

A precarização do trabalho no contexto da atenção primária à saúde no sistema prisional

Work precarization in the prison system's primary health care

Águida Luana Veriato Schultz (<https://orcid.org/0000-0002-4716-6783>)¹

Renata Maria Dotta (<https://orcid.org/0000-0002-1830-1624>)²

Bárbara Sordi Stock (<https://orcid.org/0000-0001-9148-0596>)³

Míriam Thais Guterres Dias (<https://orcid.org/0000-0002-3881-4961>)¹

Abstract *This paper analyzes how work precariousness is expressed in the daily life of a Prison Primary Care Team in the Brazilian South. This qualitative, exploratory research applied the focus group technique and relied on the participation of ten health professionals. The results evidenced a substandard occupational relationship, objectified by the workforce's outsourcing, the poor proper management of work processes, and little provision for specific professional qualifications and actions consistent with the occupational reality.*

Key words *Occupational health, Prison, Work conditions, Primary care*

Resumo *O artigo analisa como o fenômeno da precarização do trabalho se expressa no cotidiano de uma Equipe de Atenção Primária Prisional localizada na Região Sul do Brasil. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória, com aplicação da técnica de grupo focal e participação de dez profissionais de saúde. Os resultados evidenciaram a precarização do vínculo ocupacional decorrente da terceirização da força de trabalho, a insuficiência na gestão adequada dos processos de trabalho e a pouca oferta de ações para a qualificação profissional específica e coerentes com a realidade ocupacional.*

Palavras-chave *Saúde do trabalhador, Prisão, Condições de trabalho, Atenção primária*

¹ Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Av. Paulo Gama 110, Farrroupilha. 90040-060 Porto Alegre RS Brasil. aguida_schultz@hotmail.com

² Faculdade de Direito, Fundação Escola Superior do Ministério Público. Porto Alegre RS Brasil.

³ Departamento de Derecho Penal y Ciencias Criminales, Universidad de Sevilla. Sevilla España.

Introdução

Com a incorporação de diretrizes do pensamento neoliberal, a sociedade brasileira vive um retrocesso de cidadania com consequências profundas para a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) e para a gestão dos recursos humanos em saúde. No Brasil, diversos campos do conhecimento, com destaque para a sociologia do trabalho, a gestão do trabalho e a saúde do trabalhador, denunciam a precarização do trabalho como fenômeno contemporâneo. Esse fenômeno estimula a adoção de vínculos de trabalho mais flexíveis (do ponto de vista do empregador) e mais precários (do ponto de vista do trabalhador).

Para a Organização Internacional do Trabalho¹, o direito ao trabalho decente requer que os Estados promovam e garantam um trabalho adequadamente remunerado, exercido com liberdade, equidade e segurança e que seja capaz de garantir uma vida digna. Na prática, isso se traduz em questões como reduzir a informalidade, impulsionar a educação e a capacitação para o trabalho e fortalecer os direitos trabalhistas. A administração pública brasileira define como trabalho precarizado todo aquele realizado sem a proteção social do trabalhador e sem concurso público². Executado, portanto, sem garantia de direitos sociais para os trabalhadores. Por se tratar de um problema estrutural (ideológico, econômico, político, social), a deterioração do trabalho no denominado complexo da saúde³ se reflete também em contextos específicos, como é o caso dos trabalhadores da atenção primária à saúde no âmbito de atuação no sistema prisional.

Trata-se de um dos resultados do processo de reestruturação produtiva do capital operada mundialmente a partir da década de 1970, que caracteriza a passagem da organização taylorista-fordista de produção para uma organização toyotista⁴⁻⁶. São essas estratégias reformistas e de ajuste que redefinem o papel do Estado e as fronteiras entre o público e o privado. O que permanece como propriedade estatal passa a funcionar com a lógica do mercado. Trata-se, portanto, de projetos de contrarreforma do Estado⁷.

O trabalho é um pilar estratégico e fundamental para a superação das desigualdades, da pobreza e da exclusão social. Em 2015, o trabalho decente passou a ser um dos elementos centrais da nova Agenda 2030 da Assembleia Geral das Nações Unidas, objetivo número oito⁸. A precarização do trabalho no setor da saúde tem sido apontada como um desafio para a gestão do tra-

balho e a organização dos processos de trabalho no SUS⁹.

No Brasil, o direito ao acesso à saúde, bem como as diretrizes que orientam o trabalho em saúde no sistema prisional, conta com aparatos legais, como: a Lei de Execução Penal – LEP, de 1984; a Constituição Federal de 1988; as Leis Orgânicas nº 8.080 e 8.142, de 1990, que regulamentam o SUS; o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário – PNSSP, de 2003; a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde no Sistema Prisional – PNAISP, de 2014, e sua respectiva portaria de operacionalização e financiamento, Portaria GM/MS nº 2.298, de 2021.

Os profissionais de saúde da esfera do SUS têm, institucionalmente, feito parte do ambiente prisional desde 1984, a partir da LEP, que contemplava então o atendimento médico, farmacêutico e odontológico voltado aos presos. Em 2003, com a publicação do PNSSP, deu-se início ao processo de implementação de equipes multidisciplinares de saúde em estabelecimentos prisionais. O Plano foi substituído, em 2014, pela PNAISP, com vistas à implementação de Equipes de Atenção Básica Prisional (EABP), no âmbito do SUS¹⁰.

Por meio da PNAISP, buscou-se ampliar o escopo da atenção à saúde nas prisões, redirecionando-a aos princípios e diretrizes do SUS e condizendo com os atributos da atenção primária à saúde (APS). Por intermédio das equipes de atenção primária, a PNAISP visa garantir o acesso às ações integrais de saúde, entre elas a prevenção, o diagnóstico, a redução de danos e o tratamento das principais doenças que atingem a população privada de liberdade.

Dados epidemiológicos e estudos de revisão sistemática apontam que a população prisional apresenta altos níveis de transtornos mentais, doenças crônicas e infectocontagiosas e uso de drogas, significativamente acima daqueles da população geral¹¹. No caso específico das mulheres reclusas, a excessiva medicalização é utilizada como estratégia de controle frente à ausência de políticas prisionais que levem em conta as suas necessidades e especificidades em locais de confinamento¹².

Quaisquer ambientes em que as pessoas estejam concentradas são propícios ao agravamento de condições de saúde pré-existentes, bem como ao desenvolvimento de novos problemas de saúde, como doenças sexualmente transmissíveis ou transmitidas pelo ar¹³⁻¹⁵. Todavia, estudos evidenciam que a disponibilidade e o acesso a um conjunto de ações e serviços influenciam a saúde

da população prisional, mas não o suficiente para resolver os problemas demandados^{16,17}.

Sendo assim, não basta aumentar a disponibilidade e o acesso ao atendimento, é preciso pensar que tipo de atendimento é esse. O modo como o serviço em saúde é oferecido potencializa seu grau de resolubilidade. A origem e o transcurso histórico, as diferentes conformações e os espaços em que se situam têm relação direta com a maneira de executar o trabalho em saúde, ou seja, com o modelo de orientação do processo de trabalho.

Para tanto, quando se fala em processo de trabalho, remete-se necessariamente aos objetivos dele, aos sujeitos que agem, ao objeto da ação e aos meios disponíveis e utilizados na execução da ação¹⁸. Para entender e transformar o serviço em saúde no ambiente prisional de modo que se torne mais eficiente e eficaz, é essencial considerar esses elementos. É preciso levar em conta que os usuários do atendimento são também, direta e imediatamente, sujeitos ou agentes do processo, e suas demandas e necessidades são objetos desse mesmo processo.

Diante disso, as equipes de saúde responsáveis por territórios prisionais precisam estar preparadas para atuar num ambiente com diversas peculiaridades e contradições. Como podem ser atribuídas à mesma instituição funções de vigilância/punição e de cuidado em saúde?

Tanto os profissionais de saúde quanto a equipe gestora local do SUS, de forma interseccional com a segurança penal, deverão ser especialmente sensíveis ao redesenho de processos e dispositivos, a fim de gerar equidade, qualidade e efetividade na prestação de saúde para a população privada de liberdade. Sendo assim, este artigo tem como objetivo discutir como o fenômeno da precarização das “relações” de trabalho e da precariedade das “condições” de trabalho se expressam no cotidiano ocupacional de uma equipe de atenção primária prisional, e as consequências para a atenção à saúde neste contexto.

Método

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo exploratória e descritiva¹⁹. As pesquisas qualitativas na área da saúde objetivam explorar as percepções e as experiências das pessoas a respeito do mundo ao seu redor, incluindo aquelas referentes à saúde, ao adoecimento, aos serviços sociais e de saúde. Essa abordagem busca interpretar as práticas, a fim de compreender como as pessoas constroem o mundo à sua volta, o que estão

fazendo e o que lhes atribui sentido, sempre de forma contextualizada²⁰.

Participantes

Participaram do estudo dez profissionais de saúde que compunham uma equipe de atenção primária prisional implementada em uma penitenciária feminina localizada na Região Metropolitana do estado do Rio Grande do Sul, provenientes de diferentes núcleos de formação: quatro da enfermagem (dois de nível superior e dois de nível técnico), três da medicina (clínico geral, psiquiatra e ginecologista), um do serviço social, um da psicologia e um da odontologia. A amostra foi por conveniência¹⁹, considerando todos os profissionais que trabalhavam na Unidade Básica de Saúde prisional (UBSp) no período de coleta dos dados empíricos.

Instrumentos

Foram realizados dois encontros de grupo focal, ambos gravados em áudio²¹. Foram guiados por três pesquisadoras: uma moderadora, responsável por coordená-las; uma observadora, encarregada de observar e registrar as expressões faciais e corporais; e uma anotadora, para auxiliar a registrar os acontecimentos, as falas dos participantes, as conversas paralelas e os comentários complementares.

Análise dos dados e cuidados éticos

O material foi transcrito, salvo em documentos de texto e importadas para o *software* QSR NVivo, versão 11 para Windows. A partir de então, o *corpus* foi analisado por meio do método da análise temática, seguindo seis fases: familiarização com os dados, geração de códigos iniciais, busca pelos temas, revisão dos temas, definição dos temas e relatório/análise final²².

A perspectiva teórico-metodológica adotada neste estudo foi de caráter construtivista, respaldada pela teoria social crítica. Portanto, o eixo temático intitulado “As expressões da precarização do trabalho de uma equipe de atenção primária prisional” foi definido previamente, mediante o objetivo do estudo. A partir desse tema, foram construídos, por meio dos dados empíricos, seus respectivos subtemas, a saber: “O hibridismo como efeito do mix público-privado”; “Precariedade das condições de trabalho”; e “Qualificação profissional: entre o distanciamento da formação acadêmica e a experiência de trabalhar na prisão”.

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul sob o CAAE 40678115.1.0000.5312, e pela Comissão de Pesquisa do Instituto de Psicologia da UFRGS, e seguiu os preceitos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2013, que orienta pesquisas com seres humanos. O estudo foi financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do RS (FAPERGS) por meio do edital “Programa Pesquisa para o SUS (PPSUS)”. A pesquisa foi parte de um estudo maior aprovado pelo edital do Programa de Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde – PPSUS/FAPERGS.

O anonimato dos profissionais de saúde foi preservado, sendo identificados pela letra P e um respectivo número, por exemplo: P1 (participante 1). Observa-se que as falas dos participantes da pesquisa no ítem “Resultados e discussão”, obedecerá essa codificação.

Com relação às limitações do estudo, destaca-se que atualmente existem 41 equipes de atenção primária prisional em funcionamento no estado, sendo o presente estudo contextualizado na experiência de uma única equipe, situada dentro de uma unidade prisional exclusivamente feminina. Consideramos que os dados aqui descritos refletem uma primeira aproximação ao fenômeno da precarização do trabalho dos profissionais e não podem ser generalizados. De qualquer forma, a limitação não invalida o presente estudo.

Resultados e discussão

O hibridismo como efeito do “mix” público-privado

De acordo com os profissionais de saúde participantes da pesquisa, tanto o processo de contratação como o de implementação do serviço de atenção primária prisional assumiram características de flexibilização e desregulamentação do trabalho, com consequências profundas para o desenvolvimento da atenção à saúde prisional.

Em março de 2011, a equipe de atenção primária prisional iniciou suas atividades na penitenciária foco da pesquisa. Desde esse momento, foi constituída uma “equipe híbrida”, formada por trabalhadores terceirizados pela gestão de saúde municipal e por servidores públicos, envolvendo sete profissionais de saúde terceirizados (quatro médicos, duas enfermeiras e uma técnica de enfermagem) e outros quatro servidores

estaduais (uma assistente social, uma psicóloga, um odontólogo e uma técnica de enfermagem) vinculados à Superintendência dos Serviços Penitenciários (SUSEPE).

Para compor a equipe, a contratação dos profissionais terceirizados ocorreu via parceria público-privada, por intermédio da Secretaria Municipal da Saúde. Notadamente, uma das formas mais conhecidas e perversas do trabalho precarizado no âmbito da saúde é a terceirização da força de trabalho. Apesar de esse sistema ser objeto de grandes controvérsias, existe um consenso acerca do conceito que o define: “[...] todo processo de contratação de trabalhadores por empresa interposta, cujo objetivo último é a redução de custos com a força de trabalho e (ou) a externalização dos conflitos trabalhistas”²³. Em suma, com maior ou menor intencionalidade, as empresas buscam diminuir resistências da força de trabalho e limitações exógenas ao processo de acumulação.

Os profissionais afirmaram que a terceirização do vínculo empregatício produzia incertezas, imprevisibilidade e instabilidade “quanto ao dia de amanhã” (P5), principalmente porque os riscos empregatícios eram em geral assumidos por eles próprios, e não por seu empregador. Segundo informaram, o sentimento de insegurança quanto à manutenção do emprego aumentava a cada mudança de governo/partido político. Reiterando: *Cada mudança de governo municipal quanto estadual, ninguém sabe o que vai acontecer. A gente não tem plano de carreira, a gente não sabe se vai ficar aqui dez anos, um, vinte, né* (P5).

Associada à questão do vínculo empregatício, os profissionais se mostravam extremamente preocupados com a falta de reconhecimento e da exposição permanente a situações de risco ocupacional a que estavam sujeitos. Relataram que as técnicas de enfermagem haviam, recentemente, “conquistado” (P3) o direito de receber o adicional de insalubridade e periculosidade, embora trabalhassem nas mesmas condições que os demais profissionais de saúde e do efetivo da SUSEPE. Importa salientar que o Projeto de Lei nº 6007/13 garante aos trabalhadores terceirizados o direito de receber adicional de insalubridade e periculosidade.

Referente à instabilidade do vínculo empregatício, constatou-se que esta pode ser exacerbada diante da não reposição da força de trabalho. Relatos deram conta de que, à medida que os profissionais concursados se aposentavam, suas vagas não eram mais ocupadas. Argumentos como aumento da sobrecarga funcional, qualidade deficitária do atendimento e risco à manutenção dos

serviços foram considerados pelos profissionais de saúde, conforme se observa no excerto:

[...] as pessoas vão saindo e não se renovam. A [suprimido o nome da profissional] se aposentou, não ficou ninguém no lugar dela. [...] vão se aposentando e vão cortando as vagas. [...] Uma hora não vai ter, e aí como que fica o atendimento aqui dentro? Essa é uma coisa que a gente tem que falar, porque não é uma realidade só nossa (P5).

A equipe havia ficado aproximadamente dois anos incompleta. “Só ficou a enfermeira e as técnicas” (P6) realizando o atendimento diário na UBSp. Duas servidoras vinculadas à SUSEPE, do núcleo do serviço social e da psicologia, confirmaram ter estado em desvio de função, trabalhando em outros setores da penitenciária. Retornaram à UBSp no período em que se iniciou a coleta dos dados da pesquisa.

Além disso, constatou-se que não havia uma divisão equitativa das atividades laborais, o que gerava sobrecarga de trabalho entre as profissionais do núcleo de enfermagem. A presença dos médicos na UBSp naquele momento era reduzida, tanto em relação aos dias em que atendiam quanto ao tempo em que ali permaneciam, tendo em vista que dividiam a carga de trabalho e o atendimento em outras unidades prisionais.

Verificou-se que o único objetivo do “mix” público-privado não atende aos interesses e demandas do público atendido e tampouco garante as condições favoráveis para o desenvolvimento do trabalho dos profissionais de saúde. A terceirização do vínculo empregatício traz consigo o sentimento de insegurança diante do temor pela perda do emprego e a desproteção social do trabalhador. A composição de uma equipe híbrida revelou dimensionamento inadequado de pessoal, desvio de função dos servidores públicos e conflitos entre os setores da unidade prisional.

Percebemos um claro retorno às políticas neoliberais da década de 1990²⁴. O objetivo, naquele momento e agora, com a terceirização da atenção primária é o desmonte do SUS, que se torna uma mercadoria altamente lucrativa para o setor privado.

A defesa dessas ideias decorre de uma concepção neoliberal de que o Estado não tem condições político-econômicas para administrar o sistema de seguridade social. Para tanto, precisa dispersar o seu poder gerencial, uma vez que a Constituição Federal de 1988 não cabe no orçamento público brasileiro. Esse modelo de “estado gerencial”²⁵ fornece coerência tanto ideológica como organizacional, materializada nos projetos de reforma e modernização da máquina pública.

Precariedade das condições de trabalho

Outro obstáculo ao trabalho das equipes foi a “falta de insumos e material” para a realização de alguns procedimentos odontológicos na UBSp. A título exemplificativo, foi citada a falta de material para tratamentos adequados. Essa condição, segundo os profissionais, restringia tanto os atendimentos quanto a oferta de serviços preventivos e de reabilitação oral, de modo que muitas vezes se limitavam ao atendimento de urgência (exodontias/extrações), embora as mulheres encarceradas necessitassem frequentemente de prótese dentária devido ao quadro bucal precário e a grandes comprometimentos nessa área:

[...] isso é qualidade de vida, é saúde bucal, e nós estamos há anos batalhando. Muitas não têm dentes para poder comer, o [suprimido o nome da profissional] que se vira às vezes fazendo ali [...] mas a gente não consegue um serviço de prótese, eu sei que a gente não tem para a comunidade, mas às vezes ela fica aqui, dois, três anos sem dente, comendo mal (P1).

Diante desse quadro, o foco do trabalho era “eliminar ou aliviar as dores” (P4) advindas dos problemas dentários. É interessante notar que, nesta e em outras situações, pela escassez de recursos para atendimento em saúde, alguns procedimentos só passavam a ser realizados quando solicitados judicialmente, em geral pelos familiares e/ou advogados das mulheres privadas de liberdade. Esse mesmo trabalhador afirmou que a garantia do “direito à saúde no sistema prisional é cercada de burocracias”, uma vez que: “[...] eu passo escrevendo laudo e vem, revem, o juiz mandando e eu respondendo [...]” (P4). Entende-se que a participação do juiz é sinônimo de que o atendimento será realizado, por vezes por meio do “cumpra-se” (P4). A grande problemática é como promover juridicamente o direito à saúde das pessoas privadas de liberdade diante do dever do Estado em proceder a tal cuidado.

Pelo exposto, evidencia-se que as ações de cuidado à atenção integral e de coordenação do trabalho assistencial pela atenção primária são em grande parte desviadas dos princípios do SUS quando se insere a obrigação por parte dessas equipes assistenciais de produzir inúmeros laudos, em vez de atuarem na promoção do cuidado e da assistência integral.

A dupla carga para atender às demandas do Judiciário e, paralelamente, a garantia das ações de promoção, prevenção e tratamento precarizam ainda mais o cotidiano das condições de trabalho. Desse modo, a precarização que impera na

realidade dos profissionais de saúde que atuam no sistema prisional brasileiro^{16,26} desfavorecem a atenção à saúde da população privada de liberdade. Dessa forma, limita-se a ação dos profissionais, aumenta-se a demanda reprimida e agrava-se a situação de saúde da população atendida.

Qualificação profissional: entre o distanciamento da formação acadêmica e a experiência de trabalhar na prisão

No presente caso, além da precarização do vínculo empregatício e da falta de recursos materiais para manutenção e oferta de alguns procedimentos, foram evidenciadas “poucas ações voltadas para treinamento, capacitação e educação permanente” dos profissionais de saúde atuantes no sistema prisional, especialmente na atenção psicossocial no cárcere. É importante notar que uma parte da equipe era oriunda do modelo hospitalar de atenção, e outra do contexto de tratamento penal (serviço social e psicologia), colocando-se a todos esses trabalhadores o cumprimento das diretrizes da atenção básica municipal, a fim de atender integralmente às necessidades de saúde de uma população específica. Tudo isso em um ambiente de trabalho (prisão) estruturado por regras e leis próprias, estranhas às da saúde.

Paradoxalmente, os profissionais referiam não ter recebido capacitação introdutória para atuação em serviço de APS no sistema prisional. As orientações gerais se limitavam às questões de segurança no local de trabalho e, mais especificamente, aos cuidados na relação com a população atendida, fornecidos por outros profissionais da penitenciária ou pela administração local, o que coincide com os achados de outra pesquisa²⁷.

Todavia, profissionais do núcleo de enfermagem haviam participado de treinamento/capacitação para atuar na prevenção, detecção e manejo de casos de doenças infectocontagiosas (testes rápidos de HIV, sífilis e hepatites B e C), ofertado pela Secretaria Municipal de Saúde. No entanto, sentiam necessidade de espaços de formação que abordassem temas como saúde mental, atenção psicossocial e os direitos das mulheres privadas de liberdade, que, segundo eles, deveriam ser igualmente privilegiados.

Tratava-se de um dilema entre o distanciamento da formação acadêmica e o da experiência de trabalhar na prisão. Além disso, as experiências de trabalhos anteriores, diferindo em habilidades e recursos da atenção à saúde em ambiente

prisional, justificariam a necessidade de formação adequada para atuar nesse novo cenário. Esse achado condiz com resultados encontrados em estudos que abordam o tema do trabalho em saúde no sistema prisional brasileiro^{17,26,28,29}.

Além disso, os profissionais consideravam extremamente necessária a oferta de espaços de formação que pudessem contribuir para a qualificação da atenção à saúde mental no sistema prisional e para o maior conhecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Para eles, esse tema não se encontrava na cesta de prioridades da gestão municipal e penitenciária, havendo uma lacuna importante entre o normatizado nas legislações e o possível de se realizar naquele ambiente de trabalho, trazendo à tona o fato de que qualquer processo de formação voltado para os trabalhadores da saúde prisional no contexto da atenção psicossocial só trará resultados se estiver associado a mudanças na priorização das agendas políticas e de gestão.

Enfatiza-se que cursos e capacitações isolados não bastam. Nesse sentido, as ações voltadas para a formação e qualificação profissional não podem depender, majoritariamente, da iniciativa dos próprios trabalhadores de saúde. A capacidade de auto-organização não é suficiente, e o papel da gestão é fundamental para assegurar essa prerrogativa.

Como qualquer profissional de saúde atuante na rede SUS, os que trabalham no sistema prisional estão contemplados por propostas oficiais de capacitação³⁰. O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais, por sua vez, têm a responsabilidade de propor mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de capacitação e educação permanente voltadas para o desenvolvimento das habilidades necessárias à atuação do profissional de saúde nesse contexto ocupacional, sendo orientadas pelas diretrizes nacionais e pela realidade local de trabalho.

Na falta dessa prerrogativa de gestão do trabalho, os profissionais referiram que estratégias diárias eram criadas para se adequar ao novo ambiente ocupacional, enquanto outras que não se adaptavam ao contexto eram alteradas para se ajustar às situações. Sentimentos de não valorização, como trabalho solitário e impotência, foram relatados:

[...] quando a gente iniciou aqui, ninguém nos mostrou nada, a gente foi tateando e tocando o barco sozinho, sem muita formação nem experiência nesta realidade. [...] eu me sinto, às vezes, meio impotente, porque a gente acaba fazendo aquilo que é possível, né, com o que a gente tem (P1).

Portanto, é notório que, quanto mais complexo o processo de trabalho e quanto menos sistematizado for, mais difícil será refletir sobre ele³¹. Criar espaços para que as equipes possam ponderar e analisar suas práticas deveria ser considerado parte integrante de seu trabalho. Por isso, é fundamental que os profissionais da atenção primária à saúde da esfera do SUS atuantes no Sistema Prisional desenvolvam habilidades e atitudes voltadas à reflexão crítica e à transformação de seu processo de trabalho.

Uma das possibilidades de solucionar essa questão seria o incentivo, por parte das gestões do sistema prisional, do SUS e das universidades, à programação de ações ou à criação de estratégias para o desenvolvimento de espaços de educação permanente voltados aos profissionais de saúde e segurança das unidades prisionais. A educação permanente em Saúde, como instrumento de formação em serviço, não deve ser subvalorizada pelos gestores e profissionais. Do contrário, corre-se o risco de que o direito à saúde das pessoas privadas de liberdade seja confundido com a disponibilização de um aparato médico ou hospitalar, quando o SUS e a PNAISP reiteram a necessidade de um trabalho voltado para a equidade e a integralidade da atenção em saúde.

Considerações finais

A partir deste estudo, foi possível evidenciar que o processo de precarização do trabalho em saúde no contexto do sistema prisional mantém relação direta com fatores estruturais e gerenciais complexos no campo da saúde e das finalidades e demandas diversas à saúde da segurança penal. Essa realidade afeta negativamente o trabalho dos profissionais que exercem os cuidados primários em saúde voltados à população privada de liberdade.

O processo de terceirização do vínculo ocupacional dos profissionais traz um sentimento de insegurança e incerteza, face à desproteção social dos funcionários que convivem num mesmo ambiente de trabalho com diferentes salários e desigualdade de direitos, vantagens e deveres. Esse contexto amplia a insatisfação ocupacional e por vezes desfavorece as relações interpessoais e as dinâmicas de atuação.

Os profissionais às vezes se veem no dilema entre o cuidado necessário e o possível de ser oferecido. Quanto à qualificação, há obstáculos gerenciais expressos na pouca oferta de espaços formativos (capacitação, treinamento) e de com-

partilhamento de saberes (educação permanente). Destaca-se a pertinência e a necessidade de espaços de educação permanente em saúde, propondo ações sensíveis ao cotidiano do trabalho desses profissionais e estratégias de ação ancoradas nos atributos da APS, com suas ferramentas de macro e microgestão da clínica, para que haja mudança nas práticas institucionais e de saúde.

Soma-se a esse processo de formação a indispensável abertura e a criação de políticas penitenciárias comprometidas com o escopo da saúde no sistema prisional, no sentido de prover a oferta de vagas de estágio especificamente na área de saúde, e como cenário de prática para os programas de residência médica e multiprofissional. Entende-se que seria uma forma de acionar um potencial mercado de inserção desses profissionais, tornando-os mais próximos de um campo de trabalho circunscrito ao âmbito do SUS e da APS e que ainda carece de recursos humanos com perfil qualificado para atuar nesse contexto.

Os profissionais de saúde têm um papel significativo na defesa da cidadania, na oferta da atenção primária à saúde nas prisões, bem como para influenciar no desenvolvimento das políticas destinadas a este segmento populacional tão vulnerável. Isso, por sua vez, pode levar a melhorias nas condições e nos processos de trabalho em saúde e, sobretudo, à eficácia dos serviços ofertados nas prisões. Portanto, as contribuições desta pesquisa podem fornecer informações teóricas e metodológicas para profissionais dessa área que atuam no sistema prisional, acadêmicos e demais segmentos interessados no tema. Podem contribuir também para informar e influenciar gestores e formuladores de políticas sobre as questões contextuais que afetam o trabalho na atenção primária à saúde no sistema prisional e, conseqüentemente, a saúde da população privada de liberdade.

Colaboradores

ALV Schultz participou da concepção do artigo, redação, análise e aprovou da versão final a ser publicada. RM Dotta e BS Stock participaram da concepção do artigo, redação, revisão crítica do conteúdo intelectual e aprovaram da versão final a ser publicada. MTG Dias participou da concepção do artigo, revisão crítica do conteúdo intelectual e aprovou a versão final a ser publicada.

Referências

1. Organização Internacional do Trabalho (OIT). *Uma década de promoção do trabalho decente no Brasil: uma estratégia de ação baseada no diálogo social*. Genebra: OIT; 2015.
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Gestão do trabalho e da regulação profissional em saúde: agenda positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde*. Brasília: MS; 2009.
3. Dedecca CS, Trovão CJBM. A força de trabalho no complexo da saúde: vantagens e desafios. *Cien Saude Colet* 2013; 18(6):1555-1567.
4. Antunes R. *Adeus ao trabalho? Ensaio sobre a metamorfose e a centralidade do mundo do trabalho*. São Paulo: Cortez; 2015.
5. Antunes R. *O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital*. São Paulo: Boitempo; 2018.
6. Harvey D. *Os limites do capital*. São Paulo: Boitempo; 2015.
7. Borón A. Os novos leviatãs e a polis democrática: neoliberalismo, decomposição estatal e decadência da democracia na América Latina. In: Sader E, Gentili P, organizadores. *Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o estado democrático*. São Paulo: Paz e Terra; 2008. p. 7-67.
8. Organização das Nações Unidas (ONU). *Plataforma Agenda 2030*. 2015. [acessado 2021 jul 12]. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>
9. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS – DesprecarizaSUS: perguntas e respostas*. Brasília: MS; 2006.
10. Brasil. Lei nº 72.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. *Diário Oficial da União* 1984; 13 jul.
11. Fazel S, Hayes AJ, Bartellas K, Clerici M, Trestman R. Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions. *Lancet Psychiatry* 2016; 3(9):871-881.
12. Schultz ALV, Dias MTG, Dotta RM. Mulheres privadas de liberdade no sistema prisional. *Textos Contextos (Porto Alegre)* 2020; 19(2):e36887-e36887.
13. Gois SM, Santos-Junior HPDO, Silveira MDFDA, Gaudêncio MMDP. Para além das grades e punições: uma revisão sistemática sobre a saúde penitenciária. *Cien Saude Colet* 2012; 17(5):1235-1246.
14. Valença MS, Possuelo LG, Cezar-Vaz MR, Silva PEA. Tuberculose em presídios brasileiros: uma revisão integrativa da literatura. *Cien Saude Colet* 2016; 21(7):2147-2160.
15. Minayo MCS, Ribeiro AP. Condições de saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cien Saude Colet* 2016; 21(7):2031-2040.
16. Fernandes LH, Alvarenga CW, Santos LL, Pazin-Filho A. Necessidade de aprimoramento do atendimento à saúde no sistema carcerário. *Rev Saude Publica* 2014; 48:275-283.
17. Barsaglini RA, Kehrig RT, Arruda MB. Análise da percepção de gestores sobre a gestão da política de saúde penitenciária em Mato Grosso, Brasil. *Saude Soc* 2015; 24(4):1119-1136.
18. Agreli HF, Peduzzi M, Silva MC. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. *Interface (Botucatu)* 2016; 20(59):905-916.
19. Gil AC. *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas; 2016.
20. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2014.
21. Bauer MW, Gaskell G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. São Paulo: Vozes; 2017.
22. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol* 2006; 3(2):77-101.
23. Marcelino P, Cavalcante S. Por uma definição de terceirização. *Caderno CRH* 2012; 25(65):331-346.
24. Vieira EA. *A República brasileira 1951-2010: de Getúlio a Lula*. São Paulo: Cortez; 2015.
25. Clarke J, Newman J. Gerencialismo. *Educ Real* 2012; 37(2):353-381.
26. Diuana V, Lhuillier D, Sánchez AR, Amado G, Araújo L, Duarte AM, Larouzé B. Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica* 2008; 24(8):1887-1896.
27. Lopes VA. *Experiência de profissionais de saúde em unidade prisionais em Cuiabá/MT* [dissertação]. Cuiabá: Universidade Federal de Mato Grosso; 2014.
28. Jesus LO, Scarparo HBK. O trabalho em saúde nas prisões: produção de sujeitos e territórios. *Gerais Rev Interinst Psicol* 2015; 8(1):78-93.
29. Santos FDJ, Cardoso DSDA, Brêda MZ, Costa LDMC. Saúde no Sistema Penitenciário: o que falam os trabalhadores de enfermagem. *Cult Cuid* 2015; 19(41):114-125.
30. Brasil. Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2014; 2 jan.
31. Campos GWS. Efeito Paidéia e o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida. *Trab Educ Saude* 2006; 4(1):19-32.

Artigo apresentado em 28/11/2021

Aprovado em 13/07/2022

Versão final apresentada em 15/07/2022

Editores-chefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva