aos sujeitos uma tendência a dar a prioridade aos problemas ligados à segurança e à sobrevivência imediata para agentes de segurança penitenciária e presos, respectivamente, em detrimento das questões relacionadas à saúde⁽⁹⁾.

Um conflito permanente de valores morais e sociais também influencia o dia a dia dos enfermeiros diante da população objeto de suas ações e cuidados. Depreende-se do DSC a seguinte fala, “...a gente lida com a escória da sociedade...”, “...o que a sociedade recria aqui...e a gente cuida”. Foucault nos apresenta o nascimento da prisão, no momento em que se instala a sociedade disciplinar, acompanhada de novos ordenamentos jurídicos. Por meio dela, o poder de punir passa a ser uma função geral da sociedade, exercida de forma generalizada, “equitativa” e exclusivamente pelo Estado como sua instância representativa e na pessoa de quem cada um dos indivíduos é igualmente representado. O “preso” personifica o sujeito que a sociedade rejeitou, privando-o da liberdade do convívio, através da pena determinada por seu representante, conforme a gravidade do crime cometido⁽³⁾.

Para melhor compreensão sociológica dos aspectos que envolvem o indivíduo preso que cometeu o delito, achamos necessário discorrer sobre os conceitos de marginalidade e delinquência. Não temos a pretensão de esgotar o assunto, contudo, trazê-lo à reflexão pode apontar respostas às questões morais e éticas experimentadas pelos enfermeiros no desempenho de sua atividade no cárcere. Usamos como pressuposto teórico as ideias do autor e jurista, Romeu Falconi, em sua obra “O Sistema Presidial: Reinserção Social”. Nela, o autor define marginal como sendo um indivíduo que é caracterizado pelos seus poucos meios de subsistência, tendo pouco acesso ao mercado de trabalho, o que resulta na incapacidade deste de satisfazer suas necessidades mínimas e essenciais. Esses aspectos econômicos desfavoráveis o tornam imitado aos bens de consumo e de aprimoramentos educacionais, de atividades culturais e ao lazer, ditando, portanto,

um estilo de vida desprovido de elementos básicos de promoção social. Para Falconi, a somatória desse quadro de sofrimentos e conflitos tece um panorama psicossocial agravado pelas condições hostis de existência no meio em que vive.

Logo, alguns para escapar desse cenário, entram para a criminalidade, cometendo alguns delitos. De maneira empírica, é possível afirmar que há uma escala de ascensão e descensão na vida do marginal, sendo a última, aquela em que o marginal nada espera ou almeja daquela determinada sociedade. O autor ainda nos remete à antinomia psicológica existente nos diferentes indivíduos a depender da capacidade e dos traços da personalidade de cada um, tornando, assim, difícil ou mesmo impossível uma caracterização única e total dos grupos marginalizados ⁽³⁰⁾.

Compreendido o conceito de marginalidade abordado pelo autor, discorreremos sobre a delinquência. Vale aqui ressaltar que em relação a este termo *delinquência* há vários enfoques dados pelas diversas áreas do conhecimento. Para esse estudo, adotamos o enfoque da teoria radical, oriunda do pensamento marxista, segundo o qual a problemática da criminalidade passa necessariamente pelo aspecto social, com a compreensão de que a criminalidade é produto próprio da sociedade. Antes, porém, cumpre-nos advertir que nem sempre o delinquente é um marginal ou vice-versa, pois muitos delinquentes nunca conheceram a vida marginal em relação à sociedade a que pertencem, sendo, não raro, pessoas bem sucedidas, ocupantes de posições sociais importantes. Ao contrário do que pensa o senso comum, o delinquente não é, necessariamente, alguém das camadas mais pobres da sociedade, que para satisfazer suas necessidades de ordem econômica ou para resolver conflitos pessoais, praticam atos de violência. A delinquência pode se referir a sujeitos que se aproveitam da economia capitalista ou de suas posições em órgão públicos para obter resultados lucrativos, indo na contramão da lei. Mas a realidade dos presídios paulistas é, na sua maioria esmagadora, de delinquentes vindos de classes econômicas menos favorecidas ⁽³⁰⁾.

Afirma o autor que a criminalidade, enquanto fenômeno social, não deve ser estudada por uma única vertente, mas sim por várias vertentes, e conclui, por fim, que a miséria não pode ser considerada o único fator responsável pela criminalidade, nem se pode afirmar que os desajustes sociais e suas consequências são originárias da delinquência ⁽³⁰⁾.

Como não bastasse todo esse cenário social adverso, os entrevistados apontam a dificuldade que enfrentam ao se depararem com situações de emergência dentro das unidades, isso porque, para que ocorra o encaminhamento para estabelecimentos hospitalares ou setores de emergência fora dos muros, os mesmos encaram trâmites burocráticos que acabam, pela morosidade, colocando em risco o desfecho do atendimento. Somado a isso, a falta do profissional médico, assunto que será abordado e discutido no próximo tema, constitui um fator que agrava ainda mais as dificuldades encontradas no processo de trabalho do enfermeiro. Vale dizer que, pela ausência do médico dentro das unidades, o primeiro atendimento, que seria realizado pelo médico em caso de emergência, é feito pelo enfermeiro, que já de início tem que tomar para si toda a responsabilidade decorrente desse cuidado inicial, revelando-nos a necessidade de o enfermeiro estar preparado com as devidas competências para decidir como proceder corretamente na prestação da assistência de urgência e emergência, lembrando sempre que na maioria dos casos, os indivíduos atendidos são considerados de altíssima periculosidade.

O que acontece com muita frequência, como mencionado acima, é a demora desse trâmite, que obedece a alguns critérios estabelecidos pela própria unidade, como a dificuldade de solicitação de remoção ao diretor de segurança e disciplina para a unidade externa (Santas Casas ou Prontos Atendimentos, que nos casos das prisões visitadas, ficam localizadas em municípios da Região Oeste do Estado). Assim, nas penitenciárias de segurança máxima visitadas, somente após a averiguação feita pelo diretor do setor de segurança, acerca da necessidade e

possibilidade de remoção do detento, efetua-se o pedido de autorização para o diretor geral, o qual solicita, finalmente, a escolta militar para a transferência até o atendimento. O DSC nos revela como esse procedimento burocrático acaba colocando em risco a vida do paciente: “...as emergências, que são muitas, a gente acaba tendo que encaminhar ao hospital mais próximo, tendo uma questão burocrática para ser seguida para chegar até o hospital mais próximo, e isso leva tempo, às vezes, acarreta dificuldade para o atendimento rápido, por falta do aporte médico que está em falta no sistema.”

Por conseguinte, caberia perfeitamente defender neste trabalho a revisão desse modelo e a valorização da avaliação do enfermeiro em solicitar a transferência de imediato quando se tratar de situação de emergência.

Tema 2 - Desafios do trabalho do enfermeiro em Unidades Prisionais

Síntese das Ideias Centrais:

- A - Trabalhar no sistema prisional é um desafio (E3, E6, E8, E12, E16, E17, E21, E22, E23, E24, E25, E26, E27, E28, E29, 31, E33).
- B - No sistema prisional os papéis profissionais são invertidos (E28, E29, E30, E31, E32, E33).
- C - É um trabalho muito difícil e complicado (E04, E15, E17, E26, E28, E29, E31, E35).

DSC

A - Trabalhar no sistema prisional é um desafio (E3, E6, E8, E12, E16, E17, E21, E22, E23, E24, E25, E26, E27, E28, E29, 31, E33).

“... pra dizer a verdade, trabalhar no sistema prisional é um desafio, é matar um leão a cada dia, principalmente agora que estamos sem médico. Em todo o sistema nosso atendimento é frente a frente com o sentenciado, somos nós que ouvimos as queixas, somos nós que avaliamos o seu estado e daí a gente decide se encaminha ou o que a gente faz. No momento está sendo difícil trabalhar no sistema, mas isso não me causa nenhum temor... conhecer o sistema para mim foi um choque, foi assustador ver a realidade, mas depois a gente vai se adaptando, é uma realidade totalmente diferente, aqui as atividades que a gente desenvolve são muito parecidas com a atividade desenvolvida em postinho de saúde, tem atendimento médico, atendimento de enfermagem, a gente faz controle de doença infecto-contagiosa.... Eu vejo como sendo uma população das mais necessitadas de atendimento, e não acredito que seja qualquer profissional que consiga dar assistência dentro de um presídio, porque na graduação a gente não tem contato com esse tipo de ambiente... A gente tem que trabalhar com o paciente, mas existe muitas outras particularidades para a gente poder atender o preso... A unidade prisional é uma realidade bastante diferente e bastante diversificada em relação ao hospital, porque trabalhamos com detentos de alta periculosidade e classe social bastante diferenciada, ainda requer da gente a cautela sempre do setor de segurança e disciplina, e cuidado em estar prestando assistência ao detento...O detento está preso, então ele depende mais da nossa ação do que uma pessoa que está na rua, que tem a possibilidade de procurar um hospital ou um posto de saúde. Em relação à alimentação deles a gente fica restrito, porque nós não temos uma nutricionista para estar dando um amparo ao nosso atendimento, a gente fica restrito à medicação. Quanto ao hipertenso e ao diabético também não têm uma alimentação adequada, é o que o sistema costuma dar. Para se ter um acompanhamento com um reeducando é difícil devido ao Segurança, não é sempre que você pode estar chamando ele, trazendo ele para o setor... então a gente fica restrito, a gente procura fazer o nosso atendimento, nossas atividades de enfermagem, mas é restrito ao segurança... Faltam algumas coisas, alguns tipos de tratamento mais adequados, os encaminhamentos são muitos demorados, a central de vagas é demorada, e a gente fica um pouco restrito ao atendimento ambulatorial... Por ser um ambiente de confinamento há maior probabilidade de aparecimento de doenças do que na população externa. Aqui não tem como dar continuidade, como se fosse um posto de saúde, fazer um grupo, orientar, fazer outros tipos de atividades não tem como... quando eles estão em tratamento, muitas vezes, são transferidos de uma hora para outra. É praticamente impossível a gente fazer uma boa anamnese, um exame físico ou uma boa entrevista de enfermagem, tem a questão do setor de segurança sempre estar se intrometendo no serviço da enfermagem, achando que a gente deve resolver logo o problema do preso, fazendo o serviço do médico. A gente, como enfermeiro, avalia a necessidade e é fundamental que o enfermeiro esteja presente durante os procedimentos de enfermagem e até com o próprio auxiliar de enfermagem para suporte técnico desse auxiliar que, muitas vezes, se vê pressionado a agir de acordo com o que a instituição manda... aqui é um lugar muito bom para desenvolver a enfermagem, você conseguiria tranquilamente desenvolver a SAE, os programas das doenças crônico- degenerativas, enfim, daria para fazer um trabalho de educação muito bom, eu já tive aqui boas experiências, mas depois a rotina realmente sufoca, e eu tive que parar com os meus serviços e atribuições... Pela sua particularidade, o sistema carece muito da assistência à saúde, então o enfermeiro acrescenta, no sistema prisional, até muito mais do que na assistência ao cidadão livre.”

B - No sistema prisional os papéis profissionais são invertidos (E28, E29, E30, E31, E32, E33).

DSC

“Então, na realidade, os papéis aqui estão bem distorcidos, na SAP, e acredito que na maioria das penitenciárias, o próprio preso enxerga a gente como profissional médico da unidade, vem, consultam, querem um remédio, alguma informação... Deve-se começar a pensar em mudanças serias e drásticas daqui por diante, porque a coisa tende a piorar, as situações foram se agravando e, mesmo na presença do médico, já existia essa distorção de papéis. Os auxiliares de enfermagem davam plantão sem a supervisão técnica do enfermeiro, tinha auxiliares de enfermagem que trabalhavam no período noturno e final de semana sem a supervisão do enfermeiro... Isso fazia com que os agentes penitenciários achassem que eles tinham a obrigação de dar o remédio, cuidar de preso, dar assistência, ou seja, resolver o problema do preso aqui dentro, evitando a remoção do preso...O sistema prisional está defasado em algumas características, as pessoas, às vezes, no sistema prisional, não sabem o que é o quê e qual é o lugar de cada profissional. Com a falta do profissional médico na unidade, os papéis são mais distorcidos, porque restando o enfermeiro na unidade o restante da equipe da unidade prisional, os agentes penitenciários e a própria diretora de saúde e assim por diante, acham que o enfermeiro tem por responsabilidade bancar o médico, tomar as atitudes do médico... a gente acaba desempenhando a parte do médico, e infelizmente a gente se vê numa situação obrigado a prescrever alguma coisa, uma dipirona, um paracetamol, um diclofenaco, e a gente sabe que nosso conselho de enfermagem proíbe tal atuação da maneira que está sendo feita....eu gostaria de fazer só as atividades do enfermeiro, eu gostaria de ter as coisas mais organizadas, mas acho que o sistema não oferece esse tipo de coisa, acho que eles não entendem isso, eles vêem o enfermeiro como uma pessoa que tem que dar um remedinho, então eu acho assim as atividades ficam muito limitadas só a esse atendimento. Aqui na enfermaria o detento vem, fala a queixa, a gente atende e ele vai embora, então é muito complicado... Em uma unidade prisional a proposta é uma, mas a realidade é outra na minha maneira de ver, a proposta é você prestar assistência de enfermagem integral, de saúde, mas infelizmente a gente não consegue, a gente se vê muitas vezes em uma situação de saia justa, que você tem que simplesmente apagar fogo como bombeiro... muitas vezes você dá um atendimento como um psicólogo, porque, às vezes, ele não tem quem o ouça, e muitas vezes a gente percebe que o paciente, a pessoa presa quer ser ouvida, quer sentir que tem alguém que se preocupa com o problema dele, então ele quer ser ouvido, e então o que o enfermeiro faz, o enfermeiro ouve, o enfermeiro orienta, o enfermeiro encaminha para o médico, encaminha para fora da unidade, tenta resolver o problema dele da melhor maneira possível, muitas vezes resolvemos coisas que não são da nossa alçada... a nossa parte é respeitar uma prescrição médica, mas na maioria das vezes essa prescrição não está presente, então, assim é o que eu penso, o cidadão livre vai lá na farmácia e compra uma dipirona, uma coristina D, aqui ele não tem a farmácia, ele tem o enfermeiro, o pavilhão hospitalar, ele chega aqui quem ele encontra é o enfermeiro, cadê o médico? Não tem, o preso fala " mas eu estou com dor de cabeça desde ontem à noite, eu quero um remédio para dor de cabeça", o enfermeiro vai e medica, está errado, mas, eu não me sinto assim, foi o tempo que eu me sentia culpado em fazer isso, hoje faço isso com a consciência tranqüila eticamente falando, porque ele está ali preso sob custódia do governo,

minha obrigação é resolver o problema dele de dor e, muitas vezes, para o sistema prisional nem é percebido, quem está na gestão do sistema prisional nem sabe a angústia que nós estamos vivendo em fazer uma coisa que não é nossa função... para mim hoje é tranquilo mas para muitos enfermeiros pode não ser, porque de acordo com o conselho regional está errado, mas a gente sabe que ele precisa, e meu objeto de trabalho que é o paciente está sofrendo, então muitas vezes você faz alguma coisa que eticamente está errado, mas você fica tranquilo, porque você resolveu o problema de seu paciente, ele precisa passar uma sonda, precisa de um fleet enema, ele está com o intestino preso há uma semana e não levaram ele ao pronto socorro, o que eu faço? Prescrever "o fleet enema é do médico? É do enfermeiro? De quem que é eu não sei, eu só sei que ele está passando mal, eu vou lá e faço o procedimento que me tranquiliza, porque o paciente vai lá elimina as fezes e passa a dor, eu corri o risco de ter uma intercorrência, mas eu resolvi naquele momento... infelizmente eu não estou sozinho nessa situação, o meu COREN é meu, eu respondo por aquilo que faço, mas eu não agüento ver que meu paciente, meu objeto de trabalho que está na minha frente pedindo socorro e não é atendido."

C - É um trabalho muito difícil e complicado (E04, E15, E17, E26, E28, E29, E31, E35).

DSC

"Hoje, trabalhar no sistema prisional está complicado e difícil com essa falta de médico, então, muitas vezes, o enfermeiro acaba colocando a cara a tapa por faltar médico na unidade, está difícil, não está fácil, está complicado trabalhar hoje no sistema prisional... É um desafio até fora da unidade, porque todo mundo questiona porque você escolheu estar aqui dentro... Atualmente o que eu sinto é o alto nível de stress em relação a essa situação que nós estamos, sem atendimento médico, e sem uma visão de uma solução para isso, hoje eu estou em um alto nível de stress. Na verdade eu posso falar que se eu tivesse outra opção eu não estaria trabalhando aqui, porque é um lugar que você não cresce você não tem aprendizado. A dificuldade é mais uma questão interpessoal, eu acho que uma unidade prisional é um campo minado para conflitos, além da saúde ser uma área também de vasto conflito, porque muitas vezes o paciente está em uma situação de dor, de debilidade física, ele está procurando o serviço por algum motivo, que ele não está bem, e no sistema prisional isso é agravado porque além dele não estar bem, ainda tem toda uma questão do lugar, das pessoas... A relação interpessoal que me refiro não é a relação entre paciente e profissional, mas entre os funcionários da área de segurança e da área da saúde... Eu tento atender de uma forma humanizada, mas você também não pode ficar muito íntimo do seu paciente, você tem que tratar com educação, você tem que tratar bem, mas ter esse vínculo como você tem com paciente do posto de saúde, que você conhece, você conversa e pergunta da família, você procura saber um monte de coisa dele, aqui até pela própria situação por ser preso, pelo local, você se limita a apenas tentar resolver aquela questão que ele está precisando no momento. Trabalhar na penitenciária é difícil, principalmente hoje que estamos sem médico, nós temos que atender o preso e resolver o problema aqui dentro na maioria dos casos, então temos que atender e resolver porque vai repercutir na segurança, assim você se sente obrigado a fazer coisas que não são de sua competência, porque senão o diretor vai

falar e vai reclamar, entendeu? Ai você vê que se você for encaminhar o preso para o pronto socorro e entre você encaminhar o preso naquele momento, e atendê-lo dentro daquilo que você acha que não é uma atrocidade, você vai fazer aquilo dentro dos seus conhecimentos é melhor você atender, porque o preso vai ficar lá esperando, esperando escolta vai ficar sem atendimento até no outro dia e não vai ser encaminhado. Então isso nos leva à desmotivação, porque você não está sendo valorizado, porque na realidade você não está fazendo aquilo que está dentro da sua ética, o que gostaria de fazer.”

Discussão

Nos DSC dos profissionais entrevistados foi possível identificar os desafios que estes enfrentam para realizar a assistência de enfermagem, tal como se depreende do seguinte trecho: *“pra dizer a verdade, trabalhar no sistema prisional é um desafio, é matar um leão a cada dia...”*.

A prisão tem suas características peculiares, podendo ser concebida como um conjunto complexo de edificações e relações humanas, com seus muros, muralhas, alambrados, grades, celas e outros dispositivos que limitam o movimento das pessoas que vivem ou trabalham em seu interior. Como principais personagens dentro desse complexo sistema, temos as pessoas privadas de liberdade, que cometeram crimes, muitas vezes crimes de extrema violência, consideradas pela sociedade de alta periculosidade. Por isso, esse quadro exige dos profissionais, que trabalham inseridos nessa realidade, cautela em cada movimento, atenções especiais nos procedimentos, especificamente na área da enfermagem, cuidados com materiais e insumos de saúde, gerando um ambiente propício a alto nível de estresse. Por essa razão, acreditamos que, em virtude dos riscos e das rígidas normas de segurança penitenciária, as unidades não permitem realizar grupos de educação em saúde com os pacientes de doenças crônicas, ou mesmo trabalhos de educação em saúde para prevenção das HIV/DST, tabagismo, drogas e álcool. Somente para ilustrar esse estado de tensão vivido pelos profissionais dentro das prisões, e que acabou por tomar proporções inimagináveis fora dos limites dos muros, citaremos aqui a crise que se estabeleceu nas ruas e em todo o Estado de São Paulo no ano de 2006, quando todo o terror das ruas foi comandado de dentro das prisões:

“Em 2006 o estado de São Paulo passou por uma das suas mais graves crises na área da segurança pública. Em boa parte, essa crise teve como centro o sistema penitenciário. Rebeliões em unidades prisionais, mortes de policiais e agentes penitenciários, ataques com bombas a estabelecimentos públicos e privados, ônibus incendiados — **todas estas ações foram desencadeadas por grupos criminosos de dentro do sistema penitenciário. Pela primeira vez uma crise no sistema penitenciário transbordava os muros das prisões e atingia direta e amplamente o cotidiano da população.** A cidade de São Paulo paralisou suas atividades por alguns dias em maio e julho de 2006, e sua população foi tomada pelo pânico⁽³¹⁾.”

Além das restrições de movimentação dos presos, motivadas pela preservação da segurança nas unidades, a questão da alimentação é um fator de grande dificuldade para o controle dietético de alguns pacientes portadores de doenças crônicas degenerativas. Devido à falta de profissional Nutricionista, a equipe responsável elabora o cardápio conforme for mais conveniente à própria instituição, mesmo sendo solicitada pelo enfermeiro a dieta especial em alguns casos específicos. No contexto da atenção básica, a alimentação e nutrição representam um fator decisivo, pois a alimentação faz parte do quesito básico para promoção, proteção e recuperação da saúde, compartilhando para o desenvolvimento humano e cidadania. A alimentação desequilibrada ou mesmo a ausência de nutrientes fundamentais geram problemas de saúde, contribuindo para os fatores epidemiológicos⁽³²⁾.

Outro problema mencionado pelos entrevistados é a delicada questão que se estabelece entre a atuação dos diretores do setor de segurança e os assuntos relacionados ao serviço da enfermagem, de exclusiva responsabilidade e competência do enfermeiro. Muitos entrevistados relataram que o setor de segurança, avança sobre questões apenas pertinentes à enfermagem, usurpando a autonomia desses profissionais. A intenção deste estudo não é definir o papel de cada setor, nem apoiar a fragmentação do trabalho, mas sim apontar o caminho do diálogo e o respeito entre os atores das competências de cada área profissional, indicando a necessidade de um esforço dos gestores das unidades, com o fim de proporcionar a realização de um trabalho conjunto entre os diferentes segmentos

institucionais. Merecem atenção não apenas a saúde e a segurança, entretanto, educação, trabalho e reintegração social, tendo em vista que vários estudos apontam para um problema de relacionamento e conflito associado às tensões impostas nas relações hierárquicas, formais e informais, que regulam a rotina das prisões, especialmente entre esses dois setores saúde e segurança^(9,33,34). Nesse mesmo sentido, seguem os relatos dos entrevistados, indicando essa dificuldade nas relações interpessoais, e esta funcionando como mola propulsora para a desmotivação e o estresse. Importante aqui ressaltar as possíveis consequências negativas do estresse excessivo para a vida do profissional, influenciando seu bem-estar físico e emocional - essas influências podem gerar problemas de adequação social, familiar/afetivo, e também podem refletir na queda da qualidade e do nível de desempenho no serviço⁽³⁵⁾.

As súbitas transferências dos presos para outras unidades, os chamados “*Bondes*”, na gíria utilizada dentro da unidade pelos presos e por funcionários, também contabilizam as dificuldades em prestar a assistência integral ao indivíduo privado de liberdade, sendo vários os motivos dessas transferências, como por exemplo: aproximação familiar; problemas pessoais que colocam em risco a integridade da pessoa dentro da própria prisão; problemas que colocam em risco a segurança e a ordem da própria unidade, dentre muitos outros. Não se tem a pretensão de julgar os motivos das transferências, pois esse assunto foge das questões atinentes a este estudo, porém o fato é que essas transferências, conforme os relatos dos entrevistados, dificultam a continuidade do tratamento a que estão submetidos os sentenciados, pois em algumas situações os presos vão de uma região para outra, tendo que recomeçar novamente o caminho para o tratamento – e isso inclui: agendar a consulta com atenção básica quando o município oferece essa parceria, pois muitas unidades estão sem médico ou promover eventual encaminhamento para o hospital local, que referencia para a especialidade ou para a realização de exames. Nesse caso, o encaminhamento não

é aceito quando realizado pelos enfermeiros para a referência de especialidade. Ademais, a demora nos atendimentos pelos serviços de referência e central de vagas também assolam a unidade prisional. Aliás, morosidade não é um problema isolado das unidades penitenciárias, entretanto se tornou um problema geral da saúde pública no país, e que vem somar às dificuldades enfrentadas no exercício profissional do enfermeiro no ambiente prisional.

A saúde dentro do sistema prisional tem estado diante de um grande desafio nos últimos tempos, ou melhor, esta situação que vamos discutir, acreditamos que sempre existiu dentro do sistema prisional, mas sobretudo hoje, com o crescimento das unidades prisionais em todo o Estado, agravou-se ainda mais. Na maioria das unidades prisionais, a equipe de saúde não tem a presença do médico, ou seja, não há constituição de uma equipe mínima para realizar os atendimentos, e isso reflete vários problemas. O primeiro deles, de ordem financeira, pois o Plano Nacional de Saúde no Sistema Prisional que regulamenta como se dará o financiamento da assistência aos privados de liberdade, apenas contempla com recursos as unidades que tenham a equipe mínima descrita na Portaria Interministerial n.º 1.777, de 9 de setembro de 2003, que instituiu o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Atualmente, esta norma foi substituída pela Portaria nº 2.048, de 3 de setembro de 2009, em vigor, que trata do Regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS), a qual traz em sua seção X, a Saúde no Sistema Penitenciário. Segundo diretriz do Regulamento, a saúde no sistema passa a ser financiada da seguinte forma:

“Art.470. Fica criado o Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário, cabendo ao Ministério da Saúde financiar o correspondente a 70% (setenta por cento) do recurso e ao Ministério da Justiça o correspondente a 30% (trinta por cento)”.

O artigo nº 473 qualifica e quantifica os profissionais que fazem parte da equipe mínima e regulamenta o número de equipes para atender determinado número de presos ou pessoas privadas de liberdade, como segue.

Art. 473. A Atenção Básica de Saúde, a ser desenvolvida no âmbito das unidades penitenciárias, será realizada por equipe mínima, integrada por:

- I - médico;
- II - enfermeiro;
- III - odontólogo;
- IV - assistente social;
- V - psicólogo;
- VI - auxiliar de enfermagem;
- V - auxiliar de consultório dentário.

§ 2º Cada equipe de saúde será responsável por até 500 (quinhentos) presos.

Como se vê, a Portaria determina uma equipe para cada 500 presos. Em análise do quadro que descreve as Unidades que fizeram parte desse estudo, todas possuem mais de mil presos, o que demandaria em cada unidade mais de uma equipe e, em muitas delas, não há sequer uma equipe completa.

Diante deste exposto, as unidades que atualizaram o cadastro junto ao SUS, dos profissionais que integram suas equipes, após a exoneração em massa de muitos médicos, perderam grande parte dos recursos.

O segundo problema enfrentado pelos enfermeiros, decorrente da ausência dos médicos, refere-se ao grande número diário de atendimentos realizados, pois os pacientes privados de liberdade procuram o serviço de saúde com as mais diversas queixas, e a falta do profissional médico tem acarretado dificuldade em dar continuidade aos tratamentos e aos programas atendidos. Muitos têm ficado sem a assistência necessária. Contribui para essa afirmação, trecho extraído do relatório denominado “*Mutirão Carcerário do Estado de São Paulo*”, realizado no período de 20 de Julho a 16 de dezembro de 2011:

A assistência à saúde e social é precária e, na ausência de profissionais com atuação nas unidades prisionais, costumeiramente é prestada pela rede pública municipal ou estadual, as quais possuem conhecidas limitações. Via de regra, os estabelecimentos não contam com médico, dentista, enfermeiros e demais profissionais da saúde, havendo pouquíssimos ou nenhum medicamento nas enfermarias. Em geral, a assistência médica é prestada nos postos de saúde ou em hospitais das redes municipal e estadual, sendo que os casos de emergência são atendidos por meio do SAMU. Em algumas unidades há um enfermeiro ou auxiliar de enfermagem, bem como dentistas e psicólogos, mas a disponibilização destes profissionais e do serviço de assistência à saúde,

quando existente, é rotineiramente feita pelos executivos municipais. O número de profissionais da saúde que se encontram vinculados à Secretaria de Administração Prisional – SAP - é absolutamente insuficiente para cobrir os mais de 160 estabelecimentos sob sua administração ⁽²⁵⁾.

O ponto agravante dessa situação de descaso com a saúde e dignidade humanas, reside no dilema ético apresentado pelos entrevistados, motivado exatamente pela falta do médico. Podemos evidenciar em vários DSC distribuídos nos temas abordados, que essa deficiência é uma das dificuldades mais sentidas pelos entrevistados. Entendemos que essa triste realidade seja a situação que mais aflige a atuação do enfermeiro na unidade prisional, pois ela traz consigo uma inversão de papéis, gerada exatamente pela ausência do médico nas unidades. O trecho a seguir, extraído do DSC, remete-nos à ideia dessa discussão: *“Então, na realidade, os papéis aqui estão bem distorcidos, na SAP, e acredito que na maioria das penitenciárias, o próprio preso enxerga a gente como profissional médico da unidade, vem, consultam, querem um remédio, alguma informação...”*. Essa concepção distorcida do enfermeiro, confundido com o médico ou acreditando que aquele possa executar seu papel na ausência desse profissional, não é uma concepção somente do preso, mas também do corpo funcional das unidades e suas diretorias, conforme descritas nos DSC: *“Com a falta do profissional médico na unidade, os papéis são mais distorcidos, porque restando o enfermeiro na unidade, o restante da equipe da unidade prisional, os agentes penitenciários e a própria diretora de saúde e assim por diante, acham que o enfermeiro tem por responsabilidade bancar o médico, tomar as atitudes do médico...”*.

Conforme o Código de Ética que rege a prática da Enfermagem, esta se caracteriza por ser uma atividade que abrange conhecimentos científicos e técnicos próprios, construída por um conjunto de práticas sociais, éticas e políticas que se processa pelo ensino, pesquisa e assistência. Distingue-se pela prestação de cuidados à pessoa, família e coletividade, respeitando seu contexto e circunstâncias de vida ⁽¹¹⁾.

Nas entrevistas colhidas para este estudo, nota-se muitas vezes, que os profissionais da área são obrigados pelas circunstâncias peculiares de seu ambiente de trabalho, a percorrerem um caminho na contramão do que prevê suas próprias normas de ética. Nesse sentido, percebe-se claramente a atuação de alguns diretores na tentativa de manipular os atos e subestimar as condutas e procedimentos dos enfermeiros, levando em conta os interesses “maiores” que regem a área de segurança, exigindo, muitas vezes, que esses profissionais entreguem medicamentos para atender as queixas que os presos apresentam. Ilustra esta situação a seguinte fala destacada do DSC, “... *infelizmente a gente se vê numa situação obrigado a prescrever alguma coisa, uma dipirona, um paracetamol, um diclofenaco, e a gente sabe que nosso conselho de enfermagem proíbe tal atuação da maneira que está sendo feita*”.

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, no capítulo I, que trata das relações profissionais e proibições, prevê o seguinte: “*Proibições: (...) Art. 31- Prescrever medicamentos e praticar ato cirúrgico, exceto nos casos previstos na legislação vigente e em situação de emergência*⁽¹¹⁾”. Sabe-se que a possibilidade ou não de prescrição de medicamentos por enfermeiros é um assunto complexo e polêmico, tanto dentro das prisões como extra-muros, sendo seu enfoque neste trabalho de suma importância, razão pela qual pretendemos traçar algumas ideias sobre essa questão que os enfermeiros vivenciam, contextualizando a atuação desses profissionais em seu ambiente de trabalho. Em primeiro lugar, estamos diante de uma categoria de pacientes confinados, privados de sua liberdade, que em sua maioria, são pessoas pobres, distantes de seus familiares, condenados por crimes contra o patrimônio, comumente associados ao microtráfico de drogas ilícitas. Poucos, dentre eles, foram alfabetizados ou completaram o Ensino Fundamental; tampouco possuíam profissão definida anteriormente à prisão, caracterizando uma situação de exclusão social ou marginalização, que os levaram à delinquência. O ingresso dessas pessoas no Sistema Prisional, caracterizado pelo intenso convívio e

confinamento, contribui para a alta prevalência de queixas, tais como, doenças de pele, viroses, dores de cabeça, gripes, tosse seca, dores musculares, dores de dentes, etc.

Diante dessas dificuldades, e sem qualquer alternativa, eles procuram a enfermagem como seu único e último recurso, fato que os enfermeiros vivenciam diariamente; os enfermeiros se solidarizam e sentem empatia pela situação desse apenado, *“...a nossa parte é respeitar uma prescrição médica, mas na maioria das vezes essa prescrição não está presente, então, assim é o que eu penso, o cidadão livre vai lá na farmácia e compra uma dipirona, uma coristina D, aqui ele não tem a farmácia, ele tem o enfermeiro, o pavilhão hospitalar, ele chega aqui quem ele encontra é o enfermeiro, cadê o médico? Não tem, o preso fala " mas eu estou com dor de cabeça desde ontem à noite, eu quero um remédio para dor de cabeça", o enfermeiro vai e medica, está errado, mas, eu não me sinto assim, foi o tempo que eu me sentia culpado em fazer isso, hoje faço isso com a consciência tranquila”*. Na maioria das vezes, os medicamentos que são entregues pelos enfermeiros aos presos, pertencem à lista de Grupos e Indicações Terapêuticas Especificadas (GITE), e não necessitam de prescrição médica para sua venda. Estão disponíveis nas gôndolas das farmácias ⁽³⁶⁾, e portanto, se este indivíduo estivesse em liberdade, poderia procurar um estabelecimento farmacêutico e adquirir esse medicamento sem qualquer restrição, contudo como se encontra custodiado pelo Estado, este tem que suprir essa necessidade, o que não tem acontecido. Diante disso, esses profissionais comprometidos com a dignidade do ser humano, tentam amenizar as deficiências encontradas, repassando os remédios necessários, porém para eles ainda subsiste essa situação de ilegalidade, pois não estão amparados por uma norma reguladora que autorize a recomendação e a entrega desses medicamentos que fazem parte da GITE ⁽³⁷⁾.

Outro trecho extraído do DSC nos aponta o sentimento que leva esses profissionais a indicarem e entregarem alguns medicamentos aos presos *“...eu não*

aguento ver que meu paciente, meu objeto de trabalho que está na minha frente pedindo socorro e não é atendido.”. Uma pesquisa realizada com profissionais de saúde do contexto hospitalar que trabalham com os privados de liberdade, também identifica esse sentimento de empatia, de solidariedade ao privado de liberdade, evidenciando assim que o profissional da saúde abstrai a condição social de detento, mas identifica no outro a qualidade de humano ⁽³⁷⁾, em sintonia com a referida pesquisa este estudo evidencia que o enfermeiro se identifica com a dor do outro e a condição do confinamento, resultado que se expressa através do cuidado desprendido ao outro, mesmo que para a prática desse cuidado transgride seu código de ética. Assim, essa situação necessita ser discutida com as entidades de classe, com as agências de fiscalização e com toda a sociedade, pois esses profissionais estão na linha de frente do cuidado de uma população excluída e marginalizada, dispendo de precários serviços de saúde.

A falta do médico nos presídios paulistas, tal como mencionada pelos entrevistados, até o momento em que se deu o fechamento deste estudo, é considerada uma situação ainda por se resolver, sendo que os próprios enfermeiros não vislumbram uma solução, nem tampouco têm por parte do Estado uma explicação ou uma resposta.

Assim como a Política Nacional da Atenção Básica, MS (BR) Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que expressa a reconstrução da atenção básica à saúde como uma proposta do Governo Federal aos municípios para implementar estratégias de reorganização dos serviços e de reorientação das práticas profissionais neste nível de assistência traz os aspectos legais das atribuições dos enfermeiros na ESF, da mesma forma também, o enfermeiro prisional, se assim podemos chamar os enfermeiros que trabalham bravamente nessas unidades, necessita ser amparado legalmente por uma lei que defina as atribuições dos vários profissionais envolvidos na assistência à saúde prisional, legitimando o que já praticam, a fim de terem seu papel de destaque nas ações de saúde nas unidades

prisoinais, que visam unicamente ao atendimento integral dos indivíduos privados de liberdade.

Em muitos países, para poder atender à necessidade de provisão de cuidados a pacientes, em especial, os que se encontram em comunidades afastadas ou em zona rural, a prescrição de medicamentos por enfermeiros já é uma prática, conforme o Conselho Internacional de Enfermeiras (CIE) ⁽³⁸⁾. No Brasil, a única forma legal mediante à qual se permite aos enfermeiros prescrever e indicar medicamentos é a prevista dentro dos termos de um determinado protocolo de atendimento, o que confere respaldo ético-legal à prática, porém dentro dos limites estabelecidos pela própria Lei do Exercício Profissional de Enfermagem (Lei Nº 7.498, de 25 de junho de 1986)⁽²⁶⁾, regulamentada pelo Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987 ⁽³⁹⁾, com respaldo nos programas do Ministério da Saúde, garantindo ao enfermeiro o direito de exercer a sua profissão com a liberdade, dignidade e autonomia que lhe assegura a Constituição Federal.

Logo, a prescrição de medicamentos pertencentes à lista dos GIPE, no âmbito do sistema prisional, com a devida previsão expressa dessa possibilidade nos protocolos estabelecidos no âmbito dos programas de saúde, não configura uma tentativa de suprir a falta de médico, mas sim legitimar a categoria e propor uma mudança no modelo assistencial dos presídios, promovendo uma inovação na assistência, para reconhecer que o profissional enfermeiro tem a capacidade e competência para a realização dessas atividades. Não pretendemos aqui subtrair o médico de suas funções e atribuições, pois a este profissional compete privativamente o diagnóstico e o tratamento clínico, mas como integrante da equipe de saúde, ao enfermeiro concorre colaborar para o tratamento integral, contribuindo para a dignidade da pessoa privada de liberdade que tem o direito ao atendimento de saúde de forma integral, levando também em conta todas as particularidades do sistema prisional.

Essa realidade conflituosa que o profissional vive na unidade prisional, gera, a priori, aos novos enfermeiros ingressantes, uma situação de choque como relatado pelos entrevistados, pois se trata de um cenário dos quadros de saúde que difere dos demais serviços oferecidos em âmbito de unidade básica de saúde e/ou hospital, gerando assim até questionamentos por outros profissionais, de como estes estão trabalhando dentro dos presídios, revelando que esse serviço não é mesmo para qualquer um. Ademais, essa é uma realidade que o enfermeiro não tem acesso na graduação, e só vem a conhecê-la quando já está dentro do sistema.

Acima das dificuldades e dos desafios, podemos notar que o olhar do enfermeiro para essa população é de cuidador, identificando no outro sua condição humana e não sua condição social ⁽³⁷⁾, pois o DSC revela o real sentimento manifestado pelos entrevistados, quando mencionam que essa é uma população que precisa muito de atendimento, e que a presença do enfermeiro acrescenta muito na assistência, até mais do que poderia acrescentar para a população que goza da liberdade nas ruas e no convívio social.

Tema 3 - Significação do trabalho do enfermeiro em Unidades Prisionais

Síntese das Ideias Centrais.

A - Nunca foi um sonho trabalhar em uma unidade prisional (E01, E16, E28).

B - No começo foi um choque, eu tinha medo (E01, E06, E07, E11, E19, E28, E29, E35).

C - É trabalhar com os excluídos e tentar ajudá-los a se recuperar (E02, E10, E15, E21, E24, E33).

D - Trabalhar no sistema traz certa satisfação (E02, E03, E06, E07, E08, E09, E12, E13, E14, E18, E22, E24, E27, E32, E33).

E - É como um trabalho qualquer na área da saúde (E10, E11, E16, E19, E20, E22).

F - Significa estabilidade de um concurso público (E12, E25, E29, E31).

DSC

A - Nunca foi um sonho trabalhar em uma unidade prisional (E01, E16, E28).

“Bom, nunca foi um sonho trabalhar em uma unidade prisional, não foi uma coisa que eu pensei da minha vida... uma coisa que eu nunca imaginei que poderia acontecer... só que eu me adaptei bem ao sistema, apesar de estar há pouco tempo...”

B - No começo foi um choque, eu tinha medo (E01, E06, E07, E11, E19, E28, E29, E35).

DSC

“...eu nunca tinha pensado como funcionava uma cadeia, um presídio, e na realidade é diferente do que a gente imagina... Foi um choque ter que restringir muita coisa daquilo que você aprendeu, se conter por conta da segurança... foi um desafio, porque eu sempre tive muito medo dessa questão de trabalhar com preso, de trabalhar no meio deles, então cada dia eu me supero, hoje eu já me acostumei... Quando eu entrei no sistema penitenciário, eu entrei com muito medo, e muito inseguro em relação à população que eu iria trabalhar, mas depois que eu me deparei com a realidade, eu me sinto muito bem trabalhando no sistema penitenciário. A gente acaba percebendo que o nosso trabalho não tem nada a ver com o que essas pessoas fizeram ou não fizeram e para nós acabam sendo pessoas normais..., quando a gente presta um concurso a gente não tem a consciência do que é uma unidade prisional, e quando você consegue entrar no sistema é aí que você vê que é bem diferente do que você pensava, há vários mitos envolvidos com a penitenciária e o sistema prisional, as pessoas aí fora têm muito medo, a gente vê que a questão não é tanto a periculosidade do preso, embora exista a periculosidade do preso.... ...eu tenho medo, às vezes, de acontecer algo comigo e com meus companheiros também, então, as vezes, eu estou lá embaixo e eu tenho medo de um motim, de uma rebelião, morro de medo de algum preso me tocar e fazer alguma coisa comigo... é uma coisa que eu sempre carrego, eu tenho pesadelo à noite, eu sempre estou atento, assim, na medida do possível, porque não depende só de mim, às vezes eu fico pensando: ‘ se eu precisar sair correndo de lá por onde eu vou sair, não tem como sair de lá, está tudo fechado’, então isso daí é muito angustiante para mim...”

C - É trabalhar com os excluídos e tentar ajudá-los a se recuperar (E02, E10, E15, E21, E24, E33).

DSC

“Trabalhar na unidade prisional é trabalhar com os excluídos, com as pessoas privadas dessa liberdade e, de certa forma, você está ajudando e colaborando com a recuperação e reintegração deles na sociedade... É você prestar assistência à saúde do preso, pessoa privada de liberdade, o que, às vezes, pessoas de diferentes áreas, ou mesmo a população, não entendem..., é você trabalhar com pessoas que exigem cautela, que

requerem cuidado judicial, pessoas que sempre requerem da gente a cobrança de estar longe da família...A gente cuida, entre aspas, a escória da sociedade, que são os condenados, que para nós são os reeducandos, e a importância está em você tentar recuperá-los, tentar encaminhá-los a um caminho que seja mais descente, um caminho correto para todos viverem em sociedade, em plena harmonia. Eu vejo o preso pela exclusão dele de toda a parte social, principalmente, a que compete à saúde e pela carência dessa assistência ao preso...”

D - Trabalhar no sistema traz certa satisfação (E02, E03, E06, E07, E08, E09, E12, E13, E14, E18, E22, E24, E27, E32, E33).

DSC

“Olha depois de tantos anos trabalhando no estado, eu digo para você que trabalhar aqui não é ruim não, me satisfaz..., e eu gosto de atuar na área de saúde pública, na área de prevenção, eu gosto de um modo geral de ser enfermeiro..., eu gosto, eu amo minha profissão e aqui a gente consegue alcançar bastante objetivos... Nesta unidade prisional, além de uma realização profissional é também uma realização pessoal, porque como profissional foi uma escolha minha trabalhar em penitenciária....Para mim, foi no início uma experiência muito interessante, uma experiência gratificante... Tem um significado muito importante, porque eu consigo desenvolver minhas atividades de enfermagem, e eu acho muito importante, eu gosto..., aqui é uma unidade que me acolheu, e me sinto profissional mesmo... Significa algo relevante, além de ser uma área que eu gosto muito que é a saúde pública, independente do que eles cometeram, isso daí não interessa, já estão cumprido pena, a gente dá continuidade ao tratamento... apesar de todos os pontos negativos que a gente enfrenta, remando contra a maré, eu vejo que meu trabalho faz a diferença aqui dentro, porque o preso sabe que se procurar pelo enfermeiro ele vai resolver seu problema, então eu acho assim, por mais difícil que seja trabalhar no sistema prisional, eu faço a diferença, a gente tem muito a fazer por eles, e me gratifica muito... é muito gratificante quando você consegue colocar qualidade no atendimento, quando você consegue fazer o encaminhamento adequado de um problema de saúde, quando você consegue dar uma boa resolutividade para aquele problema de saúde. É muito diferente da assistência ao cidadão, porque o cidadão fica muito centrado na figura do médico, a população não tem muito a visão de que o enfermeiro pode resolver problemas de saúde, e nas unidades prisionais, até por conta da carência de assistência médica, o preso vê no enfermeiro a única alternativa de saúde que ele tem, então se a gente tiver trabalhando bem o preso consegue ter um bom acesso a saúde, mas se a gente trabalhar mal o preso não vai ter acesso nenhum... a gente consegue dar esse acesso e trazer o SUS para dentro de uma unidade prisional.”

E - É como um trabalho qualquer na área da saúde (E10, E11, E16, E19, E20, E22).

DSC

“ Eu considero como qualquer outro trabalho, como em hospital, em centro de saúde, qualquer outro trabalho do enfermeiro, eu trabalho com a mesma mentalidade que eu trabalharia com a população lá fora, sem nenhuma diferença, a não ser as questões de segurança, mas para mim é basicamente isso, não tem diferença. A gente tem que levar em

consideração que está trabalhando com o ser humano independente de onde ele estiver... Aqui a diferença é que o bandido ou a pessoa que cometeu um crime é identificada por estar cumprindo uma pena por ter feito uma falta grave... acabam sendo pessoas normais. Eu saio da minha casa pensando que eu vou trabalhar como se fosse em uma unidade de saúde ou um hospital... procuro agir de acordo com a minha consciência, de acordo com o que eu acho mais interessante para ele enquanto paciente...”

F - Significa estabilidade de um concurso público (E12, E25, E29, E31).

DSC

“Para mim significa estabilidade, por ser um concurso..., trabalhar na unidade prisional é meu ganha pão, trabalho aqui, é daqui que consigo sobreviver, embora com salário irrisório, defasado, eu consigo manter a mim e a minha família. Sinceramente, vim trabalhar aqui por uma simples questão, eu prestei um concurso público, é um trabalho mais seguro, um trabalho fixo e foi minha primeira oportunidade de emprego como enfermeiro...”

Discussão

O trabalho no sistema prisional não é tarefa fácil e envolve muita tensão e atenção, como observamos e já discutido. No sistema prisional, o enfermeiro rompe com julgamentos e cria valores para a construção de seu trabalho e de sua identidade, estabelecendo-se não somente como força que gera produtividade, mas construindo sua vida ⁽⁴⁰⁾.

Os relatos apontam o que significa a assistência que prestam aos privados de liberdade. Alguns enfermeiros entrevistados, inicialmente relatam que nunca foi uma meta a ser conquistada, ou sonho, nem mesmo sequer imaginaram trabalhar com população prisional ou dentro da unidade prisional. Para entender melhor essa ideia, basta que se reporte à concepção do senso comum acerca do termo “penitenciária”. É sabido que a população em geral associa às penitenciárias somente os aspectos de violência e rebeliões, desconhecendo, muitas vezes, toda a estrutura organizacional que envolve o sistema prisional e a rede de trabalhadores que o faz funcionar. Nesse sentido, da mesma forma, o serviço de saúde dentro do sistema penitenciário acabou por se tornar desconhecido e pouco atrativo. Com efeito, o

trabalho da enfermagem prisional não possui notoriedade, não é debatido nas academias ou nos centros de pesquisas, sendo que os poucos trabalhos científicos existentes referem-se a essa temática, e quando o fazem, em geral, adotam abordagens quantitativas, o que aponta à necessidade de produção de saberes específicos acerca do funcionamento e desdobramento da saúde no sistema ⁽⁴¹⁾.

Outro fator que soma ao anonimato da saúde no sistema prisional e que contribui para os sentimentos de medo e choque dos profissionais que iniciam seu trabalho nos presídios é a especulação da mídia em retratar, como realidade das prisões, somente as rebeliões, o perigo e a violência do sistema. Sem dúvida, esses fatores desestimulam os profissionais que procuram por colocação no mercado de trabalho a se interessarem pela saúde nos presídios. Com o tempo, conhecendo-se o serviço e realizando o cuidar, esses sentimentos foram superados, como os próprios relatos mencionaram.

O que também existe é uma lacuna entre a formação do profissional na graduação e o serviço de saúde prisional, pois o fato é que o aluno de enfermagem tem o seu primeiro contato com a profissão, durante o período da graduação, nos estágios curriculares, ocasião em que se dá, não raro, a escolha em qual área da saúde trabalhar, tendo assim, seu primeiro contato direto com o cuidar nas diversas áreas da assistência ⁽⁴²⁾. Nessa ótica, a prática da enfermagem em unidade prisional apresenta-se como realidade muito distante da graduação, já que muitos conhecem sobre o sistema prisional e suas implicações, apenas através das informações que circulam pela mídia, sem nunca terem tido esclarecimentos sobre esse tipo de serviço dentro de uma sala de aula. Inclusive, alguns enfermeiros que participaram deste estudo afirmaram que iniciaram sua carreira profissional no serviço de saúde prisional, sendo, portanto, seu primeiro emprego e única experiência após a formação na graduação. Assim, este estudo aponta a necessidade de uma melhor aproximação da graduação com a assistência à saúde no sistema prisional, pois o

cuidado dos apenados no âmbito penitenciário faz parte das políticas públicas de saúde.

Como o cuidado é elemento estrutural na prática do enfermeiro, ainda maior relevância ganha o significado do cuidar dentro das penitenciárias. Observamos nos relatos dos enfermeiros, que a assistência denota “*cuidar dos excluídos*”, essa condição de exclusão como discutido no tema 01 deste estudo, em que trabalhamos o conceito de marginalidade e delinquência, condições essas que revelam também a vulnerabilidade do indivíduo e do seu coletivo, e o fato do enfermeiro reconhecer e identificar a condição de vulnerabilidade dos indivíduos privados de liberdade no contexto da reclusão, mostra um significativo positivo para o cuidar em saúde ⁽³⁷⁾. Então gostaríamos de, neste espaço, desenvolver a ideia do preso em situação de vulnerabilidade individual e social. Através do referencial de vulnerabilidade, abre-se a oportunidade para uma análise sobre a atuação profissional do enfermeiro e seu papel social frente ao indivíduo privado de liberdade.

A palavra vulnerabilidade deriva do termo latim *vulnus*, que consiste em ferida e expressa de uma forma geral a possibilidade de uma pessoa ser ferida ⁽⁵⁾; a análise da vulnerabilidade tem como finalidade particularizar as diferentes situações de indivíduos e ou grupos para um determinado agravo, fundamentando-se em três planos analíticos: individual, social e programático. Neste tema foram trabalhados somente os conceitos de vulnerabilidade individual e social, sendo que a vulnerabilidade programática será trabalhada em outro tema.

A vulnerabilidade individual é compreendida como o princípio segundo o qual todas as pessoas são vulneráveis a um determinado agravo de saúde e envolve aspectos comportamentais e também cognitivos ⁽⁴³⁾. Os comportamentos estão diretamente relacionados com o grau e a qualidade da informação que as pessoas dispõem e a capacidade de incorporar essa informação e transformá-la em atitudes e práticas preventivas para determinado problema ⁽⁴⁴⁾. Assim, ao instrumentalizar

sua prática do cuidar na prisão, o enfermeiro necessita dessa compreensão, entendendo que esse indivíduo privado de liberdade traz consigo um determinado conhecimento, assimilado no convívio social, fora dos muros, a respeito de saúde e higiene pessoal, sua condição e eventual tratamento. Também deve levar em consideração, como relatado neste estudo, os casos em que o indivíduo já realizava um tratamento de saúde anterior a sua prisão, de forma a reverter esse conhecimento prévio em benefício de sua recuperação dentro do cárcere.

A vulnerabilidade social não enfatiza exclusivamente a avaliação de coletividades e focaliza fatores contextuais que definem e constroem a vulnerabilidade individual, permitindo compreender comportamentos e práticas que se relacionam à exposição dos indivíduos aos agravos em saúde ⁽⁴³⁾. O reconhecimento de que os grupos com piores condições socioeconômicas têm maior carga de doença é consensual. Desta forma, a vulnerabilidade pode ser entendida como o estado de sujeitos e comunidades nos quais as estruturas de vida cotidiana e a história do indivíduo são consideradas fatores determinantes e condicionantes de saúde ⁽⁵⁾. Entendidos esses planos e dimensões sobre vulnerabilidade, podemos gerar reflexões que podem ser úteis para a formulação das práticas do cuidado a partir das necessidades do indivíduo e da coletividade dos privados de liberdade que vivem em sistemas de confinamento.

Uma concepção comum a todas as culturas é a de que o ser humano é vulnerável e precisa de proteção. Por conseguinte, os sistemas sociais são criados para combater a vulnerabilidade em todos os seus planos ⁽⁸⁾.

Nesse sentido, o papel do enfermeiro no sistema prisional é de um agente que através das práticas sociais instrumentaliza seu saber para a prática do cuidar, tendo em vista a vulnerabilidade do indivíduo dentro dos planos analíticos aqui discutidos como pressuposto para o cuidar efetivo.

A enfermagem, reconhecida como prática social, pode ser compreendida como processo de trabalho, cuja razão de aplicação resulta da necessidade do cuidar ⁽⁴⁵⁾. Para o trabalho acontecer necessita da consciência da intenção que o gera ⁽⁴⁵⁾. Portanto, o processo de trabalho em enfermagem pode ser considerado multifacetário, dividindo-se em cinco vertentes, no entanto, mantendo íntima relação entre si, de forma que resulte em efetividade, eficiência e eficácia ⁽⁴⁶⁾.

Conceitua-se processo de trabalho como sendo o ato de assistir ou cuidar em enfermagem, cuja ação tem como objeto o cuidado empregado pelos diversos atores dos serviços de enfermagem, através de conhecimentos e ações que os permitem ⁽⁴⁶⁾. O processo de trabalho entendido como “administrar ou gerenciar” tem por objeto os agentes do cuidado e os recursos empregados para a assistência de enfermagem, visando a coordenar e sistematizar a prática do cuidar ⁽⁴⁶⁾. O processo de trabalho “assistir” garante a assistência de qualidade através das ações exclusivas do enfermeiro ⁽⁴⁶⁾. Outra vertente é o processo de trabalho “ensinar”, cujo objeto é seus próprios atores, com interesses em comum: o de buscar o conhecimento através do ensino com uma única intenção – a da formação ou o de desenvolvimento profissional ⁽⁴⁶⁾. O processo de trabalho “pesquisar” justapõe o pensamento crítico e a metodologia do pensamento filosófico e das ciências, tendo como objeto o saber, que adéqua novas formas para o cuidar, administrar, ensinar, pesquisar e modificar o trabalho dos profissionais, resultando na assistência desprendida aos usuários do serviço de saúde ⁽⁴⁶⁾. Uma vez compreendidas as várias facetas do processo de trabalho, pode-se ainda admitir a existência de um quinto processo de trabalho: o “participar politicamente”, entendendo-se esse processo como todo o julgamento moral e atitude que lhe corresponda, pois sem este é impossível viver em sociedade, motivo pelo qual é possível afirmar que, por sua natureza, tal processo permeia todos os demais. Tal concepção de processo de trabalho é fundamental, pois muitas vezes os profissionais não têm a consciência de que estão participando politicamente ⁽⁴⁶⁾.

De acordo com alguns enfermeiros entrevistados, todo o processo de trabalho, na forma como acima exposto, em suas várias vertentes, tem sido desenvolvido na saúde prisional, como se depreende do seguinte trecho do DSC: *“Trabalhar na unidade prisional é trabalhar com os excluídos, com as pessoas privadas dessa liberdade e, de certa forma, você está ajudando e colaborando com a recuperação e reintegração deles na sociedade...”*. O trabalho que os enfermeiros realizam no sistema prisional tem como objetivo o *“cuidar”* desse indivíduo, a partir de sua vulnerabilidade no cárcere, percorrendo um caminho que procura resgatar a dignidade do ser humano, entendida essa expressão no sentido de valor desse indivíduo, com o fim de colaborar na reinserção social da pessoa privada de liberdade. Esta é a essência do cuidar, como se evidencia nesta fala *“A gente acaba percebendo que o nosso trabalho não tem nada a ver com o que essas pessoas fizeram ou não fizeram...”*.

Por outro lado, encontra-se nos relatos de alguns entrevistados aqueles que mencionam sua atividade dentro dos presídios como *“trabalho”*, sem dar muita ênfase à questão de reeducação e reinserção social dos privados de liberdade, relatando que a assistência de enfermagem que realizam é prestada como em qualquer outro trabalho na área da saúde, em que o enfermeiro implementa seu saber de forma a instrumentalizar suas ações, cumprindo seu papel de cuidador, como se pode confirmar com essa fala do DSC: *“Eu considero como qualquer outro trabalho, como em hospital, em centro de saúde, qualquer outro trabalho do enfermeiro, eu trabalho com a mesma mentalidade que eu trabalharia com a população lá fora, sem nenhuma diferença, a não ser as questões de segurança, mas para mim é basicamente isso, não tem diferença. A gente tem que levar em consideração que está trabalhando com o ser humano independente de onde ele estiver...”*.

Para aqueles entrevistados que compreendem o processo de trabalho desenvolvido pelo enfermeiro como sendo uma verdadeira prática social predomina

o sentimento de satisfação em sua atividade. Mas o que vem a ser o real sentido de satisfação expresso nas entrevistas coletadas? Para este estudo, adotou-se o conceito de satisfação empregado pelos autores Milton Mattos de Souza e Jacob Arie Laros, em sua obra "*Satisfação no trabalho e responsabilidade social empresarial: uma análise multinível*"⁽⁴⁷⁾ os quais resgatam o conceito trabalhado por Martins (1984)⁽⁴⁸⁾, que, por sua vez cita a definição de Locke (1976)⁽⁴⁹⁾, para o sentimento de satisfação. Este autor define satisfação como um estado emocional agradável ou positivo, que resulta de algum trabalho ou de experiências no trabalho, definição que tem, ainda hoje, impacto muito importante para o conceito. Martins (1984)⁽⁴⁸⁾ baseado no conceito de Locke (1976)⁽⁴⁹⁾, acrescenta que o homem ajuíza suas experiências no cotidiano de seu trabalho utilizando a somatória de atitudes, crenças e valores que traz consigo, o que resulta em um estado emocional que, se agradável, produz satisfação, se desagradável, leva à insatisfação.

Neste estudo, portanto, constata-se que os enfermeiros, em parte, sentem-se satisfeitos com seu trabalho dentro dos presídios, por estarem exercendo sua função de assistir e cuidar do paciente, e de terem condições técnicas para melhorar a qualidade dessa assistência, mesmo enfrentando todas as dificuldades já citadas nesta pesquisa. É o que revela fala extraída do DSC, "*...apesar de todos os pontos negativos que a gente enfrenta, remando contra a maré, eu vejo que meu trabalho faz a diferença aqui dentro, porque o preso sabe que se procurar pelo enfermeiro ele vai resolver seu problema, então eu acho assim, por mais difícil que seja trabalhar no sistema prisional, eu faço a diferença, a gente tem muito a fazer por eles, e me gratifica muito...*"

Porém, para alguns entrevistados, o significado do trabalho do enfermeiro no sistema prisional não está relacionado à prática social de enfermagem ou ao cuidar, todavia tão somente ao cargo ocupado de servidor público estadual, com a garantia de estabilidade correspondente, vislumbrando, logo, seu serviço, apenas como oportunidade de trabalho e de sobrevivência. Para esses profissionais, o único

motivo que justifica sua permanência no serviço de saúde prisional é a segurança proporcionada pelo concurso público e a oportunidade de emprego, fato que explica o choque inicial e o medo enfrentado pelos mesmos ao atravessarem as muralhas para prestarem a assistência de enfermagem aos apenados.

Tema 4 - Autonomia do enfermeiro em Unidades Prisionais.

Síntese das Ideias Centrais.

A - O sistema prisional tira a autonomia do enfermeiro (E28).

B – Sinto-me impotente, frustrado e sem autonomia (E5, E16, E23, E30, E34, E35).

DSC

A - O sistema prisional tira a autonomia do enfermeiro (E28).

“...mas sem dúvida o sistema prisional é um sistema que prende o profissional na maneira como ele exerce seu trabalho e a sua profissão, ele tira boa parte da autonomia do profissional de enfermagem, porque lá fora eu tenho outro vínculo, e lá fora eu posso te dizer de experiência própria, que lá a autonomia do profissional é outra, e a gente direciona o trabalho da maneira que deve ser feito, porém aqui no sistema prisional a gente se vê em uma situação em que não temos liberdade de escolha, a gente tem que fazer o que a diretoria manda, o excesso de direção é muito grande, apesar de ter a diretora própria da área técnica de saúde, tem a diretora acima dela, aí tem o diretor geral, aí tem diretor de plantão, então o excesso de diretorias, às vezes, confunde os papéis...”

DSC

B – Sinto-me impotente, frustrado e sem autonomia (E05, E16, E23, E30, E34, E35).

“... muita coisa faz a gente se sentir impotente, a nossa autonomia termina, por exemplo, no setor de segurança, eu fico frustrado..., muitas vezes você tem alguma coisa para fazer, algum atendimento, só que você é barrado pelo setor de segurança e disciplina, então você se sente incapaz de fazer aquilo por não ter condições. A gente fica triste às vezes com algumas coisas, triste pelo lado de você não conseguir a meta que você quer no seu serviço, no seu trabalho dia-a-dia. Trabalhar nesta unidade é terrível, é deprimente, a gente sofre pressão para atender o preso para medicar o preso, eu não posso exercer minha função... a gente trabalha porque gosta, trabalha por amor, eu acho que a gente poderia ter mais reconhecimento, não é um trabalho assim que você, às vezes, é reconhecido de fato, às vezes, pela experiência que a gente tem, pela bagagem que a gente tem, a gente não tem o reconhecimento devido, porque o sistema não favorece isso. Trabalhar como enfermeiro em uma unidade prisional hoje é angustiante, é frustrante, porque você se sente desvalorizado aqui, o serviço do enfermeiro parece que não é conhecido, as pessoas acham que o enfermeiro tem que aplicar injeção, dar ponto no preso, arrancar unha... eu acho assim, que se torna muito frustrante trabalhar em um local em que as pessoas não têm conhecimento...”

Discussão

Observar como os enfermeiros percebem a sua autonomia no exercício profissional dentro da prisão constituiu-se em uma proposta na busca de informações e conhecimentos para a prática do cuidar. Através dos relatos do DSC, ficou evidenciado que o sistema prisional está constituído sobre bases compostas de relações de subordinação e poder, o que de certa forma promove a expropriação da capacidade do profissional enfermeiro em seus comportamentos autônomos no âmbito de suas ações para o cuidar. Essa relação hierarquizante, por sua vez, submete o enfermeiro a somente realizar o que os superiores acreditam ser o melhor, conforme este trecho extraído do DSC, *“...mas sem dúvida o sistema prisional é um sistema que prende o profissional na maneira como ele exerce seu trabalho e a sua profissão, ele tira boa parte da autonomia do profissional de enfermagem...”*.

Para o trabalho assistencial de enfermagem é impreterível a expressa autonomia dos agentes ⁽⁵⁰⁾. Ao longo do tempo e do desenvolvimento da enfermagem, o estudo da autonomia tem se tornado um campo enriquecido, e tem contribuído para a compreensão da profissão, tanto no sentido de seus desafios,

como na forma como os enfermeiros constroem seu processo de trabalho ⁽⁵¹⁾. O termo autonomia, em seu sentido etimológico, deriva de uma palavra de origem grega, “*autos*” – um adjetivo que significa *o mesmo, ele mesmo e por si mesmo*, combinada com o substantivo “*nomos*”, que quer dizer *compartilha, instituição, lei, norma* ⁽⁴⁾. Assim, compreende-se autonomia como a autodeterminação, regulação dos interesses próprios e independência, abandonando a influência de fatores exteriores, coação psíquica ou física, no poder de decisão, ou seja, a capacidade da pessoa de dar-se às suas próprias leis e compartilhá-las ⁽⁴⁾.

A autonomia assegura ao profissional enfermeiro, o projetar de seu trabalho definindo as prioridades na assistência ⁽⁵²⁾. Como já mencionado neste estudo, ao enfermeiro é assegurado, pelo código de ética, a prática da enfermagem, sendo essa uma atividade que abrange conhecimentos científicos e técnicos próprios, construída por um conjunto de práticas sociais, éticas e políticas que se processam pelo ensino, pesquisa e assistência, respeitando o contexto e circunstâncias de vida ⁽¹¹⁾.

O trabalho, em sua organização e dinâmica, pressupõe a possibilidade de criar, explorar e inventar novos processos de trabalho, inclusive para aquelas dimensões ainda não pensadas, constituindo-se em novas formas de atuar como enfermeiro. Dessa maneira, para que o processo de trabalho seja efetivo é necessário que o enfermeiro tenha autonomia ⁽⁵³⁾.

Não é o que ocorre dentro das prisões de regime fechado do Oeste Paulista. Os relatos colhidos no DSC demonstram que alguns enfermeiros têm no seu processo de trabalho a interferência de agentes que não estão inclusos no cuidar em enfermagem e, mesmo nos casos em que existe na equipe um diretor da área técnica da saúde, estes sofrem interferência em sua autonomia profissional. Os enfermeiros apontam que um dos fatores determinantes para a ocorrência dessas ações interventivas é o excesso de diretorias nas unidades.

A equipe de saúde nas unidades prisionais é constituída e organizada em Núcleo de Atendimento à Saúde e tem como gestor direto o Diretor Técnico de Saúde I, que por sua vez, está subordinado à Diretoria Técnica II, do Centro de Reintegração e Atendimento à Saúde, a qual se encontra subordinada ao Diretor Técnico III ou Diretor Geral. Como os entrevistados relataram, esse “excesso de direção” é mencionado pelos profissionais como um fator que provoca a perda da autonomia, pois esse escalonamento de chefias no setor de saúde faz com que profissionais que não possuem formação específica na área da saúde e da assistência à saúde ou mesmo na enfermagem, desempenhem função de comando, expropriando a função que é privativa do enfermeiro no que tange a ação do cuidar. Essa situação o inibe de agir conforme seu saber, e nos limites que a legislação o garante, impondo uma rotina de trabalho que o limita a cumprir tão somente o que determina a diretoria, tal como nesse relato extraído do DSC “...*aqui no sistema prisional a gente se vê em uma situação em que não temos liberdade de escolha, a gente tem que fazer o que a diretoria manda, o excesso de direção é muito grande, apesar de ter a Diretora própria da Área Técnica de Saúde, tem a Diretora acima dela, aí tem o Diretor Geral, aí tem Diretor de Plantão, então o excesso de diretorias às vezes confunde os papéis...*”. A Lei do Exercício Profissional de Enfermagem estabelece as competências do enfermeiro, inclusive as funções que lhe são privativas, porém a força do poder vigente dentro das unidades prisionais revela-se soberana, submetendo toda uma legislação profissional ao seu próprio entendimento do que seja ou não atribuição desse profissional.

Outro fator apontado como causa da expropriação da autonomia profissional, já discutido e analisado em capítulos anteriores, é o fato de o sistema prisional priorizar aspectos relativos à segurança, em detrimento de questões que cercam outros setores da estrutura penitenciária, tão importantes quanto à própria segurança. De acordo com as entrevistas, os sentimentos que os enfermeiros expressaram diante dessa subtração da autonomia, são a impotência diante de algumas situações cuja decisão a eles competiria, frustração, desânimo e

desmotivação, sentimentos esses que geram grande sobrecarga de estresse a esses profissionais, podendo também resultar em absenteísmo no trabalho ⁽⁵⁴⁾.

Em sintonia com outro tema já discutido neste estudo, mas que vem confirmar e somar para a comprovação da expropriação da autonomia do enfermeiro; é o fato de alguns diretores exercerem certo constrangimento sobre esses profissionais enfermeiros para que atuem exercendo ilegalmente o exercício privativo do médico, receitando e entregando medicamentos, conforme comprova esse trecho extraído do DSC “...Trabalhar nesta unidade é terrível, é deprimente, a gente sofre pressão para atender o preso para medicar o preso, eu não posso exercer minha função...a gente trabalha porque gosta, trabalha por amor, eu acho que a gente poderia ter mais reconhecimento...”.

Além disso, a falta de conhecimento dos próprios superiores e demais colegas de trabalho não ligados ao setor de saúde, sobre quais são as atribuições do enfermeiro, contribui para a perda da sua autonomia. Nesse sentido, os entrevistados relataram que os funcionários consideram a atuação do enfermeiro como o profissional que somente administra os medicamentos, faz curativo, conforme esse relato extraído do DSC, “...as pessoas acham que o enfermeiro tem que aplicar injeção, dar ponto no preso, arrancar unha...eu acho assim, que se torna muito frustrante trabalhar em um local em que as pessoas não têm conhecimento...”. Nesse trecho observa-se a percepção de um olhar reducionista sobre o trabalho do enfermeiro por parte dos outros profissionais, compreendendo a enfermagem somente como prática e não como profissão com um corpo próprio de conhecimento científico. Isto pressupõe o estudo e a sistematização dos conhecimentos necessários para a correta realização da técnica que, por sua vez, não é fim em si mesma, pois o foco principal do enfermeiro é o cuidar do ser humano ⁽⁵⁴⁾. Conhecer esse objetivo maior da enfermagem, por si só, deveria trazer a necessária reflexão e sensibilização dos funcionários, por parte dos gestores, sobre a real função dos enfermeiros e atribuição desses profissionais.

Tema 5 - Aspectos considerados negativos no trabalho do enfermeiro em Unidades Prisionais.

Síntese das Ideias Centrais.

- A - Falta o profissional médico (E01, E03, E08, E10, E11, E15, E18, E19, E22, E30, E32, E34, E35).
- B - Pela questão de segurança nosso trabalho não pode ser desenvolvido de maneira completa (E02, E05, E06, E07, E09, E10, E11, E13, E14, E15, E16, E17, E18, E20, E21, E22, E23, E25, E26, E27, E28, E31, E32).
- C - Temos dificuldades em conseguir escolta policial para atendimento externo (E02, E11, E12, E15, E22, E30).
- D - Muitas vezes a gente se sente desvalorizado, desmotivado (E02, E06, E07, E17, E24, E29, E35).
- E - Dificuldade de atendimento, encaminhamentos para especialidades são muito demorados (E04, E09, E08, E11, E12, E15, E16, E32).
- F - O medo de estar no sistema (E05, E28, E35).
- G - A planta física das enfermarias foi muito mal elaborada (E18).
- H - A Secretaria da Administração Penitenciária não tem ligação com a Secretaria de Saúde (E33).

Ideias Centrais

- A - Falta o profissional médico (E01, E03, E08, E10, E11, E15, E18, E19, E22, E30, E32, E34, E35).

DSC

“... é a falta do profissional médico para estar prestando uma assistência à saúde do sentenciado e com isso a equipe de enfermagem ter que tomar a decisão... a falta do profissional dentista, isto é um entrave para nós..., sem o profissional médico, muitas vezes o enfermeiro acaba tomando algumas decisões ... talvez por não conhecer o nosso código de ética, as chefias

acham que tudo bem, não tem problema o enfermeiro tomar a decisão, agora o enfermeiro sabe o quanto isso pode custar a ele, e não tem tido um olhar público para esse aspecto, eu acho que a maior dificuldade mesmo é você, às vezes, estar entrando numa atuação que seria exclusivamente médica, por falta do profissional estar presente, assim, você fica entre a omissão de atendimento e a omissão de socorro ao preso e ao exercício ilegal da profissão. Ter que medicar o preso e não ter retaguarda é ruim..., isso acaba limitando de certa forma a atuação... O enfermeiro se depara muitas vezes com situações de urgência e emergência, onde o procedimento é atender e fazer a solicitação ao setor de segurança para a transferência desse paciente à unidade de emergência, e é uma situação difícil, demorada..., o médico é um ator muito importante nesse cenário e sem ele muita coisa fica difícil de ser resolvida, com isso sobrecarrega as unidades externas, o pronto atendimento, o município não quer absorver a demanda dessa população... você acaba tendo que usar seu bom senso, seu conhecimento, porque às vezes você tem uma vida que depende de você, de uma ação sua, de você agir rápido, então eu acho muito ruim, está deixando a gente meio sem chão..., estamos sem médicos exatamente há um ano, e desde então eu digo que eu tenho clinicado e não feito meu trabalho de enfermagem... Você sofre pressão dos diretores para fazer a função de médico, para atender preso que às vezes nem necessita de atendimento de enfermagem, então nós somos muito pressionados para isso... Para eles, fazer saúde é ir lá e fazer injeção, 'vai lá, manda o preso calar a boca, dá um comprimido para dormir'..., não é assim, e a maioria dos servidores pensa assim, com raras exceções, obviamente... então, a gente acaba tendo que realizar ações além das nossas competências, realiza as atividades dos médicos, a gente tem que atender o preso, dar continuidade em seu tratamento. A gente fica na realidade tendo que realizar essas ações para que o detento não sofra as consequências de não ter andamento no tratamento dele. ...porque no caso você está sem o médico e você se sente na obrigação de fazer o trabalho dele pelo paciente, e aí você fica muito sobrecarregado...”.

B - Pela questão de segurança nosso trabalho não pode ser desenvolvido de maneira completa (E02, E05, E06, E07, E09, E10, E11, E13, E14, E15, E16, E17, E18, E20, E21, E22, E23, E25, E26, E27, E28, E31, E32).

DSC

“ Muitas vezes o nosso trabalho, devido ao fator de segurança, não pode ser desenvolvido de maneira completa, por exemplo uma palestra nós não podemos estar realizando...o serviço de enfermagem é limitado, nós não conseguimos dar uma assistência adequada, certinha, correta, porque esbarramos na segurança, a gente esbarra na condição do preso estar em confinamento, um exemplo: você sabe que o preso precisa de uma dieta mais específica com a patologia dele e nem sempre você tem essa dieta, então são coisas assim que limitam nosso serviço, esse é o ponto negativo. Aqui a gente depende da segurança, que tem um outro olhar sobre a saúde e o direito à saúde do preso,...para realizar algumas atividades, você fica restrito, sem poder desenvolver, e vai caindo no esquecimento entendeu?... , as ações de prevenção, de realizar grupos, a gente não pode fazer por questão de segurança. Tudo é mais restrito, então fica difícil a comunicação com essa população, e as orientações básicas de saúde que eles necessitam, infelizmente, eles não conseguem assimilar muito e fica complicado para a gente estar passando essas orientações..., nós não

temos muitos vínculos com os presos, devido à segurança... Como enfermeiro eu não tenho autonomia para desenvolver enfermagem dentro da penitenciária, não me resta outra alternativa, eu até tento fazer um trabalho educativo com os detentos, eu tento fazer palestras, mas eu sou sufocado... então isso dificulta, a gente não pode fazer conforme quer, e sim conforme a necessidade de conciliar segurança com saúde, aqui não é como lá fora em um hospital, em um centro de saúde ou qualquer outro local, que você atende com liberdade, aqui tudo tem que passar pelo serviço de segurança, até uma emergência, de repente você tem aquela vontade de agir, você não pode agir de qualquer forma, você tem que seguir as normas de segurança até para não complicar você e toda a equipe que trabalha no presídio. Nós, enquanto enfermeiros, sabemos que, às vezes, essa demora é importante no caso dele se restabelecer ou não, então a gente tem que conviver com isso e, às vezes, já é tarde, passou o tempo, perdeu tempo de atendimento com o doente, e a gente acaba perdendo paciente por conta disso... esse problema, acredito que seja em todas as unidades, a questão do setor de segurança só visa à segurança, a saúde é deixada de lado. A humanização você não consegue ter aqui dentro, o seu contato com o sentenciado é o mínimo, muitas vezes você precisa saber um pouco mais da história dele só que você não tem essa liberdade para saber, muitas vezes você precisa atender um sentenciado no caso do hipertenso e do diabético para fazer o acompanhamento, só que eles não permitem que o preso suba até a enfermagem... Temos um papel coadjuvante dentro do sistema, o profissional de enfermagem realmente sofre um desgaste em relação a isso, porque a nossa voz não é ouvida, é muito difícil você conseguir que sigam uma orientação, a segurança é prioritária... Os papéis dentro do sistema estão muito invertidos, as pessoas, às vezes, não estão sabendo qual é o seu lugar, então a pessoa acaba distorcendo e se intrometendo em um serviço que não compete a ela ou estão dando palpite num serviço em que não tem capacidade técnica para solucionar o caso ou para decidir sobre tais assuntos... Nós profissionais de saúde temos a relação com o sentenciado como paciente, doente, e o funcionário da segurança trata o sentenciado sempre como bandido, essa coisa dificulta um pouco, porque a segurança não tem a visão que a gente tem da pessoa, isso dificulta o trabalho... eu acho que um aspecto assim é muito ruim. Trabalhamos com pessoas muito despreparadas para trabalhar com pessoas e para lidar com saúde, pessoas despreparadas para trabalhar com psiquiatria principalmente, porque paciente psiquiátrico para todo o sistema prisional é gente chapada, gente surtada é gente louca, e eles não entendem que existe atendimento em saúde mental que tem que ser feito de maneira humana e não só trancar o cara, abrir uma sindicância ou como se diz aqui, dar uma canetada, para eles, os loucos, o paciente psiquiátrico, no momento de sua loucura, do surto, em seus devaneios: canetada. É jogado na tranca, isso é uma situação muito negativa que ocorre diariamente dentro do sistema prisional, e isso é uma coisa terrível, é tremendo você ver uma pessoa ser tratada simplesmente de uma forma desumana, isso é feito de maneira geral, então você tem essas limitações...".

C - Temos dificuldades em conseguir escolta policial para atendimento externo (E02, E11, E12, E15, E22, E30).

DSC

“...muitas vezes, temos a dificuldade de escolta para os pacientes irem até a consulta de especialidades em outro serviço de saúde... a escoltas da policia militar. Muitas vezes, você tem a escolta negada...e você tem

difficuldade de mandar esse preso para o atendimento na rua, atendimento para pronto socorro...você pede escolta e não tem escolta...”

D - Muitas vezes a gente se sente desvalorizado, desmotivado (E02, E06, E07, E17, E24, E29, E35).

DSC

“...nós nos sentimos muito desvalorizados, desmotivados dentro da unidade prisional...a falta do reconhecimento do sistema ao enfermeiro, sentimos isso na pele, acho que todo mundo, sei lá, é o descaso mesmo do sistema com o enfermeiro, com a categoria, com a saúde dos presos,...o salário defasado... teve momentos que me senti um zero a esquerda aqui dentro, não tem uma ação efetiva da Secretaria para a valorização dos profissionais... O trabalho do enfermeiro é pouco valorizado, eu ouço muito de pessoas que trabalham há mais tempo que antigamente não tinha enfermeiro e tudo funcionava muito bem, e hoje nós entramos, e queremos colocar as coisas para funcionar como a gente aprendeu, com todos os direitos e deveres, os cuidados à pessoa, essas coisas que mudaram nesses anos, e o pessoal é contra algumas dessas mudanças. O enfermeiro é limitado, as pessoas não deixam você mudar muita coisa, então você tem que ir muito devagar para conseguir, e a segurança os ASP, eles não veem o enfermeiro como um profissional de nível superior, que fez uma faculdade, que está aqui para fazer um trabalho; você fala: ‘precisa fazer isso’, e o guarda olha pra você e diz ‘Ah não precisa’, ou você encaminha um preso para o hospital, ‘Ah mas precisa mesmo?’, São esses tipos de questionamentos,...eles não valorizam o fato de você avaliar o preso, se você avalia ou se você não avalia, não faz a mínima diferença, se eles acharem que o preso não precisa ser atendido o preso não vai ser atendido, então eu acho que falta um pouco de respeito ao enfermeiro,...deveria ser como é em um hospital ou unidade básica de saúde, onde cada um tem suas atribuições e faz o que é de sua competência legal, o enfermeiro faz o que é do enfermeiro, o auxiliar do enfermagem...”

E - Dificuldade de atendimento, encaminhamentos para especialidades são muito demorados (E04, E09, E08, E11, E12, E15, E16, E32).

DSC

“...quando o preso necessita de um encaminhamento, por exemplo, há uma dificuldade grande nos agendamentos para as especialidades, nós não temos recursos, e as dificuldades de encaminhar acabam dificultando ainda mais o nosso trabalho no dia a dia... é bem demorado, há cobrança da segurança porque esse encaminhamento não saiu, a cobrança do sentenciado porque o encaminhamento também não saiu, a cobrança do familiar,...não conseguimos encaminhar para finalizar o tratamento, e muitas vezes tem que remarcar tudo novamente... há uma dificuldade de continuidade do tratamento e de referência para o preso, sei que é um problema geral da saúde e não só das penitenciárias...há dificuldade de acesso do nosso paciente, o preso, às unidades de saúde..., dificuldade em agendar exames médicos... muitos lugares não aceitam porque é sentenciado, aqui o hospital do município não atende sentenciado.”

F - O medo de estar no sistema (E05, E28, E35).

DSC

“Bom, o aspecto negativo é o medo de estar no sistema, nem sempre estamos cem por cento seguros, se tiver uma rebelião corremos o risco... o local de trabalho me deixa tenso, o medo de rebelião..., a pressão de estar lidando com pessoas que você sabe que cometeram crimes, temos família lá fora, tudo isso passa na nossa cabeça, temos sempre um pé atrás com essas pessoas, porque a gente se sente um pouco no alvo...”.

G - A planta física das enfermarias foi muito mal elaborada (E18).

DSC

“O aspecto ruim são as plantas físicas das enfermarias, muito mal elaboradas, aparentemente sem a consulta de uma vigilância ou até mesmo de enfermeiros, eu tenho a impressão de que quem elaborou a planta física não trabalha na área de saúde, eu tenho essa impressão e que também não foi feita nenhuma consulta aos enfermeiros...”.

H - A Secretaria da Administração Penitenciária não tem ligação com a Secretaria de Saúde (E33).

DSC

“...a dificuldade que eu vejo é que a Secretaria da Administração Penitenciária, não tem nada vinculado com Secretaria da Saúde, é como se fosse um outro órgão, eu costumo dizer que a SAP é um castelo e pior, um castelo isolado, só eles, não estão articulados nem com segurança pública, nem com saúde, nem com assistência social, nem com gestão de governo, com nada, a SAP está lá sozinha no castelo, só que esses não percebem que sozinhos não dão conta da saúde, e por isso eu falo que aspecto ruim é em nível de governo, de gestão mesmo...”.

Discussão

Como já se pôde constatar, o trabalho do enfermeiro no sistema prisional não constitui tarefa fácil. Neste tema serão discutidos os aspectos indicados como negativos que permeiam o trabalho do enfermeiro e que ainda não foram debatidos, esclarecendo-se que alguns desses pontos negativos já foram discutidos em tema anteriores, de modo que não retomaremos a discussão por completo, somente os citaremos para compor o texto.

Nos DSC encontramos novamente o relato dos entrevistados sobre a falta do profissional médico, como sendo um dos fatores negativos que influenciam no processo de trabalho do enfermeiro. O seguinte trecho extraído das entrevistas elucida essa afirmação: *“...a falta do profissional médico, a falta do profissional dentista, isto é um entrave para nós..., sem o profissional médico, muitas vezes, o enfermeiro acaba tomando algumas decisões...”*. A ausência deste profissional na equipe acaba por sobrecarregar o enfermeiro no primordial desempenho de uma importante função, qual seja a de prestar o devido atendimento às queixas dos indivíduos privados de liberdade que procuram o setor de saúde. A expressão utilizada em um DSC *“eu tenho clinicado”* sugere que o enfermeiro está exercendo o papel clínico do médico, não apenas a função clínica do enfermeiro. O enfermeiro, que traz em sua formação o cuidar do ser humano, ao presenciar a dificuldade na prestação da assistência necessária, justamente em razão da falta de médico, decide medicar o indivíduo quando este lhe apresenta suas queixas.

O ato de medicar ocorre também por conta de outras situações, como por exemplo, devido às pressões das chefias, fato já discutido em tema anterior, mas retomado aqui com o intuito de contribuir para essa temática tão importante da assistência de enfermagem no sistema prisional e seus preceitos éticos. Trechos a seguir retirados do DSC apresentam essa realidade: *“...talvez por não conhecer o nosso código de ética, as chefias acham que tudo bem, não tem problema o enfermeiro tomar a decisão, agora o enfermeiro sabe o quanto isso pode custar a ele, e não tem tido um olhar público para esse aspecto...”*; *“Ter que medicar o preso e não ter retaguarda é ruim...”*; *“...às vezes, estar entrando numa atuação que seria exclusivamente médica, por falta do profissional estar presente, assim, você fica entre a omissão de atendimento e a omissão de socorro ao preso e ao exercício ilegal da profissão...”*; *“A gente fica na realidade tendo que realizar essas ações para que o detento não sofra as consequências de não ter andamento no tratamento”*

dele...porque no caso você está sem o médico e você se sente na obrigação de fazer o trabalho dele pelo paciente, e aí você fica muito sobrecarregado...”.

Outro aspecto ruim ou negativo do trabalho da enfermagem no sistema prisional deve-se à primazia dos assuntos relacionados à segurança em detrimento do processo de trabalho do enfermeiro. Conforme relato extraído do DSC, “...Muitas vezes o nosso trabalho, devido ao fator de segurança, não pode ser desenvolvido de maneira completa, por exemplo uma palestra nós não podemos estar realizando...”. Através desse outro trecho do DSC, os enfermeiros relatam que há certa resistência por parte dos agentes penitenciários e da própria administração penitenciária em considerar a saúde como um direito dos indivíduos privados de liberdade diante da prevalência de questões ligadas à segurança – isso acaba por produzir ações de saúde meramente prescritivas ⁽⁹⁾: “...Aqui a gente depende da segurança, que tem um outro olhar sobre a saúde e o direito à saúde do preso,...para realizar algumas atividades, você fica restrito sem poder desenvolver, e fica no esquecimento e vai caindo no esquecimento entendeu..., as ações de prevenção, de realizar grupos, a gente não pode fazer por questão de segurança. Tudo é mais restrito, então fica difícil a comunicação com essa população, e as orientações básicas de saúde que eles necessitam...”; “...eu até tento fazer um trabalho educativo com os detentos, eu tento fazer palestras, mas eu sou sufocado... então isso dificulta, a gente não pode fazer conforme quer, e sim conforme a necessidade de conciliar segurança com saúde...”. Diante desse cenário, seria interessante repensar a postura do Estado frente ao direito à saúde destes indivíduos, pois a população carcerária tem direito a ações e serviços de saúde legalmente garantidos pela Constituição Federal de 1988. Pela Lei nº 8.080 de 1990, que regulamenta o SUS. ^(15,16), o Estado tem o dever de proporcionar a saúde a todos indistintamente, compreendendo-se o conceito saúde a partir do processo saúde e doença e seus determinantes e condicionantes, extensivo a todos os brasileiros, inclusive aos privados de liberdade por imposição de pena criminal.

Outro aspecto negativo ligado ao serviço prestado pelos enfermeiros relaciona-se aos problemas das escoltas destinadas aos atendimentos externos. Os DSC nos mostram que esta é uma questão que gera muitos transtornos para o atendimento a saúde desses indivíduos privados de liberdade. As escoltas são realizadas pela Polícia Militar do Estado de São Paulo, conforme artigo 2º da Resolução SSP-231, de 1º de setembro de 2009, com nova redação dada pela Resolução SSP-120, de 10 de agosto de 2010, que regulamenta as atividades de escolta de presos, em seu artigo primeiro:

Artigo 1º – Incumbe à Polícia Militar, no território do Estado ou fora dele, a escolta de presos, provisórios ou definitivos sob qualquer regime de cumprimento de pena, recolhidos nos estabelecimentos prisionais sob administração da Secretaria da Segurança Pública, SSP, ou da Secretaria da Administração Penitenciária, SAP, nas suas movimentações para comparecimento em Juízo, em quaisquer Comarcas do Estado, nos deslocamentos para fins de submissão a tratamento médico, psicológico, odontológico ou hospitalar ou nas remoções entre os referidos estabelecimentos prisionais ⁽⁵⁵⁾.

As consultas e exames são agendados pelo Núcleo de Atendimento à Saúde conforme a demanda de atendimento externo, sendo posteriormente comunicados ao Núcleo de Serviço e Infraestrutura para o agendamento de viatura e escolta militar, sempre com uma média de quinze dias de antecedência ou mesmo alguns meses. O Núcleo de Serviço e Infraestrutura da unidade, por sua vez, agenda a saída para atendimento com a Polícia Militar do município, porém o que ocorre muitas vezes, como mencionado pelos enfermeiros, é certa morosidade nessa atenção ao indivíduo privado de liberdade, negação da escolta ou sua suspensão na data marcada, o que torna mais difícil e exaustivo o trabalho desses profissionais para obter o atendimento na especialidade ou o exame para continuidade do tratamento. Como consequência inevitável dessa situação, surge um prejuízo talvez até irreparável para a saúde do apenado, lembrando que o papel do Estado é preservar e garantir o direito de atendimento à saúde da população de maneira integral, conforme legislação vigente já mencionada.

Diante da complexidade que cerca o trabalho dos Enfermeiros Prisionais, reconhece-se que, como profissionais de saúde, eles estão suscetíveis às situações que os colocam sob estresse, e em consequência os levam à desmotivação. Por meio dos discursos verificou-se que a falta de reconhecimento do trabalho que esses profissionais realizam dentro da unidade prisional; a não valorização do profissional por parte da Secretaria de Administração Penitenciária; salário defasado; relações interpessoais desencontradas com funcionários da segurança, dentre outros, constituem fatores que levam tais profissionais a desenvolverem um processo de desmotivação que não está associado ao trabalho em si, como já evidenciado por este estudo, pois conforme relatos já discutidos, os enfermeiros sentem-se satisfeitos com o trabalho intramuros, não obstante às condições de trabalho que os cercam, condições essas que estão sendo descritas e discutidas nos diversos temas.

Na tentativa de compreendermos esse processo de desmotivação e sua definição, partiremos da conceituação do que se entende por motivação. A palavra motivação tem sua origem na palavra “*motivus*”, do latim, que significa “que move ou o que pode fazer mover”⁽⁵⁶⁾. Associado à palavra encontramos autores que definem o termo “como uma inclinação para ação que tem origem em um motivo”, e o motivo seria um imperativo que, agindo sobre o intelecto, resulta no movimento ou no agir da pessoa^(57,58). A desmotivação como oposto da motivação determina o surgimento de ações que subtraem o movimento do sujeito, tal como relatado pelos entrevistados. Tais ações são consideradas decorrentes de dificuldades no desenvolvimento do processo de trabalho da enfermagem na unidade prisional e seu atual modelo, o que resulta em um trabalho sem qualidade, sem potencial de resolubilidade dos problemas de saúde da população privada de liberdade, cabendo aqui ser ressaltada a necessidade de uma gestão ativa, que esteja voltada para o gerenciamento mais reflexivo, crítico, flexível, humano, e que dê maior oportunidade para as questões motivacionais.

Ao considerar o processo de trabalho em enfermagem e em saúde vemos que o prazer, portanto o movimento proporcionado pela motivação, está atrelado intimamente à consideração do objeto de trabalho, que é o cuidar ⁽⁵⁹⁾. Então, como ter prazer, como se motivar se o sistema proporciona o afastamento do objeto de trabalho? Esta explicação fica clara ao refletirmos sobre o estudo que apresenta o funcionamento das organizações como sistemas sociais de defesa e contra a ansiedade. Há claramente uma explicitação destas relações e suas resultantes, isto posto por uma análise psicanalítica do funcionamento dos agentes nestas instituições ⁽⁵⁹⁾.

É de suma importância que no contexto de trabalho, sejam priorizados e considerados os aspectos motivacionais, com a consequente valorização e reconhecimento dos profissionais envolvidos, de tal maneira que estes possam ser remunerados de forma compatível com sua formação e área de atuação, no caso aqui a unidade prisional e, com isto, se fortaleça a responsabilidade do caráter transformador perante o processo de trabalho do enfermeiro. Este, por sua vez, quando valorizado, tende a, naturalmente, assumir o compromisso de aperfeiçoar o modelo e acrescentar qualidade na atenção à saúde do indivíduo privado de liberdade, o que preservará a dignidade destas pessoas sob seus cuidados.

A motivação também está atrelada à possibilidade do enfermeiro poder realizar suas atividades, conforme as competências postas legalmente para a profissão. Caso isto não possa acontecer, certamente a ansiedade e tensão estarão presentes, o que reforça ainda mais o distanciamento da autonomia profissional e do prazer.

Outro ponto salientado pelos enfermeiros é a morosidade na referência para consulta com as diversas especialidades, conforme esse trecho extraído do DSC *“...quando o preso necessita de um encaminhamento, por exemplo, há uma dificuldade grande nos agendamentos para as especialidades, nós não temos*

recursos, e as dificuldades de encaminhar acabam dificultando ainda mais o nosso trabalho no dia a dia...". Observa-se que a demora em obter vaga para a atenção secundária gera grande dificuldade na gestão do cuidar em enfermagem, uma vez que esses ambulatorios em sua maioria estão funcionando sem o médico e esses encaminhamentos são, muitas vezes, realizados através dos atendimentos realizados via pronto atendimento e/ou hospitais locais.

É evidente que nos últimos anos ocorreram importantes melhorias nas condições de saúde e na expectativa de vida da população, em função, basicamente, dos avanços trilhados na esfera dos determinantes sociais da saúde e na implementação de um sistema nacional de saúde abrangente e estruturado com participação social. No entanto, muitos desafios permanecem ⁽⁶⁰⁾, pois ainda assim há longas filas de espera para realização de exames e de atendimento especializado, como evidenciado neste estudo. Como não bastassem os limites que o SUS enfrenta para observância dos seus princípios, as dificuldades ordinariamente enfrentadas na rotina dos hospitais e prontos atendimentos municipais, os enfermeiros prisionais deparam-se também com o descaso no atendimento aos privados de liberdade, pela própria condição pessoal desses indivíduos, aos quais, muitas vezes, é negado esse mesmo atendimento assegurado constitucionalmente. Trata-se de um cenário excludente e preconceituoso; uma afronta à dignidade da pessoa humana; um descompromisso com a ética. Percebe-se uma ruptura com conceitos éticos e a aceitação de uma "segunda ordem", que embora não seja explicitada, e nem pode, é aceita neste contexto. Assim, o detento se despoja da condição de pessoa e assume a condição de alguém que buscou uma consequência que terá que passar. Com isso, a observância de princípios humanitários pode ficar supressa. Eis o relato retirado do DSC: *"...muitos lugares não aceitam porque é sentenciado, aqui o hospital do município não atende sentenciado."* Portanto, mais do que necessária, seria uma transformação cultural da gestão e das práticas

desenvolvidas nessas instituições de saúde, com o fim de assumirem uma postura ética de respeito ao outro como pessoa.

Saliente-se que a população privada de liberdade mantém inalterados todos os seus direitos constitucionais referentes à atenção à saúde, razão pela qual as políticas públicas da área não podem fazer qualquer distinção entre este grupo e os demais cidadãos quanto ao atendimento de suas necessidades, devendo ser considerada parte integrante das diretrizes e estratégias da Política de Atenção Básica, respeitadas suas especificidades. A título de esclarecimento, vale ressaltar que a população privada de liberdade é computada como parte da população do município sede das unidades prisionais, para efeito do pagamento de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica, como o Piso de Atenção Básica – PAB (fixo e variável) e Assistência Farmacêutica – Componente da atenção básica ⁽⁶¹⁾.

Além das dificuldades apontadas, os profissionais assinalaram o medo como um fator negativo para o trabalho do enfermeiro no sistema prisional. Medo pode ser considerado como “o sentimento de viva inquietação ante a noção de perigo ou de ameaça, reais, hipotéticos ou imaginários” ⁽⁵⁶⁾. Evidencia-se esse aspecto no cotidiano do enfermeiro, com o seguinte trecho do DSC: “...medo de estar no sistema, nem sempre estamos cem por cento seguros, se tiver uma rebelião corremos o risco...o local de trabalho me deixa tenso, o medo de rebelião...”. Mais uma vez surge nos relatos dos enfermeiros, a questão da insegurança e vulnerabilidade na perspectiva do próprio agente, neste caso, o enfermeiro sujeito da ação.

Em um sentido concreto, entende-se por sujeito vulnerável aquele que pode ser atingido e/ou afetado por algo negativo, nos planos físico, psíquico, social ou moral ⁽⁷⁾. O trabalho na área da saúde, por si só, gera certa vulnerabilidade para seus atores, e exerce influências tanto positivas quanto negativas. Especialmente no sistema prisional, no modelo em que está constituído, a vulnerabilidade torna-se

ainda mais evidente, como já descrito neste trabalho em seus diversos temas. A forte carga psíquica gerada pelo medo faz parte da subjetividade do enfermeiro que trabalha no sistema penitenciário. Aliás, o Estado de São Paulo foi palco da maior rebelião já registrada na história do Brasil, e teve ligação direta com a facção criminosa que atua dentro e fora dos presídios ⁽⁶²⁾, resultado assim no sentimento descrito pelos entrevistados. Sem dúvida, o medo é latente na rotina desses profissionais.

Na perspectiva da dimensão programática, a vulnerabilidade pode ser compreendida pela possibilidade de acesso efetivo e democrático aos recursos sociais necessários para evitar a exposição aos agravos, além da possibilidade de acessar os meios de proteção ⁽⁶³⁾. Observa-se que o sistema penitenciário, em sua atual conjuntura, pouco realiza para garantir esse acesso efetivo, como pode-se evidenciar nos pontos já discutidos em temas anteriores. Nesse contexto, a questão da infraestrutura dos locais de atendimento existentes no interior das prisões é mais um dos pontos negativos que agravam as dificuldades que se interpõem entre o enfermeiro e o processo de trabalho, pois esses são inadequados. As chamadas enfermarias, ambulatórios e/ou pavilhão hospitalar são apontados pelos entrevistados como inapropriados para a realização dos atendimentos, o que acaba por comprometer a qualidade da assistência dos usuários do serviço de saúde, bem como as ações dos profissionais. Nesse quadro de assistência precária, nota-se que a Secretaria da Administração Penitenciária não tem como prioridade o acesso à saúde dos apenados. Como já dito anteriormente, a Secretaria prioriza aspectos de segurança em detrimento dos aspectos ligados à saúde, e isso fica evidente pelas inadequadas condições de instalação dos locais de atendimento, os quais, é sabido, devem seguir normas próprias para a elaboração de construção e funcionamento, e necessitam de licença sanitária de funcionamento expedida pelas vigilâncias sanitárias. Tais posturas encontram-se previstas na própria Constituição Federal de 1988 ⁽¹⁴⁾, em seu art. 200, na Lei Federal nº 8.080/90 ⁽¹⁵⁾, no código de Saúde do

Estado de São Paulo e nas respectivas leis orgânicas dos municípios. Portanto, é inegável que a saúde no âmbito do sistema prisional sofre certo descaso por parte das vigilâncias sanitárias, já que os entrevistados relataram a inadequação em que se encontram os setores de saúde dentro das unidades prisionais da Região Oeste do Estado de São Paulo, sem uma intervenção de ações de fiscalização por parte dos órgãos tanto municipais quando estaduais.

Por meio dos relatos dos entrevistados, levantou-se também a questão da inexistência de articulação entre as secretarias, SAP e SES, fato que prejudica o diálogo entre saúde e segurança penitenciária. A Secretaria da Administração Penitenciária foi criada no ano de 1993, pela Lei nº 8.209, de 04/01/93, com regulamentação dada pelo Decreto nº 36.463, de 26/01/1993. Foi à primeira Secretaria no Brasil a tratar com exclusividade do referido segmento. Sua criação se deu em virtude do crescente número de unidades penais no Estado, com a preocupação de buscar melhores condições de retorno à sociedade daqueles que estão pagando suas dívidas para com a justiça ⁽⁶⁴⁾. O segmento da saúde dentro do organograma da SAP é representado pela Coordenadoria de Saúde, e em cada uma das cinco regiões do organograma da SAP existe um coordenador regional da saúde locado nas Coordenadorias Regionais da Administração Penitenciária, responsável em dar suporte, acompanhar e coletar as informações referentes às ações de saúde das unidades locais. Na verdade, há uma lacuna entre as duas secretarias citadas, que desenvolvem suas ações com objetivos em focos distintos, o que resulta em uma dicotomia. Dessa forma, os enfermeiros apontaram para a necessidade do estabelecimento de maior integração em suas políticas, um maior vínculo entre as mesmas, afirmando que sem essa parceria e articulação a promoção da saúde fica comprometida, pois é a SES que acompanha, controla e avalia a Política Estadual de Saúde e coordena a execução da atenção básica, formulada pela direção nacional do Sistema Único de Saúde ⁽¹⁵⁾. É imprescindível para a equipe técnica que atua nos presídios ter total articulação e vínculo com a SES.

Tema 6 - Aspectos positivos do trabalho do enfermeiro em Unidades Prisionais

Síntese das Ideias Centrais

- A - O relacionamento entre as equipes e os profissionais (E01, E04, E07, E09, E26).
- B- Ajudar essas pessoas excluídas (E02, E03, E04, E05, E09, E11, E12, E13, E18, E24, E25, E27, E32, E33, E34, E35).
- C- O conhecimento adquirido com essa realidade (E06, E13, E15, E17, E23, E31).
- D- Ter autonomia nas decisões em questões de saúde (E07, E08).
- E- As unidades hoje têm maior número de enfermeiros, melhorando assim a assistência (E10, E19).
- F- De certa forma somos valorizados pela ausência do médico (E14, E28).
- G- O respeito do sentenciado (E08, E16, E20, E21, E22).
- H- A carga horária e não ter que trabalhar em finais de semana (E18, E29).
- I- Não há nenhum aspecto positivo (E26, E30).

Ideias Centrais

- A - O relacionamento entre as equipes e os profissionais (E01, E04, E07, E09, E26).

DSC

“Um aspecto positivo nessa unidade é o relacionamento dos profissionais da equipe de saúde, os técnicos, os enfermeiros... somos bem unidos, temos uma boa equipe, somos três enfermeiros e a gente consegue trabalhar bem... temos um bom relacionamento entre os colegas de trabalho...criei aqui dentro uma relação de amizade... Minha equipe são pessoas que colaboram bastante, eles têm visão do problema e acabam me ajudando bastante.”

- B- Ajudar essas pessoas excluídas (E02, E03, E04, E05, E09, E11, E12, E13, E18, E24, E25, E27, E32, E33, E34, E35).

DSC

“Aspecto que eu considero positivo é você poder ajudar uma pessoa que é desprovida de tudo, de liberdade, que perdeu seu direito de ir e vir, então você ajuda essas pessoas..., conhecemos a nossa clientela, sabemos os focos, conhecemos as causas de doença, e conhecemos nossos pacientes dentro do sistema prisional, é uma população de idade jovem... O contato próximo que temos com eles, e saber que eles não irão sumir ou fugir, eles estão ali, muito próximo a você, você pede para buscá-los e eles estão ali pertinho, e você tem como orientá-los, então eu acho isso o aspecto que tem de melhor, porque você tem o contato direto com ele, no caso de tuberculose não tem como ele fugir você tem como tratá-lo e você tem a cura de praticamente cem por cento dos casos,... por exemplo, você vai fazer uma busca ativa de tuberculose você não tem que sair procurando os pacientes pelo bairro, aqui eles estão ali dentro, você vai fazer uma medicação supervisionada no caso dos pacientes de Tb, ou até mesmo alguns pacientes que são idosos e que não sabem como tomar o medicamento, temos a condição de acompanhar, de fazer de maneira supervisionada, o paciente está muito perto da enfermagem. É gratificante a gente estar realizando nossa atividade e conseguir com muito esforço atingir os objetivos que são de proporcionar um pouco de bem estar ao nosso cliente, que aqui no caso é o detento... O controle das doenças infectocontagiosas, que aqui são muitos os casos, como a tuberculose, sabemos que as pessoas estão aqui presas e a família vem visitá-las, assim põe em risco essa família, e essa família tem um convívio social fora daqui, assim coloca também em risco a saúde dos que estão lá fora, transmitimos essas orientações e informações para eles, e proporcionamos o tratamento adequado e correto dentro da unidade, para que o problema não seja jogado lá para fora, isso é um aspecto que eu acho muito positivo... A facilidade do controle dessas doenças, isso é muito legal, vemos os resultados, e são resultados muito interessantes... Muitas vezes eles chegam aqui com uma doença, eles já tinham esse problema de saúde antes de serem presos e não conseguiram resolver ou dar andamento nesse problema, aqui tentamos dar continuidade, conseguimos exames, consultas com especialistas e até cirurgia, é difícil, mas é gratificante quando conseguimos... Eu sinto uma gratificação em ajudar o ser humano nas suas necessidades, o sentenciado ele precisa da gente para conseguir alguma coisa e eu faço essa ponte, entre o que ele necessita e a forma de suprir essa necessidade, por exemplo, consulta com o médico, exames de laboratório, encaminhamento para alguma especialidade, também o tratamento e cuidados que fazemos aqui, os curativos, os medicamentos, o tratamento de doentes de HIV, hepatites virais, diabéticos, hipertensos, problemas de saúde mental, dos que usam remédios controlados, os psicotrópicos, vemos a evolução da maioria, carregamos uma carga muito grande dessa população, mas mesmo assim é uma satisfação ver esses reeducandos se recuperando, melhorando sua condição de saúde, isso motiva a darmos continuidade nessa penosa profissão dentro dos presídios... Apesar de todas as dificuldades que a gente enfrenta todo o dia, você vê que seu trabalho de formiguinha para ajudá-los tem resultado, você faz um diagnóstico precoce de HIV, aqui fazemos a inclusão de saúde quando o preso chega de outra unidade ou de um CDP ou delegacia e oferecemos o teste sorológico para todos, perguntamos sobre suas condições de saúde na busca ativa dos sintomáticos de tuberculose, oferecemos aos sintomáticos a baciloscopia de tuberculose e hoje estamos realizando também o teste rápido para diagnóstico de HIV mas, esse teste, não são todas as unidades que fazem, somente as unidades que fizeram o treinamento. É um trabalho prazeroso, por exemplo, quando um preso vem te agradecer porque perdeu alguns quilos, porque está fazendo caminhada dentro do raio, um preso que parou de fumar e depois vem te agradecer “doutor, eu agradeço ao senhor, porque eu parei de fumar e graças a Deus eu não tive mais aquelas crises de bronquite”, esse retorno é positivo porque você tem o feedback do paciente que é seu objeto de trabalho, mas,

internamente, sobre a gestão do sistema prisional são poucos os pontos positivos... ponto positivo é só o prazer de você ser enfermeiro e cuidar do ser humano, porque pelas condições que me são oferecidas é difícil...É muito bom você poder ajudar alguém que está isolado do mundo lá fora, porque o enfermeiro pode estar dando esse apoio através do atendimento aqui dentro.”

C- O conhecimento adquirido com essa realidade (E06, E13, E15, E17, E23, E31).

DSC

“O conhecimento adquirido de uma realidade nova do nosso trabalho, isso vai ficar no meu currículo... a gente acaba tendo varias experiências muito amplas, aprendendo sobre muitas doenças, coisas que às vezes em uma UBS a gente não estaria vendo,... há uma variedade de patologias, então esse contato com as doenças crônicas degenerativas está sendo bom para mim, eu tenho aprendido a trabalhar tanto na área da prevenção como no tratamento e reabilitação, quando eu falo que estou clinicando pela falta de médico eu estou tendo mais oportunidade, estou tendo a obrigação de me atualizar em outras áreas e atribuições que não são minhas, e isso de fato tem me trazido também um crescimento, eu não posso negar que eu tenho crescido com isso, mas por outro lado eu fico um tanto insatisfeito e frustrado por não poder desenvolver a enfermagem mesmo. Após entrar no sistema prisional eu consegui visualizar o detento, o sentenciado ou o preso que cometeu um delito, de uma outra forma, tendo uma outra visão, hoje consigo entender o aspecto social que envolve toda essa realidade, e o convívio com outros profissionais de outras áreas, principalmente os profissionais do serviço social, psicologia e, através da troca de informações, eu consegui aprender muito, também dentro da unidade adquiri conhecimento na área administrativa, judiciária, conhecimentos bons e conhecimentos ruins, algumas coisas não muito boas, mas tem o paralelo do certo e o errado. Esse ambiente é totalmente diferente, e dentro desse ambiente a gente, no dia a dia, consegue estabelecer algumas prioridades na própria vida, e o lado bom é isso, você valoriza a sua liberdade, aprende a valorizar a família, esse ambiente demonstra muito que a família é o pilar de tudo, percebemos isso através das entrevistas de saúde com os detentos e também com os próprios funcionários porque tem funcionários difíceis, com muitos problemas aqui, e você aprende muito aqui dentro, como vivência de vida e como enfermeiro...”

D- Ter autonomia nas decisões em questões de saúde (E07, E08).

DSC

“Um aspecto positivo do trabalho do enfermeiro, em unidade prisional, é que pelo menos eu sempre tive autonomia nas decisões nas questões de saúde, são sempre muito bem aceitas as opiniões e as sugestões...”

E- As unidades hoje têm maior número de enfermeiros, melhorando assim a assistência (E10, E19).

DSC

“Eu acho assim, para os presos e para a unidade prisional, para o acompanhamento da saúde e recuperação do preso, eu acho que ter a enfermagem aqui dentro como tem hoje, em um número muito maior do que havia anos atrás, é positivo, e também para a saúde em geral, porque o preso tem família que vem visitá-lo, ele um dia terá a liberdade, vai ser uma pessoa comum na sociedade, então ele tendo aqui esse acompanhamento, esse cuidado e, em alguns casos, sair daqui curado de alguma doença, vai ser positivo para ele e para a sociedade... a equipe de enfermagem é boa, a gente trabalha com bastante profissionais na enfermagem hoje no sistema, muito mais do que anos atrás...”

F- De certa forma somos valorizados pela ausência do médico (E14, E28).

DSC

“Na unidade prisional hoje o enfermeiro está muito valorizado de certa forma, eu acredito que pela falta do profissional médico, o enfermeiro ganhou um pouco mais de espaço, não no sentido de tomar o espaço do profissional médico, nada disso, mas o espaço no sentido de tomar decisões, coisa que na presença de um médico a gente era mais amarrado, eu acho que as vantagens no momento, embora seja ao mesmo tempo uma desvantagem, nós ganhamos um pouco de poder de decisão, eu acredito que nós ganhamos espaço nesse sentido, passamos a não ser tão questionados, não que isso não exista; a gente teve casos aqui que bastou dizer que o caso era grave, que se não viessem com a ambulância o paciente iria a óbito, que o pessoal entendeu e providenciou de imediato e se não tivesse providenciado iria a óbito aqui dentro, foi a óbito mas foi a óbito na rua, e que morreu dentro de uma equipe de um pronto socorro onde tinha médico, enfermeiro. Já seria outra situação se tivesse morrido aqui, teria no atestado de óbito que morreu por falta de socorro médico, ou falta de atendimento médico...somos de certa forma valorizados pelo diretor, pelas pessoas, todos nos enxergam nesse momento...”

G- O respeito do sentenciado (E08, E16, E20, E21, E22).

DSC

“...por ser uma população excluída da sociedade, o enfermeiro acaba sendo um profissional referência para eles, eles têm uma confiança grande no nosso trabalho, e isso eu acho um aspecto positivo...o respeito que os sentenciados têm pela nossa profissão é diferente do que a gente encontra na rua, eles veem a gente com respeito maior, eles acreditam no nosso potencial, que na rua as pessoas acham que só quem sabe são os médicos e a gente não tem capacidade, e aqui dentro não, muitas vezes os sentenciados falam que eles preferem passar pelos enfermeiros do que pelos médicos, pela atenção, pela maneira que a gente trata os sentenciados...Eu penso sempre assim, talvez se ele estivesse na rua ou em liberdade, ele não procuraria por atendimento, não procuraria ajuda da enfermagem, então eu penso particularmente que aqui, aquela orientação que eu faço, tem um valor maior, que fixa na memória do preso para o resto da vida, porque ele está aqui e o ambiente contribui e talvez lá fora ele não procuraria e nem daria importância...só tenho recebido elogio como profissional por parte dos detentos, agradecendo a minha atenção a eles dispensada....pelo fato de você trabalhar em um setor, uma unidade fechada de confinamento, nosso trabalho ganha amplitude para os presos, isso é gratificante, é interessante você ver aquela pessoa que você

atendeu, passou uma orientação, retorna no dia seguinte e fala que melhorou, ou que está fazendo um tratamento e melhorou, um exemplo são os casos de tuberculose, o paciente tendo um progresso ganhando peso, melhorando dos sintomas, através de uma ação que você estabeleceu...”

H- A carga horária e não ter que trabalhar em finais de semana (E18, E29).

DSC

“Um aspecto positivo é a carga horária, eu trabalhei muito em hospital e a gente tinha que sacrificar muito final de semana, sábados, domingos e feriados, então um aspecto positivo para mim é essa facilidade no horário do trabalho... O que eu mais gosto é trabalhar seis horas no dia, vou falar a verdade, vou ser sincero, eu não vejo algo bom aqui dentro, eu gosto mesmo é de trabalhar essas seis horas, porque trabalhar aqui é muito difícil, eu estou cansado.”

I- Não há nenhum aspecto positivo (E26, E30).

DSC

“Não tem nenhum, até o momento, são tantos os aspectos ruins que os bons... fica difícil... Em relação ao enfermeiro como profissional do sistema prisional eu acho que é difícil, não somos tratados como profissionais, e também porque aqui nós não temos vínculos com os detentos, não é toda hora que você pode estar conversando com ele, por causa da segurança, eles veem pegam um remédio e voltam lá para dentro, eu acho meio complicado.”

Discussão

Cercado por muralhas e grades, envolto a um ambiente marcado pela dominação do poder, assim é o cenário em que o enfermeiro instrumentaliza a prática do cuidar. Como já visto, muitos são os desafios enfrentados pelo profissional dentro das prisões, porém esse DSC nos revela que nem tudo é dificuldade e que há aspectos positivos na atuação do enfermeiro prisional.

Um desses aspectos positivos que pode ser evidenciado nos relatos é o estabelecimento de profícua relação interpessoal entre os membros da equipe, propiciando assim um processo de interação profissional entre os enfermeiros e demais técnicos, conforme esse trecho extraído do DSC: *“Um aspecto positivo*

nessa unidade é o relacionamento dos profissionais da equipe de saúde, os técnicos, os enfermeiros... somos bem unidos, temos uma boa equipe...”.

Outro fator mencionado no DSC como agregador é o fato desses enfermeiros poderem atuar e exercer a prática do cuidado em pessoas que vivem em condições de exclusão social, segregadas em função da pena de privação da liberdade. Para os enfermeiros entrevistados, trabalhar com um público com necessidades tão específicas, e realidades tão divergentes constitui, para o enfermeiro, algo que lhe traz satisfação, muito embora, paradoxalmente, este mesmo aspecto já tenha sido apontado neste estudo como uma dificuldade inerente ao processo de cuidar dentro do sistema.

Apesar de exercerem seu trabalho em ambiente hostil às próprias condições sanitárias e de saúde, como alhures exposto, todo esse cenário apresentado nos discursos tem proporcionado aos profissionais a oportunidade de adquirir novos conhecimentos, conforme evidenciado nos relatos do DSC. Dessa forma, compreendemos que os resultados desses conhecimentos obtidos na prática da enfermagem na rotina prisional são as competências, pois os saberes existentes da atuação do enfermeiro no sistema penitenciário são escassos ⁽⁴¹⁾. Como já apontado neste estudo, a assistência à saúde no sistema prisional não é discutida na graduação, na fase de formação desse profissional, logo, sua rotina é praticamente desconhecida dos enfermeiros. Assim, num panorama de trabalho que difere em tantos aspectos das ações extramuros, das rotinas de saúde pública, as dificuldades enfrentadas por esses profissionais para sistematizar a prática da assistência de enfermagem, tornaram-se, na verdade, um campo fértil para adquirir novas competências. Compreende-se por competência a aptidão de mobilizar e aplicar determinados conhecimentos em uma situação específica. Para se obter competências são necessários vários aparatos de conhecimento, tais como: capacidades cognitivas; capacidades integrativas; capacidades relacionais, dentre

outros. Tais saberes são testados frente aos desafios e dificuldades, assim esses profissionais têm a oportunidade de desenvolver a própria competência ⁽⁶⁵⁾.

Com a estruturação da atenção à saúde do indivíduo privado de liberdade, mediante à publicação da Portaria Interministerial nº. 1.777, de 09 de setembro de 2003, que prevê a inclusão da população penitenciária no Sistema Único de Saúde (SUS) ⁽³⁶⁾, os Estados tiveram que se adequar. Em decorrência desta portaria, o Estado de São Paulo com suas respectivas secretarias, SES e SAP, elaboraram o Plano Estadual de Saúde no Sistema Penitenciário ⁽²⁾, que por sua vez orientava para a provisão dos cargos para a devida operacionalização do referido plano de assistência à saúde. Em consequência, houve um aumento de enfermeiros dentro das unidades prisionais em todo o Estado de São Paulo, com resultado positivo comprovado pelo DSC, em cujas entrevistas notou-se que a melhoria na assistência à saúde pode ser atribuída ao aumento dos enfermeiros nas unidades prisionais. Conclui-se que a atuação dos enfermeiros contribuiu para uma assistência integral, resultando na continuidade do tratamento a que talvez o sentenciado se submetesse antes de ser preso, e até mesmo na redução de agravos que pudesse vir a desenvolver durante o período de privação de sua liberdade. Com isso, pode-se afirmar que os enfermeiros cooperaram para a manutenção da dignidade desse indivíduo enquanto preso, lembrando que, ao cumprir sua pena, este mesmo sujeito retornará à sociedade. E deverá retornar consciente de que deve respeitar a lei. Para que esse indivíduo tenha a plena convicção de que deve respeitar a lei e tornar-se um cidadão com direitos e deveres, seus direitos devem, em primeiro lugar, terem sido respeitados pelo Estado. Nesse sentido, a assistência à saúde ganhou um papel de ressocialização e reintegração desse indivíduo à sociedade.

Infelizmente, o sistema penitenciário, em seu atual modelo de gestão, contribui para uma assistência à saúde apenas pontual, com ênfase na hegemonia médico curativa, com práticas e atividades individualizadas e de baixa resolubilidade. Neste contexto, o DSC identifica um paradoxo no relato dos

enfermeiros: se de um lado, temos a desvalorização do enfermeiro, a subtração da autonomia, pontos que foram apontados em outros temas deste estudo como fatores latentes que permeiam o serviço de enfermagem; de outro lado, associada a estes fatores têm a falta do médico para compor a equipe multiprofissional, o que agrava ainda mais a descaracterização do trabalho do enfermeiro, impulsionando-o a realizar ações que não lhe compete.

Não obstante, todas as considerações já tecidas anteriormente sobre as maléficas consequências da ausência do médico na equipe, os enfermeiros mencionam que a falta do médico também traz consigo um ponto positivo, pois com a falta desse profissional, o enfermeiro passou a ter maior autonomia e ser mais valorizado, dentro das unidades prisionais, ganhando espaço nas decisões de saúde. Vislumbra-se aqui mais uma situação paradoxal no cenário prisional, pois nos DSC de outros temas apontou-se que o enfermeiro não era devidamente valorizado por ter que desempenhar funções que fugiam de sua competência ética, e um dos motivos indicados foi exatamente a falta do médico, obrigando o enfermeiro a se fazer valer e respeitar por sua competência legal, independente do profissional médico estar ou não presente.

Assim, essa representação observada nos relatos dos enfermeiros mostra-se contraditória na construção mental e social dos sujeitos participantes, pois a conquista da autonomia e a valorização profissional a partir da falta do médico é um foco frágil de autonomia e valorização profissional, isto devido a sua não construção pela essencialidade da profissão ⁽⁶⁶⁾.

A conquista da autonomia do enfermeiro se consolida no comportamento profissional, a partir do modo próprio de agir e da visão da própria enfermagem ⁽⁵¹⁾. Outro aspecto fundamental para a conquista da autonomia profissional é o fato de o enfermeiro ser detentor de conhecimentos científicos para a sua prática, pois o conhecimento científico e a produção desse conhecimento são fundamentais para

que ocorra mudança nos espaços onde o enfermeiro atua e nos processos de trabalho, logo, podendo implementar esse saber na transformação da rotina e da assistência em benefício dessa população privada de liberdade ⁽⁶⁷⁾.

O centro da representação da expressão autonomia é constituído por conhecimento, conquista e responsabilidade ⁽⁶⁸⁾, sendo necessária uma análise dessa representação social, suas estruturas e repensá-las. Claro que as estruturas e o atual modelo assistencial necessitam de uma mudança; a política de saúde no sistema prisional carece de repensar seus objetivos e caminhos, mudando a forma da assistência pontual focada na figura do médico. Ademais, é preciso reavaliar a questão da primazia da segurança em detrimento das questões de saúde, com a respectiva valorização destes profissionais, para estabelecer a enfermagem como área fim, e não como apoio dentro dos presídios.

Paralelamente, o respeito que os indivíduos privados de liberdade expressam em relação à equipe de enfermagem também é visto como algo positivo pelos enfermeiros. No DSC, os enfermeiros justificam essa postura dos sentenciados por estarem sob a condição de privação de liberdade, situação que os afasta do convívio familiar. Muitos estão cumprindo pena longe de seus domicílios, distantes dos familiares ou perderam contato há muito tempo, sem ter alguém a quem possam pedir ajuda para essa expressão de atenção. Nesse contexto, identificam o profissional de enfermagem como alguém a quem podem confiar suas necessidades. Alguns profissionais relataram que possuem outro emprego fora dos presídios, e pelo DSC percebe-se que traçam uma comparação entre os usuários do serviço de saúde “extra muros”, com o indivíduo privado de liberdade, afirmando que o respeito, a confiança, a atenção a uma orientação que o enfermeiro faz ao indivíduo privado de liberdade é muito maior. Com isso, os enfermeiros sentiram que a assistência de enfermagem é muito mais valorizada pelo indivíduo privado de liberdade e explicam esse fato pela situação do encarceramento e do abandono da família.

Finalmente, o DSC evidenciou que, para alguns enfermeiros, tão somente a carga horária do trabalho no presídio é vista como algo positivo, pois muitos desses profissionais que atualmente trabalham no sistema prisional, trazem experiências de trabalhos anteriores em hospitais. Para eles, o atual modelo de gestão em saúde sobre o qual se assenta o sistema prisional, com suas implicações e dificuldades, não possui outro atrativo, senão a carga horária do enfermeiro estabelecida em seis horas diárias, de segunda à sexta feira. Outros tantos enfermeiros não ressaltaram nenhum aspecto positivo no trabalho em saúde desempenhado no sistema prisional, em razão exatamente de todas as dificuldades mencionadas e já discutidas neste estudo.

Tema 7- Sugestões para melhorar a assistência de enfermagem aos detentos em Unidades Prisionais.

Síntese das Ideias Centrais

- A - Realização de treinamentos e cursos aos profissionais das unidades (E01, E15, E16, E17, E18, E20, E21, E22, E26, E27, E32, E35).
 - B- Contratação de mais funcionários, médicos, dentistas, enfermeiros e auxiliares de enfermagem (E02, E03, E04, E07, E08, E11, E18, E24, E29, E30, E31, E33, E35).
 - C - Melhorar a integração entre os serviços de saúde, de segurança e de escolta da policia militar (E05, E06, E11, E12, E13, E16, E28, E30, E32).
 - D - Sermos valorizados e reconhecidos pela Secretaria de Administração Penitenciária (E07, E09, E10, E15, E17, E19, E24, E26, E27, E31, E35).
 - E - Melhorar nossa condição de trabalho (E16, E18, E19, E20, E23, E25, E30, E34, E35).
-

- F- Ter uma unidade de referência na região para encaminhamento dos presos, melhor articulação entre SAP, Secretaria de Saúde e Município (E13, E14, E15, E24, E29, E32, E35).
- G - Equipar as unidades com computadores e impressoras, informatizar os prontuários dos sentenciados (E02, E11).

Ideias Centrais

- A - Realização de treinamentos e cursos aos profissionais das unidades (E01, E15, E16, E17, E18, E20, E21, E22, E26, E27, E32, E35).

DSC

“A realização de treinamentos e cursos aos profissionais técnicos e enfermeiros da unidade...não tem programa de capacitação para a enfermagem no sistema, no sentido de estar desenvolvendo e promovendo uma melhoria na qualidade da assistência, não tem curso de aprimoramento, não tem uma orientação por parte dos municípios onde estão os presídios, não temos respaldo,...eu acredito que, assim que a gente toma posse, deveríamos ter um curso preparatório como os ASP têm, para aprendermos a trabalhar dentro de uma unidade prisional, o que pode e o que não pode ser feito aqui dentro, orientação na questão relacionada às atitudes e às nossas ações, como e o que se pode falar aqui dentro, como agir, eu acho que isso seria muito importante, mas não como é feito. A gente toma posse e se apresenta na unidade e começa a trabalhar dentro da prisão... eu acho que falta investimento na saúde no sistema prisional...capacitação profissional das duas áreas do sistema prisional em conflito: os agentes penitenciários e os profissionais de saúde, para que houvesse um melhor entendimento entre esses setores... eu acho que a secretaria penitenciária é muito falha nesse sentido, e quando tem um curso é uma coisa ridícula, você vai para o local e fica ouvindo, vou falar o português claro, verdadeiras baboseiras, você fica o dia inteiro sentado numa poltrona ouvindo coisas que você não tem uma aplicação no seu dia a dia de trabalho... então é necessário dar condições para que se faça cursos...”

- B- Contratação de mais funcionários, médicos, dentistas, enfermeiros e auxiliares de enfermagem (E02, E03, E04, E07, E08, E11, E18, E24, E29, E30, E31, E33, E35).

DSC

“Aumentar o número de funcionários, dos agentes de segurança, para assim aumentar o número de atendimentos aos detentos...Melhoria na equipe porque, em praticamente todas as unidades prisionais, a equipe mínima é o mínimo do mínimo, aumentar o número de enfermeiros e de auxiliares e ou técnicos de enfermagem, dentistas e médicos para melhorar a assistência...A minha principal sugestão dentro da unidade que eu trabalho hoje é que tenha médico, porque a falta do médico está causando transtornos, o sentenciado cobra a presença do médico para estar atendendo, tem muitos problemas que seriam resolvidos aqui dentro se tivéssemos o médico....talvez não seja fácil conseguirmos, porque não depende só da unidade local, mas seria um olhar verdadeiro, por parte do estado e da secretaria da administração penitenciária, à saúde dentro dos presídios, pode ser um pouco de utopia, mas a hora que tiver o profissional médico presente cumprindo o horário dele, o cirurgião dentista no horário dele, o enfermeiro vai conseguir realizar um trabalho muito bom dentro do sistema, atuando naquilo que é sua função ... é inadmissível a unidade que ainda não tenha enfermeiro, então precisamos de dois enfermeiros no mínimo em cada unidade, nós precisamos da equipe completa... eu não tenho nada que eu possa acrescentar na assistência, acrescentar qualidade na saúde desse indivíduo,... eles têm que colocar a equipe completa para trabalhar, precisam dar condições de trabalho, só não pode ficar do jeito que tá, porque a coisa está jogada...”

C - Melhorar a integração entre os serviços de saúde, de segurança e de escolta da polícia militar (E05, E06, E11, E12, E13, E16, E28, E30, E32).

DSC

“Eu acho que mudar um pouquinho a concepção de saúde, entendendo que saúde é necessária e direito do sentenciado, e que a palavra da gente tenha um pouco mais de peso, porque é sempre assim, segurança em primeiro lugar, nós como enfermeiros na área de saúde, queremos a atenção para as questões de saúde em primeiro lugar não desprezando a segurança..., uma maior integração inter unidades, e melhorar nosso acesso ao preso, porque dependemos de escolta para realizar o nosso trabalho ou uma atividade e, muitas vezes, não tem escolta, e ficamos sem desenvolver um trabalho de grupo com os hipertensos, diabéticos, tabagistas e outras atividades, por falta de escolta... o que falta também na nossa unidade é uma escolta na própria unidade para facilitar o encaminhamento para atendimento médico externo.... e que o setor de disciplina possa dar mais atenção, mais importância aos assuntos de saúde..., a equipe de profissionais no caso o ASP ou chefia dar uma maior liberdade de você poder falar, ter uma conversar com o preso como paciente, porque aqui você tem que olhar o preso como preso, na verdade você tem que olhar o preso como paciente, ele é um paciente, e tem coisas que ele não quer falar na frente do ASP, na frente de outra pessoa, ele quer uma certa privacidade, é um problema que ele não gostaria de expor a todos, ele quer falar pra você em particular...Eu acredito que a primeira coisa que o Sistema Prisional e a SAP tinha que fazer é obrigar, seja qual for a maneira, que as pessoas que vão interferir de maneira direta ou indireta na saúde sejam sensibilizadas pelo menos de como é fazer saúde no Sistema Prisional, porque a partir da portaria n° 1777 que regulamenta a atuação da equipe de saúde dentro das unidades prisionais, nós temos ações a serem feitas, mas os diretores, que determinam e permitem ou não que as ações sejam realizadas dentro das unidades prisionais, não estão preparados, sequer avisados de como isso deve funcionar e quais os direitos do preso, e de quais recursos eu preciso para fazer o que eu tenho

que fazer. O gestor não sabe, então seria sensibilizá-los, diretores gerais, coordenadores, diretores de disciplina, passar por reuniões periódicas de como está a saúde de uma maneira geral, apresentar números de casos diagnosticados, de altas por cura, de casos encaminhados e cirurgicamente resolvidos, assim, mostrar números estatisticamente falando, até para que eles vejam o quanto a gente trabalha, o quanto a gente produz aqui dentro e os diretores não sabem, o gestor em geral não sabe...e que parem de interferir em nossa função, e que cada um exerça sua função e a desempenhe adequadamente...”.

D - Sermos valorizados e reconhecidos pela Secretaria de Administração Penitenciária (E07, E09, E10, E15, E17, E19, E24, E26, E27, E31, E35).

DSC

“...sairmos de atores coadjuvantes para sermos atores principais, a Secretaria reconhecer que a saúde dentro do sistema prisional é parte do sistema e não um coadjuvante, um apoio. A Secretaria de Administração Penitenciária deveria nos assumir definitivamente, sermos enfermeiros analistas penitenciários, com uma estrutura profissional orgânica, com lei orgânica específica, com valorização tanto financeira como profissional....tínhamos que ser mais unidos os enfermeiros das unidades, assim poderíamos fazer as reivindicações necessárias para as melhorias da nossa categoria...o aumento de salário para nossa categoria e o reconhecimento do nosso trabalho pelo sistema nós ainda não conseguimos como merecemos....Os nossos governantes, nossos coordenadores regionais, o secretário, eles deveriam se preocupar mais com o objetivo final, participar mais, estar mais presente, ver realmente o que precisamos para os atendimentos aos detentos, facilitar um pouco mais a vida dos profissionais dentro das unidades, prestarem a atenção merecida, preocupam-se muito com a propaganda e se esquecem realmente do objetivo final, se este está sendo atingido... A secretária da Saúde não nos reconhece como profissionais da saúde, a Secretária da Administração Penitenciária diz que somos da Secretaria de Saúde, então, a partir do momento que eles começarem a enxergar os profissionais vai ser um bom começo para começarmos a dialogar... Precisamos ter um plano de carreira decrescente para melhorar a nossa autoestima e a motivação, para melhorar a qualidade da assistência aos reeducandos... nós profissionais da saúde não somos valorizados, e quem tem valor aqui é o agente penitenciário. Nós ficamos esquecidos dentro dessas cadeias eu nem sei há quantos anos...”.

E - Melhorar nossa condição de trabalho (E16, E18, E19, E20, E23, E25, E30, E34, E35).

DSC

“...melhorar as condições do ambiente de trabalho, a enfermaria é um lugar muito abafado não tem ventilação, precisa melhorar esses aspectos físicos...diminuir o número de detentos por unidades. Dificulta muito nosso trabalho a superlotação, a gente não consegue fazer acompanhamento

periódico como deveríamos, não damos conta de atender e ainda tem a questão da nossa própria segurança, pois se torna muito mais perigoso... quando forem construir outras unidades o setor da saúde deveria ficar fora da muralha, porque nós somos enfermeiros, nós temos que trabalhar, eu falo principalmente em relação as enfermeiras mulheres, a agente de segurança feminina não pode entrar para dentro da unidade, existe uma portaria SAP que a impede, agora a enfermeira mulher tem que ficar lá dentro. Se as ASP mulheres ficam aqui fora, então porque não fazer o setor da saúde para o lado de fora, porque as enfermeiras mulheres são em maior número em relação aos enfermeiros homens, então eu acho que é uma questão que poderia ser vista, é uma sugestão por causa da segurança, porque se corre risco todos os dias, porque se o preso quiser fazer algo na hora que a gente está atendendo ele faz...Infelizmente não temos tudo que precisamos, faltam recursos materiais e equipamentos. O engenheiro que projetou a unidade prisional não pensou na área da saúde. Essa unidade é maior mas não é o ideal, você não tem uma área, um pátio para banho de sol, ou para os pacientes tomarem um ar, por exemplo, para os pacientes de tuberculose, proporcionando um tratamento melhor, pelo menos para esses pacientes... por enquanto nós estamos à mercê de nada, estamos jogados, nós não temos um protocolo, não temos garantia de nada, a gente faz o trabalho, mas não tem retorno nenhum.”

- F- Ter uma unidade de referência na região para encaminhamento dos presos, melhor articulação entre SAP, Secretaria de Saúde e Município (E13, E14, E15, E24, E29, E32, E35).

DSC

“...seria importante ter um hospital para o atendimento do sentenciado, para dar a assistência a eles, para realizar cirurgias, exclusivo para os sentenciados, um hospital regional...um hospital penitenciário ou alguma coisa nesse sentido, para que conseguíssemos dar andamento, ter maior resolutividade dos problemas, internações, as cirurgias... o estado criar, desenvolver políticas públicas em parceria com as cidades onde as penitenciárias estão localizadas, para melhorar o atendimento, aumentar as cotas para exames e outros atendimentos... uma união com as prefeituras e com hospitais ou clínicas de tratamento para podermos ter um caminho para os tratamentos e completar esses tratamentos... a Secretaria Estadual de Saúde acompanhar mais de perto o sistema prisional, como é que a saúde do sistema prisional tem que estar e como tem que funcionar, porque nós não somos uma ilha, somos um todo... o preso tem que ter sua saúde preservada e nós temos que prevenir complicações, nós temos que trabalhar como em qualquer outro setor ou unidade de saúde.”

- G - Equipar as unidades com computadores e impressoras, informatizar os prontuários dos sentenciados (E02, E11).

DSC

“...aquisição de equipamentos como: computadores, impressoras para trabalharmos melhor com esses pacientes, informatizar os prontuários de saúde, melhor integração e trabalho em equipe com as outras penitenciárias, pois existe a rotatividade dos presos dentro do sistema prisional... prontuário eletrônico para poder ter informações com mais clareza e rapidez, e as informações chegarem junto com o paciente, eu não falo somente da informação entre as unidades prisionais mas também entre o sistema único de saúde, porque às vezes recebemos um paciente e encontramos muita dificuldade para conseguirmos os prontuários ou a história clínica para dar andamento em determinado acompanhamento de algumas patologias, então fica muito difícil...”.

Discussão

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Prisional surge como uma grande estratégia de reorganização do modelo assistencial em saúde, garantindo o acesso desses indivíduos privados de liberdade e contribuindo para a consolidação do Sistema Único de Saúde. Apesar dos avanços no sentido de implantação das equipes nas unidades prisionais, associados ao aumento de profissionais de saúde, em particular de enfermeiros, considerando também a descentralização da gestão para as esferas de governo, bem como as ações integrais, privilegiando ações preventivas e contemplando as curativas, a saúde no sistema prisional ainda está longe de ser considerada um modelo.

Para que ocorram mudanças efetivas nas políticas públicas de atenção à saúde do indivíduo privado de liberdade, as quais contemplem suas necessidades reais, faz-se necessária a participação dos profissionais de saúde, pois estes são pilares da atenção à saúde no sistema prisional, contribuindo assim para uma gestão mais democrática e efetiva. Neste estudo, os relatos descritos neste DSC procuram contribuir para uma tentativa de nortear ações para melhoria da assistência à saúde dos indivíduos privados de liberdade.

Visando obter melhorias na assistência à saúde dos privados de liberdade, o DSC aponta-nos a necessidade de treinamentos, atualização e cursos destinados aos profissionais envolvidos com a assistência à saúde, direta e indiretamente,

porque para alcançar uma assistência com qualidade, a atuação do enfermeiro é fundamental, sendo necessário que este profissional possua algumas competências. Este estudo procurou ressaltar a complexidade da atuação do enfermeiro no cenário prisional, de modo que, para ele, é imprescindível que tais competências façam parte de sua rotina de trabalho, com uma visão sistêmica e integral do indivíduo inserido num complexo conjunto que envolve a unidade prisional. Diante do desafio diário perante o qual se deparam, é necessário que estes profissionais sejam capazes de atuar com criatividade e senso crítico, por meio de uma prática humanizada e efetiva que envolva ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. Partindo desse pressuposto, o enfermeiro dentro da unidade prisional, deve planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades desse indivíduo privado de liberdade, levando em conta todo o contexto prisional como discutido neste estudo, de forma a articular com os diversos setores e envolvê-los na promoção e na prevenção da saúde do ambiente prisional. Aliado a essas competências, é necessário que o enfermeiro possua habilidades no campo do relacionamento, pois esta pesquisa evidenciou que o ambiente prisional é um campo fértil para conflitos multissetoriais, de forma a garantir o desenvolvimento do trabalho em equipe, estabelecendo parcerias com os vários atores que estão presentes nesse ambiente e competência para lidar com as diversidades nas mais diferentes situações, seja no acesso às ações da atenção básica de saúde, seja no acesso aos demais níveis de complexidade.

Neste estudo já se discutiu que a produção de um saber que aborde a complexidade da atuação profissional no ambiente prisional é muito baixa, nem os cursos de graduação em enfermagem contemplam, em sua grade curricular, aspectos da assistência à saúde de indivíduos dentro do sistema prisional.

Assim, ao atuar como enfermeiro dentro desse complexo conjunto, não é incomum que este se encontre em uma situação de fragilidade diante da prestação da assistência de enfermagem, motivo pelo qual verificamos, nos relatos, que muitos

reconhecem a necessidade de capacitação para o seu agir, que contemple toda essa complexidade que constitui o sistema prisional. O DSC também aponta que essa capacitação para atuar no sistema prisional seja realizada no momento do ingresso do enfermeiro no sistema, tal como realizado no modelo desenvolvido para o ASP pela Escola da Administração Penitenciária do Estado de São Paulo.

Muitos relatos reproduzidos no DSC apontaram a necessidade de atualizações para a prestação do cuidado, pois muitos enfermeiros se graduaram e ingressaram no sistema prisional há muito tempo, reconhecendo, com isso, que a prestação da assistência de enfermagem é uma ação dinâmica e passa pelo processo de evolução e transformação do saber.

No entanto, o trabalho no sistema prisional não envolve somente profissionais de saúde, mas também profissionais de outras áreas, como por exemplo, os responsáveis pela vigilância e segurança, constituindo assim um trabalho multiprofissional. Para atingir uma assistência integral com qualidade, além do necessário planejamento para a prestação e execução da assistência à saúde, a equipe deve levar em conta uma série diversificada de ações e, um fator que a difere das ações “extramuros”: a segurança dos atores envolvidos, pois em muitos casos o sujeito atendido representa alta periculosidade, devido aos crimes praticados e o envolvimento com organizações criminosas. Portanto, para garantir a segurança de todos, torna-se necessário um elenco diversificado de trabalhadores, cujo relacionamento profissional seja consciente e coordenado, a fim de que o conjunto do trabalho executado – o serviço de atenção à saúde – constitua-se em um só movimento em direção a um só fim e não na justaposição alienada de certa quantidade de trabalhos desconexos ⁽⁶⁹⁾. Logo, não basta tão somente a capacitação dos profissionais de saúde, mas de todo os atores envolvidos, principalmente dos agentes penitenciários, no intuito de que estes profissionais compreendam como se constitui o processo saúde-doença; quais são os preceitos de vigilância sanitária e epidemiológica; como se dá a assistência em saúde; salientando que tanto os

privados de liberdade quanto os funcionários estão ligados e inseridos no campo da vulnerabilidade individual. Daí a importância de um trabalho de conscientização funcional, em conjunto, para se alcançar uma assistência integral, resultando em melhor integração entre esses dois setores, saúde e segurança. Outro aspecto importante já discutido, e que necessita ser trabalhado com todos os envolvidos na assistência, é a compreensão da saúde como um direito legal do indivíduo, indistintamente de sua situação no cárcere.

O Agente Penitenciário quando ingressa na SAP deve obrigatoriamente realizar o curso de formação técnico-profissional de ASP que consiste em 380 horas, pois este é previsto na Lei Complementar nº 959, de 2004 (Lei de Reestruturação da Carreira de ASP) e está regulamentado pela Resolução SAP nº 479, de 2006 e demais normas internas da Secretaria. É destinado ao candidato aprovado em concurso público para essa categoria funcional, nomeado em caráter probatório e considerado apto no Exame de Capacidade Física e Mental. A Escola de Administração Penitenciária, órgão responsável pela formação, capacitação e desenvolvimento de recursos humanos do Sistema Penitenciário de São Paulo, responsável, portanto, pela organização e realização desse curso de formação, através do Decreto nº 45.177, de 8 de setembro de 2000 ⁽⁷⁰⁾, contempla em sua grade curricular a disciplina epidemiologia em saúde, justamente na tentativa de ampliar a compreensão do ASP em assuntos relacionados à saúde. Apesar disso, consideramos igualmente necessária a capacitação dos ASP que ingressaram no sistema prisional antes da composição dessa grade curricular, englobando também as diretorias que compõem cada unidade ⁽⁷¹⁾.

Sendo a EAP responsável pela capacitação dos recursos humanos do sistema prisional, cabe a este órgão buscar ferramentas de aprimoramento no que tange às ações de saúde. Seria interessante sua atuação de forma mais efetiva, a fim de diagnosticar os problemas e carências existentes e, juntamente com os profissionais envolvidos, discutir as melhores maneiras de atuar, visando à efetiva

capacitação, em perfeita sintonia com as bases e diretrizes das políticas públicas de saúde vinculadas ao SUS.

Um fator já apontado como uma deficiência do sistema prisional, e porque não dizer de todos os setores ligados à saúde de forma geral, cuja resolução apontaria para a indiscutível melhoria da assistência à saúde, é a insuficiente contratação de profissionais. A urgente contratação de mais funcionários, com a correspondente capacitação, traria significativos avanços.

A precariedade da assistência não reflete apenas no resultado do cuidado, também traz consigo a violação de preceitos éticos, tal como já constatado neste estudo. Aliás, a necessária contratação diz respeito às diversas áreas e categorias de profissionais, desde Auxiliares de Enfermagem, Dentistas, Médicos e Agentes de Segurança Penitenciária (ASP), pois para que os atendimentos se concretizem satisfatoriamente e com a segurança esperada é imprescindível o acompanhamento da escolta realizada pelo ASP junto ao indivíduo privado de liberdade. Como na unidade prisional faltam agentes suficientes, os presos ficam sem atendimento de saúde.

Como vimos acima, para se alcançar uma assistência de qualidade é imperioso que o trabalhador que executa a ação o faça de forma consciente e capaz. Neste sentido, o DSC aponta novamente para a necessidade da valorização do enfermeiro. Os entrevistados relataram que a remuneração recebida deveria ser compatível com a atuação em um ambiente extremamente complexo e perigoso. Na qualidade de profissionais do sistema prisional, destacaram também a falta de planejamento de uma carreira com legislação próprias e plano de carreira correspondentes, tendo em vista que muito embora a Lei Complementar nº 1.157, de 2 de dezembro de 2011 de São Paulo, tenha instituído o Plano de Cargos, Vencimentos e Salários para os servidores das classes que especifica ⁽⁷¹⁾, não

contemplou todas as especificidades que cercam a atuação dos profissionais da saúde no sistema prisional.

Os enfermeiros entrevistados ressaltaram a questão da valorização profissional associando-a a necessidade de realização de melhorias nas condições de trabalho.

Foi também apontado no DSC que as estruturas físicas inadequadas prejudicam a qualidade do atendimento. Uma importante constatação apontada diz respeito à superlotação dos presídios, pois implica na sobrecarga de trabalho, gerando dificuldades no acompanhamento dos indivíduos assistidos, comprometendo até mesmo a segurança da equipe. Os profissionais também mencionam o fato dos ambulatórios se localizarem dentro das muralhas, o que implica no aumento da sensação de insegurança, pois relatam que se o preso tentar algo, como o início de um motim no decorrer do atendimento, pouco há que se fazer para impedi-lo. Nesse contexto, sugerem a proteção dos funcionários, principalmente das mulheres enfermeiras, pois estas são em maior número nas unidades. Para eles, os ambulatórios deveriam ficar fora das muralhas, contribuindo para o medo e a sensação de insegurança, sendo que as enfermeiras não têm escolha – trabalham em um ambiente de alta periculosidade.

O atendimento regionalizado para o indivíduo privado de liberdade foi mencionado em vários relatos no DSC, sugerindo-se a construção de um hospital penitenciário regional ou a constituição de uma parceria tal como ocorreu entre a Secretaria de Estado da Saúde e a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, e o idealizado Centro Hospitalar do Sistema Penitenciário. O contrato de gestão firmado entre as entidades objetivou atender à demanda por serviços de saúde existentes nas Secretarias de Administração Penitenciária. O Centro Hospitalar está localizado no Bairro Carandiru e atualmente disponibiliza 375 leitos distribuídos em quatro alas de internação, com dois andares cada uma. Outras

regiões do Estado de São Paulo reclamam iniciativas como esta. Na Coordenadoria da Região Oeste está concentrada a maior população prisional e o maior número de unidades prisionais do Estado de São Paulo, justificando assim uma ação nesse sentido, pois como discutido neste estudo, alguns municípios não têm atendido a demanda da população prisional.

Como ficou aqui evidenciado, enquanto mantido sob a custódia do Estado, o apenado circula pelas unidades prisionais de todo o estado, tornando difícil o cuidado integral, pois em muitos casos os prontuários de saúde se perdem. Diante disso, os enfermeiros apontam para a necessidade de se equipar as unidades prisionais com recursos de informática, como computadores e impressoras, e informatizar os prontuários de saúde da população carcerária, resultando em um acompanhamento mais seguro. Ações nesse sentido já são uma realidade no tratamento da tuberculose dentro do sistema prisional paulista, com a implantação do Sistema Ekos, módulo controle da tuberculose, em todas as unidades prisionais do Estado de São Paulo, realizado pela Coordenadoria de Saúde do Sistema Prisional. Este sistema consiste no acompanhamento dos indivíduos em tratamento de tuberculose, mediante uma espécie de monitoramento. Quando o preso é transferido para outra unidade ou diferente região do estado, a unidade que o receber pode acessar todo o histórico do tratamento dessa pessoa, como o número do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), exames realizados, fase do tratamento, sendo uma importante ferramenta no controle e tratamento de tuberculose. Trata-se de uma iniciativa na busca de tratamento integral, podendo pensar-se em expandir esse sistema de uma forma mais abrangente, na qual todas as informações de saúde pudessem nele estar contidas, resultando em assistência mais integral, com aumento significativo da continuidade do tratamento e na resolubilidade dos problemas de saúde.

5. Conclusão



Neste estudo foi possível apreender a rotina dos enfermeiros e os significados que atribuem à assistência de enfermagem que prestam aos indivíduos em situação prisional. A partir dos relatos dos entrevistados sobre os desafios e as dificuldades enfrentadas na prestação do cuidado dentro dos presídios de regime fechado do Oeste Paulista, traçou-se um panorama da assistência de enfermagem, marcado, principalmente, pelas dificuldades para realizar essa assistência, com destaque aos aspectos relacionados à valorização da segurança penitenciária que comprometem a assistência à saúde; pela falta do médico; pela superlotação; pelo ambiente físico inadequado ao atendimento; pela insegurança e pelo medo de trabalhar nas unidades prisionais; e, por fim, pela dificuldade de realizar a referência e a contra referência segundo o preceito da integralidade.

Verificaram-se os dilemas éticos vivenciados diariamente pelos enfermeiros, tais como: a perda de autonomia em assuntos privativos dos enfermeiros, pois o atual modelo do sistema prisional prioriza aspectos relacionados à segurança; o descaso no atendimento do indivíduo privado de liberdade em alguns municípios e unidades de saúde, em razão da condição social desse indivíduo, o que evidencia o desrespeito à dignidade da pessoa humana; a tentativa, de alguns gestores, de delegar atribuições ao enfermeiro, com o objetivo de suprir a ausência do médico, dentre outros. Aliás, um fator comum identificado em vários relatos, é que muitos enfermeiros são levados a essa prática, que contraria seu código de ética profissional, devido à empatia em relação ao outro e à compaixão pelo seu sofrimento, revelando-nos um olhar de cuidador.

Em síntese, os profissionais enfrentam, com frequência, situações de conflito impostas nas relações hierárquicas, formais e informais, que regulam as rotinas nas unidades prisionais, especialmente os setores de segurança e saúde. Além dos conflitos existentes no campo das relações interpessoais, surgem outros, tão ou mais importantes e complexos, envolvendo valores morais, éticos e sociais, influenciando o dia-a-dia dos enfermeiros, que se expressam na necessidade de

decidir sobre a condição de saúde e de dignidade desse indivíduo privado de liberdade. Tais conflitos, associados à desvalorização do profissional perante a Secretaria de Administração Penitenciária, têm gerado sentimentos de impotência, revolta, tristeza e abalo emocional, desânimo da equipe, sofrimento e alto nível de estresse, apenas para ficar entre os mais citados neste estudo pelos entrevistados, comprometendo a qualidade da assistência prestada pelo enfermeiro.

Percebe-se que tais sentimentos podem estar desencadeando certo comodismo e desmotivação, anulando possibilidades para um agir transformador, a tal ponto que alguns entrevistados não visualizaram nenhum significado em sua prática de trabalho no sistema prisional, manifestando, na verdade, uma atitude de inércia perante tantas dificuldades.

Diante desse quadro, não há como deixar de concluir pela necessidade de um novo posicionamento por parte desses enfermeiros, com atitudes positivas de luta por mudanças imprescindíveis a sua *práxis*. As entidades de classe, associações de direitos humanos e a sociedade civil em geral também devem se mobilizar em favor da assistência prestada por esses profissionais, a fim de que eles possam exercer de forma plena e com toda a independência funcional a sua atividade. Enquanto esse envolvimento e compromisso ético não se tornarem uma realidade, os enfermeiros continuarão desmotivados e prestes a adoecer.

Os entrevistados sugeriram estratégias visando à melhoria da assistência de enfermagem aos indivíduos privados de liberdade e à melhoria das suas condições de trabalho. É preciso que tais sugestões sejam levadas em consideração pelas esferas administrativas da Secretaria de Administração Penitenciária, a fim de subsidiar ações que possibilitem motivação, evolução e aprimoramento de todos os profissionais que estão envolvidos direta e indiretamente na assistência à saúde do indivíduo privado de liberdade, em todos os seus aspectos: físicos, humanos, técnico-científicos, legais e éticos.

6. Referências



-
1. Ministério da Saúde (BR). Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Brasília (DF); 2004.
 2. Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo – Plano Estadual de Saúde no Sistema Penitenciário; 2003.
 3. Foucault M. Vigiar e Punir: nascimento da prisão 37a.ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2009.
 4. Almeida DA, Machado MC. Atitude médica e autonomia do doente vulnerável. *Revista Bioética*. 2010; 18(1): 165 -183.
 5. Anjos MF. A vulnerabilidade como parceira da autonomia. *Revista B. Bioética Centro Universitário São Camilo, São Paulo (SP)*. 2006; 2 (2):173-185.
 6. Barchifontaine CP. Vulnerabilidade e Dignidade Humana, São Paulo (SP): O Mundo da Saúde. 2006; 30 (3): 434-447.
 7. Zuben N. Vulnerabilidade e decisão: tensão no pacto médico, São Paulo (SP): O Mundo da Saúde. 2006; 30 (3): 441-447.
 8. Lorenzo C. Vulnerabilidade em Saúde Pública: implicações para as políticas públicas. *Revista Brasileira de Bioética*. 2006; 2(3): 299-312.
 9. Diuana V, Lhuillier D, Sánches AR, Amado G, Araújo L, Duarte AM, et al. Saúde prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(8): 1887-1896.
-

-
10. Puggina AC, Silva MJP. Ética no cuidado e nas relações: premissas para um cuidar mais humano, REME-Revista Mineira de Enfermagem (MG). 2009; 13 (4): 599-605.
 11. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem; In: Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo. Documentos básicos de enfermagem: enfermeiros, técnicos e auxiliares. São Paulo (SP): COREN-SP; 2009
 12. Souza MO, Passos JP. A prática de enfermagem no sistema penal: limites e possibilidades. Revista de Enfermagem: Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro. 2008; 12 (3): 417-423.
 13. Brasil. Lei nº, de 11 de julho de 1984, que institui a lei de Execução Penal. Dispõe sobre a legislação nacional e os direitos das pessoas sob custódia da justiça. São Paulo (SP): Saraiva; 2004.
 14. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado;1988.
 15. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para correspondentes e dá outras providências. Ministério da Saúde (BRASIL); 2000.
 16. Brasil. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Ministério da Saúde (BRASIL); 2000.
-

-
17. Andorno R. A noção paradoxal da dignidade humana. *Revista Bioética*. 2009; 17(3): 435- 449.
 18. Rocha SMM, Almeida MCP. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. *Rev. latino-am.enfermagem*. 2000; 8 (6): 96-101.
 19. Creswell, JW (2003). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
 20. Lefevre F, Lefevre AMC. O sujeito coletivo que fala. *Interface - Comunic Saúde Educ*. 2006; 10 (20): 517-24.
 21. Lefevre F, Lefevre AMC. *Depoimentos e discursos: uma proposta de análise em pesquisa social*. Brasília, DF: Líber Livro, 2005.
 22. Oliveira HB de, Cardoso JC. Tuberculose no sistema prisional de Campinas, São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2004;15(3):194–9.
 23. Carvalho ML, Valente JG, Assis SG, Vasconcelos AG. Perfil dos internos no sistema prisional do Rio de Janeiro: especificidades de gênero no processo de exclusão social. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006; 11(2): 461-471
 24. Passadoro R. Prevalência e fatores de risco das infecções por VIH, HEPATITE B E C num estabelecimento prisional de Leiria. *Acta Méd Port*. 2004; 17: 381-384
-

-
25. Conselho Nacional de Justiça [On line] 2012 [acessado 2012 ago.17]. Disponível em: <http://s.conjur.com.br/dl/relatorio-mutirao-carcerario-sp-2012.pdf>
 26. Brasil. Lei n.º 7.498, de 25 de Junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. In: Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo. Documentos básicos de enfermagem: enfermeiros, técnicos e auxiliares. São Paulo (SP): COREN-SP; 2009.
 27. Goffman E. Manicômios prisões e conventos. Rio de Janeiro (RJ): Perspectiva; 1992.
 28. Pires CGS; Mussi FC. Refletindo sobre pressupostos para o cuidar/cuidado na educação em saúde da pessoa hipertensa. Rev. Esc. Enferm. USP 2009; 43(1): 229-36.
 29. Boff L. Saber cuidar: ética do humano: compaixão pela terra. 2ª ed. Petrópolis: Vozes; 1999.
 30. Falconi R. Sistema Presidencial: reinserção social? São Paulo: Ícone; 1998.
 31. Salla F. De Montoro a Lembo: as políticas penitenciárias em São Paulo Revista Brasileira de Segurança Pública 2007; 1(1): 72-90.
 32. Jaime PC et al. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. Rev. Nutr, Campinas (SP). 2011; 24(6):809-824.
-

-
33. Fernandes RCP, Silvany Neto AM, Sena GM, Leal AS, Carneiro CAP, Costa FPM. Trabalho e cárcere: um estudo com agentes penitenciários da Região Metropolitana de Salvador, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2002; 18:807-16.
 34. Vasconcelos ASF. A saúde sob custódia: um estudo sobre agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2000.
 35. Ferreira Júnior M. Saúde no trabalho. 1ed. São Paulo (SP): Roca; 2000.
 36. Ministério da Saúde (BR). ANVISA; Resolução - RDC nº 138, de 29 de maio de 2003 [On line] 2012 [acessado 2012 ago.27]. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2003/rdc/138_03rdc.htm
 37. Irala DA, Cezar-Vaz MR, Cestari ME. Trabalho em saúde com pacientes apenados: sentidos metafóricos gerados no contexto hospitalar. *Acta Paul Enferm* 2011;24(2):206-12.
 38. Oguisso T, Freitas GF. Enfermeiros prescrevendo medicamentos: possibilidades e perspectivas *Rev Bras Enferm*, Brasília 2007; 60(2):141-4.
 39. Brasil. Decreto-Lei n.º 94.406, de 08 de Junho de 1987. Regulamenta a Lei n.º 7.498, de 25 de Junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem. In: Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo. Documentos básicos de enfermagem: enfermeiros, técnicos e auxiliares. São Paulo (SP): COREN-SP; 2009.
-

-
40. Netto LFSA, Ramos FRS. Considerações sobre o processo de construção da identidade do enfermeiro no cotidiano de trabalho. *Rev Latino-Am Enferm*. 2004;12(1):50-7
 41. Góis SM et al. Para além das grades e punições: uma revisão sistemática sobre a saúde penitenciária. *Ciênc saúde coletiva*. 2012; 7(5):1235-1246
 42. Scherer ZAP, et al. Reflexão sobre o ensino da enfermagem e os primeiros contatos do aluno com a profissão. *Rev.Latino-am Enfermagem* 2006; 14(2):285-91
 43. Sánchez AIM, et al. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de janeiro 2012; 12(2): 319-324.
 44. Ayres JRCM, França Junior I, Calazans G, Salletti H. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In:Barbosa R, Parker R, organizadores. *Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro:Relume Dumará; 1999. p. 50-71.
 45. Trezza MCAF, Santos RMS, et al. Enfermagem como prática social: um exercício de reflexão *Rev Bras Enferm*, Brasília 2008; 61(6): 904-8.
 46. Sanna MC. Os processos de trabalho na Enfermagem. *Rev Bras Enferm* 2007; 60(2):221-4.
-

-
47. Souza MM, Laros JA. Satisfação no trabalho e responsabilidade social empresarial: uma análise multinível. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*; Florianópolis 2010;10(2):21-37
 48. Martins MCF. Satisfação no trabalho: elaboração de instrumento e variáveis que afetam a satisfação [Dissertação de Mestrado]. Brasília: Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia; 1984.
 49. Locke EA. The nature and causes of job satisfaction. Em M. D. Dunnette (Org.). *Handbook of industrial and organizational psychology*. Chicago: Rand McNally College Publishing Company; 1976.p.1297-1350.
 50. Peduzzi M, Anselmi MML. O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado *Rev. Bras. Enferm.* Brasília 2002; 55(4): 392-398.
 51. Gomes AMT, Oliveira DC. Estudo da estrutura da representação social da autonomia profissional em enfermagem. *Rev. esc. enferm. USP.* São Paulo 2005; 39(2):145-53.
 52. Bueno FMG, Queiroz MS. O enfermeiro e a construção da autonomia profissional no processo de cuidar. *Rev Bras Enferm* 2006; 59(2): 222-7.
 53. Belancieri MF; Bianco MHBC. Estresse e repercussões psicossomáticas em trabalhadores da área da enfermagem de um hospital universitário. *Texto Contexto Enferm* 2004 Jan-Mar; 13(1):124-31
-

-
54. Barros DG, Chiesa AM. Autonomia e necessidades de saúde na sistematização da assistência de enfermagem no olhar da saúde coletiva. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(n esp):793-8.
 55. São Paulo (Estado). Resolução SSP-120, de 10 de Agosto de 2010 dá nova redação ao artigo 2º da Resolução SSP- 231, de 1º de setembro de 2009, que regulamenta as atividades de escolta de presos; *Diário Oficial*. 11 ago 2010; Seção I: 4.
 56. Ferreira ABH. O dicionário da língua portuguesa. 7ª ed. Curitiba(SC): Positivo; 2008.
 57. Archer ER. O mito da motivação. In: Bergamini CW, Coda R, organizadores. *Psicodinâmica da vida organizacional: motivação e liderança*. São Paulo (SP): Pioneira 1990. p. 3-24.
 58. Pereira MCA, Fávero N. A motivação no trabalho da equipe de enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem* 2001 julho; 9(4):7-12.
 59. Menzies, IEP. O funcionamento das organizações como sistemas sociais de defesa contra a ansiedade. Tradução e adaptação de Aracy Martins Rodrigues. São Paulo: Faculdade Getúlio Vargas, 1970.
 60. Victora CG, Barreto ML, Leal MC, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J, Bastos FI et al. Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. [on line] 2011 [acesso em 20 set 2012]. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor6.pdf>.
-

-
61. Ministério da Saúde (BR). Legislação da saúde no sistema penitenciário. 1º. ed. Brasília (DF); Série E. Legislação de Saúde. 2010.
 62. Salla F. As rebeliões nas prisões: novos significados a partir da experiência brasileira. *Sociologias*, Porto Alegre (RS). 2006; 8(16): 274-307.
 63. Nichiata LYI, Bertolozzi MR, et all. Potencialidade do conceito de vulnerabilidade para a compreensão das doenças transmissíveis. *Rev Esc Enferm USP* 2011; 45(Esp. 2): 1769-73.
 64. Secretaria de Administração Penitenciária do Estado de São Paulo. [on line] 2012 [acesso em 24 set 2012]. Disponível em: <http://www.sap.sp.gov.br/>
 65. Ruas RL. Desenvolvimento de competências gerenciais e contribuição da aprendizagem organizacional. In: Fleury MTL, Oliveira Júnior MM, organizadores. *Gestão estratégica do conhecimento*. São Paulo: Atlas; 2001. p. 243-269.
 66. Gomes AMT, Oliveira DC. A representação social da autonomia profissional do enfermeiro na Saúde Pública. *Rev Bras Enferm* 2005 jul-ago; 58(4):393-8.
 67. Gomes AMT, Oliveira DC. Autonomia profissional em um desenho atômico: representações sociais de enfermeiros. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2010; 63(4): 608-15
 68. Gomes AMT, Oliveira DC. Espaço autônomo e papel próprio: representações de enfermeiros no contexto do binômio saúde coletiva-hospital. *Rev Bras Enferm*. 2008; 61(2): 178-85.
-

69. Crevelim MA, Peduzzi M. A participação da comunidade na equipe de saúde da família. Como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? *Ciência & Saúde Coletiva*, 2005; 10(2): 323-331
70. Escola de Administração Penitenciária do Estado de São Paulo. [on line] 2012 [acesso em 01 out de 2012]. Disponível em: <http://www.eap.sp.gov.br/index.php>
71. Lei Complementar nº 1.157, de 2 de dezembro de 2011 de São Paulo. Institui Plano de Cargos, Vencimentos e Salários para os servidores das classes que especifica, e dá providências correlatas; *Diário oficial*. 03 nov 2011; Seção I: 01
-

Apêndice



APÊNDICE 1 - Roteiro de Entrevista

Dados do entrevistado:

Idade: _____

Sexo: _____

Tempo de formado: _____

Unidade Prisional em que atua como enfermeiro: _____

Tempo de trabalho em Unidade Prisional: _____

Entrevista

- 1- Gostaria que você falasse sobre o Sistema Prisional e suas atividades como enfermeiro em Unidade Prisional.
 - 2- Você poderia explicar o que significa para você trabalhar nesta Unidade Prisional?
 - 3- Você poderia falar sobre os aspectos ruins ou negativos do trabalho do enfermeiro em Unidades Prisionais?
 - 4- Você poderia falar dos aspectos bons ou positivos do trabalho do enfermeiro em Unidades Prisionais?
 - 5- Quais seriam suas sugestões para melhorar a assistência de enfermagem aos detentos?
-

APÊNDICE 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nome do Voluntário: _____

Endereço: _____

Telefone para contato: _____ Cidade: _____ CEP: _____

E-mail: _____

As Informações contidas neste prontuário foram fornecidas pelo pesquisador Enfermeiro Fernando Henrique Apolinario, aluno do Curso de Pós-Graduação, nível mestrado, da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, Telefone: (18) 3401-2353. E-mail: fh.apolinario@hotmail.com, orientado pela Professora Doutora Heloisa Wey Berti, Departamento de Enfermagem. Faculdade de Medicina de Botucatu UNESP. Telefone: (14) 38116070. E-mail: weybe@uol.com.br, a quem poderei contatar / consultar a qualquer momento que julgar necessário, objetivando firmar acordo escrito mediante o qual, o voluntário da pesquisa autoriza sua participação com pleno conhecimento da natureza dos procedimentos e riscos a que se submeterá, com a capacidade de livre arbítrio e sem qualquer coação.

1. Título do Trabalho:

Significados atribuídos por enfermeiros à assistência que prestam a indivíduos em situação prisional.

2. Objetivo(s):

Fui informado(a) de que o objetivo deste trabalho é identificar percepções e significados atribuídos por enfermeiros que atuam no sistema penitenciário da Região Oeste do Estado de São Paulo sobre a assistência de enfermagem que prestam aos indivíduos em situação prisional nas unidades de sistema fechado.

3. Justificativa:

Fui também esclarecido(a) sobre a relevância desta pesquisa por ser um grande desafio da enfermagem no ambiente prisional, a de conciliar a tensão imposta pela vida comunitária dentro do sistema, onde o indivíduo perde sua identidade social para ser apenas mais um detento, vivendo em massa em meio a

outros presos, e a prestação da assistência de forma universal e abrangente, conferindo dignidade ao indivíduo.

Por essa razão, esse estudo pretende concorrer para uma maior visibilidade da atuação do enfermeiro, fortalecendo sua identidade profissional, e assim apresentar uma reflexão que possa contribuir para melhorar a qualidade dos serviços prestados por este profissional no âmbito prisional.

4. Método:

Fui esclarecido(a) que esse estudo será de natureza qualitativa. E que para a coleta de dados sobre percepções e significado da assistência prestada aos detentos, será utilizada a técnica de entrevista com questões abertas, a ser realizada pelo próprio pesquisador, e que, para a análise dos depoimentos será adotado o método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) que propõe articular uma série de operações sobre a matéria-prima de depoimentos coletados em pesquisas empíricas por meio de questões abertas, redundando, ao final do processo, em depoimentos coletivos confeccionados com extratos de diferentes depoimentos individuais - cada um desses depoimentos coletivos veiculando uma determinada percepção ou posicionamento.

5. Desconforto ou Riscos Esperados:

Fui também orientado(a), que por se tratar de uma pesquisa qualitativa de análise dos depoimentos colhidos pelo pesquisador, não envolve nenhum risco a integridade física ou psicológica do voluntário.

6. Informações:

Recebi do pesquisador, o compromisso de me dar respostas a qualquer pergunta e me esclarecer qualquer dúvida quanto aos procedimentos e todos os assuntos relacionados a pesquisa, conjuntamente proporcionar-me qualquer informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que este venha afetar a minha vontade em continuar participando.

7. Retirada do Consentimento:

Fui ainda informado(a) de que posso me retirar desse(a) estudo / pesquisa programa a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

8. Aspecto Legal:

Fui também esclarecido(a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas e elaborados de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos atendendo à Resolução n.º 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde – Brasília – DF.

9. Garantia do Sigilo:

Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de entrevista com questões abertas a ser gravada a partir da assinatura desta autorização. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pelo(a) pesquisador(a) e/ou seu(s) orientador(es) / coordenador(es).

10. Formas de Ressarcimento das Despesas decorrentes da Participação na Pesquisa:

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer ônus e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado(a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais é identificar percepções e significados atribuídos por enfermeiros à assistência que prestam a indivíduos em situação prisional

11. Local da Pesquisa:

Fui informado(a), que esta pesquisa será realizada com os enfermeiros lotados nas unidades prisionais com sistema fechado da Região Oeste do Estado de São Paulo.

12. Endereço do Comitê de Ética SAP:

Foi-me fornecido o endereço e telefone para contato do Comitê de Ética do CEPSAP: Av. Prof. Ataliba Leonel nº 556 – Santana – São Paulo – SP CEP: 02033-000, Fone: (11) 3206-4700.

13. Consentimento Pós-Informação:

Eu, _____, após leitura e compreensão deste termo de informação e consentimento, entendo que minha participação é voluntária, e que posso sair a qualquer momento do estudo, sem prejuízo algum. Confirmando que recebi cópia deste termo de consentimento, e autorizo a execução do trabalho de pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo no meio científico.

* Não assine este termo se ainda tiver alguma dúvida a respeito.

São Paulo, ____ de _____ de 2012.

Nome (por extenso): _____

Assinatura: _____

1ª via: Instituição

2ª via: Voluntário

Anexos



ANEXO 1 – Aprovação comitê de ética

SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
SECRETARIA EXECUTIVA

Data da Reapresentação: 14/06/2011.
2011.

São Paulo, 21 de julho de

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP-SAP: REAVALIAÇÃO

Título: SIGNIFICADOS ATRIBUIDOS POR ENFERMEIROS À ASSISTÊNCIA QUE PRESTAM A INDIVÍDUOS EM SITUAÇÃO PRISIONAL.

PARECER DO RELATOR**Considerações:**

Tendo sido atendidos todos os quesitos solicitados no parecer 004/2011, de 19/05/11, consideramos o projeto:

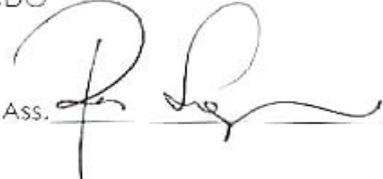
APROVADO

APROVADO COM RECOMENDAÇÕES

PENDENTE

REPROVADO

Data 22 / 7 / 11

Ass. 

ANEXO 2 - Despacho do Sr.: Secretário da Pasta.**SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
SECRETARIA EXECUTIVA**

Para atendimento do inciso VII do artigo 11 da Resolução SAP nº 083 de 22 de abril de 2010 e alterações posteriores, autorizo a realização da pesquisa proposta, com fundamento no Parecer Consubstanciado nº 004/2011 e desde que observados os procedimentos abaixo descritos:

- I** – prévio agendamento de data e horário com a Direção da Unidade Prisional;
- II** – rigoroso atendimento às regras de segurança e disciplina;
- III** – concordância expressa do (a) preso (a) ou servidor (a) a ser entrevistado;
- IV** – autorização judicial nos casos de imagem ou entrevista com presidiário (a).
- V** – Encaminhe-se cópia desta decisão ao Coordenador da Coordenadoria de Unidades Prisionais de São Paulo e da Grande São Paulo.

Gabinete do Secretário, 05 de setembro de 2011.

LOURIVAL GOMES

Secretário de Estado da Secretaria da Administração Penitenciária